

Lęk a obraz własnego ciała u kobiet dorastających w rodzinie z problemem uzależnienia

Anxiety and body image among women growing up in families with addiction problem

Agnieszka Lelek, Barbara Bętkowska-Korpała, Marcin Jabłoński¹

Zakład Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii UJ CM

Kierownik: prof. dr hab. n. hum. J. K. Gierowski

¹Oddział Psychiatrii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego

im. Ludwika Rydygiera w Krakowie

Ordynator: dr n. med. M. Jabłoński

Summary

Aim. The aim of the study was to analyse the correlation between body image and anxiety symptoms as well as psychological discomfort experienced by women growing up in alcoholic families.

Method. The group of 61 women (27 years old on average) was surveyed with Body Self Questionnaire and MMPI-2 personality test questionnaires and the results were measured on Scale 7 (Pt). All the participants also attended psychotherapy sessions focused on disorders resulting from growing up in families with alcohol problems.

Results. The analysis showed negative correlation ($p < 0.05$) between the results of Scale 7 (Pt) and one's body acceptance ($r = -0.44$), attitude to eating ($r = -0.3$), femininity disclosure ($r = -0.28$) and the experience of intimate relations ($r = -0.27$).

Conclusions. The study showed that disordered body image is related to the symptoms described by Scale 7 (Pt): tendency to react with fear, worry, stronger discomfort in social situations, fear of rejection, difficulties in interpersonal relations, poor self-confidence as well as perfectionism and tensed behaviour. A crucial factor that could improve the effectiveness of therapies for women from alcoholic families appears to be an attempt to combine the experience of oneself in physical and emotional spheres, as well as functioning cognitive schemes.

Słowa kluczowe: obraz własnego ciała, DDA, lęk, dyskomfort psychiczny

Key words: body image, ACOAs, anxiety, psychological discomfort

Wstęp

Nastawienie do własnego ciała jest związane z przeżywaniem różnych stanów emocjonalnych. Niektóre badania wskazują, że negatywny stosunek do własnego ciała jest silnie związany z wysokim lękiem społecznym, wpływa na częstotliwość i jakość

relacji (także intymnych) z innymi ludźmi oraz może aktywować stany depresyjne i pojawianie się takich emocji, jak poczucie winy, złość, lęk i frustracja [1, 2, 3]. Badania nad doświadczaniem własnego ciała przez kobiety dorastające w rodzinie z problemem alkoholowym ujawniły, że 33% badanych ma znacząco gorszy obraz własnego ciała w zakresie przeżywania kontaktów intymnych, akceptacji własnego ciała i eksponowania kobiecości [4]. Co więcej, taki sposób przeżywania własnego ciała nie różni się od tego, który występuje u kobiet cierpiących na anoreksję i bulimię [5]. Wiadomo także, że negatywny stosunek do własnego ciała, w postaci przekonań i błędów poznawczych, wpływa na wzrost nasilenia emocji smutku, złości i lęku [3]. Osoby dorastające w rodzinie z problemem uzależnienia charakteryzują się zazwyczaj słabą kontrolą emocjonalną, będącą wynikiem zbyt wielu negatywnych przeżyć w okresie dzieciństwa. W rezultacie ich zachowanie wyróżnia się wysoką reaktywnością, czyli bardzo szybką reakcją na potencjalnie zagrażający bodziec. Reakcja ta ma charakter zarówno fizjologiczny w postaci szybkiego bicia serca, płytkiego oddechu, napięcia mięśni, jak i kognytywny, cechujący się nadmierną czujnością i sztywnością w sposobie myślenia. W grupie tych pacjentów często rozpoznawane są zaburzenia lękowe w postaci lęku napadowego, fobii społecznej i lęku uogólnionego [6, 7]. Ponadto osoby z tej grupy, w porównaniu z osobami bez historii nadużywania alkoholu w rodzinie, mają krótsze okresy remisji po pierwotnie skutecznym leczeniu zaburzeń lękowych [7].

