

# Poczucie granic ciała i jego implikacje dla kondycji zdrowotnej człowieka

Iwona Krzewska\*

Uniwersytet Wrocławski, Wrocław

Grażyna Dolińska-Zygmunt

Uniwersytet Wrocławski, Wrocław

## SENSE OF BODY BOUNDARIES AND ITS CONSEQUENCES FOR HUMAN HEALTH CONDITION

The sense of body boundaries has numerous definitions and has been rarely analysed as a psychological category. Development and psychodynamic concepts describe it as a way in which a person experiences his or her own body surface as the reflection of the separation and autonomy from the outside world and safety in his or her own body. The researched concepts indicate the significant role of body boundaries in the development of personality and psychological identity. The following article reviews the theoretical and empirical studies concerning the relationship between the sense body boundaries and human health condition. The research presents various ways of experiencing body boundaries as well as conditions and effects of the mentioned experience. The concept of health and illness is particularly analysed. The theoretical and empirical studies suggest the correlation between the sense of body boundaries and psychosomatic, mental and behavioral disorders.

**Key words:** sense of body boundaries, body-self, health condition

## WPROWADZENIE

W ostatnich latach na gruncie psychologii klinicznej, psychologii zdrowia i psychiatrii odnotowano znaczący wzrost zainteresowania problematyką cielesności (Pruzinsky i Cash, 2002; Fisher, 1990). Za wzajemną izolację poszczególnych kierunków poszukiwań badawczych odpowiada nie tylko ich różnorodność tematyczna, ale i odmienny system pojęć i założeń teoretycznych przyjmowanych przez badaczy. Psychologia ciała przepełniona jest różnymi terminami o wieloznacznych konotacjach: schemat ciała, pojęcie ciała, ja cielesne (Shontz, 1969). Stwarza to ryzyko chaosu metodologicznego i uzasadnia ostrożność niektórych badaczy w podejmowaniu prób stworzenia metateorii, która pozwoliłaby opisać psychologiczne doświadczenie ciała w sposób spójny, a jednocześnie zawierający aspekty aplikacyjne (Fisher, 1990). Centralnym, a zarazem najbardziej wieloznacznym pojęciem pojawiającym się w literaturze przedmiotu, jest obraz ciała, czyli „sposób w jaki ciało obecne jest w psychicznej reprezentacji osoby” (Schilder, 1935 za: Shontz, 1969). Współcześnie istnieje porozumienie, by posługiwać się terminem: obrazy ciała, mówiąc o wielu poziomach, na których obraz ciała funkcjonuje (Cash i Brown, 1987; Fisher, 1986; Cash, Brown i

Keeton, 1990; Schilder, 1935; za: Pruzinsky, Cash, 1990), z jednoczesnym podkreśleniem, że poziomy te tworzą wewnętrznie zintegrowany system (Shontz, 1969; Pruzinsky i Cash, 2002).

Coraz częściej teoretycy ujmują obraz ciała jako pochodną globalnego doświadczenia siebie w ciele: psychiczną reprezentację świadomych i nieświadomych doświadczeń cielesnych (Mirucka, 2003) lub też całokształt spostrzeżeń, myśli i uczuć jednostki na temat jej ciała (Grogan, 2008 za: Schier, 2009). Koncepcje te daleko wykraczają poza obraz ciała rozumiany jako wygląd zewnętrzny i postawa wobec niego. Współcześni teoretycy chętnie zastępują też „obraz ciała” pojęciem „ja cielesnego”. Jak przyjmuje Wycisk (2004), jest to całokształt poznawczych i emocjonalnych procesów psychicznych odnoszących się do własnego ciała. Mirucka (2003) definiuje ja cielesne jako całościowy sposób doświadczenia siebie w swoim ciele, wraz z własną seksualnością, a więc sumę konkretnych doświadczeń cielesnych, świadomych i nieświadomych, które mają swoje odzwierciedlenie w obrazie ciała. Sakson-Obada (2009) opisuje ja cielesne poprzez funkcje, jakie ono pełni: doznawanie bodźców płynących z ciała i otoczenia, interpretację doznań w kategoriach emocji i potrzeb fizycznych oraz ich regulację.

Obraz ciała i ja cielesne mają status wielowymiarowych zmiennych psychologicznych tworzonych przez procesy zarówno percepcyjne, poznawcze, jak i emocjonalno-motywacyjne. Ujęcia, które podkreślają fundamentalną rolę doświadczenia ciała w rozwoju tożsamości psychologicznej

\* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Iwona Krzewska, Instytut Psychologii, Uniwersytet Wrocławski, ul. Dawida 1, 50-527 Wrocław.

e-mail: iwona.krzewska@poczta.onet.pl

osoby, a także związki ja cielesnego z cechami osobowości (Krueger, 1989, 1990, 2002; Kowalik, 2003; Allport, 1998; James, 1890; Grotstein, 1980 za: Sakson-Obada 2009), mają swe źródła w perspektywie psychodynamicznej.

#### POCZUCIE GRANIC CIAŁA JAKO FENOMEN PSYCHOLOGICZNY

Przyjmuje się, że poczucie granic ciała jest jednym z najważniejszych elementów ja cielesnego (Wycisk, 2004; Sakson-Obada, 2007, 2009; Krueger, 2002) i obrazu ciała (Roth, 1998 za: Schier, 2009).<sup>1</sup> Określenie to odnosi się do sposobu, w jaki jednostka doświadcza własnej cielesnej powierzchni, co znajduje swoje odzwierciedlenie w poczuciu jej odrębności względem otoczenia. Kategoria ta nie jest szeroko eksplorowana w polskiej literaturze psychologicznej. W Polsce prowadzono mało badań empirycznych w tym zakresie (Sakson-Obada, 2003, 2009; Wycisk, 2004;), a fenomen poczucia granic ciała nie funkcjonuje w nich jako podstawowy przedmiot poszukiwań badawczych. Jest także różnie definiowany i operacjonalizowany.

Niezależnie od sposobu rozumienia fenomenu poczucia granic ciała uzyskano wiele interesujących wyników badań dotyczących jego uwarunkowań i następstw, także dla jakości zdrowia.

Badania nad poczuciem granic ciała i jego znaczeniem pojawiły się po raz pierwszy w pracach Fishera i Clevelanda (1958). Są to najobszerniejsze studia z tego zakresu tematycznego, osadzone w nurcie psychodynamicznym. Badacze posługują się w nich terminem: granice obrazu ciała. Wychodzą z założenia, że ludzie różnią się stopniem, w jakim odczuwają swoją cielesną powierzchnię jako „barierową”, dobrze oddzielającą jednostkę od świata zewnętrznego, a także „przepuszczalną”, przez co powierzchnia ciała odczuwana jest jako niespójna, podatna na naruszenie i zewnętrzny wpływ. W myśl założenia, że zdolność do różnicowania pomiędzy sobą a otoczeniem ma kluczowe znaczenie dla psychicznego rozwoju, uznano, że tak rozumiane poczucie granic ciała może wyjaśniać wiele strategii funkcjonowania człowieka, a także jego szeroko rozumianą kondycję zdrowotną. Fisher i Cleveland (1956) opracowali system punktacji odpowiedzi badanych w teście plam atramentowych Roschacha i uznali, że sposób, w jaki badani spostrzegają prezentowany tam, nieuporządkowany materiał percepcyjny, jest równoznaczny z doświadczeniem przez nich granic ciała. Za barierowe uznawano te odpowiedzi badanych,

