

# Cera alabastrowa a cera opalona – współczesne praktyki opalania

MAGDALENA WIECZORKOWSKA  
UNIwersytet Medyczny w Łodzi

## Abstrakt

Jasna karnacja przez dziesięciolecia była synonimem piękna, wdzięku i charakteryzowała kobiety z wyższych sfer. Kobiety pochodzące z niższych warstw społecznych, pracujące fizycznie (np. na polu) naturalną koleją rzeczy miały cerę „ogorzałą” od słońca. Opalenizna była charakterystyczną cechą dystynktywną przynależności społecznej. Na przestrzeni wieków w kulturze zachodniej znaczenie opalenizny uległo przeobrażeniom. Obecnie synonimem zdrowia, witalności i piękna jest cera opalona, mimo medycznego dyskursu ostrzegającego przed negatywnymi konsekwencjami opalania. Osoby blade postrzegane są jako chore i słabe. Pragnienie posiadania opalenizny jest silnie uwarunkowane kulturowo i charakterystyczne dla przedstawicieli rasy białej.

Celem artykułu jest zaprezentowanie historycznych uwarunkowań postrzegania opalenizny oraz prześledzenie współczesnych sposobów i praktyk zdobywania opalenizny. Wykorzystane zostaną dostępne dane empiryczne obrazujące stosunek do kąpeli słonecznych i sztucznej opalenizny. Zjawisko to okazuje się być słabo eksplorowane empirycznie, co utrudnia naukową analizę zagadnienia. Prowadzone rozważania osadzone są w ramach socjologii ciała. Praktyki opalania wpisują się w kontekst społeczeństwa konsumpcyjnego, zaś medyczny dyskurs skupiony wokół korzyści i zagrożeń, mieści się w ramach kultury lęku.

## Słowa kluczowe:

praktyki opalania, ryzyko, kultura lęku, społeczeństwo konsumpcyjne, rak skóry.

*Jedna z największych w naszym stuleciu rewolucji w kulturze, która jak dotychczas nie wzbudziła zainteresowania historyków, to ta, która zmieniła obowiązujący w kulturze Zachodu kanon piękności pigmentacyjnej z koloru kredy na kolor przypalonego chleba.*

Pascal Ory

## Znaczenie ciała we współczesnych społeczeństwach zachodnich

Ciało jest nośnikiem różnorodnych treści – informuje o płci, wieku, zainteresowaniach, wykonywanej pracy, statusie społecznym. Od niepamiętnych czasów jest przedmiotem zainteresowania jednostek niezależnie od ich miejsca w strukturze społecznej. Postrzegane przez pryzmat przyjemności, bólu i cierpienia, pielęgnowane i zaniedbywane, upiększane i oszpecane, traktowane jako nośnik wartości moralnych oraz jako rezerwuar (miejsce duszy, rozumu, nowego życia) – ciało to nie tylko fizyczna powłoka otaczająca organizm biologiczny. W wielu naukach a także w rozumieniu potocznym jest jednym z dwóch – obok duszy – elementów konstytuujących osobę. We współczesnych społeczeństwach zachodnich ciało staje się szczególnie ważnym elementem „ja”, jak pisze Shilling: (...) *ludzie w czasach późnej nowoczesności mają tendencję do tego, by kłaść jeszcze większy nacisk na ciało jako składnik „ja”*. Tym, którzy utracili wiarę w religijne autorytety i wielkie polityczne narracje i nie są już przez te transpersonalne struktury znaczeniowe wyposażeni w jasną wizję świata czy siebie, przynajmniej ciało zdaje się początkowo dostarczać silnych fundamentów, na których można w nowoczesnym świecie budować na nowo stabilne poczucie tożsamości (2010, s. 17).

Ciało staje się przedsięwzięciem, nad którym można pracować, a jednostka

podejmująca takie działania traktuje swoje ciało w dwojaki sposób. Ciało może być obiektem działania – jednostka postrzega je przez pryzmat poszczególnych części, nad którymi można podjąć pracę. Zazwyczaj jednostki postrzegają niedoskonałości jakiejś części ciała – nosa, bioder, biustu i starają się je modyfikować, ulepszać. W przeprowadzonych niedawno badaniach Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) 47% dorosłych Polaków zmieniłoby coś w swoim wyglądzie. Najczęściej Polacy deklarują, że chcieliby schudnąć, poprawić muskulaturę, wygląd włosów i odzyskać sportową sylwetkę (Cybulska, 2017). Ciało może być także traktowane jako proces – jednostka postrzega je przez pryzmat funkcji i działania ciała (lub ograniczeń w funkcjonowaniu) i także może podjąć działania naprawcze, na przykład poprzez sport uczynić ciało sprawniejszym, bardziej wytrzymałym (Franzoi, 1995, za: Mandal, 2004).

Pracując nad ciałem, można wybrać jedną z trzech ścieżek: projekty ciała, opcje ciała lub reżimy ciała (Shilling, 2010). Projekty ciała pokazują, że ciało jest nie tylko instrumentem działania, ale staje się jego obiektem – jednostka zabiega o ciało, troszczy się o nie. Jest jedynym pewnym elementem w niepewnych czasach, w czasach ryzyka i jedynym obszarem, na który jednostka może mieć rzeczywisty wpływ (por. Giddens, 2008; Beck, 2012). Zmienia się postrzeganie ciała – przestaje być ono traktowane jako dane i sztywne, ale

jawi się jako elastyczne i modyfikowalne. Jak pisze Giddens (2010), w późnej nowoczesności intensyfikują się procesy konsumpcji oraz technologiczne mechanizmy oddziaływania na ciało. Shilling zaś pisze: (...) *Ciało, poddane niespotykanemu dotąd poziomowi racjonalizacji, postrzega się teraz jako przedmiot, który daje się modyfikować w kategoriach genów, ciśnienia krwi, poziomu cholesterolu, rozmiaru, kształtu, wyglądu, wydolności oddechowej, koloru, wagi oraz wielu innych czynników* (2010, s. 227).

Opcje ciała dotyczą przekraczania granic narzucanych przez ciało, co umożliwia współczesna technologia. Szczególnie chodzi tu rzeczywistość wirtualną i cybertechnologię, które produkują alternatywne światy i pozwalają funkcjonować w ich obrębie w innych ciałach i tożsamościach (np. awatary). Już dziś oferuje się niepełnosprawnym egzozskielety, dzięki którym mogą chodzić, a rzeczywistość wirtualna pozwala stać się kimś innym w czasie gry.