Obraz własnego ciała w koncepcji poznawczej

Obraz własnego ciała jest wielowymiarowym konstruktem psychologicznym opisywanym poprzez kategorie psychologiczne takie jak: różnorodna percepcja, myślenie i uczucia wobec własnego ciała [8, 9]. Zintegrowany, poznawczo-behawioralny model myślenia o zagadnieniach związanych z obrazem własnego ciała jest pochodną badań podkreślających znaczenie procesów społecznego uczenia się i rolę procesów poznawczych. Zakłada on również wpływ przeszłych i teraźniejszych doświadczeń na kształtowanie się sposobu myślenia, uczuć i działań wobec własnego ciała. Z punktu widzenia podejścia poznawczego ocena własnego ciała związana jest z odczuwaniem zadowolenia bądź niezadowolenia ze swojej cielesności oraz z powstawaniem wartościujących ją przekonań. Przekonania te mają kluczowe znaczenie w procesie samoregulacji zachowania i emocji [2]. W ich powstawaniu zasadniczą rolę odgrywają: dialog wewnętrzny (myśli, konkluzje i interpretacje dotyczące własnego ciała), emocje związane z doświadczeniem własnej cielesności oraz strategie samoregulujące zachowanie [9]. W ujęciu poznawczym zniekształcenia uwagi i pamięci, a także selektywna ocena własnego ciała prowadzą do powstania zaburzeń w jego obrazie [8].

Lęk a doświadczanie własnego ciała w koncepcjach poznawczych

Koncepcje poznawcze w dużej mierze odnoszą się do trzech rodzajów lęku – lęku panicznego, lęku uogólnionego i fobii społecznej – wyodrębnionych przez międzynarodową klasyfikację zaburzeń psychicznych ICD-10 w kategorii zaburzeń lękowych.

Odzwierciedleniem lęku na poziomie poznawczym mogą być negatywne myśli o własnym zachowaniu (np. „jestem nieporadny”), objawy fizjologiczno-afektywne (np. drżenie, czerwienienie się, przyspieszona akcja serca), jak również poczucie ogólnego dyskomfortu [10].

Objawy lęku panicznego w koncepcji Davida Clarka wynikają z błędnej interpretacji niektórych doznań cielesnych [11]. Osoby ze skłonnością do napadów lęku w specyficzny sposób doświadczają swojego ciała i mogą naturalnym reakcją fizjologiczną przypisywać interpretacje związane z zagrożeniem własnego zdrowia i życia. Koncentrując się na tych objawach, wzmacniają ich nasilenie, co wtórnie podnosi poziom lęku i tworzy mechanizm błędnego koła. W prezentowanej koncepcji bodźce wywołujące napady lęku mogą mieć charakter zewnętrzny (sytuacyjny) lub wewnętrzny (w postaci myśli i wyobrażeń). Zarówno doświadczenia jak i wyobrażenia przykrych sytuacji (np. nieprzyjemny zapach alkoholu, kłótnie rodziców) mogą spowodować poczucie zagrożenia („duszenia się”, „uwięzienia”) i aktywować napad paniki. Gdy osoba postrzega daną sytuację w kategoriach zagrożenia, doświadcza strachu, któremu towarzyszą doznania somatyczne. Jeśli zostają one zinterpretowane w sposób katastroficzny, uruchamia się opisany powyżej mechanizm błędnego koła – podnosi się poziom niepokoju, a objawy somatyczne lęku ulegają nasileniu [11, 12]. Zmodyfikowana koncepcja uczenia się Bautona stanowi rozwinięcie modelu Clarka. Duże znaczenie przypisuje ona mechanizmom uczenia się, takim jak modelowanie i naśladowanie. Doznawanie we wczesnym okresie życia zdarzeń nieprzewidywalnych, nie podlegających kontroli, i równoczesna obserwacja reakcji innych osób w tych sytuacjach może prowadzić do ukształtowania się określonego lękowego wzorca reagowania. Przykładowo, jeżeli matka ma problemy z oddychaniem w sytuacji, kiedy pijany mąż krzyczy, istnieje duże prawdopodobieństwo, że jej dziecko, już jako osoba dorosła, będzie przeżywać podobne trudności w sytuacjach zachowań agresywnych innych osób lub w kontakcie z osobą pijaną [10, 11].

