

Doświadczenie własnego ciała i retrospektywnie postrzegane postawy rodziców u pacjentów z zespołem jelita drażliwego

Own body experience and parents' attitudes perceived retrospectively in patients with irritable bowel syndrome

Urszula Bielecka¹, Katarzyna Schier², Jochen Hardt³

¹ Uniwersytet w Białymstoku, Wydział Nauk o Edukacji

² Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii

³ Universitätsmedizin Mainz, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie Klinik
und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Summary

Aim. The objective of the study was to seek connections between mental body representations (body image, body schema and body sense) and parents' attitudes perceived retrospectively in patients with irritable bowel syndrome.

Method. 184 adults aged 18 to 64 participated in the study, including patients with irritable bowel syndrome (IBS; $N = 63$), patients with inflammatory bowel diseases (IBD; $N = 60$) and healthy respondents ($N = 61$). Respondents took the Battery of Tests of the Body Self Representations (B. Mirucka) and the *Childhood Questionnaire* (J. Hardt, U.T. Egle and A. Engfer).

Results. (1) IBS patients are characterized by lower representations of the body schema, body image and body sense compared to healthy people as well as lower organized body schema and body sense compared to IBD patients. (2) IBS patients in a similar way to IBS patients and healthy people describe the attitude of their mothers during childhood. In comparison to healthy people, IBS patients experience their fathers as significantly less loving. (3) In the group of IBS patients, there are significant relationships between the body sense and the retrospectively perceived attitude of love and control from both mothers and fathers.

Conclusions. IBS patients are characterized by lower organization of mental body representation than healthy people and IBD patients. In the psychosocial functioning of IBS patients, the representation of body sense is particularly important. The peculiarity of the IBS patients' childhood relationship with their parents seems to be significant and requires further research.

Słowa kluczowe: zespół jelita drażliwego, obraz ciała, postawy rodzicielskie

Key words: irritable bowel syndrome, body image, parental attitudes

Wstęp

Zespół jelita drażliwego

Zespół jelita drażliwego (*Irritable Bowel Syndrome* – IBS) jest zaburzeniem czynnościowym, którego główne objawy to nawracające bóle brzucha średnio co najmniej jeden dzień w tygodniu przez ostatnie 3 miesiące i zmiany w rytmie wypróżnień – biegunki i/lub zaparcia [1]. Badania wskazują na 11,5% częstość występowania IBS w krajach europejskich, znacząco częściej u kobiet [2, 3]. Etiologia zaburzenia jest złożona, a wśród jego przyczyn wymienia się m.in.: czynniki genetyczne, zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego, nadwrażliwość trzewną, zakażenia bakteryjne czy też dysregulację osi mózgowo-jelitowej [4–7]. Według najnowszych ustaleń (Kryteria Rzymskie IV) IBS jest określany jako funkcjonalne zaburzenie interakcji jelita–mózg [1], co oznacza konsensus badaczy co do jego psychosomatycznej natury.

Czynniki psychiczne nie należą do formalnych kryteriów diagnostycznych IBS, ale mają związek z nasileniem symptomów, historią rozwoju zaburzenia, decyzją o szukaniu pomocy medycznej oraz wpływają na przebieg procesu leczenia, zwłaszcza u pacjentów zgłaszających poważniejsze objawy [1, 8–10]. Istnieje istotna zależność między objawami IBS a symptomami zaburzeń lękowych (zespołem lęku panicznego, zespołem lęku uogólnionego), zaburzeń nastroju (depresją, dystymią) oraz zaburzeń występujących pod postacią somatyczną [2, 8, 10–13]. Ponadto wykazano istotnie częstszą niż w grupie osób zdrowych obecność traumatycznych wydarzeń w historiach życia osób z rozpoznaniem IBS: wykorzystania seksualnego, przemocy fizycznej i psychicznej; śmierci lub choroby rodzica, choroby psychicznej w rodzinie [8, 14, 15]. Osoby z rozpoznaniem czynnościowych zaburzeń przewodu pokarmowego istotnie częściej doświadczyły przemocy fizycznej i wykorzystania seksualnego także w porównaniu z osobami cierpiącymi na organiczne zaburzenia jelit [16]. Co więcej, pacjenci cierpiący na średnie i silne objawy czynnościowe wykazują istotnie częściej lękowy unikający styl przywiązania w porównaniu z grupą kontrolną osób zdrowych [17], co wskazuje na to, że jakość codziennych interakcji z opiekunami w okresie dzieciństwa może mieć znaczenie w wypadku osób z rozpoznaniem IBS.

Pacjenci z IBS koncentrują się na swoim ciele w szczególny sposób. W porównaniu z osobami zdrowymi doświadczają większego lęku somatycznego [18], a w szczególności specyficznych obaw związanych z przewodem pokarmowym. Lęk ten pojawia się w związku z odczuciami i objawami trzewnymi oraz kontekstem ich występowania, łączy się z nasileniem objawów somatycznych, większym stresem oraz obniżeniem jakości życia [19, 20]. Pacjentów charakteryzuje wyższa niż wśród osób zdrowych skłonność do odczuwania wrażeń somatycznych jako bardziej intensywnych, potencjalnie szkodliwych i niepokojących (tzw. amplifikacja somatosensoryczna) [12]. Dostępne są także wyniki badań, zgodnie z którymi pacjenci z tym rozpoznaniem prezentują mniej pozytywny obraz ciała niż osoby zdrowe i pacjenci z diagnozą organicznych chorób jelit [9, 12].

Psychiczne reprezentacje ciała

W literaturze na temat psychicznych aspektów doświadczania własnego ciała istnieje duże zróżnicowanie pojęć, w tym w zakresie psychicznych reprezentacji ciała [21]. Wśród nich dominujące pozostają dwa pojęcia: „schemat ciała” oraz „obraz ciała”. Schemat ciała jest automatycznym, sensoryczno-motorycznym systemem, który nieustannie reguluje postawę i ruchy bez konieczności świadomego ich monitorowania [22]. Obraz ciała jest zaś złożonym procesem doświadczania samego siebie w sposób cielesny, istniejącym na pograniczu świata wewnętrznego jednostki i świata zewnętrznego – relacji z innymi osobami [21]. Objawy czynnościowe ze strony przewodu pokarmowego nie mają aż tak wyraźnego wpływu ani na wygląd ciała, ani na sprawność ruchową. IBS łączy się ze szczególnym, odmiennym niż u osób zdrowych, sposobem odbierania doznań somatycznych i osobistym ustosunkowaniem się do nich. Stąd ani koncepcja schematu ciała, ani obrazu ciała nie odnoszą się bezpośrednio do tego rodzaju doświadczeń płynących ze zmysłu interocepcji. Pomocny jest więc odmienny konstrukt, który pozwala na ujęcie tych fenomenów. W modelu ucieleśnionego podmiotu Miruckiej [23] obok schematu ciała i obrazu ciała wyodrębnione zostało poczucie ciała jako złożona reprezentacja psychiczna, która odnosi się do obrazowania stanów, procesów czy też funkcjonowania ciała, i obejmuje całościowe doświadczenie kondycji fizycznej [23]. Interocepcja, jako główne źródło informacji dla tej reprezentacji, stanowi oś komunikacji między ciałem a mózgiem dotyczącą stanu (kondycji) ciała i narządów wewnętrznych, obejmuje sygnały pochodzące m.in. z serca, płuc, żołądka, jelit czy pęcherza, rejestruje tempo uderzeń serca, doznanie głodu, nudności, skurcze jelit i umożliwia homeostatyczną regulację całego organizmu [24]. Analiza literatury przedmiotu pozwala stwierdzić, że nie przeprowadzono dotąd badań, w których centralnym pojęciem byłyby psychiczne reprezentacje ciała w IBS.

