

Anna Kobierecka-Dziamska

## ŚLADY DOŚWIADCZEŃ RODZINNYCH W OBRAZIE CIAŁA — STUDIUM PRZYPADKU MŁODEJ KOBIETY

### TRACES OF FAMILY EXPERIENCE IN THE BODY IMAGE — A CASE STUDY OF A YOUNG WOMAN

Klinika Psychiatrii, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy

**body image**  
**family functioning**

#### Streszczenie

*Celem pracy jest przedstawienie przypadku kobiety z negatywnym obrazem ciała w kontekście jej doświadczeń z rodziny pochodzenia. Autorka prezentuje pogląd, że w obrazie kobiecego ciała można odnaleźć ślady doświadczeń rodzinnych, co znajduje potwierdzenie w przeglądzie literatury przedmiotu.*

*W oparciu o wywiad, obserwację, kwestionariusze i narzędzia projekcyjne do badania obrazu ciała oraz relacji rodzinnych przeprowadzono analizę fenomenologiczną doświadczania ciała przez młodą kobietę. Posłużono się perspektywą systemową i teorią więzi psychicznej w wyjaśnianiu uczuć, zachowań i myśli osoby badanej dotyczących jej ciała.*

*Obraz ciała zaprezentowanej w studium kobiety był zróżnicowany, ale w dużej mierze negatywny, zaś relacje rodzinne nacechowane były dystansem i trudnościami w regulacji emocji. W rodzinie obecna była również psychopatologia w postaci uzależnienia od alkoholu oraz przemocy. Cechy funkcjonowania rodziny, jak i jakość relacji z matką oraz ojcem — zgodnie z przyjętą perspektywą teoretyczną — wydają się powiązane i uzasadniają opisane przejawy doświadczania własnego ciała zaprezentowanej młodej kobiety. Wspomniana analiza pozwala na stwierdzenie, że zarówno w rozumieniu obrazu ciała osoby, jak i w terapii problemowego doświadczania własnego ciała należy uwzględnić perspektywę rodzinną.*

#### Summary

The aim of the paper is to present the case of a woman with a negative body image in the context of her experiences emerging from her family of origin. The author presents the view that traces of family experience can be found in the female body image. The presented literature overview justifies this argument.

Phenomenological analysis of experiencing the body by a young adult woman was carried out based on an interview, observation, questionnaires, and projective tools for the study of body image and family relationships. The author used the systemic perspective and attachment theory to explain the feelings, behaviours, and thoughts of the tested person about her body.

The body image of the woman presented in this case study was varied, but largely negative, and family relationships can be described as distanced and difficult in terms of regulating emotions. The family also faced psychopathology in the form of alcohol addiction and domestic violence. In accordance

with the adopted theoretical perspective, both family functioning and the quality of the relationships with the mother and the father of the young woman seemed to be linked and warrant the described manifestations of experiencing her own body.

This analysis allows us to conclude that family perspective should be taken into account from the view of a person's body image as well as from the view of the treatment of problems connected with experiencing one's own body.

## Wstęp

Problematyka obrazu ciała kobiet zajmuje ważne miejsce w piśmiennictwie naukowym i praktyce klinicznej. Stanowi to wyraz znacznego zainteresowania ciałem w przestrzeni społecznej [1], ale też coraz częstszej ekspresji problemów psychicznych poprzez ciało, np. w postaci samouszkodzeń, anoreksji i bulimii psychicznej czy zaburzeń psychosomatycznych [2–6]. Choć o obrazie ciała i jego licznych uwarunkowaniach wiadomo już stosunkowo dużo, dla praktyków praca nad sposobem doświadczania własnego ciała osoby, które podejmują nieadaptacyjne zachowania związane z nim, percepcyjnie zniekształcają jego obraz czy przeżywają wobec niego negatywne odczucia, pozostaje wyzwaniem.

W niniejszej pracy — w oparciu o przegląd literatury przedmiotu oraz opis przypadku — dokonano analizy obrazu ciała młodej kobiety w powiązaniu z jej doświadczeniami wyniesionymi z rodziny pochodzenia. Rodzina generacyjna jest wskazywana bowiem w literaturze przedmiotu, obok czynników biologicznych, społeczno-kulturowych czy innych doświadczeń interpersonalnych, jako istotny predyktor obrazu ciała [7]. U podstaw rozważań leżą tezy: Schier [3, s. 7], według której „doświadczenia interpersonalne są z a - p i s y w a n e nie tylko w umyśle danej osoby, ale także w jej ciele”, oraz Küchenhoffa [za: 8], zdaniem którego „ciało zawiera ślady doświadczeń interpersonalnych” [8, s. 50]. Doświadczenia rodzinne stanowią więc część różnych doświadczeń interpersonalnych jednostki i znajdują one odzwierciedlenie — w postaci śladów — w sposobie postrzegania i traktowania własnego ciała przez osobę, do czego nawiązuje tytuł pracy. Są one rozumiane jako przeżycia jednostki pochodzące z rodziny generacyjnej, zakodowane w pamięci długotrwałej autobiograficznej, wyznaczające sposób reprezentowania ciała w jej umyśle.

Za podstawę teoretyczną analizowanych zjawisk psychologicznych obrano paradygmat systemowy oraz teorię więzi psychicznej. Przyjęto, że czynniki społeczno-kulturowe mają istotne znaczenie w warunkowaniu sposobu postrzegania własnego ciała, jednak uwzględnienie perspektywy rodzinnej daje możliwości głębszego psychologicznego rozumienia trudności w obrębie jego obrazu oraz podejmowania odpowiednich interwencji psychoterapeutycznych.

## Obraz ciała

Obraz ciała stanowi złożony fenomen [4, 5, 9] i rozumiany jest współcześnie jako część obrazu siebie i Ja cielesnego osoby. W literaturze przedmiotu można spotkać wiele jego definicji. W niniejszej pracy przyjęto, że jest to umysłowa reprezentacja własnego ciała, na którą składają się wymiary: poznawczy, afektywny i behawioralny [10, 11]. Kształtowanie się obrazu ciała stanowi integralną część rozwoju osobowości i idzie w parze z nabywaniem przez dziecko zdolności ruchowych, mowy, myślenia czy regulowania własnych stanów emocjonalnych [4, 12]. Proces ten odbywa się w kilku etapach, a jego

zwieńczeniem w przebiegu normatywnego rozwoju jest zintegrowanie Ja cielesnego z Ja psychicznym [2]. Należy zaznaczyć, że uwarunkowania obrazu ciała i Ja cielesnego są liczne i złożone. Obejmują czynniki kulturowe, społeczne, rodzinne, osobowościowe i biologiczne [4, 9, 13, 14]. Zdaniem wielu autorów rozwój obrazu ciała i Ja cielesnego odbywa się przede wszystkim w relacji z rodzicami, jest zależny od jakości tych relacji, tj. zdolności rodziców do adekwatnego odczytywania potrzeb i doznań fizycznych dziecka, reagowania na nie, nadawania im znaczeń i wskazywania sposobów radzenia sobie z nimi [2, 4, 12].

Refleksja nad stosunkiem do ciała, jego doświadczaniem i przejawami cielesności jest szczególnie ważna w odniesieniu do kobiet. Choć w różnych kręgach kulturowych od stuleci towarzyszy im zaabsorbowanie ciałem, to pod względem ilości oczekiwań kierowanych wobec kobiecego ciała, ponowoczesność wydaje się szczególnie opresyjna. Za sprawą mass mediów upowszechniła się wśród kobiet kultury zachodniej norma szczupłego ciała, niezależnie od jego anatomicznej budowy, jak i fazy życia kobiety [1, 6, 13, 14]. Tożsamość współczesnych kobiet jest silnie oparta na cielesności. Wielu współczesnym zdrowym kobietom (tj. bez zaburzeń odżywiania się i zaburzeń psychicznych) towarzyszy poczucie niezadowolenia z własnego ciała, określane już w literaturze jako normatywne i mające ogromne znaczenie dla zdrowia psychicznego i fizycznego kobiet czy ich społecznego funkcjonowania [4, 13–21]. Należy nadmienić, że fenomen niezadowolenia z ciała wśród kobiet nie doczekał się jak dotąd spójnej koncepcji teoretycznej wyjaśniającej to zjawisko [13, 22]. Zdaniem badaczy w etiologii negatywnego obrazu ciała u młodych kobiet należy uwzględniać: przebieg procesu socjalizacji, społeczne porównania, doświadczenia związane z ciałem, wagą i jedzeniem czy cechy osobowości. Rezultaty badań empirycznych wskazują na takie istotne czynniki ryzyka, jak: stopień internalizacji norm społeczno-kulturowych, perfekcjonizm, świadomość interoreceptywną oraz BMI [22].