W przypadku pacjentów z zespołem lęku uogólnionego poznawczym mechanizmem radzenia sobie z trudnymi sytuacjami jest zjawisko nadmiernego martwienia się, związane z potrzebą przeciwdziałania potencjalnym niekorzystnym wydarzeniom. Zamartwianie się jest sposobem unikania doznań lękowych, ma ono również „zabezpieczać” przed nagłym pojawieniem się nieprzyjemnych sytuacji poprzez przewidywanie wszystkich możliwych negatywnych konsekwencji podejmowanych działań [13]. Przykładem może być wyobrażanie sobie możliwych scenariuszy po powrocie pijanego ojca/pijanej matki do domu (czy wróci na noc, czy pójdzie spać, czy będzie krzyczał/a na brata, czy będzie zadowolony/a, czy będzie sprawdzał/a zeszyty). Badania pokazują również, że treści poznawcze u osób cierpiących na zespół lęku uogólnionego częściej niż u osób z lękiem napadowym dotyczą konfliktów interpersonalnych. Osoby z zespołem lęku uogólnionego mają zwykle trudności ze zrozumieniem własnych stanów emocjonalnych i nie potrafią ich regulować w adekwatny sposób. Stosują strategie kontroli, tłumienia lub unikania reakcji emocjonalnych, interpretując je jako zagrażające [14]. Ponadto świadomość nieprzewidywalności wydarzeń wywołuje ogólny dyskomfort, w tym fizyczny w postaci somatyzacji, który utrzymuje się na stałym, podwyższonym poziomie.

Osoby z objawami lęku społecznego charakteryzują się nieadaptacyjnymi przekonaniami o sobie i otaczającym świecie. Przekonania te są związane z antycypowaną oceną społeczną oraz niskim poczuciem własnej wartości. Aktywują one spostrzeganie potencjalnych zagrożeń w sytuacjach społecznych. Nadają również tym sytuacjom znaczenie, które wyzwala poznawcze, afektywne i somatyczne objawy lęku [15]. Ocena poznawcza niebezpieczeństwa w sytuacjach społecznych prowadzi do przeniesienia nadmiernej koncentracji na fizyczne odczucia związane z lękiem. W konsekwencji zwiększa się wrażliwość na sygnały z wnętrza ciała (bodźce interoceptywne), które wywołują negatywne wyobrażenia o ocenach dokonywanych przez innych ludzi. Za przykład może służyć historia fryzjerki, której ojciec nadużywał alkoholu i jednocześnie był sprawcą przemocy. Odmawiała ona strzyżenia mężczyznom, bo w kontakcie z nimi odczuwała duże napięcie, trzęsły się jej dłonie i drżał jej głos w trakcie rozmowy. Obawiała się, że nie wykona dobrze swojej pracy i klient będzie z niej niezadowolony. Zatem jej dysfunkcyjne przekonanie, że mężczyźni zwykle są agresywni w sytuacjach, gdy nie spełnia się ich oczekiwań, było tak mocne, że potwierdzało, w jej mniemaniu, słusność zajmowania się tylko klientkami. W badaniach wykazano, że osoby z lękiem społecznym nieadekwatnie oceniają oddźwięk i reakcje społeczne na ich ekspresję (np. drżenie głosu) i przeszacowują stopień, w jakim ich doznania cielesne są zauważalne dla innych. Staje się to kolejnym źródłem zagrożenia dla efektywnego funkcjonowania społecznego [11, 15].

Badania własne

Celem badania była analiza związku obrazu własnego ciała ze skłonnością do reagowania lękiem i odczuwaniem dyskomfortu u kobiet dorastających w rodzinie alkoholowej. Badaniem objęto grupę 61 kobiet, średnia wieku 26,4 roku (przedział wieku: od 19 do 39 lat), które zgłosiły się na terapię w związku z problemami emocjonalnymi i trudnościami w relacjach interpersonalnych. Najczęstszym rozpoznaniem według kryteriów ICD-10 były zaburzenia adaptacyjne, którym towarzyszyły zaburzenia lękowe. Warunkiem kwalifikacji do badania było uczestnictwo w proponowanej terapii oraz świadoma zgoda pacjentki. Badania przeprowadzono w fazie diagnostycznej procesu terapeutycznego.

