

Danuta Wosik-Kawala

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Wizerunek ciała młodzieży o zaniżonej samoocenie

Wprowadzenie

Współczesny świat kreuje kult ciała. Najważniejsza zatem staje się fizyczność, cielesność i młody wygląd. Natomiast inne wartości stają się drugo-, a nawet trzecioplanowe. Media zachęcają do prowadzenia zdrowego trybu życia opartego na odpowiedniej diecie i dbaniu o swoją kondycję fizyczną. Ważne jest, by czuć się pięknie i młodo. Zatem o wartości człowieka zaczyna decydować nie to, kim jest, lecz to, jak wygląda. Wyidealizowany obraz ciała kreowany przez media stanowi normę, w jakiej powinno się funkcjonować. Przedstawiany obraz kobiety to osoba młoda, szczupła, długonoga, z płaskim brzuchem, pięknym biustem, gęstymi, lśniącościami włosami, śnieżnobiałym uśmiechem, długimi podkręconymi rzęsami, idealnej cerze, zadbanymi dłońmi – po prostu piękna. Natomiast mężczyzna powinien być wysoki, wysportowany, zadbany, umięśniony, z włosami bez łupieżu i posiadać wybielony uśmiech.

Oczywiście dbanie o własny wygląd z pewnością jest wymogiem naszych czasów, jednakże gdy zajęcia z tym związane nabierają obsesyjnego charakteru, działania kompulsywnego, niejednokrotnie związanego nie tylko z ulepszeniem własnego wizerunku, ale pośrednio zagrażającym zdrowiu i życiu, wówczas staje się to niebezpieczne. Na przestrzeni wieków również starano się dbać o swój wygląd, stosując m.in. ubrania maskujące sylwetkę, peruki, makijaż – tak, by ukryć mankamenty urody i podkreślić to, co atrakcyjne. Jednakże współcześnie codzienność zdominował „kult piękna”. Niestety swoim zasięgiem obejmuje on wszystkich – zarówno kobiety, jak i mężczyzn, osoby w sile wieku, jak też starsze. I co najgorsze – również dzieci. W codzienności szkolnej coraz częściej pojawiają się sytuacje nowe, które wymagają od pedagogów poszerzania wiedzy w tym zakresie. Celem artykułu jest ukazanie wizerunku ciała młodzieży o zaniżonej samoocenie.

Atrakcyjność fizyczna jako czynnik mający wpływ na samoocenę człowieka

Wizerunek ciała stanowi umysłową reprezentację zawierającą w sobie percepcję swojego wyglądu, która silnie wiąże się ze stanami afektywnymi oraz aktywnie oddziałuje na zachowanie i samoocenę. Percepcja i ocena własnego ciała oraz powstałe w ich następstwie myśli i uczucia w znaczący sposób wpływają na plany życiowe, decydują o tym, w jakie interakcje społeczne wchodzi człowiek, wpływają na jego dobrostan¹.

Nadmierna koncentracja na własnej fizyczności prowadzić może do budowania lub poszerzania wiedzy na temat własnego „ja” na podstawie obrazu ciała. Może to łączyć się z przekonaniem, że wygląd zewnętrzny jest odzwierciedleniem osobowości człowieka². Stąd przeświadczenie, że szczupła sylwetka oznacza dyscyplinę, samokontrolę, aprobatę społeczną, jest oznaką posiadania pożądaných cech psychicznych, a nawet gwarancją sukcesu życiowego³. Atrakcyjność fizyczna jako najbardziej widoczna cecha człowieka coraz częściej determinuje jego powodzenia lub niepowodzenia zarówno osobiste, jak i zawodowe. Staje się wyznacznikiem jego atrakcyjności dla innych osób, akceptacji samego siebie, czynnikiem decydującym o lubieniu czy nielubieniu kogoś⁴. Stanowi ważny element mający wpływ na samoocenę człowieka. Jednocześnie ważne jest nie tyle, jak realnie wygląda ciało, lecz to jak je dana osoba spostrzega⁵. Zniekształcenia wynikające z niewłaściwej oceny samego siebie zazwyczaj mają źródło w samoocenie jednostki. Na

¹ I. Sikorska, J. Sawicka, B. Smiatek, K. Sulik, K. Węglowska-Król, Po co młodym ludziom modyfikacje ciała? w: A. Brytek-Matera (red.), Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała, Wyd. Difin SA, Warszawa 2010, s. 150; A. Brytek-Matera, Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym, Wyd. Difin SA, Warszawa 2008; A. Głębocka, A. Banach, Czy program Jak dobrze wyglądać nago? wpływa pozytywnie na jego odbiorców? Pomiar wybranych wskaźników samowiedzy w badaniach eksperymentalnych w: A. Brytek-Matera (red.), Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała, Wyd. Difin SA, Warszawa 2010, s. 174.

² A. Brytek-Matera (red.), Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała, Wyd. Difin SA, Warszawa 2010, s. 7.

³ D. Krzemionka-Brózda, Sekret ciała. Doświadczenie przez kobiety własnego ciała jako piętna jawnego (nadwaga) bądź ukrytego (zaburzenia odżywiania) a określanie własnej tożsamości, w: A. Brytek-Matera (red.), Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała, Wyd. Difin SA, Warszawa 2010, s. 28; B. Bereza, Wpływ wskaźnika masy ciała na realny i idealny obraz siebie. Badania na populacji mężczyzn z nadwagą, w: A. Brytek-Matera (red.), Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała, Wyd. Difin SA, Warszawa 2010, s. 47.

⁴ M. Lipowska, P. Petrus, Samoocena młodzieży a preferowane przez nią wyznaczniki atrakcyjności fizycznej partnera, w: „Psychologia Rozwojowa” 2004, t. 9, nr 2, s. 141.

⁵ D. Krzemionka-Brózda, op. cit., s. 30.

postrzeganie atrakcyjności własnego ciała wpływa bowiem subiektywna ocena jego rozmiarów, ocena atrakcyjności własnego ciała i pojawiające się w związku z tym reakcje i emocje oraz zachowania adaptacyjne i kompensacyjne towarzyszące ocenie wyglądu⁶. Zdaniem Krzysztofa M. Jusińskiego „są osoby, które poprzez ciało próbują pokazać własną atrakcyjność. Ładne opakowanie ma przekonać innych, że za nim kryje się ciekawe wnętrze”⁷.

W naszej kulturze powszechność ideału piękna promowanego przez różnego rodzaju wpływy m.in. reklamy, czasopisma, modę, literaturę oddziałuje na człowieka już od najwcześniejszych lat życia. Jednocześnie to, co dobre, godne naśladowania zazwyczaj jest piękne, a to, co złe – brzydkie.

Małgorzata Karwatowska⁸ dokonała analizy wizerunku nastolatki promowanej w czasopismach młodzieżowych. Otrzymane przez nią wyniki wskazują, że nastolatka powinna być szczupła, zgrabna, mieć duże piękne oczy, posiadać zmysłowe usta, piękną cerę, jedwabiście miękkie, rozświetlone, gęste włosy, powinna też modnie się ubierać i być opalona. Biorąc pod uwagę, że okres dojrzewania to czas intensywnych zmian zachodzących w organizmie młodego człowieka, w konsekwencji których często jest on rozdrażniony, przeczulony na punkcie własnej osoby i zazwyczaj niezadowolony z siebie i swojego wyglądu, to porównanie siebie z nastolatkiem kreowanym przez media najczęściej nie wygląda korzystnie. Istniejąca rozbieżność pomiędzy rzeczywistym a wyimaginowanym obrazem siebie przyczynia się do zaangażowania w kreowanie własnego wyglądu. Dotyczy to zwłaszcza osób o niskiej samoocenie.