Reżimy ciała są przez Shillinga charakteryzowane jedynie przez pryzmat praktyk umartwiających ciało w okresie średniowiecza. Wprawdzie wspomina on o pewnym podobieństwie między średniowiecznymi praktykami skierowanymi – *de facto* – przeciwko ciału i współczesnymi reżimami jak dieta, czy operacje plastyczne, ale nie tworzą one dla niego ciągłości historycznej. Wydaje się jednak słusznym traktowanie wielu współczesnych praktyk dyscyplinowania ciała jako swoistych reżimów. Restrykcyjna dieta, wyczerpujące ćwiczenia, czy bolesne zabiegi są skierowane także przeciw ciału, gdyż jest ono postrzegane jako niedoskonałe, niespełniające oczekiwań, czy wreszcie znienawidzone<sup>1</sup>. Shilling podkreśla, iż średniowieczne reżimy były ściśle związane z kwestiami religijnymi, a ich wdrażanie przesycone było sakralną symboliką,

jednak w innym tekście zwraca uwagę, iż w perspektywie historycznej religię wyparła nauka, a funkcję religii przejęła medycyna (Shilling, 2008). Reżimy ciała to nie tylko dyscyplina i ograniczenia, które jednostka narzuca swej fizycznej powłoce, to także władza, która – poprzez dyskursy i praktyki – wyznacza pożądany model ciała. Współczesna medycyna jest przykładem władzy nad ciałem człowieka. Warto odwołać się tu do prac Michela Foucaulta, który pokazywał, jak współcześnie biopolityka, biowładza sprawują kontrolę nad ciałem. Foucault zwracał uwagę, że ta kontrola sprawowana jest nad „ciałem społecznym”, nad zbiorowościami, populacją, nie zaś bezpośrednio nad ciałem jednostek, jednak realizacja biopolityki populacyjnej sprowadza się do indywidualnych, jednostkowych działań na rzecz swojego zdrowia i ciała. Historycznie biowładza związana jest z rozwojem technologii i pojawieniem się gospodarki liberalnej. Według Foucaulta jest ona połączeniem władzy nad ciałem biologicznym z władzą nad ciałem społecznym, która realizuje się poprzez technologię bezpieczeństwa. Biowładza jest sprawowana poprzez kontrolę i regulację ciała społecznego, podczas gdy władza dyscyplinarna realizowana była poprzez tresurę i dyscyplinę jednostkowych ciał (Foucault, 1993; Lemke, 2010). Technologie bezpieczeństwa łączą zatem reżimy i dyscyplinowanie z kontrolą i regulacją. Współczesne dyskursy ciała pokazują zarówno „tresurę”, jakiej jednostki poddają swe ciała poprzez diety, ćwiczenia i zabiegi, jak również kontrolę i regulację dokonywaną a pośrednictwem określonych medycznych norm zdrowia, zaleceń autorytetów w dziedzinie zdrowia i medycyny oraz programów profilaktycznych i badań przesiewowych.

Człowiek nigdy nie postrzega własnego ciała w sposób obiektywny, ale zawsze jest to obraz tworzony przez pryzmat funkcjonowania w społeczeństwie. Buczkowski pisze o procesie socjalizowania ciała (2005, s. 65).

<sup>1</sup> Ciekawą propozycję pokazującą ten właśnie aspekt pracy nad ciałem stanowi książka Eve Ensler *Dobre ciało*.

W procesie tym jednostka uczy się ciała poprzez kontrolę biologicznych popędów i nadawanie mu znaczeń (Elias, 1980, za: Buczkowski 2005, s. 65–66). Wizerunek, obraz ciała jako jednostka wytwarza jest oparty na płci, wieku, przynależności klasowej, czy kulturowej. Jest on wypadkową wyobrażeń o ciele idealnym, pożądanym oraz wyobrażeń na temat tego, jak ciało jednostki jest postrzegane przez innych. Można mówić o trzech aspektach wizerunku ciała – fizjologicznym, pojęciowym i emocjonalnym. Pierwszy związany jest z umiejętnością postrzegania aspektów biologicznych jak waga, czy wzrost. Drugi odpowiedzialny jest za mentalny obraz własnego ciała. Zaś ostatni kształtuje emocjonalne nastawienie do aspektu biologicznego (czyli wagi, wzrostu itp.) (Brouwers, 1990, za: Brytek – Matera, 2008).

Ciało współczesne jest narzędziem kreacji tożsamości i nośnikiem treści kulturowych, ale w perspektywie historycznej także było uwikłane w wielorakie konteksty społeczne. O ciało dbano i poddawano je modyfikacjom już od czasów prehistorycznych. Najstarsze znane tatuaże znaleziono na ciele Ōtzi, człowieka lodu, który zmarł ponad 3000 lat p.n.e. Jednym z najbardziej widocznych i najbardziej podatnych na ingerencję elementów ciała jest skóra. Tatuaż, makijaż, kolor skóry na przestrzeni stuleci określały miejsce jednostek w strukturze społecznej, świadczyły o ich pozycji, prestiżu, występkach a nawet stanie zdrowia. W kolejnej części omówiona zostanie historia opalenizny jako nośnika treści społecznych.

### Zarys historyczny praktyk opalania

Jednym z elementów poddawanych przez stulecia ocenie społecznej była skóra. Jej wygląd świadczył o urodzie, dbałości, stanie zdrowia a także o pozycji społecznej. Od czasów starożytnych dużą wagę przywiązywano do wyglądu kobiecego, dlatego też, omawiając historię opalenizny, należy zwrócić uwagę, iż jest to zagadnienie upłciowione. Warto także

zaznaczyć, że pragnienie posiadania „brzozkwiniowej” cery nie jest zjawiskiem uniwersalnym ani w perspektywie historycznej, ani w wymiarze antropologicznym. Moda na opaleniznę jest charakterystyczna dla czasów współczesnych, a jej początki datuje się na lata 30. XX wieku. Jest to również zjawisko ograniczone przestrzennie – dotyczy bowiem kobiet o kaukaskim typie urody zamieszkujących Europę, Stany Zjednoczone i Brazylię, podczas gdy kobiety z Chin, Indii i Tajlandii pragną rozjaśniać cerę, podobnie jak mieszkanki Indii (Sarnoff, 2011). Znane są także przykłady rozjaśniania skóry przez osoby rasy czarnej. Jak pisał Vertinsky (1987) zmiany ideału piękna kobiecego (w tym również postrzeganie bladoci i opalenizny) ukazują, jak ewoluowała społeczna rola kobiet, a także są ekspresją przemian w ideologii, wiedzy naukowej i medycznej (za: Gromkowska – Melosik, 2013).

Z historycznego punktu widzenia jasna karnacja oznaczała wysoką pozycję społeczną. Od czasów starożytnych istnieją dowody wskazujące, iż alabastrowa, jasna cera była postrzegana jako symbol statusu, prestiżu i władzy oraz była pożądana nie tylko przez kobiety – również mężczyźni zwracali uwagę na koloryt skóry u swych wybranek. Za kolebkę kosmetyki i pielęgnacji cery uważa się starożytny Egipt. Egipcjanie obsesyjnie zabiegali o jasność cery, która była symbolem wysokiej pozycji społecznej (Fitzpatrick, 2014). Sarnoff (2011) pisze o bogini Nefretete (której imię jest synonimem piękna), która do rozjaśniania cery używała wielu kosmetyków wytwarzanych m. in. z żywicy drzew, a także pigmentów na bazie żółtej ochry. Chroniły one twarz przed nadmiernym działaniem słońca.

Okres średniowiecza cechuje słabsze zainteresowanie wyglądem i karnacją, gdyż w Europie w tym okresie ciało jest uważane za siedlisko zła i pokus a tym samym odrzuć jako niedoskonała powłoka, którą nie należy się zajmować (por. Vigarello red., 2011).

Ciało – więzienie duszy było pogardzane i odrzucane jako nietrawne, niedoskonałe i uciążliwe. Im mniej czasu mu poświęcano, tym lepiej. Wszelkie przejawy pielęgnacji ciała kojarzone były z przyjemnością i próżnością. Ekspozycja na światło słoneczne była niewskazana a osoby z wyższych sfer oddające się aktywności na świeżym powietrzu pokrywały twarze olejkami ochronnymi (Sarnoff, 2011).