Narzędzia badawcze

1. Wywiad – dotyczący m.in. nadużywania alkoholu w rodzinie.

2. Kwestionariusz „Ja Cieleśne” B. Miruckiej. Zawiera 41 itemów przyporządkowanych 4 skalom. Pytania odnoszą się do sposobu doświadczania siebie w swoim ciele wraz ze swoją płciowością. Nie koncentrują się wyłącznie na opisie, ocenie czy percepcji własnego ciała (body perception), ale także na uczuciach, jakie osoba ma wobec swojej cielesności (body concept). Pierwsza skala: A – akceptacji cielesności, pozwala na ustalenie stopnia zadowolenia ze swojego wyglądu zewnętrznego i swojej sylwetki oraz na zintegrowanie cielesności z poczuciem tożsamości. Druga skala: M – dotyczy przeżywania intymności z osobami płci przeciwnej, określa sposób przeżywania siebie

w tej relacji, szczególnie kiedy przybiera ona charakter intymnego kontaktu angażującego cielesność. Kolejna skala: K – eksponowanie kobiecości, dotyczy akceptacji i podkreślania swojej płciowości (m.in. pozwala określić, w jakim stopniu fakt bycia kobietą stanowi źródło pozytywnych doświadczeń). Ostatnia skala: E – bada stosunek do jedzenia i wagi ciała, opisuje działania związane z przyjmowaniem pokarmów oraz utrzymaniem wagi ciała na odpowiednim poziomie. Im wyższe wartości w skalach, tym bardziej stabilny i akceptowany jest obraz własnego ciała. Kwestionariusz odznacza się wysoką rzetelnością (współczynnik alfa Cronbacha wynosi: dla całego kwestionariusza 0,93, dla skali A: 0,89, skali M: 0,88, skali E: 0,83 i skali K: 0,74) oraz dość dobrą trafnością kryterialną, która dla całego kwestionariusza wynosi 0,723, a dla skali A: 0,78, dla skali M: 0,58, dla skali E: 0,43 i dla skali K: 0,29. Rzetelność połówkowa jest jednakowa i równa 0,83 [5, 16].

3. Wielowymiarowy Kwestionariusz Osobowości MMPI-2, w polskiej adaptacji Kucharskiego [17]. Profil kliniczny MMPI-2 różnicuje zaburzenia zachowania i przeżywania oraz informuje o strukturze osobowości. W prezentowanej pracy analizowano skalę 7 (Pt), która odnosi się do stopnia przeżywania napięcia psychofizycznego, poczucia zagrożenia i niepewności, skłonności przeżywania poczucia winy, depresji, lęku napadowego i zamartwiania się, tendencji do przeżywania nadmiernych wątpliwości wiążących się z własną osobą, krytycyzmu i obniżonego poczucia własnej wartości przy wysokich wymaganiach wobec siebie i innych. Może ujawnić sztywność zachowań, moralizowanie i stereotypowe rozwiązywanie problemów, perfekcjonizm, tendencję do natręctw, bojaźliwość, niepewność i dyskomfort w relacjach społecznych, trudności w nawiązywaniu kontaktów i obawy przed odrzuceniem, oraz doświadczanie objawów somatycznych [17]. W najnowszych opracowaniach podkreślane jest, że spośród podstawowych skal klinicznych skala Pt odzwierciedla stopień doświadczania lęku, a także wskazuje na obecność zaburzeń lękowych [18].

Wyniki

Analizę rozpoczęto od przedstawienia grupy badanej. Dane z wywiadu wskazują, że 32 (52%) badane kobiety mają wykształcenie wyższe, 27 (45%) średnie, a wśród nich 19 (73%) jest w trakcie nauki, 1 (3%) osoba ma wykształcenie zawodowe. W rodzinie generacyjnej 46 (76%) badanych osobą uzależnioną od alkoholu był ojciec, w rodzinie 6 (9%) – matka, a w rodzinie 9 (15%) – oboje rodzice nadużywali alkoholu.

