

Doświadczanie własnej cielesności przez kobiety pochodzące z rodzin z problemem alkoholowym

Experience of the body in women from alcohol problem families

Aneta Pasternak, Katarzyna Schier

Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii, Katedra Psychologii Klinicznej Dziecka i Rodziny

Abstract – Introduction. The authors try to answer the question concerning the nature of the body image in women who are the Adult Children of Alcoholics (ACoA). On the basis of the results of their study conducted on the group of 111 women (56 in the research group and 55 in the control group), the authors look for differences in the body image of women who are ACoA in comparison with those who were not raised in alcohol problem families.

Method. The following tools were applied in the study: Children of Alcoholics Screening Test (CAST), The Body Esteem Scale and The Drawing Body Image Test “Nagusek”.

Results. The results have shown that negative feelings related to the parents’ alcoholism may leave a permanent trace as a hard-to-verbalise emotional attitude towards the body in women with an ACoA syndrome. This concerns, among others, their satisfaction with the area of their feet. On the conscious (declarative) level, there are no differences between women from the research and control groups (in accordance with results from the Franzoi’s Body Esteem Scale).

Conclusions. The results of the study could be an inspiration for more work with women who are Adult Children of Alcoholics. It seems that the educative and psychotherapeutic work with women from alcoholic families should also include the aspect of their body-self.

Key words: ACoA, body image of women with an ACoA syndrome, body-self

Streszczenie – Wprowadzenie. Autorki na podstawie badań przeprowadzonych w grupie 111 kobiet (56 osób w badanej grupie i 55 w kontrolnej) podejmują próbę odpowiedzi na pytanie: Jaką specyfikę ma obraz ciała kobiet z syndromem Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA) i czy różni się od obrazu ciała kobiet, które nie wychowywały się w rodzinie z problemem alkoholowym?

Metoda. Do pomiaru zmiennych w badaniu zastosowano następujące narzędzia badawcze: Kwestionariusz CAST (*Children of Alcoholics Screening Test*), Skalę Oceny Ciała (*The Body Esteem Scale*) oraz Rysunkowy Test Obrazu Ciała „Nagusek”.

Wyniki. Rezultaty uzyskane z Rysunkowego Testu Obrazu Ciała wskazują na to, że negatywne uczucia związane z alkoholizmem rodziców mogą pozostawić trwałe „ślady” w obrębie trudnego do zwerbalizowania emocjonalnego stosunku do własnego ciała u kobiet z zespołem DDA. Dotyczy to między innymi zadowolenia ze stóp. Na świadomym (deklaratywnym) poziomie nie zanotowano różnic pomiędzy badaną grupą i grupą kontrolną (zgodnie z wynikami uzyskanymi ze Skali Oceny Ciała Franzoia).

Finansowanie/Financial support. Badanie było częściowo finansowane ze środków na działalność statutową Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego (DSM 103917).

Konflikt interesów nie występuje. Conflict of interest no declared.

Wnioski. Wyniki badania stanowią wskazówkę do pracy z kobietami z syndromem DDA. Wydaje się istotne, aby praca edukacyjna i psychoterapeutyczna z kobietami pochodzącymi z rodzin alkoholowych obejmowała także aspekt ich Ja cielesnego.

Słowa kluczowe: DDA, obraz ciała kobiet z syndromem DDA, Ja cielesne

WPROWADZENIE

Przegląd podstawowej literatury przedmiotu na temat konsekwencji dla rozwoju dziecka dorastania w rodzinie z uzależnionym rodzicem (1, 2, 3, 4), pozwala na sformułowanie tezy, iż niniejsza problematyka, tj. jej podstawy teoretyczne oraz modele teoretyczno-empiryczne znacznie ewoluowały w ciągu ostatnich lat. Pierwsze próby uznania za istotne pewnych elementów obrazu klinicznego dotyczącego funkcjonowania dzieci z rodzin alkoholowych opierają się na doświadczeniach psychoterapeutów klinicznych pracujących z osobami uzależnionymi i ich rodzinami oraz na doniesieniach z ruchów samopomocowych i grup wsparcia Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA), działających w Stanach Zjednoczonych (1, 2, 5, 6). Obserwacje klinicystów i terapeutów uzależnień na przełomie lat 70. i 80. dwudziestego wieku, stały się załóżkiem rozwoju koncepcji współuzależnienia (*co-dependence*) (5), zgodnie z którą problemy członków rodziny alkoholowej, w tym także dzieci, zależne są od współtworzonego przez nich układu wzajemnych relacji z osobą uzależnioną (7). Podstawy teoretyczne koncepcji wpływu choroby alkoholowej członka (lub członków) rodziny na funkcjonowanie całego systemu rodzinnego (5, 6, 8) osadzono na gruncie ogólnej teorii systemów von Bertalanffy'ego. Teoria ta ujmuje rodzinę jako zbiór powiązanych części, w którym jakakolwiek zmiana jednego elementu wpływa na cały system (9). W rezultacie rozwoju koncepcji współuzależnienia, zaczęły powstawać teorie próbujące uchwycić specyfikę doświadczeń dzieci wychowanych w rodzinie z problemem alkoholowym, co doprowadziło do wyodrębnienia syndromu DDA (1, 2, 5). Profesjonaliści, wywodzący się ze środowisk kliniczno-terapeutycznych (6, 10, 11), zajmujący się terapią osób pochodzących z rodzin z problemem alkoholowym, zaczęli dostrzegać wiele wspólnych cech oraz wzorów funkcjonowania specyficznych dla tej grupy osób. Geneza i rozwój zainteresowań badawczych odnoszących się do dzieci z tych rodzin, sięgają roku 1969, kiedy to po raz pierwszy empirycznie dowiedziono możliwość wystąpienia zaburzeń posttraumatycznych u dorosłych osób pochodzących z rodzin alkoholowych (6).

W anglojęzycznej literaturze przedmiotu (5: 248) powszechnie zaczęto posługiwać się terminem „Children of Alcoholics” (COA) na określenie wszystkich dzieci wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym oraz pojęciem ‘Adult Children of Alcoholics’ (ACoA) wyłącznie w stosunku do osób dorosłych pochodzących z tego typu rodzin”; odpowiednikiem na gruncie polskim stał się upowszechniony termin „Dorosłe Dzieci Alkoholików” (DDA). Wspólną cechą różnych sposobów rozumienia tego pojęcia jest stosowanie go wobec osób z rodzin, w których alkohol był centralnym problemem. Przykładem może być definicja zaproponowana

przez Widerę-Wysoczańską (12: 9) w stosunku do „osób pochodzących z rodzin, w których alkohol był centralnym problemem, których dzieciństwo wypełnione było ciągłą walką o przetrwanie, sprawiając, iż w życiu dorosłym często towarzyszy im poczucie, że nigdy nie doświadczyły bycia dzieckiem”. Inna autorka, Litwa, w swoim rozumieniu DDA odwołuje się zaś do tych aspektów, które pozwalają uchwycić kontekst doświadczania własnej cielesności przez DDA. Według niej „osoby z syndromem DDA to osoby dorosłe, u których siła zapisu traumatycznych wydarzeń życiowych w rodzinie z problemem alkoholowym przekroczyła możliwości zaradcze ich systemu samoobrony, pozostawiając trwałe ślady w obrazie siebie i funkcjonowania osoby, o cechach złożonego stresu pourazowego, nałożonego na różne konfiguracje cech osobowości” (13: 254). Nieco inny punkt widzenia w określeniu tego, kim są Dorosłe Dzieci Alkoholików, odzwierciedlający istotę doświadczanego konfliktu tożsamości, polegającego na byciu w sposób długotrwały równocześnie osobą dorosłą i dzieckiem, proponuje Bradshaw (14: 114). Jego zdaniem „wewnątrz Dorosłego Dziecka Alkoholików kryje się małe dziecko, które odczuwa pustkę i nienasyceń, którego potrzeby pozostają niezaspokojone, gdyż są to potrzeby dziecka ukrytego w ciele osoby dorosłej”.