Jasna karnacja była pożądana także w innych kręgach kulturowych w tym czasie. Plemiona północnoafrykańskie ceniły bladoci cery u swych kobiet. Ibn Battuta pisał w 1356 roku: (...) *Kobiety ludu Bardama są najbardziej idealne, jeśli chodzi o piękno – zewnątrz nadzwyczajne, nieskazitelnie białe i bardzo pulchne* (za: Sarnoff, 2011). Również kobiety azjatyckie dbały o alabastrową cerę. W Japonii w tym celu nakładano na twarz białe maski *oshiroi* (używano do nich ołowiu i rtęci, substancji, które mogły prowadzić nawet do śmierci). W Chinach biel twarzy podkreślano dodatkowo kontrastowym czarnym strojem (Fitzpatrick, 2014, Sarnoff, 2011).

Od połowy XVII do początku XVIII wieku Europa pozostawała pod wpływem kultury i sztuki francuskiej, nic więc dziwnego, że również chętnie przejmowano styl życia Francuzów. Kosmetyki używane do rozjaśniania cery i maskowania blizn będących efektem chorób (jak ospa) były przygotowywane z użyciem szkodliwych substancji jak rtęć i czy ołów. Aby dobrze się rozprowadzały i długo utrzymywały do ich produkcji używano tłuszczu wielorybiego, olejów roślinnych oraz wosku (Fitzpatrick, 2014; Sarnoff, 2011).

Kolejnym okresem, w którym w Europie karnacja odgrywała istotną rolę w wyznaczeniu pozycji społecznej (szczególnie kobiet) były czasy wiktoriańskie (od połowy XIX wieku do początku wieku XX). Począwszy od czasów średniowiecznych kształtuje się wyraźny podział na klasę niższą i wyższą wyznaczaną – obok czynników urodzenia, ekonomicznych

i politycznych – także przez koloryt skóry. Klasa niższa nieodmiennie kojarzona jest z klasą pracującą na świeżym powietrzu, zatem opalona skóra jest synonimem pracy fizycznej. W XIX wieku ideał kobiecego piękna arystokratycznego o cerze jasnej, wręcz bladej jest eksponowany w literaturze pięknej, podręcznikach etykiety i w codziennym życiu. Opalenizna oznacza także zepsucie cery, utratę jej świeżości i blasku. Jak pisze Gromkowska – Melosik cytując autorów *A History of Women in the West: (...) kobieta z „klasy próżniaczej” była przeznaczona dla „teatru społeczeństwa” – odpowiednika arystokratycznego dworu z minionej ery* (2013, s. 64). Zalecenia dotyczą całego ciała kobiecego począwszy od dłoni, które mają być mniejsze, delikatniejsze, pulchniejsze i bielsze od męskich, poprzez „organy lokomocyjne” – które także nie powinny być nadużywane (kobieta powinna być noszona lub wożona), skończywszy na delikatnej skórze: (...) *Skóra ciała była tak subtelną i cienką, że jej przezroczystość pozwalała na dokładne rozróżnienie rozgałęzień żyłek, które dodatkowo podkreślano niebieską farbą<sup>2</sup> lub je w ogóle pozorowano. (...) Ta szczególna dbałość o bladoci cery, symbolizującej czystość umysłu, była również związana z symboliką czystości moralnej* (Gromkowska – Melosik 2013, s. 66–67). Delikatność i kruchość, która była kojarzona z bladocią skóry oznaczała także, że kobieta nie spędza zbyt dużo czasu na świeżym powietrzu, zatem lubi zacisze domowe. Te przymioty wskazywały na to, że będzie ona dobrą żoną i matką.

Kobiety stosowały różnorodne środki, za pomocą których chroniły skórę przed opalenizną. Można je podzielić na środki ochronne – pudry, maści oraz środki wybielające – ocet (do picia), sok z cytryny, kamfora, wafelki ze związkami arsenu (blokowały hemoglobinę we

<sup>2</sup> Do dziś potocznie o arystokracji mówi się, że w ich żyłach płynie błękitna krew.

krwi) (Gromkowska – Melosik 2013). Kobiety, wychodząc na świeże powietrze, nie tylko zabezpieczały twarz i dłonie kosmetykami, ale także używały rękawiczek, kapeluszy i parasolek blokujących dopływ światła do skóry. „Wynalazkiem” epoki wiktoriańskiej był fosforyzujący puder do twarzy, używany przez kobiety w czasie przedstawień teatralnych. Podczas gdy na sali panował mrok, twarze kobiet pokryte pudrem dawały blask (umożliwiając także zlokalizowanie takiej kobiety na widowni) czyniąc kobiety widocznymi i piękniejszymi (Gromkowska – Melosik 2013).

Początek XX wieku to czas ambiwalentnego stosunku do opalania. Z jednej strony pojawiają się publikacje, mające swe źródło jeszcze w poprzednim stuleciu, ostrzegające przed ekspozycją słoneczną, namawiające do używania kosmetyków wybielających i chroniących przed słońcem, jak maść z ogórków i tlenku cynku, mąka z bobu, sok z gruszek (Courtine, 2014). Część tych medycznych prac wiązała promieniowanie ultrafioletowe (UV) z rozwojem nowotworów (Walpowitz, Gilchrest, 2006). Jednocześnie pojawiają się pierwsze prace łączące bladłość skóry z objawami choroby oraz doniesienia o „tatuowaniu twarzy i policzków” kobiet nadmiernie bladych. Terapia światłem zaczęła być używana jeszcze w XIX wieku do leczenia gruźlicy<sup>3</sup>, depresji czy napadów szaleństwa (Sarnoff, 2011). W 1903 roku Niels Ryberg Finsen otrzymał Nagrodę Nobla za odkrycie terapeutycznego wpływu promieniowania ultrafioletowego na leczenie gruźlicy (Gilchrest, 2008).

Powszechnie przyjmuje się, że w XX wieku opaleniznę „wynalazła” Coco Chanel w latach dwudziestych, przypadkiem spędzając czas na jachcie (Fitzpatrick, 2014; Gilchrest, 2008; Sarnoff, 2011). Niektórzy zainteresowania

ciemną karnacją upatrywali w wyglądzie opalonych żołnierzy wracających z frontu II wojny światowej. Jednak wielu autorów neguje te fakty, upatrując czynników sprawczych w innych wydarzeniach (History Today, 2008; Ory w: Courtine, 2014; Martin i in., 2009). W literaturze poświęconej historycznemu ujęciu problematyki karnacji i opalenizny można znaleźć dwa przełomowe fakty. Pierwszy to działalność Johna Harveya Kellogga (1852–1943), który – obok wynalezienia płatków śniadaniowych, masła orzechowego i koca elektrycznego – jest uważany za twórcę helioterapii i konstruktora pierwszego łóżka do opalania (History Today 2008). Kellog w 1902 roku opisywał skutki uboczne stosowania światła podczerwonego w terapii gościca: (...) *Jeśli aplikacja jest powtarzana wiele razy, części zabarwiają się, stają się brązowe tak jak wtedy, gdy powierzchnia (skóry) wystawiona jest na promieniowanie słoneczne* (History Today, 2008, s. 31). Kelloga interesowało właśnie to prozdrowotne zastosowanie naturalnego światła. Helioterapię wprowadził w ramach swojego holistycznego podejścia do leczenia pacjentów w sanatorium w Battle Creek. W tym samym czasie rozwijały się ruchy społeczne nawiązujące do prymitywizmu i nawołujące do wielbienia słońca jako leku na dolegliwości cywilizacyjne. Pojawiają się naturyści a słońce leczy jednocześnie ich ciała i dusze (History Today, 2008).