Wyniki badania parametrów opisujących doświadczanie własnego ciała przez kobiety z syndromem DDA zaprezentowano w tabeli 1. Przedstawia ona średnie wartości oraz odchylenie standardowe dla poszczególnych skal, ponadto – parametry obrazu własnego ciała w grupie badanej i kontrolnej. Im wyższe wartości w skalach, tym bardziej stabilny jest i akceptowany obraz własnego ciała. Analiza za pomocą testu ANOVA – rozsądnej różnicy RIR-Tukeya dla równych liczebności wskazuje na istotnie wyższe wyniki w grupie kontrolnej niż w badanej w aspekcie doświadczania własnego ciała w wymiarach: akceptacji ciała, eksponowania kobiecości i poczucia intymności.

Tabela 1. Parametry obrazu własnego ciała u osób z syndromem DDA i w grupie kontrolnej (jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA)

Zmienne	Grupa badana n = 61		Grupa kontrolna n = 61		p
	Średnia (min.–maks.)	SD	Średnia (min.–maks.)	SD	
A – akceptacja	46,53 (4–78)	17,88	58,67 (30–78)	12,23	0,00
K – kobiecość	19,21 (4–36)	8,09	22,64 (3–36)	7,21	0,01
E – jedzenie	39,81 (3–60)	14,02	40,95 (12–53)	12,27	NS
M – intymność	40,54 (6–70)	15,19	55,53 (19–72)	12,15	0,00

W badanej grupie średnia w skali 7 (Pt) to 63, co wskazuje na wynik podwyższony. Na podstawie testu korelacji r Spearmana stwierdzono, że wartości skal A, K, E, M opisujących obraz własnego ciała korelują z wynikami skali. Wartości w skali 7 (Pt) są ujemnie związane z akceptacją ciała ($r = -0,44$, $p = 0,003$), kobiecością ($r = -0,28$, $p = 0,03$), stosunkiem do wagi i jedzenia ($r = -0,3$, $p = 0,02$), przeżywaniem intymności ($r = -0,27$, $p = 0,03$). Tabela 2 przedstawia korelację porządku rang Spearmana.

Tabela 2. Korelacja porządku rang Spearmana (korelacje są istotne przy $p < 0,05$)

Zmienne	R	p
skale PT i A	-0,44	0,0003
skale PT i K	-0,28	0,03
skale PT i E	-0,30	0,02
skale PT i M	-0,27	0,03

Dyskusja

Dorastanie w rodzinie z problemem uzależnienia stwarza warunki do powstania różnych problemów psychofizycznych i społecznych [19], w tym zaburzeń o charakterze lękowym [6, 7]. Środowisko, w którym wychowuje się dziecko lub młody człowiek, może wyzwalać i utrzymywać reakcje lękowe i napięcie somatyczne, powiązane z doświadczaniem własnego ciała. Zgodnie z teoriami poznawczymi, przedstawionymi we wstępnej części pracy, pojawianie się nieadaptacyjnych przekonań o sobie, także w aspekcie doświadczania własnego ciała, może prowadzić do zaburzeń, w których w obrazie klinicznym dominuje lęk [10, 11, 12]. W świetle prezentowanego materiału badawczego doświadczanie lęku i ogólnego dyskomfortu, oceniane na podstawie wartości w skali 7 (Pt), jest związane z brakiem akceptacji własnej cielesności. Przeprowadzone badanie wykazało, że u kobiet, które opisywały obraz własnego ciała w sposób niekorzystny, pojawiała się większa skłonność do przeżywania lęku, mniejsza wiara w swoje możliwości, perfekcjonizm i sztywność w zachowaniu. Ponadto otrzymane rezultaty wskazują na obecność w badanej grupie dyskomfortu w sytuacjach społecznych, obawy przed odrzuceniem oraz trudności w nawiązywaniu relacji interpersonal-

nych. Prezentowane wnioski potwierdzają dotychczasowe rezultaty badań [20, 21]. Należy tu zwrócić uwagę, że silny dyskomfort odczuwany w sytuacjach społecznych powoduje ich unikanie, a brak nowych doświadczeń interpersonalnych uniemożliwia uczenie się nowych sposobów reagowania oraz weryfikację przekonań o sobie. Badacze o orientacji poznawczej twierdzą, że zmiana nastawienia do własnego ciała ułatwia też korektę w zakresie funkcjonowania społecznego [20, 22].