Powodzenie procesu ucieleśnienia, polegającego na przejściu od prostego, nieświadomego doznawania swojego organizmu jako całości do złożonego, świadomego poczucia siebie w sposób cielesny [23], jest zależne w zasadniczym stopniu od czynników interpersonalnych, począwszy od jakości wczesnodziecięcej relacji z opiekunem [21, 23, 25]. Wśród autorów zainteresowanych zagadnieniami cielesności panuje jednomyślność w kwestii znaczenia wystarczająco dobrej opieki w rozwoju reprezentacji psychicznych ciała [21, 23, 25–27]. W świetle danych na temat większej liczby urazów interpersonalnych wśród pacjentów z IBS w porównaniu z osobami zdrowymi [8, 14–16] ważne staje się pytanie o związek tych trudnych doświadczeń z psychicznymi reprezentacjami ciała. Prawdopodobnie osoby badane, które przeżywają swoją cielesność w sposób zakłócony, będą prezentowały również bardziej negatywne reprezentacje swoich opiekunów z okresu dzieciństwa. Uznano więc za warte eksploracji zbadanie relacji między psychicznymi reprezentacjami ciała a retrospektywnie postrzeganymi postawami matki i ojca u pacjentów z IBS.

Ze względu na podobieństwo objawów, ale wyraźne różnice etiologiczne, uznano za zasadne porównanie funkcjonowania pacjentów z IBS z pacjentami cierpiącymi na nieswoiste zapalenia jelit (IBD): chorobę Leśniowskiego–Crohna oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Założono, że badanie różnic między pacjentami zgłaszającymi

czynnościowe *versus* organiczne objawy ze strony przewodu pokarmowego poszerzy rozumienie specyfiki IBS. Dzięki włączeniu grupy pacjentów z IBD kontrolowana będzie zmienna, jaką jest doświadczanie objawów somatycznych, i tym samym będzie możliwe odrębne analizowanie znaczenia zmiennych psychospołecznych.

W związku z powyższymi celami sformułowano następujące pytania badawcze:

- (1) Czy istnieją istotne różnice między pacjentami z IBS a pacjentami z IBD i osobami zdrowymi w zakresie reprezentacji schematu ciała, obrazu ciała i poczucia ciała?
- (2) Czy pacjenci z IBS różnią się istotnie od pacjentów z IBD i osób zdrowych w zakresie retrospektywnie postrzeganych postaw rodziców z okresu dzieciństwa?
- (3) Jakie są związki między umysłowymi reprezentacjami Ja cielesnego a retrospektywnie postrzeganymi postawami matek i ojców z okresu dzieciństwa u pacjentów z IBS?

Metoda

W badaniu wzięły udział 184 dorosłe osoby w wieku 18–64 lat ($M = 35,83$). Wyróżniono trzy grupy badanych. Grupę A ($N = 63$) stanowiły osoby z postawioną przez lekarza gastroenterologa diagnozą IBS. Do grupy B ($N = 60$) włączono osoby z diagnozą IBD. Grupa C ($N = 61$) objęła wyłącznie osoby zdrowe, które nie zgłosiły ani obecności żadnej choroby przewlekłej, ani też częstości doświadczania bólu brzucha większej niż raz w tygodniu. Różnica (testowana za pomocą statystyki H Kruskala–Wallisa) między trzema badanymi grupami pod względem wieku okazała się nieistotna ($p > 0,05$). Wśród badanych większość (72,8%) stanowiły kobiety ($N = 134$): w grupie A – 79,4%, w grupie B – 65%, w grupie C – 73,8%.

Badania osób chorujących na IBS (A) i IBD (B) prowadzone były indywidualnie na terenie szpitala we współpracy z lekarzami i pielęgniarkami. Większość pacjentów ($N = 119$) była rekrutowana z klinik i oddziałów szpitalnych, poradni specjalistycznych (gastroenterologicznych oraz chorób jelit), czterech pacjentów – z prywatnych ośrodków psychoterapii. Warunkiem przyjęcia do grupy osób badanych była diagnoza postawiona przez lekarza specjalistę gastroenterologii. Wszystkie osoby znajdowały się pod opieką lekarza specjalisty. Grupę kontrolną (C) stanowiły osoby dobrane odpowiednio według płci i wieku względem grupy A. Były rekrutowane spośród instytucji państwowych i prywatnych przedsiębiorstw z różnych branży. Uczestnicy nie otrzymywali za udział w badaniu żadnego wynagrodzenia.

Badani uzupełniali Baterię Testów do Badania Reprezentacji Ja Cielesnego (B. Mirucka) [23, 28] oraz *Kwestionariusz Dzieciństwa* (J. Hardt, U.T. Egle, A. Engfer) [29, 30].

Bateria Testów do Badania Reprezentacji Ja Cielesnego (Bateria Testów PRC) stanowi empiryczną weryfikację teoretycznego modelu podmiotu ucieleśnionego [23, 28]. Składa się z 3 części, które są operacjonalizacją psychicznych reprezentacji ciała: schematu ciała, obrazu ciała i poczucia ciała. Wszystkie skale są jednowymiarowe, z oddzielnymi wersjami dla kobiet i mężczyzn. Skala schematu ciała i skala obrazu

ciała składają się z 6 itemów każda. Skala poczucia ciała jest złożona z 3 części: skali doznań cielesnych, skali emocji związanych z ciałem oraz skali potrzeb. Zawiera łącznie 15 twierdzeń. Wszystkie pozycje testowe mają postać zdania twierdzącego, wobec którego należy się ustosunkować, korzystając z 7-stopniowej skali od „całkowicie się nie zgadzam” do „całkowicie się zgadzam”. Im wyższy wskaźnik w danej skali, tym bardziej dana reprezentacja psychiczna sprzyja prawidłowemu, czyli podmiotowemu doświadczeniu własnego ciała [28].