Znaczenie samooceny dla funkcjonowania człowieka

Samoocena ma znaczący wpływ na różne aspekty życia i funkcjonowania człowieka. Ogólnie jest określana jako subiektywna, pozytywna lub negatywna postawa odnosząca się do oceny własnej osoby. Stanowi nie tylko zbiór przekonań o charakterze poznawczym, ale również obejmuje związane z nimi reakcje emocjonalne⁹. Jej poziom wpływa na funkcjonowanie

⁶ B. Bereza, op. cit., s. 48.

⁷ K. M. Jusiński, Drżące ciało za pawim ogonem, w: „Charaktery” 2003, nr 5 (75), s. 12.

⁸ M. Karwatowska, Gazetowa dziewczyna. Wybrane elementy wizerunku nastolatki w czasopismach młodzieżowych, w: B. Myrdzik, M. Latoch-Zielińska (red.), Kultura popularna w szkole. Pobłażliwe przyzwolenie czy autentyczny dialog, Wyd. UMCS, Lublin 2006.

⁹ M. Błachno, A. Kołakowski, S. Wójtowicz, T. Wolańczyk, A. Bryńska, A. Pisula, M. Złotowska, Samoocena chłopców z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej i zaburzeń koncentracji uwagi – doniesienia wstępne, w: „Psychiatria Polska” 2013, t. 47, nr 2, s. 282.

jednostki w tym na jej aktywność życiową, jakość kontaktów interpersonalnych, samopoczucie, odporność na stres a także obraz własnego ciała¹⁰.

Zgodnie z definicją Bogdana Wojciszke i Dariusza Dolińskiego¹¹, samoocena to afektywna reakcja człowieka na samego siebie, która analogicznie do innych reakcji afektywnych może mieć charakter zarówno (gorącej) intensywnej emocji, jak i (zimnego) zintelektualizowanego sądu. Zatem samoocena stanowi oceniająco-wartościujący komponent pojęcia o sobie samym. Informacje dotyczące własnej osoby, cechy składające się na wiedzę o samym sobie stanowią przesłankę do oceny własnych możliwości w różnych sytuacjach i dziedzinach życia¹². W literaturze przedmiotu istnieje wiele podejść w definiowaniu samooceny. Najczęściej jednak uważa się, że jest to zespół sądów i opinii, które jednostka odnosi do własnej osoby, a dotyczą one właściwości fizycznych, psychicznych i społecznych¹³. Samoocena jest strukturą dynamiczną, kształtującą się w ciągu całego życia, jednak najważniejszy okres w jej rozwoju przypada na dzieciństwo i dorastanie. Samoocena dziecka transferuje bowiem na funkcjonowanie człowieka w późniejszych okresach jego życia. Wyuczone w dzieciństwie i utrwalone w młodości strategie działania, warunkowane przez poziom samooceny, człowiek w sposób nieświadomy powtarza w późniejszym swoim życiu¹⁴. Znając zatem objawy charakterystyczne dla osób o różnym poziomie samooceny można przewidzieć ich zachowania w wielu sytuacjach, a także wypracować odpowiednie metody wsparcia w celu usprawnienia prawidłowego funkcjonowania tych osób.

Oczywiście najlepiej jest, gdy poziom samooceny człowieka jest umiarkowanie wysoki, gdyż wtedy zna on swoje możliwości psychofizyczne, swoje słabe i mocne strony. Posiada własny światopogląd i hierarchię wartości. Jest odpowiedzialny, zrównoważony emocjonalnie, wierzy we własne siły, wyznacza sobie realistyczne cele. Jest przekonany o słuszności obranej drogi życiowej, ale też zdolny do zajmowania elastycznego stanowiska. Uważa siebie za osobę wartościową, życzliwą, mającą zaufanie do innych, przejawiającą dużą efektywność społeczną. Jego ideał siebie nie jest zbyt odległy od realnego obrazu siebie¹⁵. Natomiast zbytne zbliżenie się do skrajności – czy to

¹⁰ M. Korczyński, Radzenie sobie w sytuacjach trudnych przez policjantów a ich samoocena, w: „Zdrowie publiczne”, tom 12, suppl. 1, Lublin 2002, s. 102.

¹¹ B. Wojciszke, D. Doliński, Psychologia społeczna, w: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, GWP, Gdańsk 2008, t.2, s. 323.

¹² H. Kulas, *Samoocena młodzieży*, WSiP, Warszawa 1986.

¹³ J. Kirenko, E. Sarzyńska, *Bezrobocie, niepełnosprawność, potrzeby*, Wyd. UMCS, Lublin 2010, s. 90.

¹⁴ por. S. Siek, *Formowanie osobowości*, Wyd. ATK, Warszawa 1986a, s. 254.

¹⁵ S. Siek, *Relaks i autosugestia*, Wyd. KAW, Warszawa 1986b, s.96-97; H. Kulas, op. cit., s. 407.

przesadne wyidealizowanie siebie, czy też zaniżona samoocena – skutkuje zawsze niewłaściwie postrzeganym obrazem swojej osoby.

Ta pierwsza – przesadna idealizacja – staje się układem odniesienia, z którym człowiek się porównuje. Prowadzi to do stawiania sobie zbyt surowych wymagań (wymagania te przekraczają możliwości danej osoby, w związku z tym ich realizacja jest niemożliwa, efektem czego jest odczuwanie niechęci i nienawiści do siebie); oskarżania siebie (co związane jest z niewypełnianiem stawianych sobie wymagań, rezultatem czynionych sobie oskarżeń jest wzrost niepokoju, poczucia winy, wyrzuty sumienia); umyślnego wystawiania siebie na frustrację (odmawianie sobie czegoś, udrażnianie siebie, odczuwanie pogardy wobec siebie); autodestrukcji (są to zachowania, których nieświadomym motywem jest niszczenie siebie, własnego ciała, sił psychicznych, pozycji społecznej; zachowania te mogą występować jako chwilowe napady lub trwać przez dłuższy czas, mogą występować jako gwałtowne czyny lub jako marzenia i wyobrażenia, dotyczyć mogą spraw ważnych lub błahych). Wśród innych przejawów charakterystycznych dla osób o zbyt wysokiej samoocenie można wymienić potrzebę perfekcji oraz przesadną, nadmierną, neurotyczną ambicję, co oznacza, że jednostka taka zawsze musi być w centrum uwagi, być kimś najatrakcyjniejszym, najinteligentniejszym, najoryginalniejszym. Należy dodać, że działania te są kompulsywne, tzn. człowiek nie może tego nie robić, ponadto wykazuje przesadną reakcję na niepowodzenie oraz nienasyconą pragnień i działań, gdyż nie może uwolnić się od swych potrzeb¹⁶.

Konsekwencją zaniżonej samooceny jest zmniejszenie własnej aktywności oraz unikanie trudniejszych zadań¹⁷. Niski poziom samooceny powoduje, iż człowiek przeżywa w stosunku do siebie negatywne emocje i nie czuje się szczęśliwy. W przypadku doświadczania nowych sytuacji, nieadekwatnie ocenia swoje możliwości poradzenia sobie z nimi. Osoby o niskiej samoocenie mają dość silnie rozwinięte życie wewnętrzne, w którym centralne miejsce zajmuje własna osoba, własne trudności i kłopoty¹⁸. Skrajnie niska samoocena jest czynnikiem predysponującym do emocjonalnych problemów i zaburzeń¹⁹. Z czasem zaburzenia te mogą przybrać formę uzależnień. W literaturze przedmiotu wyróżniamy dwie podstawowe

¹⁶ S. Siek, *Relaks...*, op. cit., s. 101-107.

¹⁷ J. Reykowski, „Obraz własnej osoby” jako mechanizm regulujący postępowanie, w: „Kwartalnik Pedagogiczny” 1970, nr 15, s. 50-55.