które charakteryzowały się obronnością zewnętrznych granic plamy barwnej, jej zamknięciem przed penetracją (np. „żółw w skorupie”). Liczbę odpowiedzi barierowych nazwano indeksem (wskaźnikiem) barierowości, który w myśl założeń badaczy oznacza poczucie wyrazistości i odrębności siebie od otoczenia z pomocą powierzchni ciała. Analogicznie, interpretacje plam nacechowane słabością, przepuszczalnością granic (np. „skaleczone ciało”) zliczano jako wskaźnik przepuszczalności, który miał odzwierciedlać wrażenie słabości granic własnego ciała, ich podatności na penetrację, naruszenie. Odpowiedzi badanych klasyfikowano metodą sędziów kompetentnych, osiągając wysokie współczynniki zgodności (dla indeksu barierowości .82, przepuszczalności: .94). Wykazano, że punktacja dla indeksu barierowości charakteryzuje się wysoką rzetelnością i stabilnością w czasie, natomiast indeks przepuszczalności podlega wahaniom w zależności od sytuacji (Fisher, 1971).

Chociaż hipoteza projekcyjna Fishera i Clevelanda spotkała się z krytyką środowiska naukowego (Wylie, 1961; Mednick i in., 1959 za: Fisher, 1963; Shontz, 1969; Hirt i Kurtz, 1969), próby korelacji indeksów barierowości i przepuszczalności ze zmiennymi dotyczącymi cielesnych doświadczeń przyniosły spójne i zaskakujące rezultaty, których nie osiągnano dla zmiennych nie powiązanych z ciałem.<sup>2</sup>

#### WIELOZNACZNOŚĆ POCZUCIA GRANIC CIAŁA JAKO ZMIENNEJ PSYCHOLOGICZNEJ

Znaczenie poczucia granic ciała dla doświadczeń z obszaru zdrowia i choroby jest udokumentowane wieloma badaniami – jednak mechanizmy tych uwarunkowań nie są znane. Ponieważ ocena wewnętrznej spójności przywoływanych koncepcji wykracza poza ramy tego opracowania, będą one komentowane jedynie w stopniu, w jakim uzasadnia to podjęta tematyka zdrowia. W analizie literatury przedmiotu przyjęto posługiwać się określeniem: poczucie granic ciała. Kategoria ta wydaje się odpowiednio zgeneralizowana, a tym samym trafna w odniesieniu do wielu definicji doświadczenia cielesnych granic.

Poczucie granic ciała w rozumieniu fisherowskim funkcjonuje jako poznawczo-emocjonalny, przedświadomy fenomen psychologiczny. Fisher i Cleveland (Fisher, Cleveland, 1956; Fisher, Cleveland, 1958; Fisher, 1960) przyjmują, że w jego powstawaniu ma udział doświadczenie socjalizacyjne, a także indywidualne zróżnicowanie w zakresie reaktywności biologicznej tkanek, które nasila świadomość sygnałów cielesnych z powierzchni lub wnętrza ciała. Badacze biorą też pod uwagę odwrotny kierunek zależności: skłonność do koncentrowania uwagi na powierzchni ciała nasila świadomość doznań z niej płynących, co skutkuje wzmożonym poczuciem fizycznej odrębności od otoczenia (Fisher, Cleveland, 1958; Fisher, 1960). Krytycy metody badania poczucia granic ciała przez Fishera i Clevelanda opowiadali się za interpretacją wyników w indeksie barierowości jako efektu poznawczej organizacji materiału percepcyjnego, nie zaś doświadczenia ciała (Wylie i in., 1961 za: Fisher, 1963).

<sup>1</sup> W literaturze przedmiotu dokonuje się rozróżnienia tych pojęć ze względu na sposoby doświadczenia cielesności, jakie opisują – odpowiednio: przedmiotowy (obraz ciała – doświadczenie swego ciała jako obiektu materialnego i związane z nim myśli, emocje i zachowania) lub podmiotowy (ja cielesne – całościowy sposób doświadczenia siebie w własnym ciele) (Mirucka, 2003).

<sup>2</sup> Autorka niniejszego artykułu podjęła pracę nad konstrukcją Kwestionariusza Poczucia Granic Ciała. Opiekun merytoryczny: prof. dr hab. Grażyna Dolińska-Zygmunt, Zakład Psychologii Klinicznej i Zdrowia Instytutu Psychologii UW.

W niektórych pracach sugeruje się fisherowskie rozumienie granic ciała na sposób poznawczy – jako stopień koncentracji uwagi na powierzchni własnego ciała kosztem jego wnętrza (Wolak, 1989; Wycisk, 2004; Sakson-Obada, 2009). W koncepcji Fishera (Fisher, Cleveland, 1956) funkcjonuje ono jako wyobrazeniowe i emocjonalne doświadczenie własnej odrębności od otoczenia, ma jednak swoje przełożenie na zróżnicowanie w percepcji sygnałów cielesnych z powierzchni i wnętrza ciała, a więc zmienną o charakterze percepcyjnym i poznawczym (Fisher, 1960).

Według Witkina (1968) globalny lub zróżnicowany styl poznawczy, który w zakresie percepcji przejawia się jako zależność lub niezależność od pola percepcyjnego, ma swoje odzwierciedlenie w obrazie ciała jednostki i jej strukturze „ja”. Badani niezależni od pola doświadczają swego ciała jako całości o wyraźnie zaznaczonych granicach i złożonej z dobrze wyodrębnionych części o określonej strukturze, a zależni od pola – przeciwnie. Osoby, które mają trudność z poznawczym wyodrębnieniem swego ciała od innych obiektów w przestrzeni na podstawie sygnałów cielesnych (np. z trudem określają położenie swego ciała względem zmieniającego się otoczenia), opisywane są przez Witkina (1968) jako posiadające „słabe poczucie granic ciała”.

W świetle doniesień, że poczucie odrębności własnego ciała od elementów świata zewnętrznego daje się wyjaśnić w kategorii witkinowskiej zależności od pola (Witkin, 1968 za: Strelau, 2002), interesującym jest, że Fisherowi i Clevelandowi (1958) nie udało się znaleźć związku pomiędzy indeksem barierowości a zależnością-niezależnością od pola manifestującą się w interocepcji, a więc w obszarze ciała. Obraz ciała i jego granice uznawane są za strukturę kluczową dla rozwoju osobowości – lub co najmniej z nią powiązaną (Fisher i Cleveland, 1956), podobnie jak style poznawcze (Strelau, 2002). Pomimo prób dowodzenia przez pionierów (Fisher i Fisher, 1964; Fisher, 1963, 1970), że indeks barierowości jest pochodną cielesnego doświadczenia, a nie stylu organizacji percepcji, taką jego interpretację umożliwiają niektóre dane. W swoich badaniach Kagan i in. (1964 za: Fisher, 1966) uzyskali związki pomiędzy indeksem barierowości a testowymi wskaźnikami spójności poznawczej, którą charakteryzuje analityczność myślenia i spostrzegania.