Skala schematu ciała służy do badania poziomu poczucia integralności własnego ciała. Wysokie wyniki wskazują na doświadczenie swojego ciała jako zespolonego z różnych części, stanowiących niepodzielną całość. Świadczą również o poczuciu sprawnego kierowania swoim ciałem, koordynowania swoich ruchów i działań. Niskie wyniki natomiast dowodzą trudności w doświadczeniu siebie jako jedności psychofizycznej, niedostatecznej koordynacji ruchowej, jak też niedostatecznego poczucia własności swojego ciała i możliwości władania nim. Skala obrazu ciała jest przeznaczona do badania percepcyjnego wizerunku własnego ciała. Wysokie wyniki sugerują akceptację swojego wyglądu zewnętrznego. Niskie wyniki świadczą o niezadowoleniu z wyglądu własnego ciała. Skala poczucia ciała odnosi się do doznań cielesnych, emocji związanych z ciałem oraz potrzeb cielesnych. Podskala doznań cielesnych pozwala na ustalenie poziomu świadomości bodźców pochodzących z różnych obszarów ciała: z zewnątrz (np. skóry) i z wewnątrz (np. narządów wewnętrznych). Uzyskanie wysokich wyników świadczy o przewadze pozytywnych doznań cielesnych nad fizycznym dyskomfortem, jak również o rozwiniętej umiejętności rozpoznawania i interpretacji doznań cielesnych. Niskie wyniki sugerują zaś obniżoną świadomość sygnałów płynących z ciała, co wiąże się z poczuciem dyskomfortu oraz zawężeniem spektrum doznań do przykrych odczuć cielesnych (np. bólu). Podskala emocji związanych z ciałem służy do badania doświadczeń emocjonalnych związanych z doznaniem cielesnymi. Wysokie wyniki wskazują na doświadczenie własnej cielesności w pozytywny sposób oraz na rozwiniętą zdolność radzenia sobie z silnymi emocjami. Niskie wyniki sugerują przeżywanie swojego ciała jako źródła negatywnych emocji oraz bezradność wobec stanów silnego pobudzenia emocjonalnego. W obrębie podskali potrzeb cielesnych wysokie wyniki świadczą o podejmowaniu takich działań, których celem jest troska i ochrona własnej cielesności. Niskie wyniki sugerują pomijanie czy też nieumiejętne zaspokajanie potrzeb cielesnych, czego wyrazem może być zaniedbywanie siebie w aspekcie wyglądu zewnętrznego, odżywiania się, jak również odpoczynku i relaksu.

Właściwości psychometryczne (trafność teoretyczna, kryterialna, diagnostyczna oraz rzetelność) testów zostały oszacowane jako wystarczające na podstawie wyników kilku badań [23, 28]. Podobnie w niniejszym badaniu rzetelność mierzona statystyką alfa Cronbacha jest zadowalająca dla wszystkich trzech skal głównych i wynosi odpowiednio: dla skali schematu ciała $\alpha_s = 0,73$, obrazu ciała $\alpha_o = 0,86$ oraz poczucia ciała $\alpha_p = 0,84$. Dla całej skali rzetelność okazała się bardzo wysoka $\alpha = 0,91$.

Kwestionariusz Dzieciństwa (niem. *Kindheitsfragebogen* – KFB) został przetłumaczony na język polski przez Monikę Misiec i Katarzynę Schier. Narzędzie jest skierowane do dorosłych i zawiera 128 pytań dotyczących doświadczeń rodzinnych z okresu dzieciństwa (do 14. roku życia) podzielonych na dwie części. Pierwszą część

stanowią pytania związane z członkami rodziny, relacjami panującymi między nimi, doświadczaną przemocą, wsparciem społecznym otrzymywanym od osób spoza rodziny oraz statusem socjoekonomicznym rodziny. W tym badaniu została wykorzystana druga część, czyli kwestionariusz dotyczący retrospektywnej postawy matki oraz retrospektywnej postawy ojca. Narzędzie zawiera 4 podskale (każda po 5 itemów) określające wymiary relacji z rodzicem: *Miłość*, *Ambicja*, *Odwrócenie ról* oraz *Kontrola* (przykładowe itemy: skala miłości – „Moja matka miała dla mnie bardzo dużo zrozumienia”, skala ambicji – „Mój ojciec miał wysokie wymagania wobec mnie”, skala odwrócenia ról – „Przy problemach małżeńskich moich rodziców miałem/łam zawsze stawać po stronie matki” oraz skala kontroli – „Mój ojciec wierzył, że trzeba poprzez karanie złamać upór dziecka”). Osoba badana zaznacza swoje odpowiedzi na skali 4-stopniowej od „zupełnie nie dotyczy” do „bardzo dotyczy”. W niniejszym badaniu narzędzie okazało się rzetelne – statystyki alfa Cronbacha dla poszczególnych skal wahały się od 0,77 (skala *Odwrócenie ról* – postawa matki) do 0,94 (skala *Miłość* – postawa ojca) [29, 30].

Opisane badanie jest częścią większego projektu [31], który otrzymał pozytywną opinię Komisji ds. Etyki Badań Naukowych Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego.

Wyniki

W celu określenia różnic między grupami osób badanych obliczono statystyki opisowe oraz przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji na planie grup niezależnych i test Scheffego (*post hoc*). Aby poznać związki między psychicznymi reprezentacjami ciała a retrospektywnie postrzeganymi postawami rodziców, obliczono współczynniki korelacji r Pearsona. Analizę danych przeprowadzono z użyciem programu SPSS w wersji 25, wartość $p < 0,05$ uznano za statystycznie istotną.

Różnice w zakresie psychicznych reprezentacji ciała

Porównano wyniki w zakresie reprezentacji psychicznych ciała między pacjentami z IBS (A) a pacjentami z IBD (B) i osobami zdrowymi (C). Wyniki ujawniły istotne statystycznie różnice międzygrupowe w zakresie wszystkich psychicznych reprezentacji ciała (tab. 1). Wartości schematu ciała znacząco różnią się w porównywanych grupach. Istnieje w tym wypadku mała wielkość efektu $\eta^2 = 0,04$. Na podstawie testu Scheffego stwierdzono, że znacząco odmiennie ukształtowany jest schemat ciała w grupie pacjentów z IBS (A) w porównaniu z osobami zdrowymi (C) ($p < 0,01$).

Występują również znaczące statystycznie różnice w zakresie obrazu ciała między badanymi grupami. W tym wypadku jednak wielkość efektu pozostaje mało znacząca $\eta^2 = 0,04$. Grupa pacjentów z IBS (A) różni się w zakresie akceptacji własnego ciała od grupy osób zdrowych (C) ($p < 0,05$).