### **Rodzinne uwarunkowania obrazu ciała**

Rodzina, poprzez wiele pełnionych funkcji i dzięki bogactwu dynamiki wewnątrz jej granic, stanowi podstawową przestrzeń rozwoju człowieka. Doświadczenia wyniesione z domu mają ogromne znaczenie dla emocjonalnego, osobowościowego, poznawczego i społecznego funkcjonowania jednostki [23, 24]. Rodzina jest też miejscem kształtowania postaw wobec cielesności i seksualności, a ten złożony proces odbywa się poprzez mechanizmy modelowania, internalizacji i identyfikacji z postawami i wzorcami traktowania ciała, obecnymi w granicach rodziny, a pochodzącymi z wcześniejszych doświadczeń rodziców w obrębie stosunku wobec ciała, wyglądu zewnętrznego, jedzenia, a także z przekazywanych w rodzinie norm kulturowych [7, 13, 25–27]. System rodzinny dostarcza członkom rodziny (głównie rodzice dzieciom) informacji na temat ich osobistych cech, będących zarówno zasobami, jak i słabymi stronami — także w odniesieniu do cielesności. Jak zauważa Płopa [23], „atrybuty, które przypisujemy sobie, są produktem naszych społecznych interakcji” [23, s. 23]. Z kolei za Sticem [za: 13] należy zaznaczyć, że rodzina — obok wpływu rówieśników i mediów — stanowi także „transmitter norm kulturowych” [13, s. 58], w których to atrakcyjność kobiety i możliwość osiągnięcia przez nią sukcesów determinowana jest wyglądem zewnętrznym i szczupłą sylwetką. Obraz ciała

jaki posiada jednostka w swoim umyśle, zawiera więc ślady społecznych doświadczeń, w tym doświadczeń z ważnymi osobami.

W świetle przeglądu literatury przedmiotu jakość relacji rodzinnych może warunkować obraz ciała na kilku płaszczyznach: od strony jakości relacji z matką, z ojcem oraz cech funkcjonowania rodziny jako całości. Relacja matka–dziecko zajmuje w psychologii szczególne miejsce i uważana jest za kluczową dla rozwoju intrapsychoicznego świata dziecka. Dla badaczy problematyki przywiązania i klinicystów więź z matką stanowi swoistą matrycę wielu funkcji psychicznych u dziecka: regulacji emocji, mentalizacji, zdolności budowania relacji społecznych [28–30]. Jest też ważna dla budowania świadomości i reprezentacji własnego ciała w umyśle dziecka [2]. Dla córki matka stanowi również istotny obiekt identyfikacji i model do naśladowania. Stosunek matki do własnego ciała może stać się więc częścią obrazu ciała córki [7, 31], co potwierdzają badania naukowe [por. m.in. 32–34].

Znaczenie relacji z ojcem dla kształtowania obrazu ciała córki stanowi zagadnienie, jak dotąd w niewielkim stopniu analizowane. Doświadczenia kliniczne pokazują jednak, że ojciec może wspierać rozwój córki w obrębie jej czucia się kobietą we własnym ciele i posiadania pozytywnego obrazu ciała, ale może ten proces również zakłócać. Dziewczynki pozbawione przyjemności podobania się ojcu i afirmacji z jego strony mogą ukrywać w przyszłości swoją kobiecość i odrzucać własne ciało, a także poszukiwać uznania dla swojego ciała w sposób nieadaptacyjny [35, 36].

W kontekście rodziny jako całości i jej cech funkcjonowania budowanie obrazu ciała córki może odbywać się poprzez dwa podstawowe mechanizmy wpływu: bezpośredni — w postaci komunikatów formułowanych wobec dziecka związanych z ciałem, wagą i jedzeniem; oraz pośredni — odbywający się poprzez modelowanie zachowań związanych z ciałem, jak dieta czy aktywność fizyczna [37].

### Material i metoda

Celem niniejszej pracy jest analiza rodzinnych uwarunkowań obrazu ciała 33-letniej kobiety, która wyraziła świadomą zgodę na udział w badaniu i ewentualną publikację jego rezultatów pod warunkiem zapewnienia anonimowości.

W oparciu o analizę literatury przedmiotu przyjęto hipotezy mówiące, że istnieje związek między obrazem ciała a funkcjonowaniem rodziny pochodzenia i jakością relacji z rodzicami oraz że w obrazie ciała można znaleźć „ślady” doświadczeń rodzinnych. Założono też, że negatywna ocena obrazu ciała powiązana jest z wysokim poziomem dysfunkcjonalności rodziny. W celu weryfikacji hipotez wykorzystano metodę studium przypadku, umożliwiającą pogłębioną analizę relacji rodzinnych osoby badanej i doświadczania przez nią własnego ciała.

W opisie przypadku posłużono się danymi uzyskanymi z rozmowy i obserwacji psychologicznej. Rozmowa, poprzedzona nawiązaniem kontaktu, koncentrowała się na: spostrzeżeniach, emocjach, przekonaniach i zachowaniach oraz przeszłych i aktualnych doświadczeniach związanych z ciałem, znaczeniach przypisywanych ciału i wyglądowi, relacjach w rodzinie, historii rodzinnej, wspomnieniach z relacji z matką i ojcem. Wsparto się także informacjami uzyskanymi z narzędzi kwestionariuszowych oraz projekcyjnych. Do badania relacji rodzinnych wykorzystano:

- Skalę Oceny Rodziny SOR [38], będącą polską wersją skali FACES–IV Olsona w adaptacji Margasińskiego. Narzędzie to oparte jest na systemowym modelu rozumienia rodziny i zostało zastosowane do pomiaru percepcji różnych aspektów życia rodzinnego. Kwestionariusz składa się z 8 skal: dwóch skal zrównoważenia (zrównoważona spójność i zrównoważona elastyczność), czterech skal niezrównoważenia do pomiaru skrajnych wartości spójności i elastyczności (niezwiązanie, splątanie, sztywność, chaotyczność) oraz dwóch skal dodatkowych, określanych jako wartościujące (komunikacja rodzinna oraz zadowolenie z życia rodzinnego). Procedura badania zakładała modyfikację instrukcji: osoba badana podczas udzielania odpowiedzi miała za zadanie odnosić się do własnej rodziny pochodzenia.
- Kwestionariusz Retrospektywnej Oceny Postaw Rodziców KPR–Roc [39] — narzędzie pozwalające na ocenę relacji dziecko–rodzic na pięciu wymiarach–postawach: (1) akceptacji/odrzućenia; (2) nadmiernego wymagania; (3) autonomii; (4) niekonsekwencji; (5) nadmiernego ochraniańia. Kwestionariusz ma normy stenowe.
- Test Rysunku Rodziny [40, 41] — narzędzie o projekcyjnym charakterze, o długiej tradycji i szeroko stosowane w klinicznej praktyce psychologicznej. Służy on do badania stosunków rodzinnych nie tylko dzieci, ale również dorosłych<sup>1</sup>. Przyjęto, że ze względu na niewielkie ustrukturalizowanie instrukcji, prawdopodobne jest rzutowanie głębszych, nieświadomych aspektów stosunków panujących w rodzinie i charakteru relacji osoby badanej z poszczególnymi członkami rodziny [40, 41]. W ocenie rysunku posłużono się wskaźnikami proponowanymi przez Braun-Gałkowską [40] i Frydrychowicz [41], poddając analizie formę rysunku, jego treść i dane uzyskane z rozmowy (zgodnie ze scenariuszem zaproponowanym przez Frydrychowicz [41]).

W celu zbadania obrazu ciała zastosowano:

- Skalę Oceny Ciała BES [42], w polskiej adaptacji Lipowskiej i Lipowskiego [43]. Jest to narzędzie samoopisu odwołujące się do emocjonalnego aspektu obrazu ciała i określające poziom zadowolenia z poszczególnych obszarów ciała. Posiada ono polską normalizację [43] i jest zróżnicowane pod względem płci. Dla kobiet wyróżniono wymiary: atrakcyjności seksualnej, kontroli wagi oraz kondycji fizycznej.
- Wielowymiarowy Kwestionariusz do Badania Obrazu Ciała MBSRQ [44] w przekładzie M. Topór, M. Matkowskiej, K. Schier i M. Rzeszutka z Uniwersytetu Warszawskiego, zakupiony od autora kwestionariusza — T. Casha. Jest to na-

<sup>1</sup> Należy wspomnieć, że zdaniem Frydrychowicz Rysunek Rodziny „jest najefektywniejszą metodą w badaniu dzieci od 5. do 11. roku życia” [41, s. 13], jednak według Braun-Gałkowskiej rysunek można stosować również w odniesieniu do osób od wczesnej do późnej dorosłości (por. np. Braun-Gałkowska M. Systemy rodzinne osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa w świetle Rysunku Rodziny. W: Łaguna M, Lachowska B, red. Rysunek projekcyjny jako metoda badań psychologicznych. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL, 2004, s. 151–164).

rzędzie szeroko stosowane na świecie w badaniach naukowych na temat obrazu ciała, a na potrzeby niniejszej pracy zastosowane jako narzędzie eksperymentalne (z uwzględnieniem analizy jakościowej odpowiedzi osoby badanej). W polskich badaniach uzyskało ono wysokie współczynniki rzetelności [4]. Składa się z 10 skal odnoszących się do oceny wyglądu, sprawności, zdrowia i wagi, zorientowania na wygląd, sprawność, zdrowie oraz chorobę, a także zaabsorbowania nadwagą i satysfakcji z obszarów ciała.