Drugim opisywanym w literaturze przełomem jest opiniotwórcza rola magazynów kobiecych – „Vogue” i „Harper’s Bazaar” w Stanach Zjednoczonych oraz „Marie-Claire” we Francji. Wraz z rosnącą świadomością zdrowotną opalenie stało się indywidualnym wyborem jednostki. Analiza artykułów prasowych i reklam z lat 1920, 1927, 1928 i 1929 z „Vogue” i „Harper’s Bazaar” pokazuje, iż w latach 1928–29 znacząco wzrosło zainteresowanie opalaniem, o czym świadczy zarówno ilość artykułów i reklam promujących ciemniejszą karnację (Martin, Ghaferi, Cummins,

Mamelak, Schmults, Parikh, Speyer, Chuang, Richardson, Stein, Liégeois, 2009). Dokonuje się przewrót myślowy, jednak wiele przemian społeczno-gospodarczych go ułatwia. Przede wszystkim rozpoczęta w XIX wieku rewolucja przemysłowa zmieniła postrzeganie pracy – wraz z industrializacją rolnictwo zaczęło tracić na znaczeniu na rzecz produkcji przemysłowej, a opalonego wieśniaka zastąpił błąd robotnik fabryczny. Wyższe sfery nie mogły dłużej odróżnić się od warstwy pracującej bladłością cery. Opalenizna stała się wyróżnikiem wysokiej pozycji społecznej. Jej zdobywanie stało się możliwe dzięki wprowadzeniu płatnych urlopów, w czasie których opalenie stało się nie tylko formą relaksu, ale swoistą modą napędzającą nowe gałęzie jak turystyka. Rozpoczęła się gra socjosolarnej semiotyki (History Today, 2008). Jak pisze Pascal Ory: (...) *aby przeanalizować taki przewrót, należałoby uruchomić wszystkie porządki interpretacji. Porządek polityczny, który wystawia „ciało społeczne” na wolne powietrze podczas lekcji wychowania fizycznego, a potem w czasie płatnych urlopów, w jeszcze większym stopniu porządek ekonomiczny, który skłania coraz bardziej zurbanizowane i uprzemysłowione społeczeństwo do obalenia epidermicznego kryterium odróżniania – elita będzie się odtąd różnić nie od opalonego wieśniaka, lecz od bladego robotnika czy urzędnika – a zwłaszcza porządek kulturowy, jako epidermiczną formę wielkiego ruchu naturystycznego, który będzie wywoływał protesty przez stulecie* (w: Courtine, 2014, s. 134). Ciało opalone to ciało będące synonimem zdrowia, świeżości i witalności. „Trening skóry” zaczyna się już w niemowlęctwie – matki podają dzieciom potrawy bogate w beta-karoten, by uczynić ich skórę brzoskwiową. Blade dziecko jest podejrzewane o anemię, postrzegane jako chorowite i mające za mało ruchu na świeżym powietrzu, za co winą obarcza się rodziców.

Od czasów Coco Chanel koncepcja „atrakcyjnej opalenizny” na dobre zakorzeniła się

w przekonaniach społecznych i mimo dostępnej wiedzy medycznej na temat szkodliwości opalania (uszkodzenie DNA, starzenie się skóry, nowotwory skóry), (Garone, Howard, Fabrikant, 2015), wciąż motywuje jednostki do oddawania się przyjemności kąpieli słonecznych (Gilchrest, 2008).

Wiek XX to unaukowanie dyskursu o opalaniu i bladeści cery. Z jednej strony pojawiają się dowody medyczne na szkodliwość kąpieli słonecznych, zaś z drugiej publikacje dotyczące konsekwencji niedoboru światła i braku wystarczającej ilości witaminy D w organizmie. To z kolei generuje lęk o własne zdrowie, potęgowany przez współczesne globalne przemiany, kreowanie różnych form ryzyka (Beck, 2012) i kulturę lęku (Furedi, 2007), a w konsekwencji prowadzi do uruchomienia procesów rynkowych, konsumpcyjnych mających na celu zmniejszenie ryzyka i lęku.

## Przeгляд współczesnych sposobów opalania

Sposoby opalania ewoluowały na przestrzeni stuleci i zmieniają się wraz ze wzrostem wiedzy oraz postępowaniem naukowym. Wyróżnia się dwa główne sposoby opalania – naturalne i sztuczne. Pierwszy typ wykorzystuje naturalne promienie słoneczne. Drugi obejmuje wszystkie inne sposoby zdobywania opalenizny – począwszy od stosowania samoopalaczy, środków przyspieszających opalenie, poprzez korzystanie z solariów, na opalaniu natryskowym skończywszy.

**Naturalne opalenie na zewnątrz** (*outdoor tanning*) wymaga długiej ekspozycji na słońce, co często jest przeszkodą dla osób pragnących zdobyć upragniony kolor skóry. Postęp w medycynie, farmakologii i kosmologii sprawił, że obecnie istnieje wiele „sztucznych” sposobów zdobywania opalenizny. **Solaria** oferują opalenie typu *indoor tanning* na specjalnych łóżkach (opalanie na leżąco)

<sup>3</sup> W 1903 roku nagrodę Nobla zdobył duński lekarz, Niels R. Finsen, który stosował fototerapię w leczeniu gruźlicy skóry (History Today 2008).



i w tubach (opalanie na stojąco) (Garone i in., 2015). Czas opalania zależy od mocy lamp i zwykle wynosi od 5 do 20 minut (Garone i in., 2015). Solaria wykorzystują sztuczne promieniowanie, działając na zasadzie podobnej do naturalnego promieniowania, a tym samym niosąc podobne zagrożenia do tych, jakie wywołuje nieumiejętne korzystanie z słońca.

**Miejscowe środki samoopalające** (*topical sunless tanners*) to substancje do stosowania na skórę. Występują w postaci żelu, balsamu, kremu, pianki, proszku czy sprayu (Garone i in., 2015). Najpopularniejszą grupę stanowią tu **środki brązujące**, tzw. samoopalacze (*self tanners*). Zawierają zazwyczaj cukier o nazwie dihydroksyaceton (DHA), który działając na skórę powoduje jej brązowienie (Garone i in., 2015). Zostały one odkryte przypadkiem<sup>4</sup> i wprowadzone na rynek w latach 60. XX wieku (Hubert, 2011; Sarnoff, 2011). Samoopalacze uchodzą za kosmetyki bezpieczne (mogą je stosować nawet kobiety w ciąży), gdyż działają tylko na zewnętrzną warstwę naskórka, która ulega ciągłemu złuszczeniu. Nieumiejętne stosowanie tych preparatów może prowadzić do nieestetycznych przebarwień i plam na skórze (Garone i in., 2015).

Inną formą jest opalanie natryskowe (*Spray Tanning*), które polega na nałożeniu mgiełki z preparatu brązującego na całe ciało w gabinecie kosmetycznym. Forma ta wydaje się być bezpieczna, jednak badacze wskazują na kilka zagrożeń tej metody. Pierwsze to ryzyko zainhalowania się substancjami z mgiełki mimo stosowania środków zabezpieczających twarz jak maseczki. To może wywołać wysypkę, kaszel, mdłości i omdlenia (Garone i in., 2015). Długotrwała ekspozycja na spraye opalające może zwiększać ryzyko chorób układu

oddechowego i nowotworów. Preparaty mogą wywoływać także reakcje alergiczne z powodu zawartych w nich kompozycji zapachowych maskujących przykry zapach będący efektem reakcji chemicznej na skórze po nałożeniu preparatu. Naukowcy zwracają także uwagę na ryzyko alergii spowodowanej parabenami zawartym w sprayach (Garone i in., 2015).