Pomimo tego, że pojęcie zespołu Dorosłych Dzieci Alkoholików współcześnie powszechnie występuje w literaturze przedmiotu (1, 2, 4, 6), to jednak nie doczekało się jednoznacznej, ogólnie akceptowanej definicji. Co więcej, syndrom ten nie znalazł dotychczas miejsca w klasyfikacjach chorób i zaburzeń jako oddzielna jednostka nozologiczna. Fundamentalny zarzut podnoszony wobec konstrukt teoretycznego DDA dotyczy tego, iż kryteriom diagnostycznym przypisywanym zespołowi DDA brak wewnętrznej spójności i jednoznaczności (1, 2, 4). Źródło krytyki stanowią ponadto rozbieżności między wiedzą na temat DDA, wywiedzioną z obserwacji klinicystów a doniesieniami z badań empirycznych w grupie osób, które dzieciństwo spędziły z rodzicem uzależnionym od alkoholu. Przegląd badań (1, 2, 4) ujawnia też stanowisko kwestionujące zasadność klasyfikowania syndromu DDA jako zjawiska odrębnego i specyficznego dla wszystkich dorosłych dzieci alkoholików. Zdaniem krytyków konstrukt DDA, wyniki wielu badań nie wykazały różnic pomiędzy dziećmi pochodzącymi z rodzin z problemem alkoholowym a dziećmi z grup kontrolnych (1, 2, 4). Wyniki badania Logue i wsp. (4, 15) leżą u podłoża radykalnej krytyki koncepcji DDA. Autorzy (4, 15) łączą konstrukt DDA z wystąpieniem efektu Barnuma, co oznacza, że ludzie uznają za trafne opisy ich własnej osobowości, które w rzeczywistości są jedynie ogólnymi zestawami danych odnoszącymi się do szerokiej grupy osób. Inna z kontrowersji dotyczy trudności w wyraźnym wyodrębnieniu specyfiki problemów DDA w porównaniu z trudnościami dorosłych dzieci, pochodzących z innych rodzin dysfunkcyjnych (DDD). Budzi to zastrzeżenia co do klasyfikowania DDA jako specyficznej grupy klinicznej (4). Dokonując syntezy dotychczasowego stanu wiedzy na temat koncepcji DDA (1, 2), nie sposób nie uwzględnić perspektywy transformacji podejścia badawczego – od deterministycznych modeli badań psychopatologii rozwojowej (uwzględniających czynniki ryzyka) do interdeterministycznych modeli badań rozwoju (uwzględniających

złożone interakcje czynników ryzyka i zasobów podmiotowych). Pojawienie się w latach 90. ubiegłego wieku podejścia interdeterministycznego wyznaczyło nowe kierunki badań. Ich przykładem mogą być rezultaty badawcze Shera (1, 2, 16) uwrażliwiające na nieuprawnione uogólnianie cech psychopatologicznych charakteryzujących DDA. Z badań tych wynika, iż nie wszystkie osoby określane mianem DDA wykazują cechy związane z psychopatią, wprost przeciwnie – u niektórych spośród nich zaobserwowano dobre funkcjonowanie i przystosowanie społeczne, które Sher przypisuje roli określonych czynników ochronnych, tj. wsparciu społecznemu, temperamentowi lub rytuałom rodzinnym. Nie sposób jednak nie uwzględnić szeregu doniesień z badań prowadzonych w latach 70. i 80. dwudziestego wieku (1, 2), opartych na deterministycznym modelu badań wskazujących na to, iż DDA znajdują się w grupie wysokiego ryzyka występowania problemów przystosowawczych lub zaburzeń psychicznych. W literaturze przedmiotu (1, 2, 4) podkreśla się nierównomierne rozłożenie podatności na występowanie zaburzeń wśród DDA, czego przejawem jest wyższe nasilenie objawów psychopatologicznych u osób korzystających ze specjalistycznej pomocy psychologicznej dla Dorosłych Dzieci Alkoholików, w porównaniu z populacją osób niekorzystających i nieposzukujących tego typu wsparcia.

Badacze niejednokrotnie podejmowali próby opisanie i poddania empirycznej weryfikacji funkcjonowania osób, które okres dzieciństwa spędziły w rodzinie z problemem alkoholowym. Analiza funkcjonowania DDA w kontekście cielesności stanowi jednak mało eksplorowany dotychczas obszar badawczy. Wydaje się zatem, że warto poszukiwać odpowiedzi na pytanie o to, jak DDA spostrzegają siebie w kontekście cielesności. Ten aspekt funkcjonowania osoby jest analizowany zarówno przez badaczy z obszaru psychologii rozwojowej, psychologii osobowości, jak i psychologii klinicznej (17).

W tym miejscu pojawia się zasadnicze pytanie o to, jak rozumiemy pojęcie obrazu ciała i jaka teoria stanowi punkt wyjścia dla naszych dociekań nad cielesnością DDA?

W literaturze (18, 19) odnoszącej się do tematyki cielesności, za kluczowe uznaje się takie pojęcia, jak: ciało, obraz ciała oraz Ja cielesne. Według definicji Schidlera (20: 31) z 1935 roku „obraz własnego ciała, który kreujemy w naszym umyśle, stanowi sposób, w jaki ciało objawia się nam samym”. Meissner dokonał rozróżnienia podstawowych pojęć dotyczących ciała i jego obrazu. Według tego autora (17: 3): „ciało (*body*) określane jest jako realny organizm fizyczny; Ja cielesne (*body-self*) jako struktura psychiczna, która stanowi integralną część organizacji Ja (*self*) danej osoby; zaś obraz ciała (*body image*) jako zespół wewnętrznych obrazów, zorganizowanych w reprezentację własnego ciała”. Obraz ciała zatem to myśli, uczucia oraz zachowania danej osoby w stosunku do jej ciała. Mogą one mieć zarówno charakter świadomy, jak i nieświadomy (17).

Podstawowym teoretycznym punktem odniesienia w badaniach nad cielesnością kobiet będących DDA jest teoria biopsychospołeczna, która ma swoje źródła, między innymi, w teorii przywiązania Bowlby'ego (21). W teorii tej wskazuje się na jedność psychiki i ciała, a także zakłada, że podstawowe mechanizmy funkcjonowania psychicznego, w tym rozwój Ja cielesnego, kształtują się we wczesnym dzieciństwie, w relacji danej osoby z jej opiekunem. Z badań wynika (2), iż dzieci z rodzin z pro-

blemem alkoholowym różnią się niejednokrotnie od osób z grupy kontrolnej pod względem stylów przywiązania, ujawniając częściej wzorzec przywiązania o charakterze łąkowym i zdeorganizowanym niż ufnym (bezpiecznym).

Pionierem w obszarze badań ukazujących istotę znaczenia wczesnodziecięcych relacji dziecka z opiekunem w kształtowaniu się Ja cielesnego i obrazu ciała był amerykański psychiatra i psychoterapeuta, Krueger (22). Zgodnie z zaproponowaną przez niego teorią Ja cielesnego, emocjonalne doświadczenia dziecka z opiekunem, w dorosłości przekładają się na sposób spostrzegania siebie w kontekście cielesności, czyli subiektywny obraz własnego ciała, a także na jakość kontaktu z własnym ciałem (19, 22). Zdaniem Kruegera (17, 19, 22), późniejsze zniekształcenia i zaburzenia w obrazie ciała mają swoje źródło, poza ewidentnymi komponentami biologicznymi oraz społeczno-kulturowymi, także w nieprawidłowościach w obrębie interakcji/relacji małego dziecka z opiekunem. Autor (22) mówi o trzech wzorach relacji opiekun-dziecko: nadmiernym stymulowaniu i przekraczaniu granic dziecka, niedostępności emocjonalnej dorosłego oraz niekonsekwentnym reagowaniu rodzica, tj. zainteresowaniu dzieckiem w określonych okolicznościach, np. gdy jest chore, ma problemy w szkole. Kruegera teoria Ja cielesnego, poza wymiarem użyteczności klinicznej, może stanowić punkt wyjścia dla badań empirycznych nad sposobem doświadczania własnego ciała przez kobiety będące DDA.