Wycisk (2004) przywołuje specyfikę doświadczenia ciała w sferze seksualnej według Lisy Cross (Cross, 1993 za: Wycisk, 2004) i na tej podstawie wyodrębnia kilka wymiarów doświadczenia ciała w sferze seksualnej. Za jeden z nich uznaje poczucie integralności ja cielesnego, które definiuje jako „odczuwanie bezpieczeństwa i nieprzepuszczalności prywatnych granic swojego ja cielesnego, a także brak obaw związanych z wtargnięciem kogoś/czegoś z zewnątrz (...)”. Za ja cielesne Wycisk (2004) uznaje „całokształt procesów psychicznych jednostki odnoszących się do jej ciała”.

Podobnie Sakson-Obada (2009) opisuje „ja” cielesne jako strukturę osobowości zarządzającą cielesnym doświadczeniem, a za jeden z jej wymiarów uznaje poczucie

granic ciała. W jednej z wcześniejszych prac (Sakson-Obada, 2003) opisuje je jako „(...)poczucie odgraniczenia siebie od ludzi i przedmiotów(...)” z pomocą powierzchni skóry. Opisywana w ten sposób fuzja poznawczo-emocjonalna odzwierciedlająca doświadczenie odrębności własnego ciała od otoczenia z pomocą jego powierzchni, a także związane z tym poczucie nieprzepuszczalności granic, wydaje się tworzyć konstrukt bliski znaczeniowo granicom obrazu ciała według Fishera i Clevelanda (1956).

#### STABILNOŚĆ POCZUCIA GRANIC CIAŁA

W świetle powyżej przytaczanych doniesień poczucie granic ciała można rozumieć jako względnie stabilne doświadczenie psychiczne. Związki pomiędzy zdrowiem psychicznym i brakiem konfliktów tożsamości a doświadczeniem cielesnych granic potwierdzono w licznych badaniach, niezależnie, czy pomiaru poczucia granic ciała dokonywano w sposób projekcyjny, czy kwestionariuszowy (Rohricht i Priebe, 2002; Levin, 1990; Fisher i Cleveland, 1958; Quinlan i Harrow, 1974 za: Chrzastowski, 1998; Cleveland, 1960; Azima i Kramer, 1956; Gibby, Adams i Carrera, 1960; Miner i De Vos, 1960 za: Fisher, 1963). Odkryto jednak równocześnie, że projekcyjny indeks barierowości, przyjmowany za wskaźnik poczucia cielesnych granic, może zmieniać się pod wpływem modyfikacji doświadczenia powłok cielesnych lub wnętrza ciała, czy to u osób zdrowych psychicznie (Cambareri, 1958 za: Fisher, 1963; Van Den Mark i Neuringer, 1969; Darby, 1970 za: Muzekari i Kreiger, 1975), czy zaburzonych (Wapner i Werner, 1958 za: Fisher, 1963; Reitman i Cleveland, 1964 za: Fisher, 1971). Pozwala to uznać, że rodzaj aktualnych doświadczeń cielesnych, (np. stymulacja lub izolacja sensoryczna) może wpływać na poznawczą organizację materiału niezależnego od ciała (Van Den Mark i Neuringer, 1969). Poczucie granic ciała, jeśli rozumieć je jako wskaźnik organizacji osobowości, a pośrednio – stylu spostrzegania, powinno mieć charakter względnie stały i nie ulegać zmianie pod wpływem chwilowej stymulacji. Według Dastona i McConnell'a (1962 za: Fisher, 1963), nie wykazuje ono podatności na zmianę w razie okresowych przemian w cielesnym „ja”, jak ciąży, przewlekła choroba czy uraz fizyczny. Jak sugerują niektóre dane, zmienia się pod wpływem długotrwałych oddziaływań terapeutycznych (Scharfetter, 1981, 1995 za: Rohricht i Priebe, 2002; Pruzinsky, 1990). W świetle sprzeczności przytoczonych wyników nie sposób jednoznacznie wnioskować o stabilności poczucia cielesnych granic.

#### ZWIĄZEK POCZUCIA GRANIC CIAŁA Z KONDYCJĄ ZDROWOTNĄ CZŁOWIEKA

Sposób doświadczania granic własnego ciała ma istotne znaczenie dla charakteru zaburzeń z zakresu medycyny somatycznej i psychiatrii, a także potencjałów zdrowia. Współczesne koncepcje akcentujące rolę ciała w rozwoju poczucia tożsamości człowieka (Krueger, 2002; Kowalik,

2003; Mirucka, 2003; Sakson-Obada, 2009) podkreślają wiodącą rolę cielesnych doznań, które na wczesnych etapach życia pozwalają odróżnić ciało od innych obiektów w przestrzeni i uzyskać poczucie własnych fizycznych granic, prototyp granic psychologicznych (Mirucka, 2003). Oznacza to zdolność odróżnienia „ja” od „nie-ja”. Obraz ciała rozumiany jako psychiczna reprezentacja ja cielesnego, złożony jest z treści emocjonalnych i fantazji na temat własnego ciała – dzięki dostępności sygnałów z jego powierzchni, jak i wnętrza (Mirucka, 2003). O ile obraz ciała i ja cielesne są ideami, jak ego, ciało pozostaje faktem biologicznym (Krueger, 2002). Psychologiczne doświadczenie własnej cielesnej powierzchni dzięki projekcji wrażeń z powierzchni skóry określane jest przez niektórych teoretyków jako ego skórne – efekt zachowań dotykowych i poziomu empatycznego dostrojenia opiekuna do potrzeb dziecka (Sakson-Obada, 2007). Idea granic psychologicznych jako konsekwencji wyłonienia się skórniego ego rozwijana jest wspólnie przez Anzieu (1989 za: Sakson-Obada, 2007) i Moloney’a (1957 za: Sakson-Obada, 2007). Skórne ego zapewnia jednostce zdolność doświadczenia siebie jako całości o wyraźnych zarysach, które umożliwiają kontakt z otoczeniem bez lęku przed penetracją (Moloney, 1957 za: Sakson-Obada, 2007). Zakreśla też przestrzeń psychiczną przynależną do „ja”, odpowiedzialną za utrzymanie w swych ramach emocji, popędów i treści psychicznych, co chroni jednostkę przed ich nadmiernym wpływem na percepcję i utratą kontaktu z rzeczywistością (Anzieu, 1989 za: Sakson-Obada, 2007).

Uważa się, że niedostępność emocjonalna rodzica, brak dotyku we wczesnych etapach rozwoju lub brak adekwatnej stymulacji doświadczeń sensorycznych, upośledzają rozwój cielesnych granic. W konsekwencji rozwój ja cielesnego jest niekompletny, a obraz ciała zakłócony, czemu towarzyszą trudności i zaburzenia emocjonalne. Wnioskuje się, że słabe poczucie cielesnych granic ujawnia się np. u osób diagnozowanych jako bulimiczne, borderline i chronicznie depresyjne. Obrazy ich ciał podlegają fluktuacji w zależności od nastroju, często wielokrotnie w ciągu dnia, a zachowania impulsywne, autodestruktywne, itp. mają prawdopodobnie służyć ustaleniu poczucia cielesnych granic (okaleczanie się, uzależnienia, ruminalacje na temat wyglądu, zadawanie sobie bólu, wpędzanie w chorobę, zaburzenia odżywiania) (Krueger, 2002).