¹⁸ S. Ziller 1969, za: H. Kulas, Mechanizm funkcjonowania samooceny, w: „Psychologia Wychowawcza” 1983, nr 4, s. 405.

¹⁹ B. Józefik, G. Iniewicz, R. Ulasińska, Wzory przywiązania, samoocena i płęć psychologiczna w anoreksji i bulimii psychicznej, w: „Psychiatria Polska” 2010, t. 44, nr 5, s. 666.

kategorie uzależnień. Pierwsza to uzależnienia od substancji, gdzie mamy do czynienia z substancją uzależniającą, zaś druga to uzależnienia niesubstancjalne przejawiające się utratą kontroli nad pewnymi czynnościami czy też zachowaniami. Ta kategoria nazywana jest zaburzeniami nawyków i pędów (impulsów)²⁰ i najczęściej określana jako uzależnienia behawioralne. W przypadku tej grupy uzależnień charakterystyczny jest pojawiający się i utrzymujący przymus wykonywania pewnej czynności, utrata kontroli nad czasem jej wykonywania, polegająca na wydłużeniu owego czasu, pojawienie się dolegliwości zespołu abstynencyjnego w sytuacji niewykonania czynności, jak i kompulsywne pragnienie kontynuowania wykonywanej czynności pomimo jej negatywnego wpływu na funkcjonowanie psychiczne, społeczne, a nawet stan fizyczny²¹.

W tym miejscu chciałam swoje rozważania ograniczyć do zaburzeń, których występowanie coraz częściej można zaobserwować wśród osób bardzo młodych, przeważnie nastoletnich. Mój wybór wiąże się z faktem, że w swojej początkowej fazie zaburzenia związane z wykonywaniem pewnych czynności są trudne do rozpoznania przez nauczycieli czy rodziców i najczęściej są interpretowane przez dorosłych w sposób diametralnie różny – jako przejaw dbania przez młodzież o własne zdrowie i wygląd. Do tego typu zaburzeń zaliczyć można: anoreksję nervosę, alkoreksję, bulimię, bigoreksję i tanoreksję.

Zaburzenia występujące u dzieci i młodzieży wynikające z ich zaniżonej samooceny

Anoreksja nervosa

Termin *anorexia* pochodzi z języka greckiego i oznacza brak (*an*) apetytu (*orexis*). Anoreksja nervosa to poważne zaburzenie o podłożu psychicznym. Zaburzenie to występuje także pod nazwą anoreksja psychiczna, jadłowstręt psychiczny lub brak łaknienia²². Polega na celowym działaniu nastawionym na jak największą utratę masy ciała, z jednoczesnym zaburzoną obrazem własnego ciała, jest odmianą dysmorfofobii, czyli zaburzenia psychicznego wyrażającego się w przekonaniu o nieestetycznym wyglądzie

²⁰ Na podstawie ICD-10 (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – International Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth revision).

²¹ L. Cierpiałkowska, Kierunki rozwoju współczesnej psychologii uzależnień, w: L. Cierpiałkowska, *Oblicza współczesnych uzależnień*, Poznań 2008, Wydawnictwo Naukowe UAM, s. 21; B. Hoffman, *Anoreksja – przyczyny, skutki, leczenie*, w: „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2014, nr 2, s. 30.

²² B. Szuirowska, *Anoreksja w rodzinie*, Wyd. Difin, Warszawa 2011, s. 29.

lub budowie własnego ciała²³. Pierwszoplanową rolę w tym działaniu odgrywa niejedzenie²⁴. Dominującą cechą anoreksji jest konsekwentne dążenie do bycia coraz szczuplejszym, jednakże gdy zostanie osiągnięta docelowa masa ciała, zastępują ją kolejne coraz niższe²⁵. Specyficzną odmianą anoreksji jest alkoreksja należąca do niesklasyfikowanych zaburzeń odżywiania, polegająca na zastępowaniu jedzenia alkoholem, w celu uzyskania i utrzymania szczupłej sylwetki²⁶. Osoby chore mają jednocześnie świadomość tego, że alkohol nie ma żadnej wartości odżywczych²⁷.

Najczęściej anoreksja zaczyna się niewinnie od odchudzania się. Osoba chora systematycznie unika jedzenia pokarmów wysokoenergetycznych, bogatych w tłuszcze i węglowodany. Ukrywa i wyrzuca jedzenie, aby bliscy myśleli, że zjadła posiłek. Kolejny krok to prowokowanie wymiotów bezpośrednio po jedzeniu, zażywanie środków przeczyszczających lub odwadniających, a także systematyczne uprawianie ćwiczeń fizycznych. Z czasem redukcji ulega liczba posiłków, zmienia się ich jakość, pogarsza stan zdrowia. Jednocześnie rozwojowi choroby towarzyszy nastrój euforii związany z poczuciem władzy i kontroli nad własnym ciałem, który doprowadza do stopniowego zmniejszania racji żywnościowych i zwiększenia intensywności ćwiczeń fizycznych. Odczuwane jest poczucie „wyższości moralnej” nad innymi ludźmi spowodowane surowym przestrzeganiem narzuconych sobie zakazów i zobowiązań. Stan ten sprzyja doznawaniu i potwierdzaniu poczucia własnej wartości, jak i poczuciu trenowania tzw. silnej woli poprzez stosowanie rygorystycznych ograniczeń²⁸. Wymagania związane z restrykcyjnym ograniczeniem jedzenia zapewniają anorektykowi poczucie bezpieczeństwa i sukcesu, wpływają na lepsze poczucie własnej wartości. Chorzy z anoreksją odrzucają potrzebę leczenia, gdyż uważają się za osoby zdrowe, sprawne, czerpiące z panowania nad sobą poczucie siły i kontroli nad rzeczywistością. Mimo znacznego wyniszczenia organizmu zachowują wysoką sprawność intelektualną i olbrzymią aktywność życiową²⁹.

W Polsce anoreksja dotyczy od 0,8% do 1,8% populacji dziewcząt poniżej 18. roku życia. W ostatnich latach obserwuje się wzrost zachorowań

²³ E. Bator, M. Bronkowska, D. Ślepecki, J. Biernat, Anoreksja – przyczyny, przebieg, leczenie, w: „Nowiny Lekarskie” 2011, nr 80, 3, s. 184.

²⁴ B. Hoffman, op. cit., s. 31.

²⁵ A. Wiatrowska, Jakość życia w zaburzeniach odżywiania, Wyd. UMCS, Lublin 2009, s. 13.

²⁶ B. Hoffman, op. cit., s. 30.

²⁷ B. Woronowicz, Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia, Wyd. Media Rodzina, Poznań 2009, s. 525.

²⁸ B. Hoffman, op. cit., s. 32-33.

²⁹ A. Wiatrowska, op. cit., s. 13-14.

na jadłowstręt psychiczny także wśród chłopców i mężczyzn. Występująca u nich anoreksja nosi nazwę manoreksji. Pojawienie się jej zazwyczaj jest poprzedzone kłopotami z nadwagą, co w dużym stopniu miało wpływ na ich niską samoocenę.

Choroba ta najczęściej występuje u osób w wieku 13–14 lat oraz 17–18 lat, natomiast po 25. roku życia można zaobserwować spadek częstości występowania anoreksji³⁰. Umieralność w grupie osób z anoreksją wynosi około 10%. Połowa pacjentów umiera z powodu powikłań w wyniku głodzenia się, a około jedna trzecia w efekcie samobójstwa. Bardzo ważne są też problemy interpersonalne osób chorych na anoreksję, które kończą się popadnięciem w izolację społeczną, co skutkuje pogłębiającą się samotnością, konfliktami i poczuciem niezrozumienia. W wielu przypadkach bliscy traktowani są przez anorektyka jako wrogowie, którzy przeszkadzają w „realizowaniu siebie” i „właściwym” życiu³¹.