Startery i aktywatory opalania (przyspieszacze) używane są do przyspieszania opalania naturalnego lub w solarium i działają jeszcze przed ekspozycją na promieniowanie poprzez aktywację produkcji barwnika odpowiedzialnego za ciemniejszy kolor skóry – melaniny (Garone i in., 2015). Należy zaznaczyć, że większość preparatów przyspieszających opalanie przeznaczona jest jedynie do stosowania w solarium i nie nadaje się do używania ich podczas ekspozycji na naturalne promieniowanie słoneczne.

Najczęściej stosowane są jednak zwykle kosmetyki do makijażu, które pozwalają na uzyskanie pożądanego koloru skóry (zazwyczaj twarzy i dekoltu) na krótki czas.

Ostatnią grupę stanowią tabletki na opalanie. Są to suplementy diety zawierające głównie beta-karoten, kantaksantynę i tyrozynę. W przypadku dwóch pierwszych substancji, ich zażywanie zabarwia skórę, zaś tyrozyna pomaga w produkcji melaniny (Garone i in., 2015).

### Praktyki opalania w świetle dostępnych badań

Poruszana w tekście tematyka jest terenem słabo eksplorowanym empirycznie. Polskie dane są na ogół fragmentaryczne, a część danych reprezentatywnych pochodzi sprzed kilkunastu lat i mogły one ulec dezaktualizacji. Według raportów TNS OBOP z 2003 roku, 44% Polaków, w tym prawie połowa mężczyzn przyznała, że lubi opalać się na słońcu (Szczęsna, 2003). Opalanie jest praktyką

uwarunkowaną wiekiem – 76% korzystających z kąpeli słonecznych to osoby między 15 a 19. rokiem życia. Osoby 60+ stanowiły 17%. Panowie opalają się w kąpielówkach (99% wskazań), zaś panie w kostiumach dwuczęściowych, eksponujących większą powierzchnię ciała na promieniowanie słoneczne (72%) i w jednoczęściowych (23%). Niewielki odsetek (3%) stanowią najodważniejsze kobiety, które decydują się na opalanie *topless* (Szczęsna, 2003).

Polacy stosują zarówno kosmetyki ochronne (protektory) jak i kosmetyki pielęgnacyjne (stosowane po kąpeli słonecznej) (Marczak 2003b), jednak kosmetyki te nie są zbyt chętnie kupowane. Badania pokazały, że deklaracja ich zakupu uwarunkowana jest płcią (36% kobiet zadeklarowało kupno takiego produktu w porównaniu do 77% mężczyzn, którzy nie zmiarali kupić niczego takiego), wiekiem (90% deklaracji padło z ust osób w wieku 15–29 lat) oraz wykształceniem (46% osób z wyższym wykształceniem deklarowało kupno takiego kosmetyku) (Marczak 2003a). Spośród osób, które zadeklarowały taki zakup 24% przyznało, że będą to środki ochronne, zaś 20% wskazało na środki pielęgnacyjne. Badanie pokazało także, iż Polacy byli raczej tradycjonalistami jeśli chodzi o formę kosmetyku do opalania. Częściej deklarowali wybór opakowań tradycyjnych a nie rozpylaczy – 43% zadeklarowało kupno balsamu, mleczka lub emulsji do opalania w opakowaniu tradycyjnym, zaś 10% – w rozpylaczu. Wśród kosmetyków pielęgnacyjnych, na tradycyjne opakowania emulsji, mleczka lub balsamu zdecydowało się także 43% badanych (Marczak 2003b).

Danych dotyczących korzystania ze sztucznych sposobów opalania jest jeszcze mniej. Z przywoływanych wyżej badań z 2003 roku wynikało, że jedynie 4% badanych zdecydowało się na zakup samoopalacza (Marczak 2003b). Natomiast badania Centrum Badania

Opinii Społecznej z 2003 roku pokazały, że 16% badanych korzystało z solarium, by poprawić swój wygląd i praktyka ta była ściśle skorelowana z płcią respondentów – do korzystania z tego typu usług przyznało się 23% kobiet i 8% mężczyzn. Wśród nich 31% to osoby do 34. roku życia, mieszkańcy dużych miast (28%), z wyższym wykształceniem (37%) oraz deklarujące dobrą lub przeciętną sytuację materialną (łącznie obie kategorie 35%) (Biały 2003). Z kolei badania CBOS z 2009 roku pokazały, że Polacy zaczęli chętniej korzystać z oferty solarium. W 2009 roku było ich 22%. Wśród osób zażywających sztucznych kąpeli dominują kobiety (30% w porównaniu z mężczyznami, którzy stanowili 12%). (Pankowski 2009).

Według danych z 2011 roku w Polsce w tym czasie istniało 8200 gabinetów solaryjnych (Krajewska-Kułak, Kowalewska, Wróblewska, Chilińska, Gołębiwska, Sobocińska, 2011).

Międzynarodowe badania IPSOS na zlecenie firmy *La Roche Posay*, w których wzięły udział 23 kraje pokazują, że (...) *Polacy rzadziej niż badana średnia stosują kremy przeciwśłoneczne (zarówno u siebie, jak i u swoich dzieci, te do twarzy, jak do ciała). Częściej noszą za to okulary przeciwśłoneczne i nakrycia głowy. Mamy ogromny apetyt na słońce i opaleniznę. Zdecydowana większość Polaków lubi opaleniznę i chce przywozić ją z wakacji. Częściej niż inni uważamy również opaloną skórę za pociągającą oraz kojarzymy słońce ze zdrowiem i energią. Aż 71 proc. z nas uważa, że opalenizna nadaje zdrowy wygląd, a 80 proc. uważa opaloną skórę za seksowną! 93 proc. Polaków jest zdania, że słońce dodaje im energii. Ale 49 proc. w słoneczne dni stara się pozostać w cieniu. Wiemy o zagrożeniach związanych z ekspozycją słoneczną, jednak rzadziej zdajemy sobie sprawę, że ryzyko zachorowania na nowotwór skóry jest powiązane również z postępowaniem w przeszłości (w dzieciństwie i okresie dojrzewania). Z drugiej strony mamy wyższą od przeciętnej świadomość,*

<sup>4</sup> Syrop stosowany u dzieci chorych na cukrzycę pozostawiony przez kilka godzin na skórze zabarwił ją na ciemniejszy kolor. Odpowiedzialna była za to substancja o nazwie dihydroksyaceton (DHA).

że ryzyko zachorowania na nowotwór skóry wiąże się z liczbą i wielkością znamion (Kosobudzka, 2015).

Powyższe dane nie pozwalają na wyrowadzenie jednoznacznych wniosków dotyczących postaw i praktyk wobec opalania, pozwalają jedynie na wysnucie hipotez, które wymagają empirycznej weryfikacji.

Praktyki opalania w świetle modelu przekonań zdrowotnych Beckera

W 1974 roku Marshall Becker opublikował model przekonań zdrowotnych, który – mimo upływu lat – jest wciąż stosowany do analiz zachowań zdrowotnych i roli chorego (Rycina 1). Model ten określa szansę na podjęcie przez jednostkę działań na rzecz swojego zdrowia. Wyróżnił w nim czynniki indywidualne,

czynniki modyfikujące oraz prawdopodobieństwo podjęcia działania przez jednostkę. Model ten może mieć zastosowanie w odniesieniu do określenia działań jednostkowych w obszarze praktyk opalania. Wśród czynników indywidualnych Becker wyróżnił postrzeganą podatność na zachorowanie. W przypadku opalania może to być postrzegana podatność na zachorowanie na raka skóry pod wpływem ekspozycji na promieniowanie. Będzie ona oceniana na podstawie czynników modyfikujących, wśród których Becker wyróżnił: płeć, wiek, pochodzenie etniczne, osobowość, wiedzę, sytuację socjoekonomiczną a także istnienie wskazówek postępowania (zaleceń lekarskich, programów profilaktycznych, kampanii informacyjno-edukacyjnych itp.).