Doniesienia z badań (23) oraz z literatury (6, 10, 24, 25), w tym popularnonaukowej, wskazują, iż dzieciństwo spędzone w rodzinie z problemem alkoholowym powoduje rozwój specyficznych cech obrazu siebie. Badania nad doświadczaniem własnego ciała (23) przez kobiety dorastające w rodzinie alkoholowej ujawniły, iż przejawiają one w wielu aspektach negatywny obraz własnego ciała. Dotyczy on takich obszarów Ja cielesnego, jak przeżywanie kontaktów intymnych, akceptacja własnego ciała i eksponowanie kobiecości. Uwarunkowania tego stanu rzeczy Ryś (6) upatruje w sytuacji rodzinnej dziecka alkoholika, która sprawia, że ma ono niewiele spójnych, budujących doświadczeń, służących kształtowaniu pozytywnych postaw wobec siebie, innych ludzi oraz świata. Natomiast zdaniem Mellody (25: 80) „rodzice mający problem alkoholowy nie są w stanie zaszczerpić w dziecku poczucia własnej wartości”. Środowisko kształtowane przez rodziny z problemem alkoholowym stwarza warunki do utrwalenia się w dzieciach przekonania o braku własnej atrakcyjności, w tym atrakcyjności fizycznej, niezależnie od rzeczywistych walorów urody (25). Według Woititz (26: 33) „dzieci pochodzące z rodzin dysfunkcyjnych przeżywają stale obawę przed zdemaskowaniem własnej nieatrakcyjności przez inne osoby”. Ponadto w literaturze przedmiotu (27) podkreśla się to, że DDA żyją w stanie permanentnego napięcia, nie posiadając przy tym umiejętności bawienia się, wypoczywania i odprężania, przez co niejednokrotnie rozwijają schorzenia psychosomatyczne, wyniszczając tym samym własne ciało.

Na podstawie założeń teoretycznych podkreślających znaczenie wczesnodziecięcych relacji dziecka z opiekunem w kształtowaniu się Ja cielesnego (19, 22) oraz wyników badań empirycznych nad obrazem ciała u DDA (23), a także doświadczeń klinicystów (6, 10, 24, 25), można powiedzieć, iż spowodowane spędzeniem dzieciństwa

w rodzinie z problemem uzależnienia nieprawidłowości w interakcji/relacji małego dziecka z opiekunem, w dorosłości mogą przekładać się na sposób spostrzegania siebie w kontekście cielesności. Odnosząc się do wprowadzonego przez Miller (28: 102) konstruktu teoretycznego, jakim jest „pamięć ciała” czyli „najwcześniejsza pamięć, poprzedzająca umiejętność zapamiętywania”, można powiedzieć, iż doświadczanie alkoholizmu rodzica pozostawia trwałe ślady w obrazie własnego ciała Dorosłych Dzieci Alkoholików, „zapisuje” niejako ich traumatyczną przeszłość w ciele (19).

Cele badań i hipotezy badawcze

Podstawowym celem badania było uzyskanie odpowiedzi na pytanie o to: Jaką specyfikę ma obraz ciała kobiet z syndromem DDA i czy jest on różny od obrazu ciała kobiet, które nie wychowywały się w rodzinie z problemem alkoholowym?

Na podstawie doniesień z badań (23) oraz analizy literatury przedmiotu (6, 10, 24, 25) opartej na doświadczeniach klinicystów, a także na podstawie przesłanek teoretycznych wskazujących na rolę wczesnodziecięcych relacji dziecka z opiekunem w kształtowaniu Ja cielesnego, przyjęto hipotezę, iż u kobiet pochodzących z rodzin z problemem alkoholowym częściej będą występowały zaburzenia w obrazie ciała, w porównaniu z kobietami, które nie wychowywały się w rodzinach alkoholowych.

MATERIAŁ I METODA

Osoby badane

Badanie zostało przeprowadzone na grupie 111 kobiet. Pięćdziesiąt sześć kobiet miało syndrom DDA i stanowiło badaną grupę. Pięćdziesiąt pięć kobiet, które nie pochodziły z rodzin z problemem alkoholowym włączono do grupy kontrolnej. Kobiety z grupy DDA i kontrolnej były w zbliżonym wieku – przeciętny wiek tych pierwszych wyniósł 27,76 (SD = 9,07), zaś tych drugich – 24,25 (SD = 5,93). Rozkład częstości zmiennych – wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny – był zbliżony w obydwu analizowanych grupach: DDA i kontrolnej. W grupie kobiet DDA (73,2%) i kontrolnej (94,5%) najczęściej było osób o średnim poziomie wykształcenia i najczęściej osób wskazało jako miejsce zamieszkania miasto powyżej 100 tys. mieszkańców (odpowiednio: 55,4% i 45,5%). Zarówno w grupie kobiet DDA (57,1%), jak i grupie kontrolnej (70,9%) najczęściej osób deklarowało stan wolny (panna). Proporcja kobiet zamężnych i będących w konkubinacie kształtowała się podobnie w grupie DDA i kontrolnej, natomiast więcej kobiet rozwiedzionych było wśród DDA (12,5%) niż w grupie kontrolnej (1,8%).

Większość badanych kobiet z grupy DDA deklarowała posiadanie uzależnionego ojca – 73,2%, uzależnioną matkę – 16,1%, obojczy rodziców – 10,7%. Ze specjalistycznej pomocy dla Dorosłych Dzieci Alkoholików korzystało 44,6% kobiet z badanej grupy, zaś pozostałe, 55,4%, nie uczestniczyły w terapii i w grupach samo-

pomocowych. Najwięcej osób, 73,1%, korzystało z terapii grupowej, z indywidualnej – 26,9%. Średnia czasu uczestniczenia w specjalistycznej pomocy wyniosła ponad pięć miesięcy (5,45, SD = 3,89).

Badaną grupę stanowiły uczestniczki różnych oddziaływań odbywających się w Poradni Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Warszawie (na Pradze), Poradni Rodzinnej Centrum Odwykowego w Warszawie, w Ośrodku Terapii Uzależnień i Współzależnień w Częstochowie, Ośrodku Pomocy Rodzinie – Stowarzyszenie Pomoc Rodzinie Dysfunkcyjnej „Przystań” w Starachowicach oraz studentki będące DDA, studiujące na kierunku pedagogika w Uczelni Warszawskiej im. M. Skłodowskiej-Curie.

Do zakwalifikowania do grupy DDA i kontrolnej posłużył test przesiewowy przeznaczony do badania dzieci alkoholików *Children of Alcoholics Screening Test* (CAST); jego uzupełnieniem były pytania diagnostyczne odnoszące się do kwestii posiadania uzależnionego rodzica oraz dotyczące jego płci.

Grupę kontrolną stanowiły w większości studentki studiów niestacjonarnych kierunku pedagogika oraz turystyka Uczelni Warszawskiej im. M. Skłodowskiej-Curie. Kryterium doboru celowego próby obejmowało osoby, które ukończyły 18 rok życia i nie pochodziły z rodzin z problemem alkoholowym.

Narzędzia badawcze

CAST. Narzędzie *Children of Alcoholics Screening Test* (CAST) służy przede wszystkim do badań przesiewowych. Autorami kwestionariusza są John Jones i Joanne Pilat (29). Test może być przeznaczony zarówno do identyfikacji najmłodszych, dorastających, jak i dorosłych dzieci alkoholików. CAST składa się z zestawu 30 pytań, które mierzą poziom uczuć, zachowań i doświadczeń związanych z używaniem alkoholu przez rodzica. W kwestionariuszu CAST sumuje się całkowitą liczbę zakreślonych odpowiedzi twierdzących. Suma tych odpowiedzi może mieścić się w przedziale od 0 do 30. W badaniu zastosowano polskie tłumaczenie oryginalnej wersji testu CAST, dokonane przez Anetę Guziak, Ewę Młodziak i Agnieszkę Zajac, przy wykorzystaniu procedury translacyjnej (*back translation*) i udziale sędziów kompetentnych. CAST zarówno w wersji oryginalnej, jak i w jego polskim tłumaczeniu odznacza się dobrymi właściwościami psychometrycznymi (1, 30). Analiza rzetelności dla kwestionariusza CAST, przeprowadzona metodą alfa-Cronbacha wykazała, że dokładność pomiaru narzędzia CAST w badanej próbie (N = 111) jest bardzo wysoka ($\alpha = 0,97$).