Według klasyfikacji ICD-10 jadłowstręt psychiczny można rozpoznać wówczas, kiedy obecne są wszystkie cztery objawy (u dzieci pięć):

- zmniejszenie masy ciała (u dzieci brak przyrostu wagi); dzieci mają masę ciała o co najmniej 15% mniejszą od prawidłowej lub oczekiwanej przy danym wieku i wzroście;
- spadek wagi, który osoba chora narzuca samej sobie poprzez unikanie „tuczącego” pożywienia, a ponadto za pomocą jednej z następujących czynności: prowokowanie wymiotów, przeczyszczanie, wyczerpujące ćwiczenia fizyczne, stosowanie leków tłumiących łaknienie lub środków moczopędnych;
- postrzeganie siebie jako osoby otyłej oraz strach przed przytyciem zaburzający prawidłowe odżywianie, co prowadzi do narzucania sobie przez osobę chorą niskiego progu wagi ciała; obawa przed otyłością występuje w formie natrętnej myśli nadwartościowej;
- zaburzenia endokrynne przejawiające się u kobiet zanikiem miesiączkowania, a u mężczyzn utratą zainteresowań seksualnych i potencji; stwierdza się również wzrost poziomu hormonu wzrostu i kortyzolu oraz zmiany metabolizmu hormonu tarczycy i zaburzenia wydzielania insuliny;
- u dzieci występuje ponadto opóźnienie albo zahamowanie licznych zjawisk związanych z okresem pokwitania (wzrost ulega zatrzymaniu, u dziewcząt nie rozwijają się piersi i występuje pierwotny brak miesiączek, u chłopców narządy płciowe pozostają

³⁰ E. Bator, M. Bronkowska, D. Ślepecki, J. Biernat, op. cit., s. 184.

³¹ B. Hoffman, op. cit., s. 36.

w stanie dziecięcym); objawy te można zaobserwować, jeśli początek choroby miał miejsce przed okresem pokwitania; po powrocie do zdrowia pokwitanie często przebiega normalnie³².

Anoreksja może mieć przebieg epizodyczny, postać charakteryzującą się nawrotami i okresami remisji, jak i przebieg chroniczny, postępujący, kończący się śmiercią. Zaburzenia w odżywianiu nigdy nie są ograniczone wyłącznie do problemu z jedzeniem. Nieodpowiednie odżywianie jest tylko widocznym objawem istnienia innych problemów odpowiedzialnych za te zaburzenia³³.

Patogeneza anoreksji nervosy jest wieloczynnikowa. Wśród czynników predysponujących do zachorowania wyróżnić można czynniki osobnicze, w skład których wchodzi czynniki genetyczne, zaburzenia endokrynologiczne oraz zaburzenia metabolizmu neuroprzebiegów. Druga grupa to czynniki osobowościowe, wśród których wymienia się negatywną samoocenę, wysoki poziom lęku, skłonność do zachowań kompulsywnych, tendencję do tłumienia emocji, niski stopień autonomii, perfekcjonizm i niską odporność na stres. Ważnym czynnikiem jest też tzw. zewnętrzne umiejscowienie kontroli. Osoby o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli są przekonane, że życiem sterują czynniki niezależne od ich świadomego i zamierzonego wpływu. Trzecią grupę uwarunkowań anoreksji stanowią czynniki społeczno-kulturowe, wśród których wymienić można czynniki rodzinne i społeczne, tkwiące w szerszym otoczeniu jednostki oraz kulturze, w jakiej przebiega jej życie³⁴. Stwierdzono również, że ryzyko anoreksji jest większe wśród tancerek i młodych osób uprawiających wyczynowo niektóre dyscypliny sportowe, np. gimnastykę, jazdę figurową na lodzie, jazdę konną, narciarstwo. Ciekawostką jest to, że zaburzenia odżywiania częściej występują u zawodowych wojskowych w porównaniu z populacją cywilną³⁵.

Częstotliwość zachorowań na anoreksję nieustannie wzrasta³⁶. W okresie dojrzewania występuje zwiększona zachorowalność, co wiąże się ze zmianami zachodzącymi w organizmie, psychice i relacjach społecznych młodych ludzi³⁷. Dlatego też zarówno rodzice, jak i nauczyciele powinni być szczególnie wyczuleni na objawy wskazujące na nadmierne, kompulsywne

³² Ibidem s.32-33; B. Woronowicz, op. cit., s. 492–493.

³³ B. Hoffman, op. cit., s. 33.

³⁴ E. Bator, M. Bronkowska, D. Ślepecki, J. Biernat, op. cit., s. 185; B. Hoffman, op. cit., s. 35.

³⁵ B. Woronowicz, op. cit.; M. Kubaszewska, *Kobieta szczupłą każda chce być...* Wpływ wzorców kulturowych na częstość zachorowań na anoreksję, w: B. Ziółkowska (red.), *Opętanie (nie)jedzeniem*, Wyd. Scholar, Warszawa 2009.

³⁶ M. Kubaszewska, op. cit., s. 143.

³⁷ B. Hoffman, op. cit., s. 34.

dbanie młodej osoby o swoją wagę ciała, przykładanie przez nią olbrzymiego znaczenia do ilości spożytych kalorii, angażowanie się w różnego rodzaju działania wymagające znacznej aktywności fizycznej. Szczególnie ważne w tym okresie jest wzmocnianie w dziecku jego pozytywnych stron, skupienie się na jego zaletach, a nie eksponowanie niedoskonałości.

Permareksja

Pokrewnym do anoreksji rodzajem zaburzenia, które można zaobserwować u młodych ludzi jest permareksja. Termin ten pochodzi od dwóch słów: łacińskiego *permanēre* – trwać i greckiego *orexis* – apetyt. Pojęcie to oznacza zatem uzależnienie od bycia na diecie. Do głównych przyczyn tego zaburzenia zalicza się: niestabilność emocjonalną, niską samoocenę, trudności w akceptacji siebie, szczególnie własnego wyglądu, brak samokontroli oraz wysokie ambicje połączone z brakiem sukcesów. Jednocześnie u osób tych występuje silna potrzeba akceptacji i uznania ze strony otoczenia. Za przyczynę zachowań permarektycznych podaje się chęć zmniejszenia masy ciała, która przeradza się w obsesję. Permarektyk skrupulatnie waży posiłki, dokładnie liczy spożywane kalorie, stosuje rygorystyczne ograniczenia swojego jadłospisu. Mimo spadku masy ciała nie odczuwa zadowolenia z rezultatów stosowanej diety, dlatego zmienia dietę na inną, co daje mu pozorne poczucie kontroli nad własnym życiem. Permareksja może prowadzić do wielu chorób, a także do anoreksji. Jak każde uzależnienie destabilizuje życie rodzinne i towarzyskie osoby nią dotkniętej³⁸.

Bulimia

Kolejnym zaburzeniem odżywiania, jakie można zaobserwować u młodzieży, jest bulimia. Bulimia określana jest także jako żarłoczność psychiczna, byczy, wilczy, niedźwiedzi – a więc olbrzymi, nietypowy dla człowieka – głód³⁹. Bulimia psychiczna dopiero pod koniec lat 70. XX wieku została uznana jako odrębna jednostka chorobowa⁴⁰. Jest zespołem chorobowym, który charakteryzują powtarzające się epizody obżarstwa (objadania się, żarłoczności) z następującym po nich dążeniem do szybkiej utraty wagi ciała. Po epizodzie („napadzie”) obżarstwa pojawia się wstyd, poczucie utraty kontroli i przekonanie o niskiej własnej wartości. Nawracające epizody obżarstwa charakteryzują się konsumowaniem pożywienia w ilości znacznie przekraczającej ilość pokarmu spożywanego przez osobę zdrową w określonym czasie i okolicznościach oraz utratą kontroli nad jedzeniem

³⁸ E. Brzozowska, *Odżywianie wśród młodzieży – niespecyficzne zaburzenia wzorców*, w: „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 2013, nr 9, s. 10-11.