- Rysunkowy Test Obrazu Ciała „Nagusek”, autorstwa Schier [4] — narzędzie projekcyjne przeznaczone do badania tych aspektów obrazu ciała, które są trudne do zwerbalizowania. Zadaniem osoby badanej jest narysowanie samej siebie bez ubrania z wykorzystaniem dostępnych kolorów, oznaczających stopień zadowolenia (czerwony — bardzo zadowolony, żółty — zadowolony, czarny — neutralny, zielony — niezadowolony, niebieski — bardzo niezadowolony). Symbolika kolorów została zaczerpnięta z testu KBMK-K, którego autor — M. Günther — dokonał analizy znaczenia barw [za: 4, 45]. W ocenie testu, uwzględniając doświadczenia w stosowaniu narzędzia przez jego autorkę [4], a także innych autorów korzystających z techniki rysunku [13, 46, 47], brano pod uwagę: liczbę wykorzystanych kolorów, rozmiar rysunku, proporcje postaci, uszczegółowienie rysunku, zaznaczenie i pominięcie poszczególnych części ciała, zamalowanie rysunku. Analiza tych wskaźników pozwoliła odnieść się do: stopnia zadowolenia z własnego ciała i poszczególnych jego części, zróżnicowania reprezentacji ciała, granic ciała, sposobu postrzegania własnego ciała (tj. całościowo czy fragmentarycznie), adekwatności obrazu ciała (pod względem wielkości i proporcji poszczególnych części ciała względem siebie). Narzędzie „Nagusek” było jak dotąd stosowane z powodzeniem w badaniach ilościowych (w których uzyskało zadowalające właściwości psychometryczne) i klinicznych [por. 4].

Należy nadmienić, że rysunki osoby badanej zostały skonsultowane z psychologami mającymi bogate doświadczenie kliniczne, co miało na celu zobiektywizowanie wysuniętych na podstawie ich analizy wniosków. Z uwagi na ograniczenia objętości niniejszej pracy, jak i życzenie osoby badanej, nie umieszczono rysunków do wglądu Czytelnika.

### Opis przypadku

Pani J. jest kobietą przeciętnego wzrostu, o sylwetce tzw. powiększonego jabłka (w okolicy brzucha kobiety zaznacza się wyraźna nadwaga, zaś jej nogi są szczupłe). Indeks masy ciała BMI pani J. wynosi  $30,4 \text{ kg/m}^2$  i wskazuje na otyłość [48]. Ma rozpuszczone do ramion blond włosy i staranny makijaż. Pani J. zadeklarowała, że jest fizycznie zdrowa i nie choruje na choroby przewlekłe.

W kontakcie indywidualnym nastrój pani J. był okresowo niewspółmierny do poruszanych w rozmowie treści, jakby opisywała ona historię nie swoją, a czyjąś. Niejednokrotnie mówiąc o tym, co trudne dla niej, kobieta uśmiechała się, co w kategoriach mechanizmów obronnych można rozumieć jako reakcję upozorowaną [49]. Istotne też, że w odpowiedzi na pytania dotyczące jej własnych doświadczeń, nierzadko odwoływała się do relacji z waż-

nymi dla siebie osobami i opisywała swoje doświadczenia w nawiązaniu do innych osób, tak jakby nie mogła zaistnieć w kontakcie z badaczem odrębnie i niezależnie od innych.

Pani J. ma wykształcenie zawodowe, jest kasjerką. Od 10 lat jest w związku małżeńskim. Relację z mężem ocenia jako satysfakcjonującą. Mają 9-letniego syna, który jest dla niej — jak zaznaczyła pani J. — „oczkiem w głowie”<sup>2</sup>. Urodziła się jako pierwsze dziecko rodziców. Miała dwoje rodzeństwa: o 2 lata młodszego brata (nie żyje) oraz o 11 lat młodszą siostrę. Matka pani J. ma 52 lata, pracuje w firmie ogrodniczej. Ojciec ma 56 lat i jest ślusarzem.

W narracji pani J. dzieciństwo opisywane jest od 6. roku życia, gdy poszła do szkoły. Pamięta, że była nieśmiałym dzieckiem, towarzyszył jej lęk przed szkołą i innymi dziećmi. Nie czuła się akceptowana, a jako powód takiego stanu wskazuje nadwagę. Z powodu przeżywanego w szkole stresu sporadycznie nie utrzymywała moczu i uciekała z niej. Kobieta wspomina, że często zwracano uwagę na rumieńce na jej twarzy. W szkole podstawowej w sytuacji sprawdzianu lub w innych stresujących okolicznościach czerwieniła się, co spotykało się z negatywnymi komentarzami zarówno w rodzinie, jak i ze strony rówieśników. Doświadczyła, że czerwienienie się jest czymś niewłaściwym. By zdobyć sympatię rówieśników, kupowała im słodycze w szkolnym sklepiku za pieniądze ukradzione matce z portfela.

#### Funkcjonowanie rodziny i jakość relacji z rodzicami

Pani J. opisała atmosferę domu rodzinnego jako „ciężką i pozbawioną radości”, co wskazuje na jej obniżoną satysfakcję z życia rodzinnego. Rodzice pobrali się, gdy matka miała lat 18, a ojciec 22. Sytuacja ekonomiczna w domu była przeciętna, ale zadowolająca. Dom prowadziła matka, zajmowała się opieką nad dziećmi, ojciec zaś pracował. Nadużywał alkoholu, a po nim stawał się agresywny. Stosował przemoc wobec matki i dzieci. Rodzice byli bliscy rozwodu, przechodzili separację, jednak pozostali razem. Pani J. stwierdziła: „tworzą teraz normalną, ale zranioną rodzinę”.

W opowieści pani J. matka została określona jako osoba „cierpiąca całe życie”, tj. zaabsorbowana swoim psychicznym bólem. Przez większą część czasu prowadziła dom. Nierzadko silnie koncentrowała się na dzieciach, co pani J. przeżywała negatywnie — jako nadmierną kontrolę. Matka próbowała poszukiwać pomocy dla siebie i dzieci w ośrodku rozwiązywania problemów alkoholowych w związku z agresją i uzależnieniem męża, ale też pomagała mu, gdy ten doświadczał przykrych konsekwencji picia. Wchodziła tym samym w pozycję współuzależnionej, o co pani J. ma do niej żal. Uważa, że matka bardzo kochała ojca. Pamięta, że w sytuacjach towarzyskich matka sama sięgała po alkohol, upijała się i była wówczas „duszą towarzystwa”. Gdy dzieci usamodzielniały się, podjęła się zarobkowo sprzątaniami, a potem pracy w ogrodnictwie. Pani J. przyznała, że w dzieciństwie miała z matką zadowolający kontakt, mogła jej wszystko powiedzieć, matka stanowiła dla niej oparcie. Z biegiem lat kontakt się rozluźnił, co łączy się w czasie z rosnącą bliskością z ojcem w związku z podjęciem przez niego leczenia i zaprzestaniem picia oraz ze zbliżeniem się matki do Kościoła. Pobożność matki, jej liczenie się z Bogiem, Maryją i Jezusem

<sup>2</sup> W cudzysłowach przytoczono oryginalne wypowiedzi badanej.

irytowało pacjentkę w kontekście jej wcześniejszych zachowań, tj. picia alkoholu i palenia. Gdy pani J. zwracała się do matki z jakimś problemem, ta odsyłała ją do Boga, dając do zrozumienia — jak się wydaje — że u niej pomocy nie uzyska. Pani J. wspomina też, że matka zawsze dbała o wygląd zewnętrzny i w poczuciu badanej był w tym nadmiar: włosy musiała mieć ułożone każdego dnia, makijaż wykonany, a ubiór starannie dobrany.

Relację z ojcem pani J. opisuje krótko jako nacechowaną aktualnie szczególną bliskością. Deklaruje, że wybaczyła mu krzywdy, które wyrządził rodzinie. Ojciec zachowuje abstynencję od 11 lat. Znaczące, że był tym rodzicem, który wymierzał kary (za niewykonanie poleceń) — przede wszystkim cielesne, za pomocą „pejczy z sześcioma rzemieńnikami”. Pani J. wspomina, że potrafiła się dogadać z tatą i wówczas lanie było łagodniejsze. Nierzadko zdawało się jej, że brat otrzymywał karę za nią i za siebie; wobec brata ojciec wydawał się szczególnie surowy.