Tabela 1. Porównanie grup A, B i C w zakresie średnich wyników reprezentacji ciała

Psychiczne reprezentacje ciała	Grupa						Istotność różnic	
	A		B		C		F	post hoc
	M	SD	M	SD	M	SD		
Schemat ciała	22,7	7,0	24,4	5,7	26,5	5,4	5,90**	A-C
Obraz ciała	19,8	10,5	23,1	8,0	24,5	7,6	4,80*	A-C
Poczucie ciała	19,9	5,2	22,7	4,9	26,8	4,7	29,25***	A-B A-C B-C
Doznania cielesne	14,4	7,3	18,5	6,7	25,8	5,7	47,42***	A-B A-C B-C
Emocje wobec ciała	22,1	7,4	24,2	6,7	27,4	5,5	10,24***	A-C
Potrzeby cielesne	22,6	6,0	24,8	5,0	26,8	5,0	9,61***	A-C

Oznaczenie poziomu istotności: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

A – grupa pacjentów z diagnozą zespołu jelita drażliwego; B – grupa pacjentów z diagnozą chorób zapalnych jelit; C – osoby zdrowe; F – wartość analizy wariancji; η^2 – wartość testu H Kruskala-Wallis

Jednoczynnikowa analiza wariancji ujawniła występowanie istotnych różnic między grupami w zakresie poczucia ciała. Uzyskano w tym wypadku dużo większą wielkość efektu $\eta^2 = 0,24$, co wskazuje na duże znaczenie czynnika przynależenia do grupy w różnicowaniu wielkości poczucia ciała. Na podstawie testu Scheffego (*post hoc*) stwierdzono, że istotne różnice w zakresie poczucia ciała zachodzą między wszystkimi badanymi grupami, tj. między grupą A i grupą B ($p < 0,01$), grupą A i grupą C ($p < 0,001$) oraz między grupą B a grupą C ($p < 0,001$).

Dokładna analiza struktury poczucia ciała, czyli układu trzech reprezentacji: doznań cielesnych, emocji wobec ciała oraz potrzeb cielesnych, wykazała następujące rozbieżności między badanymi grupami. Po pierwsze, jednoczynnikowa analiza wariancji ujawniła występowanie istotnych różnic między grupami pod względem doznań cielesnych. Wielkość efektu okazała się duża $\eta^2 = 0,34$. Test *post hoc* Scheffego pozwolił stwierdzić, że istotne statystycznie różnice w zakresie wyników na skali doznań cielesnych zachodzą między wszystkimi analizowanymi grupami, tj. między grupą A i grupą C ($p < 0,001$), grupą pacjentów z IBD (B) i grupą osób zdrowych (C) ($p < 0,001$) oraz między grupą pacjentów z IBS (A) i IBD (B) ($p < 0,01$). Po drugie, test jednoczynnikowej analizy wariancji wykazał obecność istotnych różnic między grupami pod względem emocji kierowanych wobec własnego ciała. Uzyskano przy tym średnią wielkość efektu $\eta^2 = 0,1$. Na podstawie testu *post hoc* Scheffego stwierdzono, że istotne statystycznie różnice w zakresie emocji związanych z ciałem zachodzą między grupą A i C ($p < 0,001$). Po trzecie, zastosowanie jednoczynnikowej analizy wariancji pozwoliło odnotować występowanie istotnych różnic między grupami pod

względem potrzeb cielesnych. Wielkość efektu w tym wypadku jest średnia $\eta^2 = 0,1$. Test *post hoc* Scheffego pozwolił ustalić, że istotne statystycznie różnice w zakresie troski o zaspokojenie potrzeb własnego ciała zachodzą jedynie między grupą pacjentów z IBS (A) a osobami zdrowymi (C) ($p < 0,001$).

Różnice w zakresie retrospektywnie postrzeganych postaw rodziców

Średnie wartości wyników w zakresie ambicji, kontroli, odwrócenia ról i miłości spostrzeganych retrospektywnie w zachowaniu opiekunów (matki i ojca) w okresie dzieciństwa w poszczególnych grupach osób badanych zostały przedstawione w tabeli 2.

Retrospektywnie postrzegane postawy matki z okresu dzieciństwa nie różnicują grup badanych w znaczący sposób. Natomiast w zakresie opisywanych postaw ojca zanotowano istotne statystycznie rozbieżności międzygrupowe jedynie w zakresie wyników na skali miłości ze strony ojca. Na podstawie testu Scheffego (*post hoc*) stwierdzono, że istotna różnica zachodzi między grupą pacjentów z IBS (A) i osobami zdrowymi (C) ($p < 0,05$), w grupie osób z IBS wyniki na skali miłości osiągają mniejszą wartość.

Tabela 2. Porównanie grup A, B i C w zakresie retrospektywnie postrzeganych postaw własnych rodziców

Postawy rodziców	Grupa						Istotność różnic		
	A		B		C		F	P	post hoc
	M	SD	M	SD	M	SD			
Ambicja ze strony matki	11,8	3,6	12,3	2,6	12,0	2,8	0,50	0,61	
Odwrócenie ról z matką	11,4	4,1	11,2	3,2	10,6	3,2	0,78	0,46	
Miłość od matki	14,9	4,2	16,4	3,1	15,6	3,3	2,60	0,08	
Kontrola ze strony matki	10,4	3,9	9,3	2,7	10,0	3,2	1,89	0,15	
Ambicja ze strony ojca	11,7	3,5	12,2	2,6	11,7	3,4	0,60	0,55	
Odwrócenie ról z ojcem	9,1	3,7	9,3	2,8	9,2	3,3	0,11	0,90	
Miłość od ojca	12,2	4,7	13,7	3,9	14,4	4,0	4,44	0,01	A–C
Kontrola ze strony ojca	11,1	4,4	10,3	3,4	9,7	3,4	2,10	0,12	

A – grupa pacjentów z diagnozą zespołu jelita drażliwego; B – grupa pacjentów z diagnozą chorób zapalnych jelit; C – osoby zdrowe; η^2 – wartość testu H Kruskala–Wallisa

Pacjenci z IBS (A) postrzegają postawy osób znaczących, tak matek, jak i ojców, w sposób podobny do uczestników badania z rozpoznaniem IBD (B). Osoby z diagnozą IBS (A) nie różnią się również pod względem oceny postawy matki wobec nich w okresie dzieciństwa w porównaniu z osobami zdrowymi (C), jednak wspominają swojego ojca jako mniej ich kochającego ($p < 0,01$).

Związki między reprezentacjami ciała a retrospektywnie postrzeganymi postawami rodziców

Związki między psychicznymi reprezentacjami ciała a retrospektywnie postrzeganymi postawami rodziców okazały się umiarkowane lub słabe (tab. 3). Najsilniejsze związki występują między postawą kontroli ze strony matki a schematem ciała i emocjami wobec ciała. Miłość ze strony matki pozostaje w istotnym dodatnim i słabym związku z poczuciem ciała (emocjami wobec ciała i potrzebami cielesnymi). Zaobserwowano również, że odwrócenie ról z matką łączy się słabo i ujemnie z emocjami wobec własnego ciała. Nie odnotowano żadnych istotnych korelacji między ambicją ze strony matki a poziomem rozwoju psychicznych reprezentacji ciała.