Ankieta. W badaniu posłużono się autorską ankietą mającą na celu zebranie podstawowych danych społeczno-demograficznych oraz danych o zmiennych kontrolowanych w badaniu, takich jak: subiektywne poczucie zdrowia, występowanie chorób przewlekłych, płéć rodzica uzależnionego, wspólne zamieszkiwanie z rodzicami oraz korzystanie ze specjalistycznej pomocy psychologicznej.

W celu pomiaru zmiennej „obraz ciała” w badaniu zastosowano następujące narzędzia badawcze: Skalę Oceny Ciała oraz Rysunkowy Test Obrazu Ciała „Nagusek”.

Skala Oceny Ciała. Autorem narzędzia Skala Oceny Ciała (*The Body Esteem Scale*) jest Stephen Franzoi (31). W badaniu użyto polską wersję tego narzędzia, przetłumaczoną przez Agatę Rakfalską i Katarzynę Schier (18). Narzędzie to służy do badania obrazu ciała w aspekcie zadowolenia z ciała, z jego części oraz funkcji (31). Skala ocenia 3 wymiary obrazu ciała, osobno dla mężczyzn i kobiet. W przypadku mężczyzn oceniane są takie wymiary, jak atrakcyjność fizyczna, siła górnych części ciała, kondycja fizyczna, zaś w przypadku kobiet – atrakcyjność seksualna, kontrola wagi ciała i kondycja fizyczna (31). Im wyższy wynik uzyskany w poszczególnych podskalach, tym bardziej pozytywna jest ocena obrazu ciała (18). Badania Franzoia i Shields (31) wykazały, iż narzędzie to posiada dobre własności psychometryczne. Analiza rzetelności dla Skali Oceny Ciała w badanej próbie kobiet – przeprowadzona metodą alfa-Cronbacha – wykazała, że dokładność pomiaru Skali Atrakcyjności seksualnej jest wysoka ($\alpha = 0,82$), Skali Kontroli wagi ciała bardzo wysoka ($\alpha = 0,91$), a Skali Kondycji fizycznej wysoka ($\alpha = 0,86$). Rzetelność tych skal w badanej grupie kobiet zawiera się w przedziale od 0,82 do 0,91, a więc można ją uznać za wysoką.

Test Obrazu Ciała „Nagusek”. Rysunkowy Test Obrazu Ciała „Nagusek” jest autorskim narzędziem skonstruowanym przez Katarzynę Schier. Inspiracją do jego stworzenia był ustrukturalizowany Rysunkowy Test Obrazu Ciała dla Dzieci (*KBMT-K Körperbild Maltest für Kinder*) Michaela Güntera (19) – narzędzie jakościowe, oceniane w sposób ilościowy i normalizowane na dużej grupie niemieckich dzieci (17). Rysunkowy Test „Nagusek” jako metoda projekcyjna pozwala na dotarcie do treści niedostępnych bezpośrednio świadomości (21). Skorzystano częściowo z oryginalnej instrukcji testu KBMT-K i zaproponowanej w niej symboliki kolorów. Procedura badania przy użyciu narzędzia „Nagusek” polega na samodzielnym wykonaniu rysunku własnego ciała bez ubrania, badany ma do dyspozycji pięć kolorów kredek, wyrażających różne poziomy zadowolenia z ciała i poszczególnych jego części przypisane danemu kolorowi (czerwony – bardzo zadowolony, żółty – zadowolony, czarny – neutralny, zielony – niezadowolony, niebieski – bardzo niezadowolony). W niniejszym badaniu sposób oceny testu „Nagusek” oparto na kryteriach ewaluacji zaczerpniętych z oryginalnej wersji testu Güntera KBMT-K. Zastosowano Skalę zadowolenia z ciała i jego poszczególnych części. Posłużono się także dodatkowymi kategoriami oceny rysunku, stworzonymi przez Topór (32) i Schier (19) w badaniach nad obrazem ciała u kobiet. Obejmowały one ocenę tego, czy na rysunku „domknięta” jest część ciała, zaznaczone dłonie, stopy, twarz, cechy płciowe oraz czy ma miejsce zdecydowane oddzielenie konturu od wnętrza ciała. Kategorie takie, jak występowanie na rysunku otwartych części ciała, zaznaczenie niektórych części ciała (dłoni, stóp, twarzy, cech płciowych) oraz zadowolenie z poszczególnych części ciała (zaznaczone za pomocą różnych kolorów) uznano za dane obiektywne, co pozwoliło na zrezygnowanie z procedury sędziów kompetentnych. Jednakże w odniesieniu do kategorii „wyrazistość oddzielenia konturu od wnętrza ciała”, ze względu na trudności w obiektywnej ocenie, przyjęto konieczność dokonania standaryzacji metodą sędziów kompetentnych. Analizę zgodności ocen sędziów przeprowadzono za pomocą współczynnika W Kendalla. Średnia zgodność dla wszystkich ocen okazała się zadowala-

jąca i wyniosła 0,70. Analiza rzetelności całego testu „Nagusek” wykazała, że jest on narzędziem wystarczająco rzetelnym. Współczynnik alfa-Cronbacha wyniósł 0,767.

W tym miejscu należy zaznaczyć, że w badaniach naukowych status narzędzi projekcyjnych jest niejednoznaczny. Technikom projekcyjnym zarzuca się brak standaryzacji, brak wystarczających podstaw teoretycznych, a także subiektywizm ocen i interpretacji (33). Nie bez znaczenia jest jednak fakt, iż rysunkowy test „Nagusek” jako metoda projekcyjna pozwala na dotarcie do informacji o nieświadomych aspektach obrazu ciała i na ominięcie reakcji osób badanych związanych z ich oporem. Aspekt ten nabiera szczególnego znaczenia, zwłaszcza w kontekście poruszanej problematyki cielesności, która obarczona jest silnym tabu społeczno-kulturowym (17). W związku z czym zdecydowano się na wprowadzenie poza samoopisową metodą pomiaru obrazu ciała, także metody projekcyjnej.

WYNIKI

Analiza wyników ujawniła istnienie rozbieżności między rezultatami uzyskanymi w samoopisowej Skali Oceny Ciała i Rysunkowym Teście Obrazu Ciała „Nagusek”.

W badaniu przeprowadzonym za pomocą narzędzia projekcyjnego „Nagusek” stwierdzono istotne statystycznie różnice między kobietami dorastającymi w rodzinie z problemem alkoholowym i kobietami z grupy kontrolnej w zakresie zadowolenia ze stóp – $t(92) = 2,37$; $p < 0,05$. Ponadto w odniesieniu do takich zmiennych jak zadowolenie z całego ciała ($p = 0,068$), zadowolenie z nóg ($p = 0,055$), z tułowia ($p = 0,092$) oraz z głowy ($p = 0,063$) można mówić jedynie o tendencji. I tak prawdopodobnie kobiety pochodzące z rodzin z problemem alkoholowym cechują się niższym poziomem zadowolenia z całego ciała ($M = 3,40$) i poszczególnych jego części – nóg ($M = 3,07$), tułowia ($M = 3,24$) i głowy ($M = 3,72$) niż kobiety z grupy kontrolnej (odpowiednio: $M = 3,69$; $3,48$; $3,53$ i $3,96$). Nie odnotowano istotnych statystycznie różnic między kobietami z grupy DDA i z grupy kontrolnej w zakresie zadowolenia z ramion – $t(101) = 1,24$; $p > 0,05$ i zadowolenia z dłoni – $t(91) = 1,29$; $p > 0,05$.