Rodzeństwo w narracji pani J. pojawiło się na krótko. Brat jawił się głównie jako człowiek z problemami, uzależniony od narkotyków. Przejawiał agresywne zachowania, miewał objawy psychotyczne, w efekcie popełnił samobójstwo. Zdaniem pani J. ona i pozostali członkowie rodziny byli wobec uzależnienia brata bezsilni. Pani J. ma wrażenie, że ojciec obwinia się o śmierć syna. Obydwoje rodzice, być może poszukując ukojenia w związku z tragiczną stratą i w obliczu swojej bezradności, są bardzo zaangażowani w Kościół, zdaniem badanej — do przesady. Siostra, będąca studentką, jest postrzegana jako wiodąca spokojne i beztrudne życie.

W Rysunku Rodziny, jaki sporządziła pani J., postacie narysowane były w sposób schematyczny (tzw. patyczaki, oprócz matki, która miała dorysowane ubranie), a pomiędzy nimi zaznaczał się dystans (każda z postaci osobno). Cały rysunek przesunięty był do góry w lewo, z postacią ojca w tzw. rogu powietrza [40]. Rysunek został sporządzony głównie czarną kredką, z dużymi białymi przestrzeniami, bez elementów dodanych. Narysowane postacie sprawiają wrażenie smutnych i mają „pazurowate” dłonie. Wszystkie niejako podążają za narysowaną matką.

Na podstawie analizy tegoż rysunku można sformułować kilka hipotez. W percepcji badanej pomiędzy poszczególnymi członkami brakowało bliskości, zaś komunikacja była nacechowana agresją. Matka zdaje się osobą dominującą i spajającą rodzinę. Postrzegana jest jako osoba, dla której ważny jest wygląd zewnętrzny (jako jedyna jest ubrana). Wobec ojca badana zdaje się przeżywać ambiwalentne uczucia. Jest on postrzegany jako niez zaangażowany i zdystansowany wobec reszty domowników; został określony w rozmowie dotyczącej rysunku jako najmniej miły, ponieważ „nie przejmował się wychowaniem i pił”. W percepcji pani J. w rodzinie panowała postawa represjonowania seksualności, a kobiecość była przynależna matce. W rysunku zaznacza się także podwyższony poziom lęku i obniżenie nastroju towarzyszące postaciom, potwierdzające emocjonalny klimat rodziny określony podczas wywiadu („brakowało radości”).

Analiza wyników Skali Oceny Rodziny [38] wskazuje na: słabe więzi w rodzinie, skutkujące ograniczeniami w zakresie dostarczanego wsparcia i troski; doświadczanie kłopotów z organizacją życia rodzinnego oraz zmianami w zakresie przywództwa czy ról w rodzinie (podwyższona chaotyczność i sztywność); małą zdolnością porozumiewania się między sobą. Ogólnie wyniki pokazują, że pani J. towarzyszy niezadowolenie z życia rodzinnego. Na podstawie Kwestionariusza Retrospektywnej Oceny Postaw Rodziców M.



Plopy [39] można stwierdzić, że matka pani J. została przez nią zapamiętana jako zapewniająca akceptację, bliskość i wsparcie, formułująca adekwatne wymagania i dopuszczająca samodzielność córki, przewidywalna w swoich reakcjach, ale nadmiernie troszcząca się, przesadnie zaangażowana w osobiste sprawy córki. Ojciec zaś w ocenie badanej jawi się jako mało akceptujący, traktujący z dystansem, nawet obojętny, kierujący wobec pani J. jako dziecka adekwatne wymagania, szanujący potrzebę autonomii córki, umiarkowanie troskliwy, ale zmienny i niekonsekwentny w postawach prezentowanych wobec dziecka. Należy zauważyć, że charakterystyka rodziców przeprowadzona na podstawie wyników kwestionariusza i rysunku nie współgra z opisem uzyskanym podczas rozmowy. Być może to, co trudno było nazwać, zostało wyrażone w kwestionariuszu i rysunku, stanowiącym mniej zagrażającą formę komunikacji.

Jaki obraz rodziny i relacji z rodzicami wyłania się z uzyskanych informacji? Funkcjonowanie rodziny pani J. w okresie jej dzieciństwa i młodości wydaje się trudne. Mamy tutaj bowiem do czynienia z rodziną z problemem alkoholowym, która — jak zaznaczają badacze tej problematyki — charakteryzuje się specyficznymi regułami komunikacji i wzajemnych relacji polegającymi na: obniżonym poczuciu bliskości, natężeniu komunikatów negatywnych i deficycie wyrażania pozytywnych uczuć, obniżonej zdolności rozwiązywania problemów, podwyższonym poziomie konfliktów rodzinnych ukrytych i nierozwiązanych, obecności przemocy. Rodziny te cechują chaos, niekonsekwencja, nieprzewidywalność i brak stałości [50]. W rodzinie pani J. jest widoczny wzajemny dystans członków rodziny i trudność w doświadczaniu bliskości, a także kłopot z regulacją emocji, czego egzemplifikacją jest sięganie po substancje uzależniające: alkohol i narkotyki lub dystansowanie się wobec trudnej do przyjęcia rzeczywistości poprzez związek z Kościołem i Bogiem. Niewykluczone, że celem tych strategii rodziny jest poradzenie sobie z napięciem, frustracją, gniewem, lękiem, obniżonym nastrojem czy generalnie stresem w obliczu problemu uzależnienia bliskiej osoby. Wzrastanie w rodzinie z deficytem regulacji emocji zdaje się przekładać na trudności pani J. w regulacji własnych uczuć. Doświadczyć można tego w kontakcie z panią J., gdy w obliczu emocjonalnie trudnych treści izoluje ona swoje emocje lub prezentuje ich przeciwieństwo. Obecność uzależnienia od alkoholu i przemocy w rodzinie zdaje się być powiązana z doświadczaniem przez panią J. wstydu przed rówieśnikami, poczucia bycia gorszą, stąd czerwienienie się, unikanie kontaktów i związane z łamaniem norm społecznych zabiegi zdobycia popularności.

### Obraz ciała

Rozmowa o obrazie własnego ciała pani J. zdominowana była przez dwa główne wątki: nadwagę oraz brak biustu i związane z tym silne niezadowolenie. W kontakcie z panią J. można było odnieść wrażenie, że nadmiar w zakresie wagi oraz deficyt w zakresie atrybutu kobiecości, jakimi są piersi, określają jej Ja cielesne.

Pani J. mówiła o braku akceptacji ciała, które zaczęło się w dzieciństwie. Jako możliwe przyczyny tego stanu podaje „Jak się urodziłam, to byłam otyła”, „jako małe dziecko byłam grubiutka jak mój synek”. Nadwaga zdaje się więc czymś, co w przeżyciu pani J. towarzyszy jej od początku, jest niejako w r o d z o n a, a tym samym — w niewielkim stopniu podlegająca zmianie. Pacjentka wspomina, że w szkole była wyśmiewana z powodu

wagi. Rodzice i rodzeństwo byli bardzo szczupli, ona zaś wyraźnie odbiegała wyglądem od reszty domowników. Z psychologicznego punktu widzenia, otyłość pani J., obok przejawu nieadaptacyjnej regulacji emocji, może stanowić ekspresję jej trudności identyfikacyjnych z resztą rodziny i nieświadomą próbę zaznaczenia własnej odrębności w sytuacji niezadowolenia z sytuacji rodzinnej.

Pani J. przyczyn nadwagi upatruje w spędzaniu wakacji u babci na wsi. Mówi „tam wszystko naturalne było [tj. jedzenie — przypis autorki], a to, wiadomo, tuczące”. Wspomina, że babcia karmiła ją na siłę, a ona — ponieważ lubiła jeść — „nie gardziła tym pokarmem”. Pamięta, że z jej nadwagi żartowano w szkole. Była bowiem słabsza w sporcie i nie nadążała za rówieśnikami. Pragnęła przynależeć do grupy — jak je określiła — „lepszych dzieci”, tj. szczupłych i sprawniejszych, ale nie mogła. Możliwe, że nie tylko inne dzieci odtrącały ją z powodu wagi, lecz ona sama mogła wycofywać się z relacji z powodu przeżywanego defektu.

W ciągu życia waga pani J. podlegała wahaniom. Wkraczając w dorosłość i przed ślubem, pani J. miała wagę w normie. W ostatnich 10 latach przybierała na wadze, a w ostatnich dwóch przytyła najwięcej, bo 20 kg, co według pani J. stanowi wyraz „zajadania stresu związanego z pracą”. Potrafi nawet w nocy po przebudzeniu sięgać po baton, nie mając jasności, dlaczego to robi. Tym, co w pracy stanowi dla niej trudność, jest kontakt z ludźmi, którzy — w poczuciu pani J. — obserwują ją i mogą oceniać.