³⁹ D. Mroczkowska, B. Ziółkowska, *Bulimia od A do Z. Kompendium wiedzy dla rodziców, nauczycieli i wychowawców*, Wyd. Dyfin, Warszawa 2011, s. 13.

⁴⁰ A. Wiatrowska, *op. cit.*, s. 19.

podczas takiego epizodu⁴¹. W trakcie ataku bulimii chorzy całkowicie tracą poczucie kontroli nad przebiegiem zdarzenia. Większość bulimików po ustąpieniu ataku odczuwa napięcie nerwowe wywołane uczuciem braku kontroli nad przebiegiem zdarzenia, wstyd, winę, a nawet wstręt do siebie samych. Uczucie ulgi przynosi dopiero usunięcie pożywienia z organizmu⁴². Bulimię od „zwykłego przejedzenia się” odróżnia poczucie przymusu jedzenia, a w jego następstwie brak kontroli nad jedzeniem podczas napadu objadania się. Bulimik pospiesznie i najczęściej samotnie konsumuje olbrzymie ilości pokarmu, zdarza się, że są to produkty niedogotowane, nierozmrożone czy też popsute⁴³.

Występowanie bulimii jest większe niż anoreksji i wynosi od 1,1% do 4,2% populacji⁴⁴. Zaburzenie to znacznie częściej dotyczy dziewcząt i kobiet niż mężczyzn. Najczęściej cierpią na nią dziewczęta w wieku 18–25 lat. Wśród osób chorych na bulimię można wyróżnić dwie grupy: osoby stosujące środki przeczyszczające w celu prowokowania wymiotów oraz środki odwadniające, lewatywy, oraz osoby, które takich środków nie używają, ale w zamian stosują głodówki i intensywne ćwiczenia. Według ICD-10 do diagnozy bulimii konieczna jest obecność wszystkich niżej wymienionych objawów:

- stałe zaabsorbowanie jedzeniem i niepowstrzymane pragnienie lub poczucie przymusu jedzenia;
- powtarzające się epizody przejadania się, polegające na pochłanianiu olbrzymich ilości jedzenia w krótkich odstępach, z poczuciem braku kontroli podczas objadania się;
- przeciwdziałanie przybieraniu na wadze poprzez stosowanie co najmniej jednej z następujących metod: prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, okresowe głodówki, przyjmowanie leków tłumiących łaknienie, preparatów tarczycy lub środków moczopędnych;
- co najmniej dwa epizody objadania się i przeczyszczania w tygodniu, występujące w ciągu trzech miesięcy;
- przesadna obawa przed otyłością⁴⁵.

Natomiast w klasyfikacji DSM-IV dodatkowo w bulimii wyodrębniono dwa typy: „przeczyszczający” i „nieprzeczyszczający”.

Dla bulimika charakterystyczne jest nadmierne koncentrowanie się na własnym ciele, jego kształcie i masie. U osób tych można zaobserwować

⁴¹ B. Woronowicz, op. cit., s. 493-494.

⁴² A. Wiatrowska, op. cit., s. 17.

⁴³ D. Mroczkowska, B. Ziółkowska, op. cit., s. 13.

⁴⁴ Ibidem, s. 21.

⁴⁵ B. Woronowicz, op. cit., s. 493-494.

znaczny krytycyzm wobec własnego wyglądu bez względu na obiektywne jego właściwości. Z kolei od oceny swojej fizyczności i poziomu atrakcyjności zależy ich poczucie własnej wartości oraz globalna samoocena. W przypadku osób cierpiących na bulimię ocena siebie najczęściej jest nieadekwatna i istotnie zaniżona. Dodatkowo samoocenę chorego cechuje znaczna labilność, która jest zależna od aktualnej masy ciała i tego, na ile choremu udaje się kontrolować proces jedzenia oraz zachowania kompensacyjne⁴⁶.

Zarówno w bulimii, jak i anoreksji dominuje brak akceptacji własnego ciała, przy czym w jadłowstręcie obawa przed otyłością prowadzi najczęściej do odmowy przyjmowania pożywienia, natomiast w bulimii występuje trudne do opanowania pragnienie jedzenia, zaś próby zapobiegania otyłości przeprowadzane są poprzez prowokowanie wymiotów, przyjmowanie leków przeczyszczających, moczopędnych, hamujących łąknienie itp. Wśród czynników ryzyka zachorowania na zaburzenia odżywiania wymienia się indywidualne – osobowościowe oraz społeczne – kulturowe i rodzinne. Do najważniejszych czynników osobowościowych zalicza się posiadanie niskiej samooceny, wśród kulturowych olbrzymią rolę odgrywa moda związana z sylwetką ciała oraz komentarze dotyczące wyglądu, natomiast do czynników rodzinnych zaliczyć można uzależnienie od substancji psychoaktywnej w rodzinie, zaburzenia afektywne i występowanie zaburzeń łąknienia⁴⁷.

Bigoreksja

Innym przykładem patologicznej dbałości o swój wygląd, a zarazem jednym z nowych zaburzeń, jakie można zaobserwować wśród młodzieży jest bigoreksja zwana także dysmorfia mięśniową i „kompleksem Adonisa”. Termin bigoreksja wprowadził w 1997 roku psychiatra Harrison Pope, określając w ten sposób obsesję na punkcie umięśnionego ciała. Początki bigoreksji można zaobserwować już u nastolatków, a średni wiek inicjacji choroby przypada na 19. rok życia⁴⁸. Dotyczy ona głównie młodych mężczyzn, jednakże można ją zaobserwować również u młodych kobiet. Przyczyną bigoreksji jest brak akceptacji swojego wyglądu. Osoby z tym zaburzeniem postrzegają siebie jako niewystarczająco umięśnione, zbyt chude, natomiast w rzeczywistości są one ponadprzeciętnie muskularne. Charakterystyczne dla bigorektyków – podobnie jak dla większości osób nieakceptujących siebie – jest obsesyjne myślenie o własnej sylwetce.

Zdaniem Bohdana Woronowicza⁴⁹ bigoreksja jest odmianą dysmorfofobii, czyli zaburzenia psychicznego charakteryzującego się subiektywnym

⁴⁶ D. Mroczkowska, B. Ziółkowska, op. cit., s. 16.

⁴⁷ B. Woronowicz, op. cit., s. 489.

⁴⁸ Encyklopedia PWN, red. B. Kaczorowski, Warszawa 2009, s. 144.

⁴⁹ B. Woronowicz, op. cit., s. 525.

poczuciem zaburzenia obrazu estetyki własnego ciała (deformacji, brzydoty) mimo braku widocznych defektów w wyglądzie. Osoby z tym zaburzeniem są przeczulone na punkcie informacji dotyczących niedoskonałości ich ciała i nie przyjmują prawidłowej oceny swojego ciała⁵⁰. Bigoreksja najczęściej dotyka osoby aktywnie uprawiające sport (zazwyczaj kulturystykę, ale występuje także wśród osób uprawiających inne dyscypliny, m.in. fitness czy podnoszenie ciężarów). Blisko 10% osób intensywnie ćwiczących na siłowni cierpi na bigoreksję⁵¹. Bigorektyk – kiedy patrzy w lustro – nie widzi swojej muskulatury, nadmiernego rozrostu tkanki mięśniowej, patrząc w lustro widzi swoje niedoskonałe, szczupłe, nieumięśnione ciało. Dlatego osoby z bigoreksją ćwiczą bardzo intensywnie, a z czasem coraz dłużej i częściej, zwiększając masę i objętość mięśni, nie potrafiąc właściwie ocenić swojego wyglądu. Bigorektyk ustawicznie waży się, mierzy obwód swoich mięśni, przestrzega restrykcyjnie diety⁵². Jest ciągle niezadowolony z własnego wyglądu, uważa, że jego ciało jest za mało wyrzeźbione, a jednocześnie nie potrafi wyznaczyć granicy, jaką chciałby osiągnąć.