W przypadku praktyk opalania można mówić o pewnych czynnikach obiektywnych (niezależnych od jednostki), jak posiadanie jasnej karnacji oraz o czynnikach subiektywnych (zależnych od jednostki), jak wiedza o zagrożeniach związanych z ekspozycją na słońce. Obie grupy czynników będą wpływać na indywidualną percepcję podatności na zachorowanie na nowotwór związany z ekspozycją na słońce. Istnienie wskazówek dotyczących postępowania będzie wpływać na postrzeganie zagrożenia jako realnego lub nie. Indywidualna percepcja oraz czynniki modyfikujące będą z kolei wpływały na prawdopodobieństwo podjęcia określonego działania – ekspozycji na słońce, użycia kosmetyków ochronnych, korzystania ze sztucznych form opalania. Jednostka,

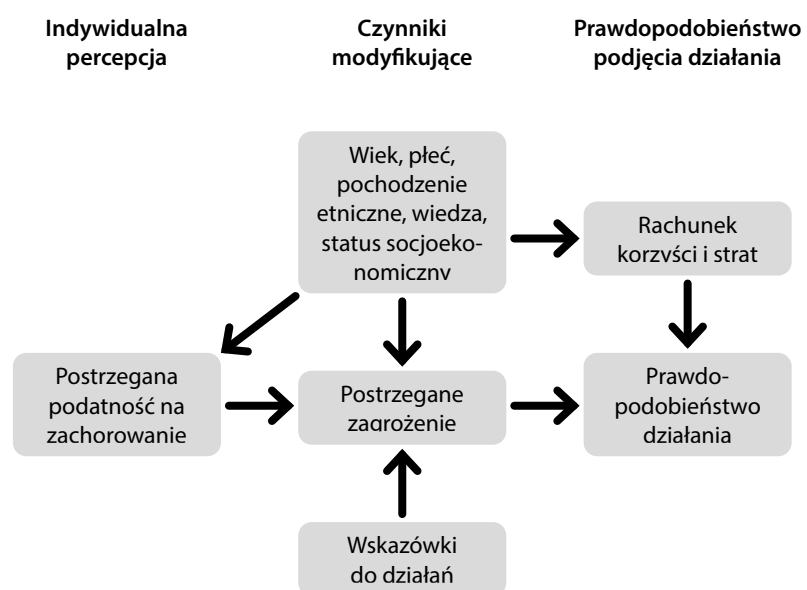
dokonując rachunku zysków i strat, decyduje się na określone działanie.

Model ten wydaje się być efektywnym narzędziem do empirycznych analiz praktyk opalania, jednak – w świetle braku rzetelnych reprezentatywnych badań w Polsce – w chwili obecnej jest prezentowany jedynie jako potencjalna rama analityczna.

### Praktyki opalania – między konsumpcjonizmem a kulturą lęku

Zarówno w odniesieniu do opalania naturalnego, jak i sztucznego pojawił się medyczny dyskurs, a praktyki opalania uzyskały naukowe podstawy. Dowody naukowe wskazują, iż słońce wpływa prozdrowotnie na nasze

Rycina 1. Model przekonań zdrowotnych Beckera



Źródło: Becker 1974



fot. Tomasz Ferenc

zdrowie psychiczne i fizyczne – poprawia samopoczucie, rozgrzewa, dodaje energii, wzmacnia odporność oraz zapobiega krzywicy i osteoporozie (poprzez stymulowanie produkcji witaminy D) (Garone i in., 2015; Gilchrest, 2008; Wolpowitz, Gilchrest, 2006). Ma jednak skutki uboczne, gdyż promieniowanie ultrafioletowe może być przyczyną poparzeń skóry, przyspiesza jej starzenie (tzw. fotostarzenie), wysusza ją, powoduje uszkodzenie DNA i jest odpowiedzialne za powstawanie nowotworów skóry (Gilchrest 2008; Leiter, Garbe 2008; Wolpowitz, Gilchrest 2006). Badania naukowe dowodzą, iż promieniowanie ultrafioletowe typu A (UVA) jest odpowiedzialne za starzenie się skóry i zmarszczki, zaś promieniowanie typu B (UVB) powoduje zaczerwienienie skóry i poparzenia. Oba typy promieniowania związane są z mutacjami DNA i odpowiadają za nowotwory skóry (Garone i in., 2015). W związku z tym sztuczne opalanie w solarium może zwiększać ryzyko zachorowania na czerniaka nawet o 20% (Garone i in., 2015). Przez wiele lat reklamowane przez przemysł kosmetyczny jako bezpieczna alternatywa dla ekspozycji słonecznej okazuje się być równie groźne.

Czerniak złośliwy, to nowotwór skóry, którego występowanie jest charakterystyczne dla rasy kaukaskiej. Rocznie odnotowuje się ponad 10000 zachorowań na świecie (Krajowy Rejestr Nowotworów, KRN). W Polsce częstość zachorowań w 2010 roku wynosiła 1,7% u mężczyzn i 1,9% u kobiet. Od roku 1990 liczba zachorowań zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn systematycznie wzrasta. Ryzyko wzrasta z wiekiem i najwięcej przypadków odnotowuje się między 50. a 64. rokiem życia dla obu płci. W 2010 roku czerniak był odpowiedzialny za ok. 1,4% zgonów nowotworowych wśród mężczyzn i 1,2% zgonów wśród kobiet. Co ciekawe, zachorowalność w 2009 roku w Polsce była dwukrotnie niższa niż średnia dla krajów Unii Europejskiej, zaś umieralność w Polsce jest wyższa o ok. 20% od średniej europejskiej (KRN).

Analiza naukowych publikacji poświęconych opalaniu wskazuje, że przeważają te o wydźwięku negatywnym, pokazujące raczej „ciemną stronę” opalania, zarówno naturalnego, jak i sztucznego.

Analiza praktyk opalania skłania do konkluzji, iż mamy do czynienia z dwiema tendencjami. Z jednej strony naukowe publikacje docierające do opinii publicznej generują lęk o własne zdrowie. Przytaczane wyżej badania pokazują, że Polacy w umiarkowanym stopniu korzystają z kąpeli słonecznych (44%). Praktyka ta związana jest z wiekiem. Część osób deklarowała, iż woli pozostać w cieniu w słoneczne dni. Polacy niezbyt chętnie stosują kremy ochronne i kosmetyki pielęgnacyjne, jednak posiadają wiedzę na temat związku między znamionami a nowotworem skóry. Frank Furedi, opisując kulturę lęku podkreśla, iż ryzyko to (...) *prawdopodobieństwo uszkodzenia, rany, choroby, śmierci lub innego niepowodzenia związanego z ryzykiem* (Furedi, 2007, s. 25). Ryzyko jest tożsame z zagrożeniem i nie chodzi tu tylko o zanieczyszczenie powietrza, huragany, czy odpady toksyczne. Ryzyko to orzeszki ziemne, tampony; mówi się o ryzyku związanym z bieganiem i podróżowaniem (Furedi, 2007). Autor podkreśla również, że koncepcja ryzyka oparta jest na oddzieleniu rzeczywistości (*reality*) od potencjalnej możliwości zajścia jakiegoś zdarzenia definiowanego jako ryzyko (*possibility*). Nie podważa się tu obiektywnego występowania czynników ryzyka, tym samym nie kwestionuje się koncepcji zaproponowanej przez Becka – Furedi jedynie podkreśla to, co opisują również autorzy zajmujący się procesami medykacji – współcześnie ryzyko zajścia niepożądanego zdarzenia, czy wystąpienia choroby jest tożsame z tym zdarzeniem lub chorobą (Furedi, 2007; Moynihan, Heath, Henry, 2002). Bauman pisze, że zdrowie jest utożsamiane z optymalizacją ryzyka (Bauman, 2006, s. 124). Zaś Gałuszka, powołując się na słowa noblisty