Podsumowując, rezultaty badania wskazują, że kobiety z syndromem DDA wykazują niższy poziom zadowolenia ze stóp niż kobiety z grupy kontrolnej. Analiza wyników Rysunkowego Testu Obrazu Ciała „Nagusek”, oscylujących na poziomie istotności statystycznej, pozwala ponadto z pewnym prawdopodobieństwem przyjąć, że kobiety, które doświadczały w dzieciństwie trudnej relacji z uzależnionym rodzicem, przeżywają, w porównaniu z kobietami z grupy kontrolnej, więcej negatywnych uczuć w stosunku do całego ciała oraz do poszczególnych jego części: nóg, tułowia oraz głowy. W tabeli 1 zaprezentowano pełne zestawienie wyników na temat zadowolenia z ciała i niektórych jego części w grupie badanej i kontrolnej, uzyskanych przy użyciu narzędzia „Nagusek”.

Za pomocą Rysunkowego Testu Obrazu Ciała zbadano ponadto takie zmienne, jak zaznaczanie dłoni, stóp, elementów twarzy, cech płciowych, pozostawienie „otwartych” części ciała oraz wyrazistość konturu postaci.

Nie odnotowano istotnych statystycznie różnic między kobietami DDA i z grupy kontrolnej w zakresie zaznaczania dłoni ($U = 1317,00$; $p > 0,05$), stóp ($U = 1412,00$;

Tabela 1.

Zadowolenie z ciała i poszczególnych części ciała w grupie badanej i kontrolnej mierzone za pomocą narzędzia „Nagusek”

Satisfaction with the body and individual body parts in the research and in the control group measured with the “Nagusek” test

Zmienne Variables	Grupa Group	Liczeb- ność Number	Średnia Average	Odchylenie standardowe Standard Deviation	Test t	p
Zadowolenie z głowy <i>Satisfaction with the head</i>	Badana/Research	56	3,72	0,73	1,877	0,063
	Kontrolna/Control	55	3,96	0,60		
Zadowolenie z tułowia <i>Satisfaction with the tors</i>	Badana/Research	55	3,24	0,90	1,699	0,092
	Kontrolna/Control	55	3,53	0,84		
Zadowolenie z ramion <i>Satisfaction with the arms</i>	Badana/Research	55	3,58	1,02	1,239	0,218
	Kontrolna/Control	55	3,79	0,78		
Zadowolenie z dłoni <i>Satisfaction with the hands</i>	Badana/Research	46	3,53	1,06	1,285	0,202
	Kontrolna/Control	47	3,79	0,84		
Zadowolenie z nóg <i>Satisfaction with the legs</i>	Badana/Research	54	3,07	1,22	1,937	0,055
	Kontrolna/Control	55	3,48	1,02		
Zadowolenie ze stóp <i>Satisfaction with the feet</i>	Badana/Research	46	3,09	1,21	2,367	0,020
	Kontrolna/Control	48	3,64	1,03		
Zadowolenie z ciała <i>Satisfaction with the body</i>	Badana/Research	41	3,40	0,82	1,851	0,068
	Kontrolna/Control	45	3,69	0,62		

Źródło: Opracowanie własne, *Source: Own study*

$p > 0,05$), elementów twarzy ($U = 1538,50$; $p > 0,05$) i cech płciowych ($U = 1445,00$; $p > 0,05$), pozostawiania „niedomknięcia” na rysunku w schemacie ciała ($U = 1324,00$; $p > 0,05$) oraz wyrazistości zaznaczania konturu postaci ($t(109) = 0,98$; $p > 0,05$).

W wyniku przeprowadzonych analiz w odniesieniu do zmiennych zaznaczanie dłoni ($p = 0,062$) oraz pozostawienie „otwartych” części ciała ($p = 0,057$) można mówić o tendencji. Prawdopodobnie kobiety z syndromem DDA rzadziej zaznaczają w Rysunkowym Teście Obrazu Ciała całe dłonie ($Mr = 52,02$) i częściej pozostawiają „niedomknięcia” w schemacie ciała ($Mr = 59,86$) niż kobiety z grupy kontrolnej (odpowiednio: $Mr = 60,05$; $52,07$) (tabela 2). Oscylowanie wyników na granicy istotności statystycznej w Rysunkowym Teście Obrazu Ciała „Nagusek” w odniesieniu do dwóch zmiennych (zaznaczanie dłoni oraz pozostawianie „niedomknięcia” w schemacie postaci) pozwala na sformułowanie, z pewnym prawdopodobieństwem, kilku prawidłowości. Okazuje się, że w przeciwieństwie do rysunków kobiet z grupy kontrolnej, na rysunkach kobiet DDA dłonie nie są wcale narysowane lub jest narysowana tylko jedna dłoń albo też pozostaje ona niewidoczna (ukryta za inną częścią ciała). Także linia tworząca schemat postaci na rysunkach kobiet DDA częściej pozostaje „niedomknięta” bądź domknięcie danej części ciała pozostaje niewidoczne na skutek „ukrycia” (np. ręce założone za plecami).

Tabela 2.

Wyraźne zaznaczenie dłoni i pozostawienie „niedomkniętych” części ciała mierzone za pomocą narzędzia „Nagusek” w dwóch grupach kobiet – badanej i kontrolnej
Clear representation of hands and “unclosed” lines of the body parts measured with the “Nagusek” tool in two groups of women – research and control group

Zmienna Variables	Grupa Group	Liczebność Number	Średnia ranga Average rank	Test U	p
Wyraźne zaznaczenie dłoni <i>Clear representation of hands</i>	Badana/Research	56	52,02	1317,00	0,062
	Kontrolna/Control	55	60,05		
„Niedomknięcie” części ciała <i>“Unclosed” lines of the body parts</i>	Badana/Research	56	59,86	1324,00	0,057
	Kontrolna/Control	55	52,07		

Źródło: Opracowanie własne; *Source: Own study*

Nieco inne światło na problematykę doświadczania własnego ciała przez kobiety dorastające w rodzinie z problemem uzależnienia rzucają rezultaty uzyskane przy wykorzystaniu narzędzia samoopisowego, Skali Oceny Ciała, oceniającego trzy wymiary kobiecego obrazu ciała: atrakcyjność seksualną, kontrolę wagi ciała i kondycję fizyczną. Wyniki badań uzyskane za pomocą tej Skali nie ujawniły istnienia istotnych statystycznie różnic w obrazie ciała między kobietami DDA a kobietami z grupy kontrolnej w zakresie przeciętnego spostrzeganego poziomu atrakcyjności seksualnej – $t(108) = 1,39$; $p > 0,05$, kontroli wagi ciała – $t(108) = 1,49$; $p > 0,05$ oraz kondycji fizycznej – $t(109) = 1,20$; $p > 0,05$. Okazało się, że obraz ciała kobiet z syndromem DDA nie różni się od obrazu ciała kobiet z grupy kontrolnej. W tabeli 3 zaprezentowano pełne zestawienie wyników dotyczących Skali Oceny Ciała.

W grupie kobiet DDA przeprowadzono dodatkowo analizę wewnątrzgrupową. Sprawdzone, czy istnieją zależności między obrazem ciała mierzonym za pomocą

Tabela 3.

Obraz ciała mierzony za pomocą Franzoia Skali Oceny Ciała w dwóch grupach kobiet – badanej i kontrolnej

The body image measured with the Franzoi's Body Esteem Scale in two groups of women – research and control group

Zmienne Variables	Grupa Group	Liczebność Number	Średnia Average	Odchylenie standardowe Standard Deviation	Test t	p
Atrakcyjność seksualna <i>Sexual Attractiveness</i>	Badana/Research	55	48,62	7,88	1,393	0,167
	Kontrolna/Control	55	50,67	7,59		
Kontrola wagi ciała <i>Weight Concern</i>	Badana/Research	55	30,00	10,27	1,492	0,139
	Kontrolna/Control	55	32,80	9,40		
Kondycja fizyczna <i>Physical Condition</i>	Badana/Research	56	30,21	7,35	1,202	0,232
	Kontrolna/Control	55	31,69	5,43		

Źródło: Opracowanie własne; *Source: Own study*

narzędzia „Nagusek” oraz Skali Oceny Ciała a innymi zmiennymi kontrolowanymi. Ujawniono jedynie związek dotyczący zmiennej – płeć rodzica uzależnionego. W wyniku analizy badania obrazu ciała, mierzonego za pomocą Skali Oceny Ciała, odnotowano istotne statystycznie różnice między kobietami DDA posiadającymi uzależnionego ojca a kobietami DDA posiadającymi uzależnioną matkę w zakresie przeciętnego poziomu doświadczanej atrakcyjności seksualnej – $U = 99,00$; $p < 0,05$. Okazało się, że córki uzależnionego ojca spostrzegają siebie jako bardziej atrakcyjne seksualnie niż córki uzależnionej matki.