Bigorektycy nie przyjmują do wiadomości, że budowa ciała w znacznym stopniu jest zdeterminowana genetycznie i modelowanie sylwetki poprzez ćwiczenia ma swoje granice⁵³. Zdarza się więc, że – aby uzyskać wzrost masy ciała i przyspieszyć rozrost mięśni – stosują sterydy anaboliczne⁵⁴, gdyż zwiększa to tempo i skraca czas, w którym można zaobserwować rozrost tkanki mięśniowej, natomiast efekt taki byłby niemożliwy w wyniku zdrowego, rozsądnego treningu. Dla wielu osób presja bycia atrakcyjnym jest tak duża, że kiedy ćwiczenia fizyczne nie wystarczają, wszczepiają sobie silikonowe implanty mięśniowe, aby zbliżyć swój wygląd do wymarzonego ideału⁵⁵.

W efekcie dążenia do doskonałości własnego ciała bigorektyk swoją uwagę i aktywność koncentruje wokół ćwiczeń fizycznych i diet, zaniebując inne formy aktywności związane zarówno z życiem towarzyskim, jak i pracą czy nauką, jednocześnie nie dostrzega on swojego problemu. W kontaktach z innymi ludźmi bigorektycy nie czują się komfortowo, gdyż ich myśli zogniskowane są wokół treningu, diety i własnego ciała. W efekcie

⁵⁰ T. Maciejewska, Bigoreksja wśród mężczyzn – problem realny czy wymyślony: komunikat z badań w zielonogórskich siłowniach, w: M. Olejarz (red.), *Dyskursy Młodych Andragogów 10*, Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra 2009.

⁵¹ I. Urych, Wielka bigoreksja – w wielkiej sieci, w: „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 2013, nr 1, s. 22.

⁵² Ibidem, s. 20.

⁵³ B. Woronowicz, op. cit., s. 525.

⁵⁴ Encyklopedia PWN, op. cit., s. 143.

⁵⁵ B. Woronowicz, op. cit., s. 525.

następuje izolacja społeczna bigorektyka, gdyż rezygnuje on z wielu spotkań towarzyskich, wyjazdów z przyjaciółmi, co spowodowane jest z jednej strony podporządkowaniem treningom i diecie, a z drugiej strony brakiem akceptacji samego siebie. Bigorektyk zazwyczaj nie uczęszcza na plażę czy na basen, gdyż wydaje mu się, że wszyscy patrzą tylko na niego i widzą jego mało atrakcyjne, wychudzone ciało. Bigoreksja oprócz wyniszczenia organizmu wpływa na odczuwanie przez człowieka ciągłego smutku, którego podłożem jest brak zadowolenia z własnego ciała, co z czasem może przejść w depresję⁵⁶. Chorobę tę nazywa się także odwróconą anoreksją, gdyż osobami nią dotkniętymi rządzi niepoohamowana chęć zwiększenia masy mięśniowej⁵⁷. Jednocześnie bigorektyk nie uważa, że robi sobie krzywdę, w jego przekonaniu dba o własne zdrowie, ponieważ nie pije alkoholu, stosuje dietę, trenuje, dba o sen – można powiedzieć, że prowadzi zdrowy tryb życia. Tymczasem choroba ta prowadzi m.in. do chorób wątroby, serca, bezpłodności, a w skrajnych przypadkach nawet do śmierci.

Rozwój bigoreksji spowodowany jest wszechobecnym kultem ciała i modą na jego muskularyzację. Przy czym dla bigorektyka pierwszoplanowa nie jest sprawność fizyczna, lecz muskulatura własnego ciała. Olbrzymi rozrost mięśni powoduje trudności z codziennym funkcjonowaniem takiej osoby i wykonywaniem najprostszych choćby czynności, np. trudno jest jej podrapać się po plecach, nawlec nitkę na igłę itd. Wśród osób dotkniętych bigoreksją najwięcej jest tych, które w dzieciństwie miały problemy z funkcjonowaniem w grupie rówieśniczej, nie potrafiły odnaleźć się w niej lub wytworzyły w sobie przeświadczenie o całkowitej nieskuteczności swoich działań. Mogły mieć też zaburzone relacje z bliskimi osobami, zwłaszcza rodzicami. Do czynników ryzyka należą także: doświadczenie znęcania się w okresie szkolnym, dysharmonia w rodzinie, dążenie do perfekcji, stres, skupianie się na estetyce, negatywny wpływ kultury masowej idealizującej muskularną sylwetkę. Takie doświadczenia sprawiają, że w dorosłym życiu chcą czuć kontrolę nad tym, co robią a umięśniona sylwetka ma sprawić, że będą czuły się wyjątkowo. Osoby z tego typu zaburzeniem nie oczekują aprobaty od innych, dla nich ważne jest to jak same siebie oceniają⁵⁸.

Uprawianie intensywnych ćwiczeń fizycznych może doprowadzić do niekorzystnego przesunięcia hierarchii wartości, antyintelektualizmu, propagowania wzoru społecznego opartego na kulcie cielesności. Ilona Urych⁵⁹

⁵⁶ T. Maciejewska, op. cit., s. 319-320.

⁵⁷ A. Janik, Uzależnienie od ćwiczeń jak narkotyku, w: „Polish Weekly Magazine” 2012, nr 232, s. 27.

⁵⁸ I. Urych, op. cit., s. 21.

⁵⁹ Ibidem, s. 25.

na podstawie przeprowadzonych badań dochodzi do wniosku, że w toku wychowania i kształcenia młodzieży należy zwracać uwagę na zagadnienia dotyczące roli atrakcyjności fizycznej w życiu człowieka oraz na jego system wartości. Biorąc pod uwagę fakt, że wielu młodych mężczyzn jest zagrożonych bigoreksją, należałoby przybliżyć ten problem zarówno uczniom, jak i ich rodzicom, uczulając ich na objawy i możliwości leczenia tego uzależnienia.

Tanoreksja

Jednym ze sposobów na podniesienie samooceny wśród współczesnej młodzieży jest opalanie się. Młodzi ludzie uważają, że **opalenizna** jest niezbędna, aby wyglądać atrakcyjnie. Wysoką rangę i popularność nadała opalonemu ciału w latach 20. ubiegłego stulecia projektantka Coco Chanel. Natomiast wzrost liczby obsesyjnie opalających się nastolatków nastąpił ok. 2000 roku w następstwie pojawienia się przesadnie opalonych gwiazd muzyki pop, jak Britney Spears czy Christina Aguilera, których zachowania stanowią dla młodzieży swoiste modele do naśladowania. Również odkrycia w dziedzinie medycyny miały pozytywny wpływ na stosunek społeczeństwa do opalania się, gdyż okazało się, że promieniowanie słoneczne odgrywa olbrzymią rolę w syntezie witaminy D₃ oraz w zapobieganiu krzywicy. Dowiedziano również, iż w trakcie opalania zwiększa się produkcja endorfin, czyli tzw. „hormonu szczęścia”, który wpływa m.in. na dobre samopoczucie, zadowolenie i zrelaksowanie opalających się oraz działa przeciwdepresyjnie. Zatem od co najmniej dwóch dekad opalenizna stanowi swoisty wyznacznik piękna, sukcesu zawodowego i zdrowia. Należy jednak pamiętać, że nadmierne korzystanie z tych dobrodziejstw może prowadzić do uzależnienia, które definiowane jest jako tanoreksja⁶⁰. Uzależnienie to coraz częściej dotyczy młode dziewczyny, jednakże niejednokrotnie także młodych mężczyzn, najczęściej tych, którzy korzystają z siłowni, przyjmują środki dopingujące⁶¹.