#### GRANICE OBRAZU CIAŁA A CHOROBY PSYCHOSOMATYCZNE

Szereg badań dowiodło, że indeks barierowości, jako wskaźnik poczucia granic ciała uzyskiwany na podstawie interpretacji plam barwnych, odzwierciedla bezpośrednio stopień, w jakim osoba jest świadoma powierzchni ciała (skóry, mięśni) (Fisher i Cleveland, 1968; Fisher, 1970 za: Fisher, 1971). Wykazano, że koreluje on pozytywnie ze zdolnością adaptacji do warunków bólu i niepełnosprawności cielesnej (Fisher, 1971). Zaobserwowano, że osoby wysoko barierowe (w myśl założenia: o silnych granicach

obrazu ciała), ujawniają symptomy psychosomatyczne na powierzchni ciała względem jego wnętrza (np. bardziej w obrębie skóry niż układu pokarmowego) oraz wzmoczoną reaktywność fizjologiczną zewnętrznych partii ciała w stosunku do wewnętrznych. Zdrowe osoby o wysokich wynikach w indeksie barierowości relacjonowały więcej dolegliwości z powierzchni ciała w okresie obniżonego samopoczucia fizycznego niż osoby o niskich wynikach w skalach barierowości (słabe granice obrazu ciała).

Williams (1962 za: Fisher, 1963) przeprowadził badania na grupie pacjentów z artretyzmem i wrzodami żołądka, wykazując, że ci pierwsi mieli znacząco wyższe wskaźniki w skali barierowości i niższe w przepuszczalności niż drudzy. Stwierdził też, że u pacjentów cierpiących na wrzody żołądka zarejestrować można wyższe wyniki w zakresie rytmu serca, a niższe w zakresie elektrycznej aktywności mięśni niż w grupie chorych na zapalenie stawów. Przewidywane różnice w zakresie reakcji skórno-galwanicznej nie wystąpiły jednak, przeciwnie do oczekiwań. Podobne badanie nad cielesnymi granicami przeprowadził Fitzgerald (1961 za: Fisher, 1963) na dzieciach z uszkodzonym stawem biodrowym. Dzieci z grupy chorych okazały się uzyskiwać wyższe wyniki w skali barierowości niż dzieci zdrowe, ich ekspresja motoryczna była wyższa, osiągały też wyższe wyniki w werbalnych skalach inteligencji.

Różnice te, jak sądzą Fisher i Cleveland (1956), wyjaśniać można odmiennością organizacji osobowości. Ich zdaniem wybór umiejscowienia symptomu wiąże się ze wskaźnikiem barierowości, a wraz z nim – ze zgeneralizowanym stosunkiem do życia. Ponieważ koncepcja poczucia granic ciała wykazała zastosowanie w wyjaśnianiu umiejscowienia symptomów psychosomatycznych, starano się zbadać jej przydatność dla wyjaśniania zachowań osób zdrowych. W tym celu rozważono możliwe psychologiczne znaczenia powierzchni ciała w kontraście do jego wnętrza. Poczyniono spostrzeżenie, że zewnętrzne partie ciała, jak skóra i mięśnie, w wyższym stopniu niż organy wewnętrzne podlegają subiektywnej kontroli. Np. wygląd skóry może być zmieniany z pomocą kosmetyków i zabiegów. Muskulatura zapewnia możliwość wolicjonalnej ekspresji: ruchu, sięgania, ucieczki. Wnętrze ciała trudno jest poddać wolicjonalnej kontroli. Natomiast umięśnienie i skóra to partie ciała najbardziej reprezentatywne w fizycznym kontakcie z rzeczywistością (Fisher i Cleveland, 1956).

W kolejno podejmowanych badaniach, przytaczanych przez Fishera (1963), potwierdzono zależności pomiędzy barierowością a niektórymi wymiarami zachowania, jak adaptacja do warunków stresu, przystosowanie do niepełnosprawności i zdolność do utrzymania integracji ego w warunkach zagrożenia. Można powiedzieć, że osoby określające plamy Roschacha lub Holtzman jako wyraźne i spójne, a więc, zgodnie z założeniem teorii, charakteryzujące się silniejszym poczuciem cielesnych granic, wykazywały wyższe zdolności przystosowawcze w sytuacji choroby lub uszkodzeń ciała. Wycisk (2004) sugeruje, że im wyższe poczucie integralności własnych cielesnych

granic, tym wyższe zadowolenie z własnego ciała i ryzyko narażenia własnego ciała na uszkodzenia i utratę zdrowia. Może to wynikać z ryzykownych zachowań przyjemnościowych, jakie podejmują osoby bezpiecznie czujące się w swoim ciele.

Przywoływane są badania, w których nie uzyskano żadnych zależności pomiędzy indeksem barierowości a typem symptomów psychosomatycznych (choroby skóry vs choroby żołądka i układu moczowo-płciowego) (Eigenbrode i Shipman, 1960; Hirt i Kurtz, 1969) oraz reaktywnością fizjologiczną powierzchni ciała względem jego wnętrza w warunkach obojętnych emocjonalnie (Davis, 1960).

W badaniach prowadzonych w odpowiedzi na krytykę (Fisher, 1960; Fisher i Cleveland, 1958 za: Fisher, 1963; Fisher, 1966) indeks barierowości ponownie okazał się istotnie powiązany ze zdolnością radzenia sobie z niepełnosprawnością własnego ciała, z wzorcami doświadczeń spowodowanych amputacją kończyn, z charakterem doświadczenia zmian rozmiarów ciała w schizofrenii, a także z progami wrażliwości na dotyk w następstwie izolacji sensorycznej, z oszacowaniem wielkości przypisywanej częściom ciała (istotne u osób z zaburzeniami odżywiania lub dysmorfofobią), z obawą o podatność skóry na negatywne czynniki oraz z niepokojem dotyczącym ciała w ogóle (czego przykładem może być nastawienie hipochondryczne), co nie potwierdziło się w odniesieniu do poziomu zgeneralizowanego niepokoju, nie związanego z kategorią ciała

W myśl tych doniesień ocena indeksu barierowości jako zjawiska powiązanego z aktualnymi doświadczeniami cielesnymi, nie zaś nie jako prostego i abstrakcyjnego odzwierciedlenia organizacji percepcji nieuporządkowanego materiału, może być więc uzasadniona.

Związek poczucia granic ciała z kondycją zdrowotną może być spostrzegany w kontekście wyuczony w procesie socjalizacji tendencji do przypisywania ważności obszarom ciała istotnym w aktywnym kontakcie z rzeczywistością, jak skóra czy mięśnie, lub biernego i zależnego stosunku do rzeczywistości, co pociąga za sobą słabszą koncentrację na partiach ciała podlegających wolicjonalnej kontroli i istotnej w kontakcie (Fisher i Cleveland, 1958 za: Fisher i Fisher, 1964). Należy również brać pod uwagę odmienną fizjologiczną reaktywność zewnętrznych i wewnętrznych obszarów ciała, jako cechę indywidualną (Davis, 1960; Fisher, 1963; Fisher i Cleveland, 1958 za: Fisher i Fisher, 1964). Różnicowanie to odpowiada prawdopodobnie za subiektywną dostępność cielesnych doznań adekwatną do stopnia rzeczywistej reaktywności, co może wiązać się z konstytucjonalną słabością danego narządu lub procesem chorobowym, jaki się w nim toczy.