DYSKUSJA WYNIKÓW I WNIOSKI

Przeprowadzone analizy uzyskanych rezultatów badawczych wymagają uwzględnienia rozbieżności między wynikami badań w odniesieniu do zmiennej „obraz ciała” mierzonej przy użyciu Skali Oceny Ciała oraz Rysunkowego Testu Obrazu Ciała „Nagusek”.

1. Obraz ciała kobiet, które doświadczyły alkoholizmu rodzica (zbadany za pomocą Rysunkowego Testu Obrazu Ciała „Nagusek”) różni się od obrazu ciała kobiet z grupy kontrolnej w zakresie jednego z analizowanych obszarów – stóp. Poza tym kobiety te z dużym prawdopodobieństwem przeżywają więcej negatywnych uczuć w stosunku do całego ciała oraz do jego poszczególnych części: nóg, tułowia oraz głowy niż kobiety z grupy kontrolnej. Mają one zatem bardziej negatywny obraz ciała niż kobiety nie będące DDA.

Kobiety DDA rzadziej zaznaczają także w Rysunkowym Teście Obrazu Ciała całe dłonie na rysunku i częściej pozostawiają w linii tworzącej schemat postaci na rysunku „niedomkniętą” część ciała niż kobiety z grupy kontrolnej.

2. Obraz ciała kobiet z syndromem DDA (zbadany za pomocą samoopisowego narzędzia Skali Oceny Ciała) nie różni się od obrazu ciała kobiet z grupy kontrolnej. Niemniej analizy wewnątrzgrupowe w grupie kobiet DDA ujawniają to, że kobiety posiadające uzależnionego ojca charakteryzuje większe poczucie atrakcyjności seksualnej niż kobiety, które mają uzależnioną matkę.

Wyjaśnięć rozbieżności w wynikach otrzymanych przy wykorzystaniu kwestionariusza samoopisowego i testu projekcyjnego można upatrywać w dwu obszarach. Po pierwsze, dotyczą one, jak się wydaje, specyfiki zastosowanych metod badawczych, po drugie zaś, specyfiki zasad obowiązujących w rodzinie z problemem alkoholowym. Uwzględniając wartość diagnostyczną metod projekcyjnych, polegającą na umożliwieniu dotarcia do informacji o nieświadomych aspektach obrazu ciała (17, 19), wydaje się prawdopodobne, że użycie narzędzia „Nagusek” pozwoliło na określenie trudnego do zwerbalizowania emocjonalnego stosunku do własnego ciała i uniknięcie oporu osób badanych. Warto podkreślić, że jest to narzędzie projekcyjne ustrukturalizowane (34), czyli akceptowane przez środowiska naukowe w przeciwieństwie do metod częściowo ustrukturalizowanych oraz nieustrukturalizowanych. Zdaniem Stemplewskiej-Żakowicz (35: 96) „techniki projekcyjne nie skupiają się na

diagnozowaniu cech osobowości, lecz dążą do rozpoznania działających w niej sił i procesów dynamicznych, klasycznie określanych jako potrzeby, motywy, konflikty, aktywność ego, mechanizmy obronne, schematy apercepcyjne czy wzorce doświadczania”. Badanie wykorzystane w naszej pracy pozwoliło na dostrzeżenie stosunku badanych do tych aspektów obrazu ciała, które nie mogą być często uwzględnione przy opisie werbalnym (czyli w narzędziu kwestionariuszowym).

Ponadto, jak powiedziano wcześniej, przyczyn braku różnic międzygrupowych w teście samoopisowym można dopatrywać się w przestrzeganiu fundamentalnych zasad obowiązujących w domu alkoholika – „nie czuj”, „nie mów” (6). W literaturze przedmiotu dotyczącej problematyki DDA (6) podkreśla się to, iż DDA w dzieciństwie zmuszane są do ukrywania swoich uczuć i nie mają prawa głośno wyrażać tego, co czują. Alkoholizm rodzica staje się punktem odniesienia dla przeżyć osób z całego systemu rodzinnego. Bradshaw (6, 14) zwraca również uwagę na to, że poprzez pełnienie określonej roli w rodzinie z problemem alkoholowym, DDA tracą swoją tożsamość, koncentrując się na utrzymaniu spójności rodziny. Pytanie o to, w jakim stopniu DDA „istnieją psychicznie” w rodzinie z problemem alkoholowym, pozostaje więc otwarte. Rezultaty otrzymane w teście rysunkowym, wskazujące na niższy poziom zadowolenia z ciała i poszczególnych jego części mogą stanowić dowód na poparcie tezy, że DDA są niezadowolone z własnego ciała mimo że na poziomie świadomym i werbalnym o tym nie mówią (co potwierdzają wyniki testu Franzoia).

Wyjaśnień pozwalających interpretować wyniki otrzymane przy wykorzystaniu Rysunkowego Testu Obrazu Ciała „Nagusek”, które wskazują na to, że kobiety, które doświadczyły w dzieciństwie trudnej relacji z uzależnionym rodzicem, przeżywają więcej negatywnych uczuć w stosunku do własnego ciała można poszukiwać w tezach teorii Ja cielesnego Kruegera (22). Zgodnie z tymi tezami zaburzenia w obszarze Ja cielesnego mają swoje źródło we wczesnodziecięcej relacji z opiekunem (21). Wiążą się, jak powiedziano wcześniej, z zaistnieniem jednego z trzech specyficznych wzorów relacji po stronie opiekuna: nadmiernym stymulowaniem i przekraczaniem granic dziecka, niedostępnością emocjonalną oraz niekonsekwentnym reagowaniem. Życie spędzone z uzależnionym rodzicem sprzyja występowaniu takich dysfunkcyjnych wzorów relacji (6). Wydaje się, że nadmierne stymulowanie granic dziecka może być uwarunkowane chociażby utratą kontroli rodzica alkoholika nad własnym ciałem i zachowaniem, będącym następstwem upojenia alkoholem. W literaturze przedmiotu (36) podkreśla się, że alkohol ma działanie odhamowujące. Wskazuje się, że odpowiednie jego stężenie we krwi wpływa na zachowanie człowieka (0,5–0,7 promila – obniżenie samokontroli; 0,7–2,0 promile – pobudzenie seksualne; 2,0–3,0 promile – obniżona zdolność kontroli własnych zachowań) (37). Zważywszy na charakterystyczną cechę choroby alkoholowej, którą jest utrata kontroli nad ilością spożytego alkoholu, można przypuszczać, iż osoba uzależniona często przejawia „brak hamulców” w swoim zachowaniu. W następstwie, dziecko bywa narażone na niezamierzony kontakt z nagością rodzica. Przykładem jest tu konieczność wykonania czynności higienicznych przy rodzicu w sytuacji niekontrolowania funkcji fizjologicznych, co niewątpliwie dostarcza dziecku trudnych przeżyć. Utrata kontroli

rodzica nad własnym zachowaniem może również przejawiać się występowaniem niewłaściwych zachowań seksualnych w stosunku do dziecka bądź w jego obecności i prowadzić do przekraczania granic seksualnych (38). Ponadto rodzice zbyt skupieni na alkoholu bywają często niedostępni dla dziecka, fizycznie i emocjonalnie, pozostawiając je samo z rozwojowymi wyzwaniami związanymi z ciałem i cielesnością. Warto w tym miejscu podkreślić, że zgodnie z teorią Kruegera (22) dziecko, które nie mogło „odbić się” czyli „zobaczyć” w oczach opiekuna jako wartościowa osoba, nie może samo w pełni zobaczyć siebie, też w kontekście cielesnym. Takie dziecko (a potem dorosły) myśli o sobie, że jest zbyt duże, zbyt małe, brzydkie, itp. (19, 22). W tym sensie relacyjne doświadczenia z uzależnionym rodzicem mają bezpośrednie przełożenie na spostrzeganie siebie w aspekcie cielesności. Wyniki badań innych badaczy, zajmujących się tematyką obrazu ciała u kobiet z syndromem DDA (23), ujawniają, iż mają one bardziej negatywny obraz własnego ciała w zakresie przeżywania kontaktów intymnych, akceptacji własnego ciała i eksponowania kobiecości niż kobiety z grupy kontrolnej. Uzyskane w tej pracy rezultaty stanowią zatem ich potwierdzenie.