Tanoreksja to uzależnienie od opalania się na słońcu (ang. *outdoor tanning*) i/lub od opalania się w solariach (ang. *indoor tanning*)⁶². Nazwa tanoreksja pochodzi od słowa *tan* (ang.), co oznacza „opalać się”, oraz *anorexis* (łac.), czyli apetyt. W dosłownym rozumieniu oznacza „apetyt na opalanie”, naukowo zaś tłumaczona jest jako „ciągła chęć bycia opalonym”⁶³. Tanoreksja stanowi formę uzależnienia, gdyż osoby regularnie opalające się

⁶⁰ M. J. Cyrklaff, W siłkach tanoreksji. Psychospołeczne determinanty uzależnienia od opalania się oraz sposoby minimalizowania jego negatywnych skutków zdrowotnych, w: „Wychowanie na co Dzień” 2012, nr 10–11, s. 43–44.

⁶¹ B. Woronowicz, op. cit., s. 524.

⁶² M. J. Cyrklaff, op. cit., s. 44.

⁶³ A. Baranowska, I. Horzela, Uzależnienie od opalania wśród nastolatków, w: „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2013, nr 6.

z czasem tracą kontrolę nad swoim nawykiem. Podłożem tanoreksji jest chęć bycia atrakcyjnym. Jednakże przyjemność opalania z czasem zmienia się w obsesyjny przymus⁶⁴. Jak do tej pory tanoreksji nie sklasyfikowano jeszcze jako jednostki chorobowej w DSM-IV ani w ICD-10. Odwołując się do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, w której istnieje szereg wytycznych pozwalających zdiagnozować uzależnienie, można dokonać wstępnej, próbnej oceny tego uzależnienia. Taka procedura z pewnością ułatwi zarówno nauczycielom, pedagogom, jak i rodzicom rozpoznanie tego zaburzenia. Można zatem powiedzieć, że jeśli trzy lub więcej z poniżej przedstawionych objawów wystąpiło łącznie w ciągu miesiąca lub utrzymywało się krócej niż miesiąc, ale powtarzało się w ciągu ostatniego roku, to będziemy mieć do czynienia z uzależnieniem. Objawy te w przypadku uzależnienia od opalania się mogą wyglądać następująco:

1. Występuje silne pragnienie opalania się;
2. Następuje upośledzona zdolność kontroli zachowania związanego z zażywaniem kąpiele słonecznych w tym częstotliwości chodzenia na plażę/do solarium, czasu opalania się oraz opalanie się w godzinach niewskazanych przez lekarzy;
3. W przypadku ograniczenia lub zaprzestania opalania się dochodzi do silnego napięcia nerwowego;
4. Istnieje konieczność przyjmowania coraz większych ilości promieniowania ultrafioletowego (częstsze i coraz dłuższe pobyty w solarium);
5. Nadmierne pochłonięcie sprawą opalania się powoduje zanik dotychczasowych zainteresowań i/lub przeznaczanie większości czasu na działania związane ze zdobywaniem środków na opalanie się w solariach;
6. Osoba opalająca się jest świadoma konsekwencji nadmiernego opalania się i mimo występowania tych szkód nadal się opala⁶⁵.
7. Tanorektykami będą zatem osoby, które opalają się częściej niż potrzeba, by uzyskać opaleniznę (więcej niż trzy razy w tygodniu) i mają ciągłe przeświadczenie o bledości swojej skóry, a co za tym idzie, czują się nieatrakcyjne⁶⁶.

Tanorektyk uważa, że opala się dla zdrowia, urody i że ma kontrolę nad tym, co robi. Stojąc przed lustrem, nie widzi jednak swojej opalenizny i nie akceptuje swojej zbyt jasnej jego zdaniem karnacji. Osoba taka uważa,

⁶⁴ M. J. Cyrklaff, op. cit., s. 44.

⁶⁵ Ibidem, s. 45.

⁶⁶ Ibidem.

że przez swą błądliwość jest nieatrakcyjna. Jednocześnie nie można jej wytłumaczyć, że uzyskany stopień opalenizny jest wystarczający lub zbyt mocny. Uwagi innych osób dotyczące zaprzestania opalania traktuje jako przejaw zazdrości. Sytuacja taka prowadzi do niezrozumienia tanorektyka i dezaprobaty jego zachowania.

Z badań przeprowadzonych przez Anetę Baranowską i Izabelę Horzelę wynika, że co trzecia badana nastolatka przywiązuje dużą wagę do swojej karnacji i regularnie opala się zarówno na słońcu, jak i w solarium, wiedząc jednocześnie o możliwości wpadnięcia w tanoreksję. Obawę budzą także zdecydowane deklaracje badanych osób odnośnie do przyszłych form opalania. Można zatem uznać, że wiele młodych osób mieści się w grupie ryzyka zagrożenia tanoreksją. Tanoreksja jest niebezpieczna ze względu na jej skutki, do których zalicza się: szybsze starzenie się skóry, pojawienie się zmarszczek, pęknięcia wrażliwych miejsc na skórze, zapalenie skóry, uszkodzenie wzroku, przebarwienia skóry, poparzenia i nowotwory⁶⁷. Tanorektycy myślą jednak głównie o opalaniu i własnym wyglądzie. Mimo znajomości skutków nadmiernego opalania, a nawet wystąpienia zmian skórnych, tanorektyk dalej będzie uważał, że jest za błądliwy i nadal będzie się opalał. Oczywiście nie należy całkowicie rezygnować z opalania się, jednakże trzeba mieć świadomość jego skutków.

Tanoreksja rozwija się niepostrzeżenie, a przyjemność korzystania ze słońca przechodzi stopniowo w obsesję opalania, myślenia o nim i o własnym wyglądzie⁶⁸. Zdaniem Bohdana Woronowicza, jedną z przyczyn tanoreksji może być niska samoocena.

Znajomość przez pedagogów objawów, przyczyn oraz sposobu funkcjonowania uczniów dotkniętych tanoreksją z pewnością przyczyni się do wcześniejszego jej rozpoznania i podjęcia kroków profilaktycznych organizowanych w środowisku szkolnym bądź też pomocy tym uczniom i ich rodzicom poprzez skierowanie ich do ośrodków psychoterapeutycznych.

Podsumowanie

Dla wszystkich opisanych zaburzeń charakterystyczne jest niezadowolenie ze swojego ciała, brak akceptacji swojego wyglądu i silna koncentracja na nim oraz obsesyjne dążenie do osiągnięcia idealnego – nieosiągalnego wyglądu. Jednocześnie występuje zaburzenie postrzegania samego siebie. Zaburzenia te w istotny sposób wpływają na ograniczenie efektywności funkcjonowania młodego człowieka w roli ucznia. Przyczyniają się do

⁶⁷ A. Baranowska, I. Horzela, op. cit., s. 43.

⁶⁸ B. Woronowicz, op. cit., s. 524–525.

zmniejszenia jego szans na sukces edukacyjny, wpływają na gorsze funkcjonowanie w grupie, a z czasem izolację od niej. Również w relacji z rodzicami dziecko nie odczuwa wsparcia ani zrozumienia. W ten sposób rodzi się poczucie osamotnienia i koncentracji na swoim problemie, jakim jest zaburzony, zniekształcony obraz siebie. Ważne zatem, by objawy omówionych zaburzeń zostały jak najwcześniej zauważone i nazwane przez dorosłych, a następnie, by zostały podjęte właściwe kroki w celu pomocy dziecku w kształtowaniu jego właściwej samooceny i obrazu siebie. Codzienne życie szkolne przebiega według ustalonych ram, schematów, powtarzanych czynności, często według pewnej rutyny, polegającej na realizowaniu określonego scenariusza i skupianiu się głównie na dydaktyce, na realizacji programu nauczania konkretnego przedmiotu. Nie usprawiedliwia to jednak nauczycieli i nie zwalnia ich z baczności na sytuacje nowe, niecodzienne, które coraz częściej pojawiają się w codzienności szkolnej i które wymagają od pedagogów poszerzania wiedzy w tym zakresie.