Tabela 3. Związki między postawą matki i ojca a psychicznymi reprezentacjami ciała w grupie A – pacjentów z IBS (r Pearsona)

		Psychiczne reprezentacje ciała					
		Schemat ciała	Obraz ciała	Poczucie ciała	Doznania cielesne	Emocje wobec ciała	Potrzeby cielesne
Postawa matki	Ambicja	-0,21	-0,11	-0,14	0,01	-0,22	-0,01
	Odwrócenie ról	0,09	0,07	-0,24	-0,16	-0,31*	0,03
	Miłość	0,24	-0,02	0,38**	0,22	0,29*	0,27*
	Kontrola	-0,42**	-0,21	-0,40**	-0,22	-0,45**	-0,22
Postawa ojca	Ambicja	-0,22	-0,15	-0,17	-0,09	-0,19	-0,15
	Odwrócenie ról	-0,06	0,09	-0,06	-0,14	-0,03	-0,08
	Miłość	0,13	0,06	0,26**	0,20	0,26**	0,14
	Kontrola	-0,24	-0,22	-0,37**	-0,20	-0,32**	-0,37**

Oznaczenie poziomu istotności: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Natomiast w wypadku retrospektywnie ocenianych postaw ojca najistotniejsze okazały się związki między miłością i kontrolą z jego strony a poczuciem ciała. Otrzymywanie miłości ze strony ojca łączy się istotnie dodatnio, choć słabo z kierowaniem bardziej pozytywnych emocji wobec własnego ciała. Postrzeganie ojca jako kontrolującego pozostaje w istotnej ujemnej i słabej relacji z negatywnymi emocjami kierowanymi w stronę własnej cielesności oraz trudnościami w zaspokajaniu własnych potrzeb cielesnych. Nie zaobserwowano istotnych zależności między ambicją ze strony ojca oraz odwróceniem ról z ojcem a psychicznymi reprezentacjami ciała.

Omówienie wyników

Przeprowadzone badania dają podstawę do sformułowania interesujących wniosków na temat doświadczania własnego ciała przez pacjentów z IBS. Wyniki analizy psychicznych reprezentacji ciała w tej grupie klinicznej można odnosić jedynie do zbliżonych treściowo pojedynczych doniesień oraz wyników badań jakościowych

z niewielką grupą uczestników [6, 9, 10, 12, 32, 33]. Wyniki przeprowadzonego badania są nowatorskie, wskazując, że IBS łączy się z poważnym zakłóceniem wszystkich psychicznych reprezentacji ciała.

Po pierwsze, osoby z rozpoznaniem IBS w porównaniu z osobami zdrowymi mają osłabioną reprezentację poczucia ciała. Wyraźniej gorzej oceniają własną kondycję fizyczną. Częściej odczuwają negatywne doznania cielesne, co można łączyć z doniesieniami na temat nasilonej wrażliwości trzewnej i amplifikacji somatosensorycznej w czynnościowych zaburzeniach przewodu pokarmowego [6, 10, 12]. Postrzegają swoje ciało jako źródło bardziej negatywnych emocji oraz wykazują mniejszą zdolność do radzenia sobie z silnymi przeżyciami. Co więcej, obniżone wyniki w zakresie reprezentacji potrzeb cielesnych wskazują na mniejszą skłonność osób z diagnozą zespołu jelita drażliwego do podejmowania działań, których celem jest troska o własne ciało. Po drugie, pacjenci z IBS są bardziej niezadowoleni ze swojego wyglądu zewnętrznego niż osoby zdrowe, na co wskazują niższe wyniki w zakresie obrazu ciała. Rezultat ten jest spójny z badaniami, w których obraz ciała osób z czynnościowymi zaburzeniami jelit jest istotnie niższy w porównaniu z osobami zdrowymi [9, 12]. Najprostsze wyjaśnienie zakłócenia w obrazie ciała dotyczy obserwowanego w IBS zjawiska, jakim jest niezadowolenie z wyglądu swojego brzucha, którego rozmiar może się znacząco zmieniać z powodu uciążliwych i utrzymujących się przez długi czas wzdęć [33]. W tym znaczeniu IBS realnie modyfikuje wygląd ciała, co może znaleźć odzwierciedlenie w zmienionej reprezentacji obrazu ciała. Zakłócenia w obrazie ciała mogą świadczyć też o obecności głębszych zmian w zakresie subiektywnego wizerunku swojego ciała, wyrażając się szczególnie w negatywnej relacji z własną fizycznością. Po trzecie, pacjentów z IBS cechują również niższe wyniki w zakresie schematu ciała w porównaniu z osobami zdrowymi. Warto przytoczyć tu dane z literatury przedmiotu, zgodnie z którymi IBS towarzyszą często inne, niegastrologiczne objawy, m.in. uczucie chronicznego zmęczenia, bóle pleców czy dolegliwości charakterystyczne dla fibromialgii [11], co może wpływać na ogólne poczucie obniżonej sprawności.

W niniejszym badaniu schemat ciała jest operacjonalizowany nie tylko jako reprezentacja odpowiedzialna za poczucie dobrej koordynacji ruchowej, ale dotyczy on też ogólnego poczucia siebie jako jedności psychofizycznej oraz poczucia sprawstwa. Wyniki pacjentów z IBS świadczą więc o tym, że własne ciało jest przez nich przeżywane bardziej jako źródło słabości i bierności niż sił i możliwości działania. Gdy objawy są nasilone, ciało jest doświadczane jako taka część Ja, która chronicznie nie współpracuje z wolą pacjenta. Szwedzkie badania jakościowe ujawniły, że pacjenci z IBS często opisują samych siebie jako oddzielonych od ciała, które przestało funkcjonować w rozumieniu dla nich sposób, nieprawidłowo działające narządy wewnętrzne chorzy określają w kategoriach zewnętrznego obiektu oraz wykazują brak zaufania wobec własnego ciała, zwłaszcza w zakresie fizjologii, którą postrzegają jako poważnie ich ograniczającą [32].

Ponadto uzyskane wyniki porównujące doświadczenia osób z chorobami jelit (grupy A i B) wskazują na istotnie częstsze poczucie dyskomfortu, napięcia czy też wewnętrznej pustki u pacjentów z IBS niż z IBD. Można powiedzieć, że ciało stanowi dla nich głównie źródło negatywnych odczuć w istotnie większym stopniu niż dla

pacjentów z tak poważnym rozpoznaniem, jakim jest choroba Leśniowskiego–Crohna czy wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Wynik ten można uznać za zaskakujący. Z samej natury obu zaburzeń, ich typowego przebiegu i różnic dotyczących rokowania co do przyszłego stanu zdrowia można by się spodziewać, że pacjenci z IBD będą mieć co najmniej tyle samo uciążliwych doznań cielesnych, co pacjenci z IBS, i że będą postrzegać swoją ogólną kondycję fizyczną jako podobnie osłabioną. Jedną z możliwych interpretacji odmienności w sposobie przeżywania własnego chorującego ciała jest różnica między IBS i IBD w zakresie sposobów diagnozowania i leczenia. Osoby z IBD mają zwykle jasno i jednoznacznie postawione rozpoznanie. Ma ono postać diagnozy pozytywnej, co oznacza, że potwierdzenie obecności zmiany organicznej jest równoznaczne z rozpoznaniem określonej jednostki chorobowej. IBS nie jest diagnozowany w ten sam sposób, a brak określonej realnej zmiany w ciele, która byłaby klarownym źródłem dolegliwości, może stanowić dla pacjentów źródło niepokoju. Pierwotna przyczyna dolegliwości również nie zostaje ustalona, a proces leczenia często przynosi mierne wyniki. Taka sytuacja może powodować silny dyskomfort i uczucie permanentnej frustracji. Jej obiektem stają się często lekarze, ich nieprzydatne według pacjentów zalecenia, ale również własne ciało.