#### POCZUCIE GRANIC CIAŁA A ZABURZENIA PSYCHICZNE

##### *Styl poznawczy w kontekście ciała a problematyka psychiatryczna*

Według Witkina (1968) osoby o zależnym od pola stylu funkcjonowania poznawczego, a co za tym idzie, pozbawione „poczucia wyraźnych granic ciała”, ujawniają

niższą w stosunku do osób dobrze wyodrębnionych świadomość swoich potrzeb, uczuć oraz cech. Są również stosunkowo mniej zdolne do odróżniania ich jako własnych, na skutek nie wykształcenia wewnętrznych standardów odniesienia. Ludzie, których osobowość jest tak słabo zintegrowana, przejawiają zaburzenia tożsamości (Jakubik, 2003). Oznacza to często problemy zależnościowe, bierność i bezradność oraz chaotyczność funkcjonowania – jako wynik nieprawidłowych mechanizmów samokontroli. Towarzyszą temu nikle próby zachowania własnej tożsamości (Witkin, 1968). Problemy te manifestują się w alkoholizmie, chorobie wrzodowej, astmie, nadmiernym jedzeniu. Zależność od pola charakteryzuje również pacjentów z cechami osobowości histrioniczej, przejawiających skargi somatyczne (zwłaszcza w funkcji rozładowania napięcia, a nie obronnej) i pacjentów z zaburzeniami czynnościowymi (Witkin, 1968). Pacjenci psychotyczni doznający halucynacji wykazują wyższą zależność od pola niż pacjenci urojeniowi. Można domniemywać, że urojenia w porównaniu z zaburzeniami percepcji służą ochronie „ja” i utrzymaniu integracji jego struktury. Zdrowe osoby zależne od pola, którym indukowano halucynacje, ujawniały objawy lęku w o wiele wyższym nasileniu niż niezależne – co interpretowano jako wskaźnik słabości granic „ja”.

Do objawów patologicznych przejawianych przez osoby niezależne od pola zalicza się zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne oraz inne zaburzenia neurotyczne o ustrukturyzowanym obrazie symptomatologicznym, zaburzenia ze spektrum schizofrenii z dobrze rozwiniętą strukturą obronną, a także cechy osobowości paranoicznej. Nastawienie paranooidalne oparte na obronnym mechanizmie projekcji, który w porównaniu z prymitywnymi mechanizmami, jak przejawiane przez osoby zależne od pola zaprzeczenie i wyparcie, ukierunkowany jest na konkretną osobę lub sytuację (Witkin, 1968). Wykrywanie zorganizowanej struktury „ja” u osób z nastawieniem odnoszącym pozostaje w zgodności z wynikami badań Fishera i Clevelanda (1956), według których osoby o wyraźnych granicach obrazu ciała (w rozumieniu fisherowskim) przypisują innym znacznie więcej ukrytych motywów, niż osoby o słabych granicach. Osoby o wyższym poziomie psychologicznego zróżnicowania ujawniają wyższą zdolność do pracy na mechanizmie przeniesienia w psychoterapii (Witkin, 1968).

Mimo systematycznie wykrywanych zależności pomiędzy stylem poznawczym a objawami patologii, nie sposób jednoznacznie podsumować ich jako charakterystycznych dla zaburzeń z kręgu schizofrenii i lękowych. Badani z obu obszarów zaburzeń wykazywali dużą różnorodność poziomów psychologicznego zróżnicowania (Witkin, 1968).

##### *Poczucie granic ciała w psychopatologii – perspektywa psychodynamiczna*

Zaburzenia granic obrazu ciała, jako wynik zaburzeń percepcji wzrokowej, interocepcji, zaburzeń myślenia i emocji, manifestują się szczególnie w różnych typach

schizofrenii. Badanie obrazu ciała u pacjentów leczonych psychiatrycznie może być wartościowym wsparciem dla diagnozy i oceny rezultatów leczenia.

W jednym z badań ujawniono, że indeks barierowości i przepuszczalności dobrze różnicują pacjentów schizofrenicznych i nie-schizofrenicznych, nie pozwalają jednak odróżnić osób neurotycznych od zdrowych (o wysokich indeksach barierowości i niskich przepuszczalności). Osoby z zaburzeniem ze spektrum schizofrenii uzyskiwały niskie indeksy barierowości i wysokie przepuszczalności, co w myśl założeń badaczy oznaczało słabe granice obrazu ciała oraz lękowe nim zaabsorbowanie (Fisher i Cleveland, 1958). Zdaniem tych autorów przypuszczenie na temat słabych granic obrazu ciała u osób ze schizofrenią pojawiało się w obserwacjach klinicystów już dawno. Holtzman i in. (1961 za: Fisher, 1963), którzy zastosowali swoją technikę projekcyjną w grupach z zaburzeniami i bez zaburzeń, uzyskali wyniki zbliżone z opisywanymi, z tym, że istotną statystycznie różnicę pomiędzy osobami zdrowymi a osobami z chronicznymi objawami schizofrenii osiągnęli jedynie w odniesieniu do indeksu przepuszczalności. Wyniki wskazywały, że punktacja indeksu barierowości silnie wysyca czynnik określany jako: „dobra organizacja, ukierunkowana aktywność, gwarancja konwencjonalności”. Wysokie wyniki w skali przepuszczalności związane były z niedojrzałością, zaabsorbowaniem ciałem, psychopatologią. W myśl koncepcji psychoanalitycznych rezultaty te pozwalają kojarzyć indeks barierowości z „integracją ego”, a indeks przepuszczalności – z niedostosowaniem (Fisher, 1963).

Cleveland (1960 za: Fisher, 1963) zaobserwował u pacjentów schizofrenicznych, u których leczenie psychiatryczne przyniosło pozytywne rezultaty, istotny spadek wyników w skali przepuszczalności. Nie nastąpiło to u chorych, u których nie uzyskano znaczącej poprawy, ich wyniki w indeksie przepuszczalności wykazywały nawet tendencję wzrostową. W badaniu nie uzyskano różnic pomiędzy grupami w zakresie indeksu barierowości. Cleveland uznał jednak, że dane te pozwalają stwierdzić znaczący proces poprawy wyrazistości cielesnych granic u osób w remisji.

Interesujących danych dostarczają badania nad zmianami obrazu ciała u osób neurotycznych i z rozpoznaniem schizofrenii w odpowiedzi na deprywację sensoryczną (Ritman, 1962 za: Fisher, 1963). Grupę osób ze schizofrenią i nieokreślonym typem zaburzeń lękowych poddano badaniom granic obrazu ciała (test Holtzmana), pomiarom wrażliwości dotykowej, mierzono też ich percepcję rozmiarów ciała. Badania te przeprowadzono zarówno przed, jak i po procedurze deprywacji sensorycznej. Grupa kontrolna dwukrotnie poddana była testom, z tym, że bez izolacji zmysłowej. W grupie tej nie pojawiły się żadne różnice w zakresie wyników zgromadzonych jako pierwsze, jak i kolejne. W grupach eksperymentalnych odnotowano istotne różnice w pozyskiwanych wartościach. Osoby z zaburzeniem neurotycznym prezentowały istotne zwiększenie punktacji w skali przepuszczalności i istotny jej spadek w skali barierowości w następstwie deprywacji sensorycznej. Osoby z rozpoznaniem schizofrenii natomiast ujawniły