Analiza uzyskanych danych ukazuje również istnienie trudności w sferze poczucia kobiecości i kontaktów intymnych w badanej grupie. Różnorodne badania wskazują na rolę obrazu ciała w zakresie jakości i ilości doświadczeń seksualnych [23]. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni z pozytywnym obrazem własnego ciała doświadczają swoich relacji jako bardziej intymnych. Zachowują także poczucie wpływu na jakość tych relacji i pewność siebie w kontaktach seksualnych [24]. Natomiast akceptacja własnej seksualności w badanej grupie kobiet wychowujących się w rodzinie z problemem alkoholowym jest bardzo niska. Koreluje ona z przeżywaniem ogólnego dyskomfortu, lęku przed oceną innych i gotowością do interpretowania zaistniałych sytuacji jako zagrażających, co sugeruje istnienie problemu w kontaktach seksualnych.

W wyniku przeprowadzonych badań, a także doświadczeń klinicznych, pojawia się sugestia, że w terapii osób, które pochodzą z rodziny z problemem alkoholowym, szczególnie z rozpoznaniem zaburzeń lękowych, warto uwzględnić przeżywanie własnej cielesności. Badane kobiety często miały przekonania takie, jak: „Intymna relacja z mężczyzną kojarzy mi się ze strachem i niepokojem” czy też „Nieswojo czuję się we własnym ciele”. Analiza tych przekonań ułatwia wgląd w sytuacje wyzwalające lęk i kognitywną rekonstrukcję szkodliwych treści. Stwarza to możliwość uczenia się identyfikacji wrażeń somatycznych i emocji, oraz prowadzi do zwiększenia świadomości roli utrwalonych przekonań i wzorców zachowań [22]. Zatem celem pracy terapeutycznej byłaby integracja doznań cielesnych, doświadczanych emocji oraz funkcjonujących schematów poznawczych, co pozwalałoby przypuszczać, że chora osoba będzie umiała lepiej radzić sobie z lękiem i dyskomfortem.

Przeprowadzona analiza pokazuje też pewnego rodzaju ograniczenia. W literaturze przedmiotu opisywany jest głównie związek obrazu własnego ciała z zaburzeniami lęku o charakterze społecznym [20, 21], natomiast brakuje badań dotyczących zależności pomiędzy obrazem własnego ciała, który zgodnie z definicją stanowi różnorodne doświadczenia poznawcze, emocjonalne i behawioralne, a zaburzeniami lękowymi o charakterze lęku panicznego i uogólnionego. Większa liczebność badanej grupy oraz doprecyzowanie rozpoznania rodzaju zaburzeń lękowych pozwoliłoby na dokładniejsze określenie zależności pomiędzy zaburzeniami lękowymi a obrazem własnego ciała z uwzględnieniem roli mechanizmu somatyzacji w trzech podgrupach pacjentów: z zaburzeniami lęku panicznego, uogólnionego i fobią społeczną.

Podsumowując, badanie wykazało, że zaburzony obraz własnego ciała związany jest ze skłonnością do reagowania lękiem, zamartwianiem się, silniejszym dyskomfortem w sytuacjach społecznych, obawą przed odrzuceniem, a także większą trudnością w nawiązywaniu relacji interpersonalnych, mniejszą wiarą we własne możliwości, większym perfekcjonizmem i sztywnością w zachowaniu.

Фобия и картина собственного тела у женщин, возрастающих в семье с проблемами зависимости

Содержание

Задание. Заданием работы был анализ связи картины собственного тела с симптомами фобии и чувством дискомфорта у женщин, возрастающих в семье с проблемой алкоголизма.

Метод. Группу 61 женщин (ср. возраст 27 лет) обследовано Глоссарием „Я телесное”, а также тестом личности ММП-II -2, в котором проанализированы результаты для шкалы 7 (Пт). Все обследованные женщины участвовали в программе психотерапии, направленной на проблемы, исходящие из взросления в семье с проблемами алкоголизма.

Результаты. В ходе исследований отмечены существенно статистические корреляции ($p < 0,05$) между результатами в шкале 7 (Пт) и результатами в шкалах: Акцептация телесности ($r = -0,44$). Отношение к еде ($r = -0,3$). Экспонирование женственности ($r = -0,28$), переживание интимности ($r = -0,27$).