Bibliografia:

- Baranowska A., Horzela I., *Uzależnienie od opalania wśród nastolatków*, w: „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2013, nr 6.
- Bator E., Bronkowska M., Ślepecki D., Biernat J., *Anoreksja – przyczyny, przebieg, leczenie*, w: „Nowiny Lekarskie” 2011, nr 80, 3.
- Bereza B., *Wpływ wskaźnika masy ciała na realny i idealny obraz siebie. Badania na populacji mężczyzn z nadwagą*, w: A. Brytek-Matera (red.), *Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała*, Wyd. Difin SA, Warszawa 2010.
- Błachno M., Kołakowski A., Wójtowicz S., Wolańczyk T., Bryńska A., Pisula A., Złotowska M., *Samoocena chłopców z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej i zaburzeń koncentracji uwagi – doniesienia wstępne*, w: „Psychiatria Polska” 2013, t. 47, nr 2.
- Brytek-Matera A., *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*, Wyd. Difin SA, Warszawa 2008.
- Brzozowska E., *Odżywianie wśród młodzieży – niespecyficzne zaburzenia wzorców*, w: „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 2013, nr 9.
- Brytek-Matera A., (red.), *Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała*, Wyd. Difin SA, Warszawa 2010.
- Cierpiałkowska L., *Kierunki rozwoju współczesnej psychologii uzależnień*, w: L. Cierpiałkowska (red.), *Oblicza współczesnych uzależnień*, Wyd. Naukowe UAM, Poznań 2008.

- Cyrklaff M. J., *W siłkach tanoreksji. Psychospołeczne determinanty uzależnienia od opalania się oraz sposoby minimalizowania jego negatywnych skutków zdrowotnych*, w: „Wychowanie na co Dzień” 2012, nr 10–11.
- Głębocka A., Banach A., *Czy program Jak dobrze wyglądać nago? wpływa pozytywnie na jego odbiorców? Pomiar wybranych wskaźników samowiedzy w badaniach eksperymentalnych*, w: A. Brytek-Matera (red.), *Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała*, Wyd. Difin SA, Warszawa 2010.
- Hoffman B., *Anoreksja – przyczyny, skutki, leczenie*, w: „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2014, nr 2.
- Janik A., *Uzależnienie od ćwiczeń jak narkotyk*, w: „Polish Weekly Magazine” 2012, nr 232.
- Józefik B., Iniewicz G., Ułasińska R., *Wzory przywiązania, samoocena i płęć psychologiczna w anoreksji i bulimii psychicznej*, w: „Psychiatria Polska” 2010, t. 44, nr 5.
- Jusiński K. M., *Drżące ciało za pawim ogonem*, w: „Charaktery” 2003, nr 5 (75).
- Encyklopedia PWN*, red. B. Kaczorowski, Warszawa 2009.
- Karwatowska M., *Gazetowa dziewczyna. Wybrane elementy wizerunku nastolatki w czasopiśmie młodzieżowych*, w: B. Myrdzik, M. Latoch-Zielińska (red.), *Kultura popularna w szkole. Pobłażliwe przyzwolenie czy autentyczny dialog*, Wyd. UMCS, Lublin 2006.
- Kirenko J., Sarzyńska E., *Bezrobocie, niepełnosprawność, potrzeby*, Wyd. UMCS, Lublin 2010.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, red. przekł. S. Pużyński, J. Wciórka, tłum. C. Brykczyńska et al., Kraków–Warszawa 1997.
- Krzemionka-Brózda D., *Sekret ciała. Doświadczenie przez kobiety własnego ciała jako piętna jawnego (nadwaga) bądź ukrytego (zaburzenia odżywiania) a określanie własnej tożsamości*, w: A. Brytek-Matera (red.), *Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała*, Wyd. Difin SA, Warszawa 2010.
- Kubaszewska M., *Kobieta szczupłą każda chce być... Wpływ wzorców kulturowych na częstość zachorowań na anoreksję*, w: B. Ziółkowska (red.), *Opętanie (nie)jedzeniem*, Wyd. Scholar, Warszawa 2009.
- Kulas H., *Mechanizm funkcjonowania samooceny*, w: „Psychologia Wychowawcza” 1983, nr 4.
- Kulas H., *Samoocena młodzieży*, WSiP, Warszawa 1986.
- Korczyński M., *Radzenie sobie w sytuacjach trudnych przez policjantów a ich samoocena*, w: „Zdrowie publiczne”, tom 12, suppl. 1, Lublin 2002.

- Lipowska M., Petrus P., *Samoocena młodzieży a preferowane przez nią wyznaczniki atrakcyjności fizycznej partnera*, w: „Psychologia Rozwojowa” 2004, t. 9, nr 2.
- Maciejewska T., *Bigoreksja wśród mężczyzn – problem realny czy wymysłowy: komunikat z badań w zielonogórskich siłowniach*, w: M. Olejarz (red.), *Dyskursy Młodych Andragogów 10*, Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra 2009.
- Mroczkowska D., Ziółkowska B., *Bulimia od A do Z. Kompendium wiedzy dla rodziców, nauczycieli i wychowawców*, Wyd. Difin, Warszawa 2011.
- Reykowski J., „*Obraz własnej osoby*” jako mechanizm regulujący postępowanie, w: „Kwartalnik Pedagogiczny” 1970, nr 15.
- Siek S., *Formowanie osobowości*, Wyd. ATK, Warszawa 1986a.
- Siek S., *Relaks i autosugestia*, Wyd. Krajowa Agencja Wydawnicza, Warszawa 1986b.
- Sikorska I., Sawicka J., Smiątek B., Sulik K., Węglowska-Król K., *Po co młodym ludziom modyfikacje ciała?*, w: A. Brytek-Matera (red.), *Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała*, Wyd. Difin SA, Warszawa 2010.
- Szurowska B., *Anoreksja w rodzinie*, Wyd. Difin Warszawa 2011.
- Urych I., *Wielka bigoreksja – w wielkiej sieci*, w: „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 2013, nr 1.
- Wiatrowska A., *Jakość życia w zaburzeniach odżywiania*, Wyd. UMCS, Lublin 2009.
- Wojciszke B., Doliński D., *Psychologia społeczna*, w: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008, t.2, s. 293–448.
- Woronowicz B., *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Wyd. Media Rodzina, Poznań 2009.

Body image of young people with low self-esteem

Today ideal of beauty associated with the cult of the body is promoted by the media. The way the man looks more and more often determines his or her value. Perception and evaluation of one's own body affect human behavior and self-esteem. What is important however is not how the person really looks but how a given person perceives it. The existing discrepancy between the real and the imaginary image of oneself contributes to the

increasing creation of one's appearance. This applies especially to people with low self-esteem. Extremely low self-esteem is a predisposing factor for emotional problems and disorders. Over time, these conditions may take the form of substance abuse or nonsubstance (behavioral) abuse involving the loss of control over certain activities or behaviors – these types of disorders include: anorexia, drunkorexia, permarexia, bulimia, bigorexia and tanning addiction. Characteristic features for all of these disorders are: a dissatisfaction with one's body, a lack of acceptance of own appearance and a strong focus on the appearance as well as an obsessive pursuit of the ideal – unattainable look. These disorders have a significant impact on reducing the efficiency of functioning of a young man. As a consequence there appears a sense of loneliness and focusing on one's own problem which is a disordered, distorted self-image.