wzorzec przeciwny do prezentowanego – izolacja przyczyniła się u nich do wzrostu indeksów barierowości i spadku wskaźników przepuszczalności, co wskazywałoby, że do remisji objawów dochodzić może dzięki zapewnieniu chorym warunków niższego obciążenia napływającymi bodźcami. Wydaje się, że w przypadku osób ze schizofrenią napływające bodźce odbierane są jako zagrożenie, dlatego ich brak mógł przyczynić się do osiągnięcia bardziej realistycznych granic ciała. Wynik ten pozostaje w zgodności z wcześniejszymi rezultatami badań nad psychoterapeutycznym wpływem izolacji sensorycznej na symptomatologię schizofrenii (Azima i Cramer, 1956; Gibby, Adams i Carrera, 1960 za: Fisher, 1963). Wartości uzyskiwane w pomiarach percepcji rozmiarów ciała i wrażliwości sensorycznej tworzyły podobny do wyjściowego i również odwrócony wzorzec u obu badanych grup. W następstwie izolacji osoby z rozpoznaniem schizofrenii ujawniły wzrost wrażliwości sensorycznej i poczucie zmniejszenia rozmiarów ciała w stosunku do sytuacji wyjściowej, zaś w grupie osób neurotycznych nie zanotowano zmian w zakresie pierwszej zmiennej, natomiast pojawiła się tendencja wzrostowa w percepcji rozmiarów ciała. Wapner (1958 za: Fisher, 1963) zauważył, że w grupie osób ze schizofrenią zmiany w percepcji rozmiarów ciała powiązane są jednoznacznie ze zwiększeniem świadomości jego granic, w grupach nie-psychotycznych zaś z jej zmniejszeniem. Warto dodać, że w przypadku szacowania rozmiarów obiektów nie związanych z „ja”, jak np. piłka, obydwie grupy nie różniły się istotnie (metoda test-retest). Jedynie oszacowania dotyczące własnego ciała pozostawały w zależności od efektu deprywacji sensorycznej.

Podsumowując, w obszarze psychopatologii wskaźnik przepuszczalności granic obrazu ciała wyraźnie różnicuje grupę z rozpoznaniem schizofrenii od grupy bez tego rozpoznania i wykazuje wyraźny spadek w czasie wycofywania się objawów. Wartość indeksu barierowości okazała się pod tym względem mniej predykcyjna. Użytkowano zarówno jego istotne korelacje z objawami wycofywania wskaźników choroby u osób ze schizofrenią, jak i brak jakiegokolwiek zależności.

Jak sugerują niektórzy autorzy, odpowiedzi badanych w testach projekcyjnych mogą być wynikiem zaburzeń sfery poznawczej, nie zaś zaburzeń doświadczenia ciała i jego granic. Pacjentów schizofrenicznych charakteryzują tendencje do konfabulacji i kontaminacji oraz skłonność do nadmiernego abstrahowania lub konkretyzacji myślenia (Quinlan i Harrow, 1974 za: Chrzastowski, 1998).

Wykazano, że w zaburzeniu schizoafektywnym i schizofrenii paranoidalnej występują stałe i specyficzne zaburzenia percepcji rozmiarów ciała, które mogą wskazywać na dysfunkcję w zakresie przetwarzania informacji sensorycznej (Priebe i Rohricht, 2001). Osoby z tym rozpoznaniem ujawniają poczucie nie bycia wcielonym, relacjonują też dziwne doznania płynące z ciała – które w literaturze przedmiotu określa się mianem cenestezji. Rozważano potraktowanie tego fenomenu jako dodatkowego wymiaru psychopatologii, który może być użyty do zdefiniowania

nozologicznego podtypu schizofrenii. Za przejaw cenestezji badacze uznają np. poczucie unoszenia się, drętwienia ciała, depersonalizacji somatycznej, wrażenia ruchu mimo braku poruszania się, uczucie martwoty, lekkości, ciężkości, zmiany rozmiarów ciała, itp. (Priebe i Rohricht, 2002). W cytowanych badaniach nad cenestezją autorzy ci już we wstępie założyli odrębność aspektów psychologicznego doświadczenia ciała, takich jak percepcyjny (schemat ciała – ocena jego rozmiarów), poznawczy (konceptcja ciała) i emocjonalny (satisfakcja z ciała). Wykazali zaledwie umiarkowane powiązania pomiędzy tymi sferami lub ich brak. Otrzymali jednak wyniki wskazujące na silny związek pomiędzy cenestezją (zniekształceniem odbioru doznań cielesnych, a więc percepcją cielesnych wrażeń) a poczuciem utraty cielesnych granic i depersonalizacją w obszarze ciała (Priebe i Rohricht, 2001, 2002). Zarówno wrażenie utraty granic ciała (jak i cielesną depersonalizację) potraktowali jako zaburzenia w poznawczym aspekcie obrazu ciała i rozważali, czy w świetle otrzymanych danych nie należy traktować cenestezji jako zniekształcenia poznawczego, nie zaś percepcyjnego. W badaniach nad poznawczym aspektem doświadczenia ciała (konceptcja ciała), korzystali jednak chętnie ze sformułowań: wyobrażenie; fantazja; wrażenie; poczucie, uczucie, jak gdyby („feeling as if”). Sugeruje to, że trudno jest ujmować poznawczy aspekt obrazu ciała w izolacji od aspektu emocjonalnego i doznaniowego. Rohricht i Priebe (2001, 2002) korzystali w swych badaniach ze skonstruowanej przez Fishera werbalnej skali Body Distortion Questionnaire (Fisher, 1970), która powstała z przeznaczeniem dla oszacowania patologii w obszarze doświadczenia ciała. Osoby z zaburzeniem schizofektywnym, schizofrenią paranoidalną, depresyjną i lękową nie różniły się w zakresie doświadczenia utraty cielesnych granic i depersonalizacji, zgodnie z przewidywaniem osiągały jednak wyniki wskazujące na patologię w tym obszarze (Rohricht i Priebe, 2001).

Większość współczesnych skal przeznaczonych do pomiaru poczucia cielesnych granic powstaje w kontekście zjawisk patologicznych. Zawierają one twierdzenia mogące opisywać objawy wytwórcze lub zaburzenia myślenia o charakterze urojeniowym, np. poczucie badanego, że jakiś przedmiot znalazł się nagle w obszarze jego ciała. Podobnie jak skala Body Distortion Questionnaire (Fisher, 1970) lub Body Image Aberration Scale (Chapman, Chapman i Raulin, 1978), niedawno opublikowana niemiecka skala do badania różnorodnych aspektów doświadczenia ciała zawiera homogeniczną podskalę „psychotyczności i utraty cielesnych granic”, wyodrębnioną zgodnie z wynikami analizy czynnikowej (Michels-Lucht, Lucht, Spitzer i Freiberg, 2010).