Выводы. Проведенные исследования показали, что нарушенная картина собственного тела связывается с симптомами, описанными в шкале 7 (Пт), т.е. со склонностью к реагированию страхом, расстраиваемостью, более сильным дискомфортом в общественных ситуациях, страхом перед исключением из общества, а также большей трудностью в установлении интерперсональных отношений. Кроме того, отмечены такие особенности обследованных как меньшая вера в себя и свои возможности, большим перфекционизмом и осторожностью в поведении. Существенным фактором, повышающим эффективность терапевтической работы в обследованной группе женщин, может быть проба интеграции собственного опыта, как в области телесных ощущений, перенесенных эмоций, так и функционирующих познавательных процессов.

Angst und Bild des eigenen Körpers bei Frauen, die in Familien mit Abhängigkeitsproblem aufwachsen

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Studie war die Analyse des Zusammenhanges zwischen dem Bild des eigenen Körpers mit den Angstsymptomen und Unbehagen bei Frauen, die in der Familie mit Alkoholabhängigkeitsproblem aufwachsen.

Methode. Die Gruppe von 61 Frauen (Durchschnittsalter 27 Jahre) wurde mit dem Fragebogen zur Bewertung des eigenen Körpers und mit dem Persönlichkeitstest MMPI-2 untersucht, wo die Ergebnisse für die Skala 7 (Pt) analysiert wurden. Alle untersuchten Frauen nahmen am Programm für Psychotherapie teil, der auf die Probleme gezielt war, die mit dem Aufwachsen in einer alkoholabhängigen Familie verbunden waren.

Ergebnisse. Es wurde eine negative, statistisch signifikante Korrelation ($p < 0,05$) zwischen den Ergebnissen in der Skala 7 (Pt) und den Ergebnissen in den Skalen: Akzeptanz des eigenen Körpers ($r = 0,44$), Verhältnis zum Essen ($r = 0,3$), Hervorhebung der Weiblichkeit ($r = 0,28$), Erleben von Intimität ($r = 0,27$).

Schlussfolgerungen. Die Studie hat bewiesen, dass das gestörte Bild des eigenen Körpers mit den Symptomen verbunden ist, die die Skala 7 (Pt) beschreibt, also Neigung zur Reaktion mit Angst, sich Sorgen machen, stärkeres Unbehagen in sozialen Situationen, Angst vor Ablehnung, auch größere Probleme bei den interpersonellen Beziehungen, ein niedrigeres Glauben an eigene Möglichkeiten, größeres Perfektionismus und steifes Verhalten. Ein wesentlicher Faktor, der die Effektivität der therapeutischen Arbeit in der untersuchten Gruppe der Frauen erhöht, kann der Versuch einer Integration sein: Selbst-Erfahrung sowohl in der körperlichen Sphäre, in erfahrenen Gefühlen, als auch in den funktionierenden kognitiven Schemata.

L'anxiété et L'image du corps des femmes vivant en familles avec le problème de l'alcoolisme

Résumé

Objectif. Analyser la corrélation de l'image du corps, des symptômes d'anxiété et de la gêne psychologique des femmes vivant en familles avec l'alcoolisme.

Méthode. Le groupe de 61 femmes (moyenne de l'âge – 27 ans) est examiné avec les questionnaires : Body Self Questionnaire, teste MMPI-2 ; on analyse les résultats de l'échelle 7 (Pt). Toutes les femmes examinées ont suivi le programme de la psychothérapie adressée aux personnes avec le problème de l'alcoolisme.

Résultats. On atteste la négative corrélation ($p < 0,05$) des résultats de l'échelle 7 (Pt) et les résultats d'autres échelles : acceptation du corps ($r = -0,44$), comportement alimentaire ($r = -0,3$), exposition de la féminité ($r = -0,28$), épreuve de l'intimité ($r = -0,27$).