Ze względu na dyskomfort psychiczny związany z wagą, planuje odchudzanie się. Złości ją, że „dopuszcza się do nadwagi”. Powiedziała: „nie mogę patrzeć na siebie w lustrze”. Deklaruje, że nie korzystała z żadnej diety. Ma zamiar po prostu jeść mniej, zrezygnować ze słodczy oraz unikać kolacji. Zauważa jednak, że brakuje jej silnej woli i z trudem potrafi wytrwać w postanowieniu. 2 lata temu kupiła sobie sprzęt do ćwiczeń, ale korzystała z niego zaledwie 2 tygodnie. Narzeka też, że brakuje jej ubrań. Przetrzykuje ubrania w mniejszym rozmiarze, co rozumieć można jako tęsknotę za szczuplejszą sobą, a jednocześnie trudność w przyjęciu siebie takiej, jaką jest.

Mówiąc o swoim ciele, pani J. poruszyła wątek doświadczanego przez siebie braku biustu. Śmiejąc się zawstydzona wskazała: „Ja wcale nie mam biustu. Jakoś tak mi nie urósł biust w życiu”. Konsultacje lekarskie w okresie dorastania potwierdzały, że jej biust słabo się wykształca, ale zapewniano ją, że to się zmieni. Biust miał się również powiększyć w związku z ciążą, ale nie pojawiły się pożądane zmiany. Karmienie piersią syna wspomina również jako kłopotliwe. Trwało 2 tygodnie, budziło bezsilność, bo „nie mogła karmić”, a syn ciągle płakał.

Pani J. od zawsze pragnęła mieć większy biust. Z powodu braku biustu unikała noszenia bluzek z dekoltem, a latem na plaży i basenie doświadczała wstydu. Uważa, że „każda kobieta powinna mieć biust. To jest atut kobiety. A jak go nie ma, to jest tragedia”. Badana wspomina, że brak biustu był przedmiotem negatywnych komentarzy w rodzinie tej najbliższej (matka, brat), jak i dalszej. Słowa pani J. wyraźnie wskazują na towarzyszące jej poczucie niepełnowartościowości i pozbawienia należnego atutu, a werbalne odnoszenie się członków rodziny do tego faktu mogło potęgować jej negatywne odczucia.

Niewielkie piersi rzutowały również na poziom satysfakcji seksualnej. Inicjację seksualną w adolescencji określa jako „dramat” z powodu braku biustu. Pierwsze związki nie trwały długo, „bo nie było tych piersi i bo deska ze mnie”. Znaczące jest, że przy-

czyn niepowodzeń w relacji z mężczyznami pani J. upatruje w swojej cielesności, a nie jakichkolwiek cechach psychicznych własnych czy partnerów. Potem badana powiększała niewielki biust stanikami, a w sytuacjach intymnych pozostawała w bieliźnie lub w koszulce albo współżyła przy zgaszonym świetle. Wspomina, że długo udawało się jej trzymać narzeczonego w przekonaniu o tym, że ma piersi o przeciętnej (nieodbiegającej od innych kobiet) wielkości. Choć był zaskoczony faktycznym rozmiarem jej biustu, zdaniem pani J. przyjął go. W małżeństwie chciał jej jednak sfinansować operację plastyczną powiększenia biustu, co pani J. rozumiała jako wyraz jego troski i pragnienie złagodzenia jej cierpień. Ma poczucie, że mąż kocha ją niezależnie od tego, że nie ma biustu. Pani J. nie zdecydowała się jednak na chirurgiczną korektę swoich piersi z uwagi na ból, obecność „obcego ciała”, blizny i ewentualne powikłania, nieustannie jej jednak towarzyszy marzenie o posiadaniu biustu.

Aktualnie pani J. odsłania swoje ciało w sytuacji intymnej z mężem, jednakże nigdy nie wychodzi z inicjatywą współżycia. Ujawniła, że kiedy mąż pragnie fizycznego zbliżenia, wówczas ona na nie przystaje. Potrzeby związane z realizacją własnej seksualności zdają się wypierane przez panią J., tak jakby nie dawała ona sobie do nich prawa.

W refleksji na temat cielesności pani J., należy odnieść się jeszcze do okresu dzieciństwa. Z opowiedzianej przez nią historii wiadomo bowiem, że w okresie wczesnoszkolnym jej twarz nadmiernie czerwieniała się i zdarzało się jej nietrzymanie moczu, co stanowiło dla niej trudność. Te przejawy funkcjonowania jej ciała rozumieć można jako somatyzację stanów psychicznych w odpowiedzi na doświadczany lęk (prawdopodobnie społeczny) [51]. Somatyzacja, będąca formą regresji, umożliwia ucieczkę przed obezwładniającymi, zagrażającymi emocjami dzięki reagowaniu poprzez ciało [49]. Pani J. mogła uciekać od lęku separacyjnego (pójście do szkoły jako doświadczenie dłuższej separacji z matką).

Należy zaznaczyć, że lękowy wzorec reagowania charakteryzuje dzieci mające uzależnionych rodziców z uwagi na nieprzewidywalność i brak kontroli doświadczane w relacji z opiekunem [52].

Znaczący dla doświadczania własnego ciała wydaje się też przebieg okresu adolescencji pani J. Sięgała wtedy po narkotyki (amfetaminę i marihuane), substancje odurzające (wachała klej), także po alkohol. Dokonywała również samouszkodzeń na przedramionach. W upojeniu alkoholowym i pod wpływem narkotyków współżyła z przygodnie poznanymi mężczyznami. Choć dorastanie wiąże się z eksperymentowaniem, także w obrębie własnej cielesności [53], to jednak sposób postępowania ze swoim ciałem przez panią J. w okresie adolescencji zdaje się wykraczać poza normatywne zachowania i może świadczyć o tendencjach autodestruktywnych. Geneza takich zachowań upatrywana jest między innymi w doświadczeniu przemocy w rodzinie i introjekcji agresywnego obiektu, który reprezentowany jest wówczas przez skórę dziecka, a także w zahamowaniu funkcji samoopiekuńczych ego [54, 55]. Nie bez znaczenia jest też specyfika okresu adolescencji. Z uwagi na liczne zmiany fizyczne, niezbędne jest dokonanie w tym czasie przekształcenia dotychczasowego obrazu ciała z dziecięcego w seksualnie dojrzałe. U niektórych adolescentów proces ten przebiega w sposób problemowy [53].

Podczas rozmowy o cielesności pani J. przyznała, że wiele w jej ciele się jej nie podoba: włosy, bo są cienkie, i kręgosłup, bo boli. Przychylnie mówiła o: oczach, zębach i cerze, bo pozbawiona jest ona wyprysków i blizn, a także nogach, ponieważ są długie. Zapytana,

jakie potrzeby ma jej ciało, odpowiedziała: by je odchudzić i by o nie dbać. To ostatnie realizuje poprzez stosowanie dobrych kosmetyków. Zależy jej także na higienie ciała, nie toleruje zapachu potu. Pali jednak papierosy. Trzeba dodać, że pani J. nie poddaje się badaniom profilaktycznym. Od dawna nie była na badaniu ginekologicznym. Ignoruje też bóle kręgosłupa. Od kilku lat nie była u dentysty. Komplementów na temat ciała i wyglądu nie lubi, a nawet odbiera je negatywnie. Mąż nie krytykuje jej wyglądu. Natomiast dokucza jej siostra, która sama jest szczupłą.

Nawiązując do sporządzonego przez osobę badaną rysunku „Naguska” [4], należy powiedzieć, że narysowana postać była proporcjonalna, a liczba użytych kolorów wskazuje na zróżnicowanie w obrazie ciała, jaki ma pani J. Zgodnie z tym, co zostało wskazane także w rozmowie, jest ona zadowolona z głowy, twarzy: oczu, nosa i ust, a także z dłoni, nóg i stóp. Niezadowolenie widoczne jest w obszarze tułowia: ramion, rąk, piersi, brzucha i bioder. Negatywnie wartościowane są też włosy. Zwraca uwagę kilka istotnych elementów rysunku. Po pierwsze, wyraźnie zaznaczone są piersi w kolorze odpowiadającym silnemu niezadowoleniu (do tego faktu zresztą pani J. obszernie odnosiła się też podczas rozmowy). Po drugie, badana nie zaznaczyła genitaliów, co może stanowić przejaw negatywnej postawy wobec własnej seksualności, którą zdaje się przeżywać jako niechcianą, wypieraną, a w adolescencji, tj. w okresie budzących się impulsów seksualnych — nawet jako budzącą wrogość.