#### POCZUCIE GRANIC CIAŁA W SAMOOKALECZENIACH

Badania nad autodestruktywnością bezpośrednią, prowadzone przez Wycisk (2004), wykazały, że osoby dokonujące samookaleczeń stanowią grupę, w której systematycznie wykrywa się zaburzenia w zakresie integralności psychologicznych granic ciała (integralności granic ja

cielesnego) w sferze seksualnej. Z badań Wycisk (2004) wynika, że w grupie osób autodestruktywnych współwystępuje ono ze skłonnością do uruchamiania dysocjacji w obszarze ciała, negatywnym stosunkiem emocjonalnym do ciała, poczuciem dyskomfortu w kontaktach fizycznych oraz z negatywnym stosunkiem emocjonalnym wobec ciała związanym z płcią. Stanowi to zapewne czynnik ryzyka dla poczucia jakości zdrowia seksualnego. Zaburzona integralność ja cielesnego w sferze seksualnej okazała się wynikać z doświadczanej przemocy fizycznej i seksualnej, ale najważniejszą rolę w jej genezie – co nie powinno zaskakiwać w kontekście emocjonalnego aspektu granic ja cielesnego (poczucie bezpieczeństwa/zagrożenia granic w kontakcie) – odkryto w przemocy emocjonalnej. Nie uzyskano korelacji pomiędzy badanym poczuciem integralności ja cielesnego a poważnymi urazami o charakterze fizycznym, jak utrata kończyny. Osoby charakteryzujące się zaburzoną integralnością ja cielesnego ujawniały też wskaźniki dysocjacji w obszarze ciała (porównywalne z kategorią depersonalizacji w obszarze ciała wg Fishera (1970), co utożsamiano z poczuciem obcości własnego ciała i jego martwoty, osłabienia doznań cielesnych, wrażeń zmiany wielkości i kształtu. Co ciekawe, osoby nieokreślone pod względem własnej płci psychologicznej, przejawiały słabszą integralność ja cielesnego i ujawniały wyższe wskaźniki dysocjacji (Wycisk, 2004).

Na związki pomiędzy słabym poczuciem granic własnego ciała a skłonnościami do samookaleczeń wskazuje Sakson-Obada (2003) u osób z zaburzeniami osobowości typu borderline. W świetle koncepcji psychodynamicznych (por. Kernberg, 1993 za: Sakson-Obada, 2003), u osób tych nie doszło do prawidłowego ukształtowania się poczucia cielesnych granic z powodu zaburzonej relacji z matką. Mała responsywność matki wobec potrzeb dziecka powoduje, że jako dorosła osoba odczuwa ono nierealność własnych stanów psychicznych i potrzeb, nie potrafi też czerpać przyjemności związanej z dotykiem. Gdy granica pomiędzy dzieckiem a matką nie zostaje postawiona w sposób wyraźny, a dodatkowo frustracja potrzeb dziecka każe mu kierować na matkę agresywne popędy, na skutek niewykształcenia własnych granic dziecko kieruje je również na siebie. Mechanizm ten, opisany w dużym uproszczeniu, skutkuje dysocjacją w funkcji ochrony ja przed wrogimi nastawieniami. U osób borderline obserwuje się wysokie poziomy dysocjacji w zakresie doznań cielesnych (jest ona rozumiana jako zniesienie doznań z powierzchni ciała (Orbach, 1994, 1995 za: Sakson-Obada, 2003). I tak, osoby borderline ujawniają brak emocjonalnego zaangażowania w własne ciało, osłabione „poczucie wewnętrznej treści” i osłabione poczucie doznań z powierzchni ciała, czemu towarzyszy zaburzona poczucie cielesnych granic, rozumiane jako słabe „(...) poczucie odgraniczenia siebie od ludzi i przedmiotów (...), (...)” z pomocą powierzchni skóry. Co istotne, osoby typu borderline ujawniają zaburzenia poczucia granic ciała nie na sposób psychotyczny, dotyczący wrażenia wkraczania przedmiotów w obszar ich ciała, ale w relacji z drugą osobą (Sakson-Obada, 2003).

## GRANICE OBRAZU CIAŁA A POTENCJAŁY ZDROWIA

Jednym z zasobów zdrowotnych, któremu poświęcano uwagę w kontekście poczucia granic ciała, jest efektywne radzenie sobie ze stresem. Zebrane wyniki (Brodie, 1959 za: Fisher, 1963) wyraźnie sugerują, że osoby nisko barierowe mają tendencję do przeżywania smutku i bierności w warunkach stresu, a wysoko barierowe – przeciwnie, wykazują w tych sytuacjach orientację na działanie, wyróżnia je też wyższa kontrola ekspresji emocjonalnej.

Stopień, w jakim osoba odczuwa własne ciało jako odrębne od zewnętrznego otoczenia, ma związek z innym z zasobów zdrowotnych człowieka, jakim jest poziom jego kompetencji społecznych (Heszen i Sęk, 2008). W swych badaniach nad tymi zależnościami Fisher i Cleveland (1958 za: Fisher, 1963) osiągnęli wyniki, w których osoby wyżej barierowe wykazywały wyższą od nisko barierowych spontaniczną ekspresję, także seksualną oraz niezależność, promowanie celów grupy, ciepło i przyjazność, otwartość i bezpośredniość w kontakcie. Grupa oceniała je jako najbardziej wpływowych i akceptowanych członków, działających bez zewnętrznego ukierunkowania. Wyniki pozyskane dla osób nisko barierowych nie były aż tak jasne. Podatność na sugestie okazała się skorelowana negatywnie ze stopniem wyrazistości granic w badaniach Mausnera (1961, za: Fisher, 1963), ale nie u Clevelanda i Mortona (1962, za: Fisher, 1963). Wyżej barierowi łatwiej podtrzymywali własne sądy w sytuacji odmienności opinii otoczenia, w teście osobowości wykazywali słabszą tendencję do prezentowania się w dobrym świetle, co nie wiązało się jednak z autodeprecjacją. Chętniej inicjowali kontakty (Ramer, 1961 za: Fisher, 1963).

Osoby nisko barierowe spostrzegane są jako niepewne i niespójne w sytuacji społecznej interakcji. Ocenia się, że radzą sobie one z tym, zachowując obronny dystans wobec otoczenia i wycofując z kontaktu. Są to prawdopodobnie osoby skłonne wycofywać się z sytuacji niejednoznacznych, w których brak określonych zasad zachowania. Potwierdzają to badania Greena (1976). Wg Fishera i Clevelanda (1958) można opisywać osoby nisko barierowe jako mniej zaangażowane, mniej aktywne i komunikatywne w małych grupach, a także bardziej zależne od liderów i norm grupowych. Frede i in. (1968, za: Green, 1976) w podsumowaniu swoich badań opisują, że osoby nisko barierowe w sytuacjach symulacji interakcji interpersonalnych wykazywały wyższe tendencje do dystansowania się, co być może zapewnia im subiektywne, zgodne z zapotrzebowaniem, granice (Fisher i Cleveland, 1958). Dosey i Meisels (1969) jednomyślnie wiązali słabe poczucie granic ciała ze „słabością osobowości”, przewidywaną u osób lękowych, z wysokimi wynikami indeksu przepuszczalności i niskimi barierowości. Również uznali, że spostrzeganie granic ciała jako pozbawionych jednoznacznej struktury i treści lub jako słabych i przepuszczalnych powinno skutkować wyższym stopniem zapotrzebowania na zwiększenie personalnej przestrzeni. Uzyskane przez nich wyniki tym razem nie potwierdziły jednak tych założeń.