Wyniki badań wykazały zaskakująco wysokie podobieństwo w zakresie retrospektywnie postrzeganych postawach rodziców w grupach A, B i C. Opisy matek pacjentów z IBS są podobne do opisów respondentów z grup kontrolnych, przy czym przeprowadzone badanie wykazuje większe zróżnicowanie wyników w zakresie postrzegania postawy matki u pacjentów z IBS w porównaniu z respondentami z dwóch pozostałych grup, co świadczy o niejednorodnych wewnętrznych obrazach matek w grupie A i wymaga dalszych badań. Istotne różnice między badanymi grupami występują zaś w zakresie retrospektywnie postrzeganej postawy ojca, ale tylko w jednym jej wymiarze – otrzymanej miłości. Pacjenci z IBS zadeklarowali, że jako dzieci czuli się mniej kochani przez ojca w porównaniu z osobami z obu grup kontrolnych. Rezultat świadczy o niedostatecznym w odbiorze osób badanych zaangażowaniu ojca w relację z nimi, jego psychicznej niedostępności czy też o niewystarczającym okazywaniu im bliskości i troski.

W literaturze przedmiotu przez wiele lat koncentrowano się na znaczeniu relacji matka–dziecko w kształtowaniu się Ja cielesnego, pomijając rolę postaci ojcowskiej, co jest ogólną tendencją w badaniach klinicznych także nad innymi aspektami psychopatologii rozwojowej. Wyniki niniejszego badania wskazują na znaczenie postaci ojcowskiej wobec dziecka w rozwoju jego Ja cielesnego, wykraczającym poza psychoseksualny wymiar cielesności. Rezultaty badania warto analizować również w świetle teorii systemowych. W tej perspektywie wynik dotyczący miłości otrzymywanej od ojca w grupie osób z IBS sugeruje cyrkularną zmianę w relacjach między wszystkimi członkami rodziny. Wycofanie emocjonalnej bliskości ojca z relacji z dzieckiem musi wówczas łączyć się ze zmianą w diadzie matka–dziecko, np. nieobecność psychiczna ojców może się wiązać z ryzykiem parentyfikacji dziecka ze strony matki [34].

W grupie pacjentów z IBS istnieją istotne związki między wskaźnikami retrospektywnie ocenianych postaw rodziców a wskaźnikami psychicznych reprezentacji Ja cielesnego. Najsilniejsze ujemne korelacje wystąpiły między psychicznymi repre-

zentacjami ciała a retrospektywnie postrzeganą kontrolą ze strony matki. Im bardziej pacjenci widzą swoją matkę w przeszłości jako skłonną do narzucania swojej woli, nietolerującą sprzeciwu, oczekującą dużej zgodności i dopuszczającą karanie dziecka za nieposłuszeństwo, tym słabszym poczuciem ciała i schematem ciała cechują się aktualnie. Podobnie kontrola ze strony ojca koreluje ujemnie z poczuciem ciała. Przypuszczalnie właśnie postawa adekwatnej kontroli ze strony opiekuna jest ważna dla prawidłowo przebiegającego procesu separacji-indywiduacji dziecka, a więc także w zakresie kształtowania się psychicznych reprezentacji ciała [25]. Oczekiwanie posłuszeństwa od dziecka łączy się z trudnościami rodzica w dostosowaniu się do potrzeby dziecka, aktualnej wobec jego poziomu rozwoju. Nadmierna kontrola dziecka, niepozwolenie na własną aktywność, niedostrojenie do jego potrzeb, ingerowanie z zewnątrz, może zostać przez nie uwewnętrznione. Wówczas będzie ono koncentrować się bardziej na zewnętrznej ocenie swojej osoby (w tym własnego ciała) i swojego postępowania niż na kontakcie ze swoimi autentycznymi przeżyciami, które swoją podstawę mają właśnie w doznaniach cielesnych.

W grupie pacjentów z IBS czułość i bliskość (miłość) doświadczane w relacji z matką w przeszłości w istotny sposób łączą się z poziomem rozwoju poczucia ciała, a w szczególności z kierowaniem wobec własnego ciała pozytywnych emocji. Podobne, choć nieco słabsze związki odnoszą się również do postrzeganej postawy ojcowskiej. Zdolność do bycia dostępnym fizycznie i psychicznie zakłada, że rodzic traktuje swoje dziecko jako od niego zależne, dzięki czemu może dostrzegać i empatycznie odpowiadać na jego potrzeby psychofizyczne. Dziecko buduje wówczas reprezentację siebie jako osoby kochanej i wartej uwagi ze strony innych. Ciało jest najbardziej podstawowym kanałem komunikacji przyjemnych uczuć między rodzicem a dzieckiem, co stanowi podstawę rozwoju akceptującego stosunku wobec ciała i cielesności. Wśród badanych pacjentów z IBS zaobserwowano następującą prawidłowość: im matka częściej nie podejmowała swojej rodzicielskiej roli, oczekując w zamian opieki od dziecka, tym aktualnie więcej negatywnych emocji pacjenci kierują wobec własnego ciała oraz tym trudniej jest im radzić sobie ze swoimi przeżyciami. Odwrócenie ról w grupie pacjentów z IBS łączy się z przeżywaniem własnego ciała jako źródła negatywnych emocji. Prawdopodobnie ten sposób doświadczania siebie i ciała utrudnia proces desomatyzacji [26], przez co pacjenci rzadziej doświadczają własnego ciała jako psychosomatycznej jedności i częściej reagują ciałem na bodźce emocjonalne.

W najsilniejszych związkach z ocenianymi retrospektywnie postawami rodziców z okresu dzieciństwa pozostaje poczucie ciała. Osoby doznające adekwatnej, wystarczająco dobrej opieki mają większą szansę na doświadczenie relacji, w której ich cielesność jest akceptowana i stanowi element uczuciowej wymiany np. poprzez dotyk, spojrzenie (postawa miłości ze strony rodziców). Mają szansę na autonomiczny rozwój, w którym mogą skoncentrować się na własnych doznaniach cielesnych i przeżyciach emocjonalnych, a nie na potrzebach i oczekiwaniach opiekuna (postawa niekontrolująca, niewymagająca nadmiernie, bez destrukcyjnego odwracania ról z dzieckiem). Rezultaty niniejszego badania można uznać za znaczące, jeśli się weźmie pod uwagę, że rzeczywiście udało się uchwycić związek między spostrzeganą retrospektywnie postawą matki i ojca z okresu dzieciństwa a aktualną strukturą umysłowych repre-

zencacji ciała u osób dorosłych. Takie związki Schier wykazała w swoich badaniach w odniesieniu do różnych grup osób badanych [21, 26, 27]. Oczywiście warto byłoby poszerzyć badanie także o szereg innych zmiennych (m.in. styl przywiązania), które eksplorowałyby zależności między otrzymaną opieką w okresie dzieciństwa a strukturą psychicznych reprezentacji ciała u dorosłych pacjentów z IBS.