w dziedzinie ekonomii, Kahnemana stwierdza: (...) *Odzwierciedlenie świata w naszych umysłach i poznawcza reprezentacja nie stanowi adekwatnej repliki zdarzeń, jest zniekształcona poprzez emocjonalny odbiór. Dlatego też mamy skłonność do przeszacowania występowania ryzykownych zdarzeń, które są intensywnie omawiane publicznie i eksponowane w mediach* (2012, s. 6). W tym kontekście Furedi opisuje, jak w 1995 roku organizacja brytyjska *Health Education Authority* zainicjowała kampanię, która w rezultacie zrównała opalanie z rakiem skóry (2007, s. 45). Autor, powołując się na publikacje naukowe, wskazuje, że świat nauki wciąż jest podzielony i badacze nie są jednomyślni w odniesieniu do związków między czerniakiem a ekspozycją na słońce, jednak media nadały społeczne znaczenie opublikowanym faktom medycznym. W ten sposób słońce ze sprzymierzeńca człowieka stało się jego wrogiem (por. Furedi, 2007, s. 45). Zainicjowano kampanie edukacyjne, powstało wiele organizacji i stowarzyszeń przestrzegających przed ekspozycją na słońce i jednocześnie zaczęły rozwijać się alternatywne sposoby zdobywania opalenizny. Obecnie, posługując się wciąż ramą kultury lęku, można powiedzieć, że zagrożeniem stały się także sposoby opalania uznawane początkowo za bezpieczne. Pisano już powyżej o zagrożeniach związanych z używaniem opalania natryskowego. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) i Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem (IARC) uznały promieniowanie emitowane przez lampy w solarium za jeden z najgroźniejszych czynników ryzyka odpowiedzialnych za nowotwory skóry (Kapka-Skrzypczak L., Krasowska E., Cyranka M., 2011). Kantaksantyna stosowana w pigułkach na opalanie może wywoływać skutki uboczne ze strony przewodu pokarmowego, zapalenie wątroby, retinopatię i anemię (Garone i in., 2015). Z drugiej strony pojawia się coraz więcej naukowych doniesień podkreślających

niedobory witaminy D u ludności poszczególnych krajów i opisujących skutki zdrowotne. Lekarze zalecają sezonową lub całoroczną suplementację, co w konsekwencji stymuluje rynek. W ten sposób biomedyczne ryzyko spotyka się z konsumpcjonizmem, a jednostki żyjące na co dzień w kulturze lęku w obawie przed zagrożeniami w trosce o własne zdrowie sięgają po komercyjne rozwiązania. Warto zastanowić się, gdzie obecnie przebiega granica między wiedzą medyczną a działaniami marketingowymi wykorzystującymi naukowe dowody dla celów ekonomicznych i jak jednostki interpretują informacje o charakterze naukowym do wytwarzania systemu wiedzy laickiej (*lay referral system*). Punktem styczności tych procesów są media, które upowszechniają treści *stricte* medyczne oraz popularnonaukowe i stają się platformą wymiany informacji przez osoby niemające medycznego wykształcenia. W konsekwencji trudno jednoznacznie określić, gdzie przebiega granica między czystą nauką a laicką narracją. Niemniej jednak można mówić o komercjalizacji praktyk opalania – począwszy od branży turystycznej oferującej wyjazdy nastawione na zażywanie kąpeli słonecznych, poprzez kosmetologię, farmakologię i dermatologię oferujące produkty i usługi związane z nabywaniem złocistej karnacji, a skończywszy na przemyśle tekstylnym, oferującym, chociażby rajstopy w kolorze imitującym naturalną opaleniznę. Jeśli odnieść do tego znaczenie ciała we współczesnej kulturze, opisywane na początku, należy oczekiwać rosnącej świadomości i większego zainteresowania problematyką opalenizny we współczesnych społeczeństwach zachodnich.

### Współczesne funkcje opalania

Na zakończenie można wskazać funkcje opalania w wymiarze jednostkowym i społecznym. Pierwszą z nich będzie **funkcja zdrowotna** – opalanie stymuluje układ odpornościowy, produkcję witaminy D oraz reguluje pracę układu

hormonalnego. Ponadto ciepło słoneczne rozgrzewa i dodaje energii. Terapia światłem i helioterapia wykorzystywane są także do leczenia określonych schorzeń skóry. Z drugiej strony opalanie staje się zagrożeniem dla zdrowia, gdyż jest związane z ryzykiem zachorowania na czerniaka złośliwego. Ponadto opalanie może być uzależniające. Często opalana skóra ulega wysuszeniu i jest narażona na szybsze starzenie się.

Drugą funkcją jest **funkcja estetyczna** – ciało opalone jest postrzegane jako zadbane, młodsze i piękniejsze. Osoby posiadające złotą karnację ocenia się jako piękniejsze.

Trzecia funkcja może być nazwana **prestiżową, statusową**. Osobom o ciemniejszej karnacji przypisuje się więcej pozytywnych cech społecznych – postrzega się je jako lepiej radzące sobie w życiu, posiadające więcej dochodów, aktywnie spędzające czas na świeżym powietrzu. Naturalna opalenizna może być zdobywana w wielu miejscach będących synonimem luksusu.

Kolejną funkcją jest **funkcja ekspresyjna**. Jednostka opalająca się robi to, by zmanifestować swoją przynależność do określonej kategorii lub grupy społecznej, swoje bogactwo, preferencje turystyczne lub sposób spędzania czasu wolnego.

Ostatnią funkcją jest **funkcja ekonomiczna**, która powinna być rozważana na poziomie makrostrukturalnym. Opalanie (ale także unikanie słońca) napędza gospodarki państw. Rozwijają się branże oferujące produkty i usługi dla osób dbających o swe ciała i karnację.

## Podsumowanie

W kolejnych częściach artykułu nakreślono historyczny i kulturowy zarys postrzegania opalenizny i bladości skóry, zaprezentowano dostępne dane empiryczne dotyczące praktyk opalania, zilustrowano najpopularniejsze sposoby zdobywania opalenizny oraz przedstawiono zagrożenia związane z praktykami

opalania a także brakiem ekspozycji na słońce. Opracowanie nie wyczerpuje tematu, a jednocześnie ukazuje niedostatki empiryczne w tym obszarze. Artykuł nie daje także jednoznacznej odpowiedzi o kulturowy ideał cery – czy jest to cera alabastrowa czy opalona. Warto jednak podkreślić, że jest on silnie uwikłany w medyczną wiedzę, procesy komercjalizacji praktyk cielesnych, a także współczesne ryzyko jako nieunikniony skutek postępu ludzkości. ☹

**Magdalena Wieczorkowska**, doktor nauk humanistycznych, socjolog, kierownik Zakładu Socjologii na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Autorka publikacji (artykułów naukowych, rozdziałów w monografiach, współredaktorka monografii) z zakresu socjologii medycyny i socjologii ciała. Recenzent w krajowych czasopiśmiech socjologicznych. Jej główne zainteresowania koncentrują się wokół procesów medykalizacji oraz starzenia się społeczeństwa.