POCZUCIE GRANIC CIAŁA  
A DOŚWIADCZENIA TRAUMATYCZNE

Słabe poczucie granic ciała można obserwować u ofiar szeroko pojętej traumy, zwłaszcza w związku z nieprawidłową relacją przywiązania. Jak wiadomo, doświadczenia z tego zakresu mają istotne znaczenie dla kształtowania się osobowości człowieka, stając się niejednokrotnie przyczyną zaburzeń. W modelu Sakson-Obady (2009) słabe poczucie granic własnego ciała stanowi przejaw zaburzeń funkcjonowania ja cielesnego – i polega na osłabieniu zdolności do interpretacji własnych doznań cielesnych w kategorii emocji i stanów fizycznych. Autorka sugeruje (Sakson-Obada, 2009), że w świetle danych empirycznych i teoretycznych stany te współwystępują ze sobą, mając swoje przełożenie na poczucie psychologicznej depersonalizacji i bezradności, nie należy ich jednak utożsamiać.

## WNIOSKI

Poczucie granic ciała jest fenomenem, który wydaje się integrować biologiczne i psychologiczne aspekty tożsamości, których wzajemna relacja jest ważnym uwarunkowaniem kondycji zdrowotnej człowieka. Problematyka zdrowotna zyskuje nową, pożyteczną praktycznie i poznawczo jakość, jeśli rozumieć ją w kontekście fenomenu poczucia granic ciała. Badanie zależności w tym obszarze wydaje się wspierać nowe perspektywy w medycynie i psychologii.

## LITERATURA

- Chapman, L.J., Chapman, J.P., Raulin, M.L. (1978). Body image aberration in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 4, 399-407.
- Chrzastowski, S. (1998). Zmiany sposobu odczuwania własnego ciała w schizofrenii. *Nouiny Psychologiczne*, 4, 5-16.
- Cleveland, S. (1960). Body image changes associated with personality reorganization. *Journal of Consulting Psychology*, 3, 256-26.
- Cleveland, S.E., Fisher, S. (1958). Body image boundaries and self-steering behavior. W: S. Fisher, S.E. Cleveland, (red.), *Body image and personality* (s. 117-152). Princeton, N.J.: Van Nostrand.
- Cleveland, S.E., Fisher, S. (1958). *Body image and personality*. Princeton, N.J.: Van Nostrand.
- Davis, A.D. (1960). Some physiological correlates of Roschach body image productions. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 60, 8, 432-436
- Dosey, M.A., Meisels, M., (1969). Personal space and self-protection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 11, 2, 93-97.
- Eigenbrode, C.R., Shipman, W.G. (1960). The body image barrier concept. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 3, 450-452.
- Fisher, R.L. (1966). Failure of the conceptual styles test to discriminate normal and highly impulsive children. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 6, 429-431.



- Fisher, S. (1960). Head-body differentiations in body image and skin resistance level. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 60, 2, 283-285.
- Fisher, S. (1970). *Body image in fantasy and behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts
- Fisher, S. (1971). Boundary effects of persistent inputs and messages. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 3, 290-295.
- Fisher, S. (1990). The evolution of psychological concepts about the body. W: T.F. Cash, T. Pruzinsky (red.), *Body image: development, deviance and change* (s. 3-18). New York: Guilford Press.
- Fisher, S. (1963). A further appraisal of the body boundary concept. *Journal of Consulting Psychology*, 27, 1, 62-74.
- Fisher, S., Cleveland, S.E. (1956). Body image boundaries and style of life. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 52, 3, 373-379.
- Fisher, S., Fisher, R. (1964). Body image boundaries and patterns of body perception. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 68, 3, 255-262.
- Greene, L.R. (1976). Body image boundaries and small group seating arrangements. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 2, 244-249.
- Heszen, I., Sęk, H. (2008). *Psychologia zdrowia*. Warszawa, PWN.
- Hirt, M., Kurtz, R. (1969). A reexamination of the relationship between body boundary and site of disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 1, 67-70.
- Jakubik, A. (2003). *Zaburzenia osobowości*. Warszawa, PZWL.
- Kowalik, S. (2003). Ja cielesne – próba nowego spojrzenia. *Polskie Forum Psychologiczne*, 1, 2, 5-35.
- Kruger, D.W. (2002). Psychodynamic perspectives on body image. W: T. Pruzinsky, T.F. Cash (red.), *Body image. A handbook of theory, research and clinical practice* (s. 30-37). New York: The Guilford Press.
- Levin, R. (1990). Ego boundary impairment and fought disorder in frequent nightmare sufferers. *Psychoanalytic Psychology*, 7, 4, 529-543.
- Mahoney, M.J. (1990). Psychotherapy and the body in the mind. W: T.F. Cash, T. Pruzinsky (red.), *Body image: development, deviance and change* (s. 3-18). New York: Guilford Press.
- Michels-Lucht, F., Lucht, M., Spitzer, C., Freyberger, H.J. (2010). Konstruktion eines Fragebogens zu körperlichen Aspekten von Abgrenzung, Scham und Ausdruck (FK-ASA). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60, 1, 31-38.
- Mirucka, B., (2003). Poszukiwanie znaczenia cielesności i ja cielesnego. *Przegląd Psychologiczny*, 2, 209 -223.
- Pruzinsky, T. (1990). Somatopsychic approaches to psychotherapy and personal growth. W: T.F. Cash, T. Pruzinsky (red.), *Body image: development, deviance and change* (s. 296-312). New York: Guilford Press.
- Pruzinsky, T., Cash, T.F. (1990). Integrative themes in body image development, deviance, and change. W: T.F. Cash, T. Pruzinsky (red.), *Body image: development, deviance and change* (s. 337-349). New York: Guilford Press.
- Pruzinsky, T., Cash, T.F. (2002). Understanding body images: Historical and contemporary perspectives. W: T. Pruzinsky, T.F. Cash (red.), *Body image. A handbook of theory, research and clinical practice* (s. 3-12). New York: Guilford Press.
- Rohricht, F., Priebe, S. (2001). Specific body image pathology in acute schizophrenia. *Psychiatry Research*, 101, 289-301.
- Rohricht, F., Priebe, S. (2002). Do cenesthesias and body image aberration characterize a subgroup in schizophrenia? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 276-282.
- Sakson-Obada, O. (2003). Związek poczucia ciała z autodestrukcją u osób borderline. *Polskie Forum Psychologiczne*, 8, 1-2, 50-68.
- Sakson-Obada, O. (2007). Od rzeczywistości ciała do rzeczywistości umysłu. Wpływ wczesniej stymulacji na funkcjonowanie cielesnego ego. W: A. Słysz, Ł. Kaczmarek (red.), *Preferencje poznawcze, percepcja, myślenie* (s. 35-55). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Sakson-Obada, O. (2009). *Pamięć ciała. Ja cielesne w relacji przywiązania i w traumie*. Warszawa: Difin.
- Schier, K. (2009). *Piękne brzydactwo*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Shontz, F. (1969). *Perceptual and cognitive aspects of body experience*. New York: Academic Press.
- Strelau, J. (2002). *Psychologia różnic indywidualnych*. Warszawa: Scholar.
- Van De Mark, S.N., Neuringer, C. (1969). Effect of physical and cognitive somatic arousal on Roschach responses: an experimental test of the assumption that body image influences the perceptual organization of unstructured stimuli. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1969, 33, 4, 458-465.
- Witkin, H.A. (1968). Psychologiczne zróżnicowanie i formy patologii. *Przegląd Psychologiczny*, 16, 75-104.
- Wolak, K., (1989). Problematyka badań nad tożsamością własnej cielesności. *Przegląd Psychologiczny*, 4, 937-957.
- Wycisk, J. (2004). *Okaleczanie ciała. Wybrane uwarunkowania psychologiczne*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.