Intryguje również to, że narysowana postać sprawia wrażenie niedojrzałej — jest dziecięca, a może nawet — gdyby nie zaznaczone piersi — chłopięca. Świadczyć to może o słabym poczuciu bycia kobietą. Niewykluczone, że — z uwagi na wzrastanie w rodzinie dysfunkcyjnej — pani J. towarzyszy poczucie bycia dzieckiem (z różnymi niezaspokojonymi potrzebami okresu dzieciństwa i adolescencji) w ciele dorosłej osoby.

Po trzecie, warto odnieść się też do niezamalowania głowy, ramion, rąk, brzucha, bioder (tj. pozostawienia ich pustych w środku). Jak twierdzi Schier [4, s. 107]: „rysunek, na którym postać jest pusta w środku, może świadczyć między innymi o poczuciu wewnętrznej pustki oraz wycofaniu emocji z ciała”. Dowodem na to jest ograniczona możliwość nazywania przez panią J. stanów wewnętrznych na rzecz wyraźnej koncentracji na wyglądzie zewnętrznym.

Inny istotny aspekt rysunku to zaznaczenie przez panią J. poszczególnych elementów twarzy oraz ogólna jej ocena wskazująca na zadowolenie z niej. W kontaktach międzyludzkich twarz jest źródłem bodźców o znacznej sile. Przyciąga uwagę i wzbudza reakcje w sytuacji spotkania z drugą osobą [56]. Jest więc ona tym obszarem ciała, który szczególnie podlega społecznej ocenie. Pani J. starannie opracowuje swoją twarz, nakładając codziennie na nią makijaż („bez makijażu nie wychodzę z domu”). Być może ma on odwracać uwagę od reszty ciała i maskować to, co prawdziwe (np. emocje). Zaznaczone zaś oczy mogą być oznaką poczucia bycia społecznie obserwowaną (czego doświadcza pani J. najsilniej w pracy i co stanowi dla niej dystres). Co więcej, wyraz twarzy jest smutny. Możliwe, że oddaje to nastrój pani J., a także wyraża przygnębienie z powodu konieczności nieustannego odgrywania kogoś, kim nie jest. Jak zauważa Woititz [za 57, s. 299] dzieciom z rodzin dysfunkcyjnych towarzyszy „obawa przed zdemaskowaniem własnej nieatrakcyjności” przez innych.

Refleksji należy też poddać wyraźnie zaznaczone w rysunku i w rozmowie zadowolenie z dłoni i nóg. Dłonie symbolizują działanie, sprawczość, nogi zaś niezależność i samo-

dzielność. Zapewne te obszary funkcjonowania są źródłem satysfakcji dla badanej i mogą mieć związek z doświadczeniami nieprzewidywalności i braku kontroli w domu rodzinnym w związku z uzależnionym rodzicem. Warto nadmienić, że w ilościowych badaniach empirycznych uzyskiwano inne rezultaty mówiące o tym, że kobietom będącym DDA, w porównaniu z grupą kontrolną, towarzyszy mniejsze zadowolenie z dłoni i nóg [por. 57].

W badaniu obrazu ciała za pomocą metod kwestionariuszowych pani J. bardzo nisko oceniła zadowolenie z obszarów związanych z własną seksualnością, także tych, które definiowane są jako atrakcyjne dla mężczyzn. Negatywnie wartościowała również siłę i sprawność własnego ciała, ujawniając jednocześnie obniżone zaangażowanie w utrzymanie sprawności fizycznej. Zaprezentowała się jako osoba silnie niezadowolona ze swojego wyglądu, przypisująca mu istotną wartość i nadmiernie zaangażowana w działania z nim związane. Na podstawie wyników uzyskanych przez panią J. można również wnioskować, że towarzyszy jej poczucie słabego pod względem zdrowia ciała i obniżony stopień wkładanego wysiłku w dbanie o własne zdrowie.

Powyższe informacje skłaniają do myślenia o doświadczaniu przez panią J. ciała w sposób raczej negatywny jako „udręki” z powodu silnego niezadowolenia z wagi i rozmiaru piersi oraz jako narzędzia do unikania i odreagowywania przykrych uczuć (poprzez nadmierne jedzenie aktualnie lub substancje psychoaktywne i samouszkodzenia w przeszłości).

## Dyskusja

Analizując, jak relacje w rodzinie mogły przełożyć się na sposób doświadczania ciała przez panią J., dostrzeżono kilka powiązań wymagających wyjaśnienia i interpretacji.

W pierwszej kolejności należy zaznaczyć, że specyfika funkcjonowania rodziny pani J. — rodziny z problemem alkoholowym — nie pozostała prawdopodobnie bez wpływu na jej obraz siebie, obraz własnego ciała i funkcjonowanie. Jak piszą Pasternak i Schier [57] „doświadczanie alkoholizmu rodzica pozostawia trwale ślady w obrazie własnego ciała Dorosłych Dzieci Alkoholików, zapisuje niejako ich traumatyczną przeszłość w ciele” [57, s. 300]. W świetle badań empirycznych kobiety dorastające w rodzinie z problemem uzależnienia mają negatywny obraz w wielu jego wymiarach, szczególnie w obszarze własnej seksualności, stosunku do własnej kobiecości czy akceptacji ciała [52, 58]. Co więcej, obraz ten pozostaje w związku z doświadczaniem lęku i ogólnym dyskomfortem w sytuacjach społecznych [52], co zaznaczało się także u pani J.

Odnosząc się do przejawów stosunku do własnego ciała pani J., warto przyjrzeć się jej nadmiernemu jedzeniu, prowadzącemu do otyłości, która towarzyszy pani J. od dzieciństwa. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że wysokie BMI stanowi jeden z bardzo istotnych czynników ryzyka niezadowolenia z własnego ciała [22]. Jednocześnie otyłość stanowi wyraz trudności w psychicznym funkcjonowaniu. Prowadzące do niej objadanie się jest, między innymi, gratyfikacją w sytuacji długotrwałego napięcia emocjonalnego i frustracji w wyniku pozostawania w trudnych do zaakceptowania warunkach [59]. Stanowi też wyraz nasilonych trudności w regulacji emocji, który u kobiet DDA jest nacechowany nieadekwatnością i — jak zauważają Lelek i Bętkowska-Korpała [58, s. 8] — „może przyjmować formę unikania myślenia o własnej cielesności” czy też „podejmowania działań mających na celu poprawę własnego wizerunku za pomocą ćwiczeń, diety, nadmiernej koncentracji

na swoim wyglądzie i zabiegach związanych z pielęgnacją ciała”. Sytuacja rodzinna pani J., z powodu uzależnienia ojca od alkoholu, jego przemocy i nadmiernie troszczącej się, a jednocześnie mało dostępnej emocjonalnie matki, musiała wiązać się z emocjonalnym dyskomfortem. Pokarm zaś, skojarzony z czymś dobrym (nie do pogardzenia) i zmniejszającym przykre odczucia, dawał poczucie bezpieczeństwa i spokój — jak się zdaje — głównie dzięki kontaktom z babcią (to w relacji z nią pani J. została utuczona). Wydaje się też, że odmowa jedzenia, rozumiana także jako wyraz niezależności i zaznaczenia odrębności, była postrzegana jako coś kłopotliwego i godzącego w potrzeby innych osób (tutaj: babci), co pani J. musiała nieświadomie powstrzymać, by utrzymać tak ważną dla siebie relację. Sięganie po jedzenie także teraz — w dorosłości, stanowi wyraz tzw. emocjonalnego objadania się [60] i jest strategią radzenia sobie z negatywnym afektem. Ciało służy więc rozładowywaniu emocjonalnego napięcia.

Jak rozumieć z kolei niezadowolenie z rozmiaru piersi? Piersiom w historii kultury przypisywano rozmaite znaczenia: święte, erotyczne, jak i polityczne [por. 61]. Przede wszystkim jednak wiążą się one ze zdolnością do karmienia dzieci oraz stanowią seksualny atrybut, dający możliwość uwodzenia i czerpania przyjemności seksualnej. Te dwa aspekty: stosunek do macierzyństwa oraz do własnej seksualności i kobiecości wydają się kluczowe w odniesieniu do pani J. Początki macierzyństwa kojarzy z niepokojem o syna i jego stan, co mogło budzić ambiwalentne uczucia wobec rodzicielstwa. Istotne, że matka pani J. również przypuszczalnie doświadczała niepewności w relacji ze swoimi dziećmi, stąd jej kontrola i nadmierna troska. Choć trudno na podstawie uzyskanych danych wnioskować o charakterze aktualnej relacji pani J. z synem, to należy brać pod uwagę, na podstawie międzypokoleniowego przekazu matkowania, nieświadome jej powtórzenie.