Interpretując wyniki niniejszej pracy, warto odnieść się także do doniesień z literatury przedmiotu (39) wskazujących na to, że osoby nadużywające lub uzależnione od alkoholu przejawiają deficyty w zakresie wewnętrznych sposobów regulacji emocji i regulują stan napięcia za pomocą alkoholu czy używek. Aspekt ten wydaje się mieć kluczowe znaczenie, ponieważ u dzieci wychowywanych w rodzinach z problemami dotyczącymi regulacji emocji i mentalizacji (czyli zdolności do przepracowywania doświadczeń wewnętrznych i zewnętrznych za pomocą umysłu) może dochodzić do zahamowań i trudności w kształtowaniu się Ja, w tym Ja cielesnego (17).

W wyniku przeprowadzonych analiz odnotowano istnienie wyraźnej tendencji do zaznaczania dłoni i pozostawiania „niedomkniętych” części ciała. Pozwala to stwierdzić z pewnym prawdopodobieństwem, iż kobiety dorastające w rodzinie z problemem alkoholowym rzadziej, niż kobiety z grupy kontrolnej, zaznaczają w Rysunkowym Teście Obrazu Ciała całe dłonie i częściej pozostawiają w linii tworzącej schemat postaci „niedomkniętą” część ciała. Zaznaczenie dłoni może symbolizować sprawczość (32). Wydaje się logiczne, że dziecku w takiej rodzinie mogą metaforycznie „opadać ręce” i może utracić ono poczucie sprawczości, wynikające z bezradności w mierzeniu się z sytuacją alkoholizmu rodzica. Założenie to jest zbieżne z doniesieniami zawartymi w literaturze dotyczącej DDA, w której podkreśla się, że nieprzewidywalna rzeczywistość w rodzinie z problemem alkoholowym przyczynia się do utraty poczucia sprawczości i kontroli (40). Kategoria pozostawienie „niedomkniętych” części ciała może dostarczyć informacji o granicach cielesnych i psychicznych osoby badanej (30, 32). Rysunek, na którym postać ma pozostawione „otwarte” części ciała może świadczyć o słabo zaznaczonych granicach (32). Aspekt ten wydają się potwierdzać klinicyści zajmujący się DDA, wskazujący na to, że osoby te mają problem z właściwym wytyczaniem własnych granic (6, 41).

W badaniach udało się ponadto wykazać istnienie zależności między płcią rodzica uzależnionego a obrazem ciała kobiet z syndromem DDA. Stwierdzono, że kobiety posiadające uzależnionego ojca spostrzegają siebie jako bardziej atrakcyjne seksualnie

niż te posiadające uzależnioną matkę. Zgodnie z teoriami rozwoju (42, 43) uczenie się roli płciowej z uwzględnieniem modelu rozpoczyna się w momencie, gdy dziecko utożsamia się z rodzicem tej samej płci (chłopcy z ojcami, a dziewczynki z matkami). Rola matki w życiu dziewcząt ma zatem podstawowe znaczenie w kontekście kształtowania się atrakcyjności seksualnej. Zdaniem Chodorow (44) matka przekazuje córce typowo kobiece wzory zachowania, dzieje się tak w ramach ich wzajemnej relacji. Kobiecie łatwiej jest wyjaśnić córce tajemnice kobiecego ciała i przejść z nią przez etap zmian w okresie dojrzewania. Analiza wyników niniejszej pracy wskazuje na to, że kobiety spostrzegają siebie jako mniej atrakcyjne seksualnie, jeśli osobą uzależnioną jest matka. Ciągłe zaabsorbowanie matki sprawami alkoholu, być może powoduje, iż rozwój kobiecości u dziewczynki jest pomijany w relacji matki z córką, w wyniku czego ciało może stać się dla dziecka tajemnicą lub wręcz budzić niepokój. Matka, która reguluje swoje stany emocjonalne za pomocą używek, jest często niedostępna dla dziecka i dziewczynka pozostaje z wyzwaniami rozwojowymi (w tym, odnoszącymi się do cielesności) w osamotnieniu. Potrzeby osoby uzależnionej koncentrują się na kolejnej dawce alkoholu, co niejednokrotnie prowadzi do braku dbałości o higienę i wygląd. Córka ma zatem kontakt z matką, której ciało może budzić wstręt i którą trudno jej naśladować. Można więc przypuszczać, że kobietom posiadającym uzależnioną matkę niełatwo jest nauczyć się „dobrego” stosunku do własnej cielesności i seksualności.

Podsumowując uzyskane rezultaty badawcze, można powiedzieć, że negatywne uczucia związane z alkoholizmem rodziców mogą pozostawić trwałe „ślady” w obrębie trudnego do zwerbalizowania, nieświadomego stosunku emocjonalnego do własnego ciała kobiet z syndromem DDA. Wyniki te mogą stanowić przyczynek do myślenia o trudnościach w mało dotychczas eksplorowanym badawczo wymiarze funkcjonowania osób pochodzących z rodzin z problemem alkoholowym. Mają też istotne implikacje praktyczne. Wydaje się, że warto w przyszłości podjąć analizę problematyki obrazu ciała DDA w kontekście szeroko rozumianego „wzrostu posttraumatycznego”, zadając pytanie o osoby pochodzące z rodzin z uzależnionym rodzicem, które nie „zapisują” w ciele swojego trudnego dzieciństwa, a które potrafią nawet, być może paradoksalnie, budować stabilne pozytywne Ja cielesne (1, 2).

Praca ma pewne ograniczenia, związane zarówno z użyciem metody projekcyjnej, jak też wynikające ogólnie z trudności metodologicznych badań. Zastosowanie rysunkowego narzędzia projekcyjnego jest z metodologicznego punktu widzenia uzasadnione wtedy, gdy stosuje się procedurę obiektywnej ewaluacji danych jakościowych. W niniejszym badaniu odwołano się do oceny sędziów kompetentnych w odniesieniu do niektórych zmiennych. Przekładano także dane jakościowe na dane ilościowe (np. określając poziom zadowolenia). Wydaje się jednak, że warto powtórzyć badanie przy równoczesnym wykorzystaniu narzędzi jakościowych i ilościowych. Być może użyteczny byłby taki test do badania obrazu ciała, w którym uwzględniano by nie tylko stosunek do ciała, ale także sposób myślenia o nim i zachowania z nim związane.

Uwzględniając, że część wyników w Rysunkowym Teście Obrazu Ciała pozostała na poziomie istotności statystycznej, zasadne wydaje się przeprowadzenie badań

na większej próbie. Inny aspekt, który powinno się wziąć pod uwagę przy projektowaniu dalszych badań, to uwzględnienie w nich – poza kobietami – także mężczyzn.

W badaniu uczestniczyła wyselekcjonowana grupa kobiet z syndromem DDA, będących studentkami oraz kobiet, które korzystały z krótkoterminowej (przede wszystkim grupowej) specjalistycznej pomocy psychologicznej. Ten element ogranicza generalizację wniosków z badań. Dynamika zmian w trakcie trwania terapii może wpłynąć na stan psychiczny osoby badanej, a w konsekwencji przekładać się na wyniki otrzymanych badań. Kolejne badania warto przeprowadzić wyłącznie na studentach albo wyłącznie na pacjentach pozostających w terapii czy uczestniczących w grupach samopomocowych (45); można też dokonać porównań poszczególnych podgrup DDA między sobą (1).