Conclusions. Ce travail démontre que l'image troublé du corps se lie avec les symptômes décrits par l'échelle 7 (Pt) : tendance à réagir avec la peur, à se chagriner, sentiment de forte gêne dans les situations sociales, peur d'être rejeté, plus grandes difficultés dans les relations interpersonnelles, petite confiance en soi-même, perfectionnisme plus fort, rigorisme plus fort. Pour renforcer l'efficacité de la thérapie des femmes en question on peut essayer d'intégrer l'expérience de soi-même – du corps, des émotions et des schémas cognitifs fonctionnant.

Piśmiennictwo

1. Kindes MV. *Body image: new research*. New York: Nova Publishers; 2006.
2. Cash TF, Pruzinsky T. *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. New York–London: Guilford Press; 2004.
3. Williamson DA. *Body image disturbance in eating disorders: A form of cognitive bias?* Eat. Disord. 1996; 4 (1): 47–58.
4. Lelek A, Bętkowska-Korpała B. *Doświadczenie własnego ciała u kobiet z syndromem dorosłego dziecka alkoholika (DDA)*. Psychoter. 2008; 4 (147): 43–51.
5. Mirucka B. *Kwestionariusz Ja Cieleśnego (Skala J-C)*. Przegl. Psychol. 2005; 48: 313–329.
6. Harter SL. *Psychosocial adjustment of adult children of alcoholic: a review of recent empirical literature*. Clin. Psychol. Rev. 2000; 3: 311–337.
7. Pagano M, Rende R, Rodriquez B. *Impact of parental history of substance use disorders on the clinical course of anxiety disorders*. Subst. Abuse Treat. Prev. Pol. 2007; 2: 1–9.
8. Thompson JK. *Body image disturbance: assessment and treatment*. Oxford: Pergamon Press; 1990.
9. Thompson JK, van der Berg P. *Measuring body image attitudes among adolescents and adults*. W: Cash TF, Pruzinsky T, red. *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. New York–London: Guilford Press; 2004, s. 142–155.
10. Barlow DH. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. New York–London: Guilford Press; 2007.
11. Reinecke MA, Clark DA, Beck AT. *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
12. Barlow DH. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York–London: Guilford Press; 2004.
13. Heimberg RG., Turk CL, Mennin DS. *Generalized anxiety disorder: advances in research and practice*. New York–London: Guilford Press; 2004.
14. Breiholtz E, Westling BE, Ost L. *Cognitions in generalized anxiety disorder and panic disorder patients*. J. Anx. Disord. 1998; 12: 567–577.

15. Heimberg RG. *Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment*: New York–London: Guilford Press; 1995.
16. Mirucka B. *Przeżywania własnego ciała przez kobiety z bulimią psychiczną*. Roczniki Psychologiczne. 2006; 9: 81–102.
17. Kucharski T. *Współczesne sposoby przeprowadzania interpretacji wyników w Kwestionariuszu MMPI-2*: Toruń: Wyd. A. Marszałek; 2004.
18. Hazlett-Stevens H. *Psychological approaches to generalized anxiety disorders: A clinician's guide to assessment and treatment*: New York: Springer Science; 2008.
19. Sher KJ. *Psychological characteristics of children of alcoholic*. Alcohol Health Research World 1997; 21: 247–254.
20. Cash TF, Theriault J, Annis N. *Body image in an interpersonal context: adult attachment, fear of intimacy, and social anxiety*. J. Soc. Clin. Psychol. 2004; 23: 89–110.
21. Cash TF, Fleming EC. *Body image and social relations* W: Cash TF, Pruzinsky T, red. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York–London: Guilford Press; 2004, s. 277–286.
22. Rosen JC. *Cognitive-behavioral body image therapy* W: Garner D.M.Garfinkel P.E. *Handbook of treatment for eating disorder*. New York: Guilford Press; 1997, s. 188–203.
23. Wiederman MW. *Body image and sexual functioning*. W: Cash TF, Pruzinsky T, red. *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. New York–London: Guilford Press; 2004, s. 287–294.
24. Nezelek J. *Body image and day-to-day social interaction*. J. Personal. 1999; 67: 793–817.

Adres: Agnieszka Lelek
Oddział Psychiatrii
Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera
31-826 Kraków, ul. Złotej Jesieni 1

Otrzymano: 20.07.2010
Zrecenzowano: 14.01.2011
Otrzymano po poprawie: 8.06.2011
Przyjęto do druku: 13.06.2011