Prezentowane badanie ukazuje jedynie związki między wskaźnikami psychospołecznego funkcjonowania pacjentów z IBS. Złożoność etiologii IBS sprawia, że wielowymiarowe rozumienie doświadczeń cielesnych pacjentów wymaga uwzględnienia także wielu aspektów genetycznych czy neurobiologicznych. Przykładowo wyniki badań wskazują na istnienie ścisłych zależności między obecnością stresujących doświadczeń wczesnodziecięcych a zmienioną mikroflorą jelitową [6, 35] czy też zmienioną aktywnością osi HPA, która łączy się z percepcją bólu, także specyficznego w IBS bólu trzewnego [36].

Zaprezentowane badanie nie jest wolne od ograniczeń. W zakresie doboru uczestników badania należy wskazać na stosunkowo małą liczebność próby oraz znaczącą przewagę liczby kobiet nad mężczyznami. Za mocniejszą stronę badania można uznać dobór do grupy tylko tych pacjentów z IBS, którzy posiadali rozpoznane postawione przez lekarza specjalistę gastroenterologii. Wiąże się z tym jednak ograniczenie odnoszenia uzyskanych danych tylko do tych osób, które korzystają z pomocy lekarza. Szacuje się, że jest to mniejszość w ogólnej populacji osób cierpiących na IBS [37]. Co więcej, zaobserwowano większe trudności psychiczne w takiej grupie chorych w porównaniu z osobami z IBS, które nie szukają pomocy medycznej [8]. Należy też w analizie różnic między grupami badanych wziąć pod uwagę to, że grupa kontrolna (C) składała się wyłącznie z osób somatycznie zdrowych, niezgłaszających żadnych chorób przewlekłych. Nie reprezentowała więc populacji ogólnej osób dorosłych.

Za pewne ograniczenie badania uznano użycie Baterii Testów do Badania Reprezentacji Ja Cieleśnego [23, 28] do eksploracji sposobu doświadczania własnego ciała. Zastosowana metoda powstała niedawno, przez co była do tej pory rzadko wykorzystywana. Licząc się z ograniczeniem w odnoszeniu wyników do innych dostępnych rezultatów, zdecydowano się jednak na jej użycie, ponieważ daje ona możliwość zbadania jednocześnie obrazu ciała, schematu ciała i poczucia ciała.

Należy też podkreślić, że zastosowany w badaniu *Kwestionariusz Dzieciństwa* [29, 30] nie był adaptowany w Polsce, a jedyną ocenę własności psychometrycznych wersji polskiej stanowią dane dotyczące jego rzetelności, stąd uzyskane wyniki należy traktować z pewną ostrożnością.

W obszarze doświadczania własnego ciała ważne jest replikowanie niniejszych wyników. Interesujące byłoby również porównanie zgodności wyników w zakresie poczucia ciała uzyskanych za pomocą metody kwestionariuszowej oraz metody eksperymentalnej, np. mierzącej dokładność interoceptywną (m.in. wyczuwanie uderzeń serca), czyli zgodność między subiektywnym oszacowaniem doznań somatycznych a obiektywnymi pomiarami za pomocą narzędzi medycznych [38].

Podsumowując, uzyskane wyniki potwierdzają, że w funkcjonowaniu psychospołecznym osób cierpiących na IBS istotny jest sposób doświadczania przez nie własnej cielesności (zwłaszcza reprezentacja poczucia ciała) i związana z nim retrospektywna percepcja postaw własnych rodziców w wymiarze miłości od nich otrzymywanej oraz

kontroli z ich strony w okresie dzieciństwa pacjentów. Wyniki niniejszego badania mogą mieć istotną wartość w zakresie zaleceń w pomocy psychologicznej dla tych pacjentów z IBS, którzy prezentują poważne zakłócenia w doświadczaniu własnego ciała (zwłaszcza poczucia ciała). Uzasadnione będą więc takie metody pomocy, które wspierają proces upodmiotawiania ciała, czyli przeżywania siebie w sposób cielesny, łącząc doświadczenia somatyczne (np. ból brzucha) z przeżyciami psychicznymi.

Wnioski

1. Osoby z rozpoznaniem IBS przeżywają własną cielesność w sposób znacznie bardziej negatywny niż osoby zdrowe i pacjenci z organicznymi chorobami jelit, zwłaszcza w zakresie poczucia ciała.
2. W grupie pacjentów z IBS istnieją istotne związki między wskaźnikami retrospektywnie ocenianych postaw rodziców a wskaźnikami psychicznych reprezentacji Ja cielesnego. Im bardziej osoby postrzegają swoją matkę i swoich ojców jako kontrolujących ich w okresie dzieciństwa, tym słabszym poczuciem ciała i schematem ciała cechują się aktualnie. Im bardziej opisują swoich rodziców jako ich kochających, tym więcej pozytywnych emocji kierują wobec własnego ciała.
3. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na zasadność pomocy psychologicznej dla osób z IBS, która uwzględniałaby ich sposób doświadczania ciała.

Piśmiennictwo

1. Drossman DA. *Functional gastrointestinal disorders: History, pathophysiology, clinical features, and Rome IV*. Gastroenterology 2016; 150(6): 1262–1279.
2. Hungin APS, Whorwell PJ, Tack J, Mearin F. *The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: An international survey of 40 000 subjects*. Aliment. Pharmacol. Ther. 2003; 17(5): 643–650.
3. Mulak A, Taché Y. *Sex difference in irritable bowel syndrome: Do gonadal hormones play a role?* Gastroenterol. Pol. 2010; 17(2): 89–97.
4. Levy RL, Jones KR, Whitehead WF, Feld SI, Talley NJ, Corey IA. *Irritable bowel syndrome in twins: Heredity and social learning both contribute to etiology*. Gastroenterology 2001; 121(4): 799–804.
5. Marugán-Miguelsanz JM, Ontoria M, Velayos B, Torres-Hinojal MC, Redondo P, Fernández-Salazar L. *Natural history of irritable bowel syndrome*. Pediatr. Int. 2013; 55(2): 204–207.
6. Kennedy PJ, Clarke G, Quigley EMM, Groeger JA, Dinan TG, Cryan JF. *Gut memories: Towards a cognitive neurobiology of irritable bowel syndrome*. Neurosci. Biobehav. Rev. 2012; 36(1): 310–340.
7. Gulas E, Wysiadecki G, Strzelecki D, Gawlik-Kotelnicka O, Polguy M. *Jak mikrobiologia może wpływać na psychiatrię? Powiązania między florą bakteryjną jelit a zaburzeniami psychicznymi*. Psychiatr. Pol. 2018; 52(6): 1023–1039.
8. Drossman DA, Creed FH, Olden KW, Svedlund J, Toner BB, Whitehead WE. *Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders*. Gut. 1999; 45(2): 1125–1130.