### Afiliacja:

Zakład Socjologii

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

ul. Lindleya 6, 90-131 Łódź

e-mail: magdalena.wieczorkowska@umed.lodz.pl

## Bibliografia

- Arcimowicz, K. (2015). Współczesny ideał męskiego ciała – wybrane aspekty problematyki, *Folia Sociologica*, 55/2015, 57–76.
- Bauman, Z. (2006). *Płynna nowoczesność*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Beck, U. (2012). *Spółczesność światowego ryzyka*. Warszawa: Scholar.
- Becker, M.H. (ed). (1974). The health belief model and personal health behavior, *Health Education Monographs*, 2, 324–508.
- Biały, K. (2003). *Dbłość o własną sylwetkę*, komunikat CBOS, BS/154/2003.
- Brytek – Matera, A. (2008). *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa: Difin.

- Buczowski, A. (2005). *Spółeczne tworzenie ciała*. Kraków: UNIVERSITAS.
- Courtine, J.J. (2014). *Historia ciała*. Tom III. Gdańsk: słowo/obraz terytoria.
- Cybulska, A. (2017). *Czy jesteśmy zadowoleni ze swojego wyglądu?*, komunikat CBOS, nr 104/2017.
- Elias, N. (1980). *Przemiany obyczajów w cywilizacji Zachodu*. Warszawa: PIW.
- Fitzpatrick, L. (2014). From Elizabeth Bennet to Barbie. Sun Tanning Through the Ages. *JAMA Dermatology*, April, Volume 150, Number 4, 406, doi:10.1001/jamadermatol.2013.10436
- Foucault, M. (1993). *Trzeba bronić społeczeństwa. Wykłady w College de France, 1976*. Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Furedi, F. (2007). *Culture of fear revisited*. Trowbridge, Wiltshire: Cromwell Press Ltd.
- Galuszka, M., Wieczorkowska, M. (red.) (2012). *Spółeczne, kulturowe i polityczne uwarunkowania ryzyka zdrowotnego*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.
- Garone, M., Howard, J., Fabrikant, J. (2015). A Review of Common Tanning Methods, *Journal of Clinical Aesthetic Dermatology*. February, 8(2): 43–47, doi: 10.1016/j.det.2008.11.008
- Giddens, A. (2008). *Konsekwencje nowoczesności*. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Giddens, A. (2010). *Nowoczesność i tożsamość*. Warszawa: PWN.
- Gilcrest, B.A. (2008). Sun exposure and vitamin D sufficiency. *American Journal of Clinical Nutrition*, 88, 570S–577S.
- Gromkowska – Melosik, A. (2013). *Kobieta epoki wiktoriańskiej. Tożsamość, ciało i medykalizacja*. Kraków: Impuls.
- Hubert, A. (2011). *Jak działają samoopalacze*. Pobrane z: <<http://www.farmacjajia.pl/zdrowie/kosmetyki-w-aptece/jak-dzialaja-samoopalacze.html>>.
- I should Coco (2008). *History Today*, p. 31–33.
- Kapka – Skrzypczak, L., Krasowska, E., Cyranka, M., (2011). Negatywne skutki zdrowotne korzystania z solarium, *Zdrowie Publiczne*, 121(2), 167–173.
- Kosobudzka, M. (2015). *Co Polacy wiedzą o opalaniu*, pobrane z: [http://wyborcza.pl/TylkoZdrowie/1,137474,17830548,Co\\_Polacy\\_wiedza\\_o\\_opalaniu.html](http://wyborcza.pl/TylkoZdrowie/1,137474,17830548,Co_Polacy_wiedza_o_opalaniu.html)
- Krajewska-Kułać, E., Kowalewska, B., Wróblewska, K., Chilińska, J., Gołębiowska, A., Sobocińska, A. (2011). Postawy studentów wobec korzystania z solarium i kąpieli słonecznych. *Problemy Pielęgniarstwa*, 19(3), 322–328.
- Leiter, U., Garbe, C. (2008). Epidemiology of melanoma and noonmelanoma skin cancer – the role of sunlight, *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 624, 89–103.
- Lemke, T. (2010). *Biopolityka*. Warszawa: Wydawnictwo Sic!.
- Mandal, E. (2004). Ciało jako proces – ciało jako obiekt. Obraz ciała u studentów Akademii Wychowania Fizycznego i studentów kierunków akademickich, *Czasopismo Psychologiczne*, 10 (1), 35–47.
- Marczak, A. (2003a). *Balsamy, olejki, kremy... Z czym na słońce idziemy?*, raport TNS OBOP.
- Marczak, A. (2003b). *Lubimy tradycyjne kosmetyki do opalania*, raport TNS OBOP.
- Martin, J.M., Ghaferi, J.M., Cummins, D.L., Mamelak, A.J., MD, Schmults, C.D., Parikh, M., Speyer, L.-A., Chuang, A., Richardson, H.V., Stein, D., Liégeois, N. J. (2009). Changes in Skin Tanning Attitudes. Fashion Articles and Advertisements in the Early 20th Century, *American Journal of Public Health*, December, Vol. 99, No. 12, p. 2140–2146, doi: 10.2105/AJPH.2008.144352
- Moynihan, R., Heath, I., Henry, D., (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering, *British Medical Journal*, vol. 324, 13 April, 886–891.
- Pankowski, G. (2009). *Polak zadbane. Troska o sylwetkę i własne ciało*, raport z badań CBOS, BS/130/2009.
- Pastuszek, J. (2007). Słońce w pigułce, *Wysokie Obcasy*, pobrane z: <<http://www.wysokie-obcasy.pl/wysokieobcasy/1,96856,4376878.html?disableRedirects=true>>.
- Sarnoff, D. (2011). The Tale of Tanning. From Pale to Bronze and Back Again, *Beauty, The Skin Cancer Foundation Journal*, p. 18–20.



Shilling, Ch. (2008). Kultura „rola chorego” i konsumpcja zdrowia. W: P. Sztompka, M. Bogunia Borowska (red.), *Socjologia codzienności*. Kraków: Znak.

Shilling, Ch. (2010). *Socjologia ciała*. Warszawa: PWN.

Szczęsna, M. (2003). *Jak lubimy się opalać?*, raport TNS OBOP.

Wolpowitz, D., Gilchrest, B.A. (2006). The vitamin D questions: how much do you need and how should you get it?, *Journal of the American Academy of Dermatology*, 54, 301–317, DOI: 10.1016/j.jaad.2005.11.1057

Vigarello, G. (2011). *Historia ciała. Od renesansu do oświecenia*. Tom I. Gdańsk: słowo / obraz terytoria.



## **Alabaster Complexion Versus Tanned Complexion – Contemporary Practices of Sun Tanning**

### **Abstract**

Throughout decades, light complexion was a synonym of beauty, charm and was characteristic of women from upper classes. Women from lower classes, who worked physically had tanned skin. Thus, complexion was a distinctive feature of class affiliation.

At the turn of centuries within frames of the Western culture there was a significant shift in the perception of the tanned complexion. Nowadays it is seen as a sign of health, vitality and the beauty. Persons with pale skin are perceived as sick and weak. The desire to have a sun tan is highly determined by the culture and characteristic of the white race.

The aim of the paper is historical presentation of the sun tan perception as well as tracing contemporary methods and practices of getting sun tan. The paper presents available empirical evidence that depicts attitudes toward sun bathing as well as toward artificial tan. As it is presented, the phenomenon is poorly empirically explored, thus making scientific analyses difficult. Reflections are framed within sociology of the body. Tanning practices are embedded in the context of the consumption society while the medical discourse focused around benefits and threats of tanning is embedded on frames of the culture of fear.

### **Keywords:**

tanning practices, risk, culture of fear, consumption society, skin cancer.