Mimo opisanych ograniczeń, uzyskane wyniki wydają się znaczące. Wskazują one na konieczność uwzględniania takiego wymiaru, jak obraz własnego ciała i Ja cielesnego w pracy z kobietami pochodzącymi z rodzin alkoholowych. To nowy obszar pracy edukacyjnej i terapeutycznej. Wyniki niniejszej pracy nie wykazały różnic dotyczących stosunku do ciała w grupie kobiet z DDA uczestniczących w leczeniu i nie korzystających z profesjonalnej pomocy. Aktualne programy pomocy nie uwzględniają aspektu cielesności. Kobiety brały udział w spotkaniach psychoterapeutycznych średnio przez 5 miesięcy, były to przede wszystkim oddziaływania grupowe. Może warto zatem w przyszłych badaniach obrazu ciała zróżnicować grupy osób DDA pod względem długości trwania terapii i ich form.

Tylko wtedy, gdy kobiety z syndromem DDA, które jako dzieci były przez lata w kontakcie z rodzicem nadużywającym alkoholu, zostaną jako osoby dorosłe „zobaczone” przez profesjonalistów zarówno w aspekcie psychicznym, jak i cielesnym, będą miały szansę na choćby częściowe odzyskanie „utraconego dzieciństwa”.

PIŚMIENNICTWO/REFERENCES

1. Gąsior K (2012) *Funkcjonowanie noo-psychospołeczne i problemy psychiczne Dorosłych Dzieci Alkoholików*. Warszawa: Difin.
2. Cierpiałkowska L, Ziarko M (2010) *Psychologia uzależnień – alkoholizm*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
3. Harter SL (2000) Psychosocial adjustment of adult children of alcoholics. A review of the recent empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 20 (3), 311–337.
4. Margasiński A (2009) Koncept DDA – efekt Barnuma? *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 3, 13–18.
5. Gąsior K (2008) Czynniki zagrażające rozwojowi dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym na przykładzie Dorosłych Dzieci Alkoholików. *Alkoholizm i Narkomania*, 3, 247–262.
6. Ryś M (2007) *Rodzinne uwarunkowania psychospołeczne funkcjonowania Dorosłych Dzieci Alkoholików*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
7. Sobolewska Z (1996) W poszukiwaniu koncepcji współuzależnienia. *Świat Problemów*, 1/2, 4–10.
8. Margasiński A (1996) *Analiza psychologiczna systemów rodzinnych z chorobą alkoholową*. Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
9. Barbaro de B (1999) *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
10. Woititz J (2000) *Dorosłe dzieci alkoholików*. Warszawa: Wydawnictwo Akuracik.

11. Robinson B, Rhoden J (2000) *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*. Warszawa: PARPA.
12. Widera-Wysoczańska A (2003) Pijany dom, czyli co się dzieje z dzieckiem alkoholika. W: Żak P (red.) *Gdzie się podziało moje dzieciństwo. O Dorosłych Dzieciach Alkoholików*. Kielce: Wydawnictwo „Charaktery”, 7–23.
13. Litwa A (2009) Syndrom DDA. W: Bętkowska-Korpała B. (red.) *Uzależnienie w praktyce klinicznej. Zagadnienie diagnostyczne*. Warszawa: Wydawnictwo Parpamedia, 249–269.
14. Bradshaw J (1994) *Zrozumieć rodzinę. Rewolucyjna droga odnalezienia samego siebie*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
15. Logue MB, Sher KJ, Frensch PA (1992) Purported characteristics of adult children of alcoholics: A possible Barnum effect. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23 (3), 226–232.
16. Sher KJ (1991) *Children of alcoholics. A critical appraisal of theory and research*. Chicago: University of Chicago Press.
17. Schier K (2010) *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
18. Rakfalska A (2007) *Obraz ciała oraz spostrzegana relacja z rodzicami u mężczyzn uprawiających intensywny trening siłowy*. Niepublikowana praca magisterska pod kierunkiem dr Katarzyny Schier. Warszawa: Wydział Psychologii UW.
19. Schier K (2009) *Zapisać w ciele: związek ciało–psychika u dzieci i rodziców*. Warszawa: Wydawnictwo Emu.
20. Mirucka B (2003) Ja–cielesne fundamentem osobowości. *Polskie forum psychologiczne*, 1/2, 30–40.
21. Schier K (2005) *Bez tchu i bez słowa. Więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową*. Gdańsk: GWP.
22. Krueger DW (2002) *Integrating body self and psychological self*. New York, London: Brunner-Routledge.
23. Lelek A, Bętkowska-Korpała B, Jabłoński M (2012) Lęk a obraz własnego ciała u kobiet dorastających w rodzinie z problemem uzależnienia. *Psychiatria Polska*, 5, 683–692.
24. Sobolewska Z (1997) Czy potrzebują terapii i jakiej? *Świat Problemów*, 10, 13–16.
25. Mellody P (1993) *Toksyczne związki. Anatomia i terapia współuzależnienia*. Warszawa: Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza.
26. Woititz JG (2003) *Lęk przed bliskością*. Gdańsk: GWP.
27. Woronowicz B (2009) *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia.
28. Schier K (2012) Nadzieja w dzieciach. *Poradnik Psychologiczny Polityki. Ja, my, oni*, 10, 100–105.
29. Pilat JM, Jones JW (1985) Identification of children of alcoholics: Two empirical studies. *Alcohol, Health and Research World*, 9, 27–36.
30. Guziak A (2010) *Granice cielesne i psychiczne oraz obraz ciała Dorosłych Dzieci Alkoholików*. Niepublikowana praca magisterska pod kierunkiem dr Katarzyny Schier. Warszawa: Wydział Psychologii UW.
31. Franzoi SL, Shields SA (1984) The body esteem scale: Multidimensional structure and sex differences in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 48, 173–178.
32. Topór M (2007) *Zapisać w ciele – obraz ciała i wewnątrzpsychiczny obraz rodzica u nieplodnych kobiet*. Niepublikowana praca magisterska pod kierunkiem dr Katarzyny Schier. Warszawa: Wydział Psychologii UW.
33. Frydrychowicz A (1984) *Rysunek rodziny. Projekcyjna metoda badania stosunków rodzinnych*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. A. Mickiewicza.
34. Schier K, Wąs M (2011) Diagnoza funkcjonowania psychicznego dzieci przy użyciu metod projekcyjnych. W: Święcicka M (red.) *Metody diagnozy w psychologii klinicznej dziecka i rodziny*. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat, 79–96.
35. Stemplewska-Żakowicz K (2009) *Diagnoza psychologiczna. Diagnostowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: GWP.

36. Araj S, Finkelhor D (1989) Abusers: A Review of the Research. W: Finkelhor D (red.) *Sourcebook on Child Sexual Abuse*. Newbury Park: Sage Publications, 66–77.
37. Woronowicz B (1994) *Alkoholizm jako choroba*. Warszawa: PARPA.
38. Beisert M (2004) *Kazirodztwo. Rodzice w roli sprawców*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
39. Młodziak E, Schier K (2012) Aleksytymia, ciało, psychoterapia – nowa perspektywa badawcza i kliniczna. *Psychoterapia*, 2, 29–40.
40. Sztander W (2006) *Dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
41. Pasternak A, Schier K (2012) The role reversal in the families of Adult Children of Alcoholics. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 3, 51–57.
42. Stypułkowska J (2004) *Problemy rozwoju i wychowania*. Warszawa: Medium.
43. Drat-Ruszczak K (2003) Teorie osobowości – podejście psychodynamiczne i humanistyczne. W: Strelau J (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki. Psychologia ogólna. Tom 2*. Gdańsk: GWP, 601–651.
44. Chodorow NJ (1989) *Feminism and Psychoanalytic Theory*. New Haven: Yale University Press.
45. Chodkiewicz J, Wilska A (2008) Stan zdrowia, wsparcie społeczne i zadowolenie z życia Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA) korzystających z pomocy terapeutycznej. *Alkoholizm i Narkomania*, 2, 135–152.

Adres do korespondencji
Aneta Pasternak
Katedra Psychologii Klinicznej Dziecka i Rodziny
Uniwersytet Warszawski
ul. Stawki 5/7, 00-183 Warszawa
e-mail: apasternak@psych.uw.edu.pl

Otrzymano: 29.01.2013
Przyjęto do druku: 05.08.2013