Macierzyństwu nierozłącznie towarzyszy też karmienie. Ma ono wiele funkcji psychologicznych. Zdaniem Kościelskiej [62, s. 94–95] „karmienie piersią jest formą dawania siebie i stanowi wyraz psychicznej gotowości do udostępniania siebie drugiemu człowiekowi. Oznacza też akceptację swojego ciała jako dobrego, zdolnego wytwarzać dobry pokarm. Wyraża ponadto akceptację swojej seksualności i zdolności do intymnej bliskości. Wreszcie karmienie piersią jest równoznaczne z uznaniem swojej biologiczności”. W relacji z synem pani J. odniosła niepowodzenie w karmieniu, co może być powiązane z obsadzaniem piersi silne negatywnymi emocjami, co spowodowało, że nie mogły one dać dobrego pokarmu.

W kontekście karmienia, warto odnieść się do nadwagi pani J. Choć wynika ona z nadmiernego podjadania i obniżonych zdolności regulacji emocji, może także świadczyć o swoistym nienasyceniu i głodzie, najprawdopodobniej wyniesionym z relacji z matką, a potem przeniesionym na kontakt z własnym dzieckiem (stąd być może trudność w jego nakarmieniu) [62]. Tym niedoborem wydaje się niewystarczające emocjonalne dostrojenie, utrudniające zamianę komunikacji somatycznej na werbalną, być może wynikające z zaabsorbowania matki problemami rodzinnymi. Wydaje się, że wskutek tego pani J. ma trudności w uzyskiwaniu dostępu do własnych uczuć, akceptacji ich i radzeniu sobie z nimi w sposób bardziej adaptacyjny i mniej szkodzący sobie.

Seksualność pani J. i jej kobiecość wydają się przeżywane negatywnie jako poświęcenie i zadanie do odpracowania. Podporządkowuje się bowiem ona potrzebom seksualnym męża, nie uwzględniając własnych. Trudno też nie ulec wrażeniu, że pani J. w tym zakresie oraz w zakresie dbania o wygląd, stanowiącego zadanie, zidentyfikowała się z matką.

Matka wydaje się stanowić tutaj model traktowania siebie i swojego ciała: poświęcanie się (tj. pozostawanie w relacji z mężem używającym alkoholu i agresywnym oraz trud wychowywania w tych okolicznościach trojga dzieci) przy jednoczesnym prezentowaniu otoczeniu własnej nienagannej powierzchowności, stanowiącej maskę i zaprzeczenie doświadczanym trudnościom. W relacji z tak funkcjonującą matką trudno o uwewnętrznienie jej opiekuńczych funkcji (które można rozumieć jako deficytowe), skutkiem czego jest przynajmniej częściowe zablokowanie zdolności do samoopieki u pani J., wyrażające się w słabym zorientowaniu na własne zdrowie oraz autodestruktywności pośredniej i bezpośredniej w okresie adolescencji i później [54, 55].

Jakość więzi z ojcem wydaje się również w pewnym stopniu przekładać na stosunek pani J. do jej ciała. Poprzez identyfikację z wrogością ojca, który w dzieciństwie karał ją cielesnie i emocjonalnie, dystansował się, oraz mając za wzór jego prawdopodobnie negatywny stosunek do własnego ciała (alkohol bowiem je wyniszcza), pani J. nauczyła się z wrogością traktować swoje ciało: jako adolescentka ryzykownie eksperymentowała z nim (przypuszczalnie także z powodu budzącej się seksualności, na którą — jak się zdaje — nie było zgody w rodzinie oraz w kontekście postępującego procesu separacji), obecnie zaś doprowadza je do nadmiernej wagi i zaniedbuje zdrowotnie, nieświadomie prowokując niezadowolenie z niego.

Wreszcie, należy też wspomnieć o negatywnym komentowaniu cielesności pani J. w dzieciństwie w rodzinie (jak i wśród rówieśników), stanowiącej w świetle doniesień naukowych czynnik ryzyka niezadowolenia z ciała i nadmiernej koncentracji na wyglądzie [63–65].

### Ograniczenia

Praca nie jest pozbawiona ograniczeń. Jednym z nich jest subiektywizm autorki w interpretacji treści ujawnionych podczas rozmowy i ocenie uzyskanych przez osobę badaną wyników. Wątpliwości może też budzić zastosowanie metod projekcyjnych. Ich status naukowy jest od dawna dyskutowany, niemniej w pracy klinicznej są one efektywnie wykorzystywane i dostarczają — obok innych metod — informacji na temat funkcjonowania psychicznego danej osoby. Tutaj techniki projekcyjne nie są jedynym źródłem informacji o świecie wewnętrznym osoby badanej, ich analiza opierała się o sformalizowane kategorie interpretacji. Co więcej, metody projekcyjne zostały wsparte metodami kwestionariuszowymi, a także poddane analizie przez innych, doświadczonych specjalistów. Ich stosowanie wymaga jednak zachowania ostrożności, o co starano się zadbać. Warto też wspomnieć, że w jakościowej analizie przypadku użyte kwestionariusze pod względem rzetelności mogą się różnić w porównaniu z wykorzystaniem ich w badaniach ilościowych. Choć większość zastosowanych w pracy narzędzi jest dopuszczana do klinicznych zastosowań (np. SOR w pracy z rodziną, celem analizy postępów w terapii), także tutaj niezbędne jest zachowanie ostrożności w interpretacji wyników. Innym ograniczeniem jest brak możliwości generalizacji wyników na populację ogólną.

## Wnioski

Podsumowując, można przyjąć, że zaprezentowany opis przypadku pokazuje złożoność dynamiki rodzinnej i mechanizmów intrapsychicznych, prowadzących do powstania negatywnej reprezentacji własnego ciała. Jednakowoż, nie wyczerpuje on tematu zarówno pod względem wskazywanych mechanizmów, jak i możliwości interpretacji przejawów psychicznego funkcjonowania. Jak próbowano wykazać, w obrazie ciała można odnaleźć „ślady” doświadczeń wyniesionych z rodziny pochodzenia. Hipoteza o istnieniu związku między obrazem ciała a funkcjonowaniem rodziny pochodzenia i jakością relacji z rodzicami została potwierdzona. Pozytywnie zweryfikowano też tezę o powiązaniu wysokiego poziomu dysfunkcjonalności rodziny z negatywną oceną obrazu ciała osoby. Ze względu na idiograficzny charakter pracy i jej ograniczenia, sformułowanych wniosków nie można odnosić do populacji kobiet niezadowolonych z własnego ciała. Niemniej jednak, zaprezentowane spostrzeżenia mogą stanowić punkt wyjścia do dalszych poszukiwań empirycznych w obszarze rodzinnych uwarunkowań obrazu ciała młodych kobiet, jak i być przyczynkiem do rozważań nad uwzględnianiem perspektywy rodzinnej w stosowanych interwencjach psychoterapeutycznych, ukierunkowanych na kobiety zgłaszające problemy stosunek wobec własnego ciała. Przydatna może okazać się analiza reprezentacji rodziców, nieprzystosowawczych przekazów rodzinnych związanych z cielesnością czy też analiza stosunku do ciała w rodzinie.

## Piśmiennictwo

1. Jakubowska H. Socjologia ciała. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2009.
2. Krueger D. Integrating body self and psychological self. creating a new story in psychoanalysis and psychotherapy. New York, London: Brunner–Routledge; 2002.
3. Schier K. Wprowadzenie. Co to jest związek psychika — ciało? W: Schier K, red. Zapisane w cieple: związek ciało — psychika u dzieci i rodziców. Warszawa: Wydawnictwo Emu; 2009, s. 7–11.
4. Schier K. Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2009.
5. Mirucka B, Sakson-Obada O. Ja cielesne. Od normy do zaburzeń. Sopot: GWP; 2013.
6. Lemma A. Ciało w umyśle. Rozważania o ciele w psychoanalizie i programach telewizyjnych. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2016.
7. Kearney-Cooke A. Familial influences on body image development. W: Cash TF, Pruzinsky T, red. Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice. New York, London: The Guilford Press; 2002, s. 99–109.
8. Schier K. Zaburzenia psychosomatyczne u dzieci i młodzieży w świetle psychoanalizy. W: Szewczyk L, Skowrońska M, red. Zaburzenia psychosomatyczne u dzieci i młodzieży. Teoria i praktyka. Warszawa: Wydawnictwo Emu; 2003, s. 49–66.
9. Cash TF, Smolak L. Understanding body images. Historical and contemporary perspectives. W: Cash TF, Smolak L, red. Body image. A handbook of science, practice, and prevention. New York, London: The Guilford Press; 2011, s. 3–11.
10. Chrostowska-Buzun A. Obraz ciała u dziecka po traumie. Dialogi — Zeszyty Instytutu Psychoanalizy i Psychoterapii 2001; (3–4): 4–32.