9. Kopczyńska M, Mokros Ł, Pietras T, Małecka-Panas E. *Quality of life and depression in patients with irritable bowel syndrome*. Gastroenterol. Rev. 2018; 13(2): 102–108.
10. van Tillburg MA, Runyan DK, Zolotor AJ, Graham JC, Litrownik AJ, Flaherty E i wsp. *Unexplained gastrointestinal symptoms after abuse in a prospective study of children at risk for abuse and neglect*. Ann. Fam. Med. 2010; 8(2): 134–140.
11. Faresjö Å, Grodzinsky E, Hallert C, Timpka T. *Patients with irritable bowel syndrome are more burdened by co-morbidity and worry about serious diseases than healthy controls-eight years follow-up of IBS patients in primary care*. BMC Public Health 2013; 13: 832.
12. Jones MP, Wessinger S, Crowell MD. *Coping strategies and interpersonal support in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease*. Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2006; 4(4): 474–481.
13. Mykletun A, Jacka F, Pasco J, Henry M, Nicholson GC, Kotowicz MA i wsp. *Prevalence of mood and anxiety disorder in self reported irritable bowel syndrome (IBS)*. BMC Gastroenterol. 2010; 10: 88.
14. Bradford K, Shih W, Videlock E, Presson AP, Naliboff BD, Mayer E i wsp. *Association between early adverse life events and irritable bowel syndrome*. Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2012; 10(4): 285–290.
15. Park SH, Videlock EJ, Shih W, Presson AP, Mayer EA, Chang L. *Adverse childhood experiences are associated with irritable bowel syndrome and gastrointestinal symptom severity*. Neurogastroenterol. Motil. 2016; 28(8): 1252–1260.
16. Drossman DA, Leserman J, Nachman G, Zhiming L, Gluck H, Toomey TC i wsp. *Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders*. Ann. Intern. Med. 1990; 113(11): 828–833.
17. Gerson CD, Gerson MJ, Chang L, Corazziari ES, Dumitrascu D, Ghoshal UC i wsp. *A cross-cultural investigation of attachment style, catastrophizing, negative pain beliefs and symptom severity in irritable bowel syndrome*. Neurogastroenterol. Motil. 2015; 27(4): 490–500.
18. Weinryb RM, Österberg E, Blomquist L, Hultcrantz R, Krakau I, Åsberg M. *Psychological factors in irritable bowel syndrome: A population-based study of patients, non-patients and controls*. Scand. J. Gastroent. 2003; 38(5): 503–510.
19. Porcelli P, De Carne M, Leandro G. *Alexithymia and gastrointestinal-specific anxiety in moderate to severe irritable bowel syndrome*. Compr. Psychiatry 2014; 55(7): 1647–1653.
20. Hunt MG, Milonova M, Moshier S. *Catastrophizing the consequences of gastrointestinal symptoms in irritable bowel syndrome*. J. Cogn. Psychother. 2009; 23(2): 160–173.
21. Schier K. *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2009.
22. Gallagher S. *Dimensions of embodiment: Body image and body schema in medical contexts*. W: Toombs SK. red. *Handbook of phenomenology and medicine*. Dordrecht–Boston, Kluwer Academic Publishers; 2001: 147–175.
23. Mirucka B. *Podmiot ucieleśniony. Psychologiczna analiza reprezentacji ciała i tożsamości cielesnej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2018.
24. Cameron O. *Interoception: The inside story – a model of psychosomatic processes*. Psychosom. Med. 2001; 63(5): 697–710.
25. Krueger DW. *Integrating body self and psychological self*. New York–London: Brunner–Routledge; 2002.
26. Schier K. *Bez tchu i bez słowa. Więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.

27. Schier K. *Dorośle dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2015.
28. Mirucka B. *Bateria Testów do Badania Reprezentacji Ja Cieleśnego*. Przegląd Psychologiczny 2017; 60(2): 243–263.
29. Hardt J, Egle UT, Engfer A. *Der Kindheitsfragebogen, ein Instrument zur Beschreibung der erlebten Kindheitsbeziehungen zu den Eltern*. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie. 2003; 24: 33–43.
30. Hardt J. *Psychische Langzeitfolgen manifester Kindheitsbelastungen: Die Rolle von Eltern-Kind-Beziehungen*. Lengerich: Pabst; 2004.
31. Bielecka, U. *Sposób doświadczania własnego ciała i reprezentacje psychiczne osób znaczących u osób z zespołem jelita drażliwego*. Niepublikowana rozprawa doktorska. Warszawa: Uniwersytet Warszawski, 2019.
32. Håkanson C, Sahlberg-Blom E, Nyhlin H, Ternstedt, B-M. *Struggling with an unfamiliar and unreliable body: The experience of irritable bowel syndrome*. Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness 2009; 1(1): 29–38.
33. Krzewska I, Dolińska-Zygmunt G. *Poczucie granic ciała – podmiotowe uwarunkowania i następstwa dla relacji z ciałem*. Czasopismo Psychologiczne 2017; 23(1): 177–188.
34. Byng-Hall J. *The significance of children fulfilling parental roles: Implications for family therapy*. J. Fam. Ther. 2008; 30(2): 147–162.
35. O'Mahony SM, Marchesi JR, Scully P, Codling C, Ceolho AM, Quigley EM i wsp. *Early life stress alters behavior, immunity, and microbiota in rats: Implications for irritable bowel syndrome and psychiatric illnesses*. Biol. Psychiatry 2009; 65: 263–267.
36. Fuentes IM, Christianson JA. *The influence of early life experience on visceral pain*. Front. Syst. Neurosci. 2018; 12(2).
37. Bertram S, Kurland M, Lydick E, Locke R, Yawn BP. *The patient's perspective of irritable bowel syndrome*. J. Fam. Pract. 2001; 50(6): 521–525.
38. Ainley V, Tsakiris M. *Body conscious? Interoceptive awareness, measured by heartbeat perception, is negatively correlated with self-objectification*. PLoS One 2013; 8(2): e55568.

Adres: Urszula Bielecka
Uniwersytet w Białymstoku
Wydział Nauk o Edukacji
15-328 Białystok, ul. Świerkowa 20
e-mail: u.bielecka@uwb.edu.pl

Otrzymano: 17.02.2020
Zrecenzowano: 4.04.2020
Otrzymano po poprawie: 12.04.2020
Przyjęto do druku: 4.05.2020