11. Grogan S. *Body image. Understanding body dissatisfaction in men, women, and children.* London and New York: Routledge; 2008.
12. Sakson-Obada O. *Pamięć ciała. Ja cielesne w relacji przywiązania i w traumie.* Warszawa: Difin; 2009.
13. Izydorczyk B. *Postawy i zachowania wobec własnego ciała w zaburzeniach odżywiania.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2014.
14. Józefik B. *Kultura, ciało, (nie)jedzenie. Terapia. Perspektywa narracyjno–konstrukcjonistyczna w zaburzeniach odżywiania.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
15. Tiggemann M, Lynch JE. *Body image across the life span in adult women: The role of self — objectification.* *Develop. Psychol.* 2001; 37(2): 243–253.
16. Paquette MC, Raine K. *Sociocultural context of women’s body image.* *Soc. Sci. Med.* 2004; 59(5): 1047–1058.
17. Izydorczyk B, Rybicka-Klimczyk A. *Diagnoza psychologiczna poznawczych i emocjonalnych aspektów obrazu ciała u dziewcząt i młodych kobiet polskich.* *Probl. Med. Rodz.* 2008; X(4): 24–35.
18. Głębocka A. (2009). *Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi.* Kraków: Impuls; 2009.
19. Izydorczyk B. *A psychological diagnosis of the structure of the body self in a group of selected young Polish females without eating or other mental disorders.* *Arch. Psych. Psychother.* 2011; 2: 21–30.
20. Wiśniewska LA. *Kobiece ciało — kobieca psychika.* Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika; 2014.
21. Izydorczyk B, Rąba M, Sitnik-Warchulska K. *Resilience, self-esteem, and body attitude in women from early to late adulthood.* *Health Psychol. Rep.* 2018; 6(3): 193–206.
22. Izydorczyk B. *Psychological and socio-cultural risk factors for developing negative attitude and anti-health behaviour toward the body in young women.* *Polish Psychol. Bull.* 2015; 46(4): 555–572.
23. Płopa M. *Psychologia rodziny. Teoria i badania.* Kraków: Impuls; 2011.
24. Liberska H. *Rozwój rodziny i rozwój w rodzinie.* W: Janicka I, Liberska H. red. *Psychologia rodziny.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2014, s. 221–240.
25. Jones DC. *Interpersonal and familial influences on development of body image.* W: Cash TF, Smolak L, red. *Body image. A handbook of science, practice, and prevention.* New York, London: The Guilford Press; 2011, s. 110–118.
26. Kobierecka-Dziamska A. *Obraz ciała współczesnych młodych kobiet w dobie kultu szczupłej sylwetki a rola rodziny generacyjnej w kształtowaniu postaw własnego ciała.* W: Liberska H, Malina A, Suwalska-Barancewicz D, red. *Dylematy współczesnych ludzi. Radzenie sobie z wielością ról i zadań.* Warszawa: Difin; 2015, s. 164–171.
27. Amianto F, Martini M, Spalatro A, Abbate DF, Fassino S. *Body image development within the family: attachment dynamics and parental attitudes in cross — sectional and longitudinal studies.* *Acta Psychopath.* 2017; 3, 4: 1–5.
28. Bowlby J. *Przywiązanie.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1969/2007.
29. Pilecki M. *Teoria więzi — zarysowanie kontekstu.* W: Józefik B, Iniewicz G, red. *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008, s. 13–24.
30. Senator D. *Więź emocjonalna — poszukiwanie siebie w relacji z drugą osobą.* W: Kmita G, Kaczmarek T, red. *Wczesna interwencja — miejsce psychologa w opiece nad małym dzieckiem i jego rodziną.* Warszawa: Emu; 2004, s. 15–30.

31. Birksted-Breen D. Kobiecość. W: Budd S, Rusbridger R, red. Współczesna psychoanaliza brytyjska. Podstawowe zagadnienia. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2008, s. 179–192.
32. Usmiani S, Daniluk J. Mothers and their adolescent daughters: relationship between self – esteem, gender role identity, and body image. *J. Youth Adolesc.* 1997; 26(1): 45–62.
33. McKinley NM. Women and objectified body consciousness: mothers' and daughters' body experience in cultural, developmental, and familial context. *Develop. Psychol.* 1999; 35(3): 760–769.
34. Smith JE, Erickson SJ, Austin JL, Winn JL, Lash DN, Amrhein P C. Mother–daughter relationship quality and body image in preadolescent girls. *J. Child Fam. Stud.* 2016; 25(9): 2683–2694.
35. Cramer B. Tajemnice kobiet. Z matki na córkę. Warszawa: Wydawnictwo Nisza; 2008.
36. Krok D, Rychtarczyk K. Wpływ relacji z ojcem na percepcję wizerunku ciała u kobiet w wieku późnej adolescencji. W: Krok D, Landwójtowicz P, red. Rodzina w nurcie współczesnych przemian: studia interdyscyplinarne. Opole: Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego; 2010, s. 231–253.
37. Abraczinskas M, Fisak B, Barnes RD. The relation between parental influence, body image, and eating behaviors in a nonclinical female sample. *Body Image*; 2012, 9(1): 93–100.
38. Margasiński A. Skale Oceny Rodziny SOR. Polska adaptacja FACES IV — Flexibility and Cohesion Evaluation Scales Davida H. Olsona. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2009.
39. Plopa M. Kwestionariusz Retrospektywnej Oceny Postaw Rodziców (KPR–Roc). Podręcznik. Warszawa: Vizja Press & IT; 2008.
40. Braun-Gałkowska M. Test Rysunku Rodziny. Lublin: KUL; 1985.
41. Frydrychowicz A. Rysunek Rodziny. Projekcyjna metoda badania stosunków rodzinnych. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN; 1996.
42. Franzoi SL, Shields SA. The Body Esteem Scale: multidimensional structure and sex differences in a college population. *J. Person. Assess.* 1984; 48(2): 173–178.
43. Lipowska M, Lipowski M. Polish normalization of the Body Esteem Scale. *Health Psychol. Rep.* 2013, 1: 72–81.
44. Cash TF. The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire. Users' manual. Third Revision. 2000.
45. Schier K. Bez tchu i bez słowa. Więż psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
46. Oster G, Gould P. Rysunek w psychoterapii. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004.
47. Chermet-Carroy S. Zrozum rysunki dziecka. Łódź: Wydawnictwo Ravi; 2008.
48. Nuttall FQ. Body mass index: obesity, BMI, and health: a critical review. *Nutr. Today* 2015; 50(3): 117–128.
49. McWilliams N. Diagnoza psychoanalityczna. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2009.
50. Cierpiałkowska L, Grzegorzewska I. Dzieci alkoholików w perspektywie rozwojowej i klinicznej. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2016.
51. Gabbard G. Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2009.
52. Lelek A, Bętkowska-Korpała B, Jabłoński M. Lęk a obraz własnego ciała u kobiet dorastających w rodzinie z problemem uzależnienia. *Psychiatr. Pol.* 2011, XLV, 5: 683–692.
53. Laufer M, Laufer ME. Okres dojrzewania i załamanie rozwoju. Perspektywa psychoanalityczna. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2013.
54. Ziółkowska B, Wycisk J. Autodestruktywność dzieci i młodzieży. Warszawa: Difin; 2019.

55. Suchańska A. Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności. Poznań: UAM; 1998.
56. Doliński D. Ekspresja emocji. Emocje podstawowe i pochodne. W: Strelau J. Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 2. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000, s. 351–367.
57. Pasternak A, Schier K. Doświadczenie własnej cielesności przez kobiety pochodzące z rodzin z problemem alkoholowym. *Alkoholizm i Narkomania* 2013, 26 (3): 295–312.
58. Lelek A, Bętkowska-Korpała B. Doświadczenie własnego ciała u kobiet z syndromem dorosłego dziecka alkoholika (DDA) — doniesienie z badań. *Psychoter.* 2008, 4(147): 43–51.
59. Radoszewska J. Ucieleśnienie. Psychiczne uwarunkowania otyłości u dzieci i osób w wieku dorastania. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2011.
60. Niewiadomska I, Kulik A, Hajduk A. Jedzenie. Lublin: Wydawnictwo KUL; 2005.
61. Yalom M. Historia kobiecych piersi. Warszawa: Wydawnictwo Zielone Drzewo, Instytut Psychologii Zdrowia; 2012.
62. Kościelska M. Trudne macierzyństwo. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; 1998.
63. Eisenberg ME, Berge JM, Fulkerson JA, Neumark-Sztainer D. Weight comments by family and significant others in young adulthood. *Body Image* 2011; 8(1): 12–19.
64. Herbozo S, Stevens SD, Moldovan CP, Morrell HE. Positive comments, negative outcomes? The potential downsides of appearance-related commentary in ethnically diverse women. *Body Image* 2017; 21: 6–14.
65. Wiśniewska LA. Rozwój niezadowolenia z ciała u dzieci — wpływ komentarzy rodziców i rola zabawek. *Psychol. Roz.* 2017; 22(4): 15–26.

Adres: akobierecka@op.pl