



**Anna Brandt**

Uniwersytet Śląski  
E-mail: ann-ya@wp.pl

**Krystyna Buszman**

Uniwersytet Śląski  
E-mail: kbuszman@us.edu.pl

Za gruba, za chuda, nieładna –  
problem społecznej stygmatyzacji  
osób o ciele nieidealnym / *Too fat, too  
thin, unattractive – the social stigmatization of  
individuals with imperfect body*

**Abstract**

The aim of this paper is to present the phenomenon of social exclusion of persons whose body has been deformed due to disease process. Modern concepts of stigmatization and sociocultural aspects, which can be the background of social exclusion process, are going to be shown. Authors' own research focused on how the bodies of women after mastectomy and those suffering from anorexia are perceived in the society. In the lights of obtained results, stigmatization process is in the more advanced stage in women with anorexia than in those after mastectomy. In women after mastectomy it stops on social labeling, but in the context of anorexia it reaches the stage of social rejection according to Link and Phelan's (2001) theory, which can be connected with social attribution of responsibility for having a stigma (somatic vs mental illness).

**Keywords:** stigmatization, somatocentric attitudes, breast cancer, anorexia

*„Wszyscy ludzie są piękni – w zasadzie  
w wielu czasopismach  
nie publikuje się zdjęć osób  
nieatrakcyjnych fizycznie”  
(Głębocka, 2009: 163)*

## 1. ROLA ASPEKTÓW SOCJOKULTUROWYCH W POSTRZEGANIU KOBIECEGO CIAŁA

Ciało ludzkie w tradycji antropologicznej pojmowane jest jako konstrukt kulturowy. Stanowi ono nośnik znaczeń, przedmiot badań dla naukowców różnych dziedzin, którzy starają się zanalizować sposób jego funkcjonowania w przestrzeni publicznej jako obiektu kultu i zainteresowania. Współcześnie ciało, jego atrakcyjność, sposób jego prezentowania, jest postrzegane jako komunikat społeczny. Jak uważa Głębocka (2009: 9), „może być dla człowieka źródłem radości lub cierpienia, nie tylko w wymiarze zdrowia i choroby, jego funkcjonowania czy sprawności, ale także wyglądu”. Innymi słowy, sposób postrzegania własnego ciała i subiektywne znaczenie poczucia atrakcyjności istotnie wpływają na samopoczucie i funkcjonowanie jednostki. Bauman (1995: 70) wyraźnie twierdzi, że ciało ludzkie jest wytworem społecznym i „podobnie jak jego myśli i uczucia, jest wystawione na działanie społeczeństwa”. Współcześnie tożsamość – jej pojęcie – nie odnosi się jedynie do aspektów mentalnych, lecz zostaje „przeniesiona na powierzchnię – zaczyna być odgrywana poprzez ciało, które staje się zarówno ośrodkiem tożsamości jak i sposobem jej ekspresji” (Melosik, 2010: 18-19).

W naukach psychologicznych zaobserwować można dwa nurty w konceptualizowaniu ciała. Zgodnie z pierwszym ciało jest: „kotwicą własnej tożsamości” (Allport, 1998, za: Sakson-Obada, 2009: 15), „miejscem, przez które przepływa każde doświadczenie” (Kruger, 2002, za: Sakson-Obada, 2009: 15), „zapewniającym naturalny punkt odniesienia dla tego wszystkiego, co przytrafia się organizmowi na zewnątrz i wewnątrz” (Damasio, 2001, za: Sakson-Obada, 2009: 15). Podejście to akcentuje rolę doznań pochodzących z ciała dla kształtowania się poczucia własnego „ja”. Niewątpliwie znaczenie dla postrzegania swojego ciała i jego atrakcyjności mają aspekty socjokulturowe oraz współcześnie promowane standardy piękna, które za atrakcyjne uznają ciała szczupłe, sprawne fizycznie i symetryczne. Istotność przypisywana ciału może być wyrazem internalizacji kulturowych oczekiwań (Krzemionka-Brózda, 2008: 224), a uwewnętrzniony przekaz, w myśl którego „wygląd ciała, niczym wizytówka czy reklama, stanowi o pierwszym wrażeniu, jakie osoba wywiera na innych, i ma istotne znaczenie w nawiązywaniu kontaktów społecznych (Kuleta, 2008: 209).

Z punktu widzenia feministek wymogi stawiane kobietom odnośnie bycia piękną są instrumentem opresji, gdyż w obliczu takich oczekiwań kobieta uważa swoje ciało za „niedokończone dzieło” – oglądając swe lustrzane odbicie, pragnie dostrzec społeczne wartości zawarte w pojęciu kobiecości. Czyni to kobietę „więźniem swojego ciała” i jednocześnie degraduje jej pozycję społeczną wobec mężczyzn poprzez podsycanie czujności w zakresie kontrolowania wyglądu i parametrów własnego ciała (Melosik, 2010: 21-23).

Percepcja piękna jest silnie uwarunkowana kulturowo. W niektórych kręgach uroda uważana jest za naczelną wartość (kultura Zachodu), w innych natomiast jest wymiarem pozbawionym szczególnego znaczenia (np. kraje rabskie).

Polska należy do kręgu, w którym od kobiet wymaga się szczupłego, idealnie proporcjonalnego i symetrycznego ciała (Głębocka, 2009).

## 2. POSTAWY SOMATOCENTRYCZNE

Turner (1992, za: Schilling, 2010) posługuje się terminem „społeczeństwo somatyczne”, aby podkreślić fundamentalne znaczenie ciała dla wszelkich zjawisk społecznych i psychologicznych. Współczesne trendy upowszechniają wartość ciała idealnego i koncentrują uwagę szczególnie na „ja” cielesnym, przy zaniedbaniu innych aspektów, co może wiązać się z niekorzystnymi konsekwencjami zdrowotnymi.

Kubacka-Jasiecka (2008: 186) proponuje zrezygnować z terminu „ucieleśnienie ja”, ze względu na jego wieloznaczność. i zastąpić go pojęciem „nastawienia somatocentrycznego”, które zdaniem autorki lepiej oddaje procesy nadawania pierwszoplanowej wartości fizyczno-cielesnemu aspektowi „ja”. Procesy somatocentryzacji rozumie ona jako:

- „nadawanie pierwszoplanowego znaczenia i wartości fizyczno-cielesnemu aspektowi Ja;
- kształtowanie koncepcji Ja jako zdominowanej przez Ja cielesne;
- stałe dążenie do społecznego dowartościowania ciała”.

Postawa somatocentryczna jest zatem skłonnością jednostki do nadawania szczególnej istotności wyglądowi zewnętrznemu oraz obdarzania ciała nadzwyczajnym znaczeniem. Tego typu przekonania zdają się być znakiem współczesnych czasów i, z jednej strony, mogą nieść za sobą pozytywne konsekwencje w postaci rozwijania postaw prozdrowotnych, a, z drugiej strony, generować mogą poczucie niespełnienia obowiązujących standardów oraz nadmierne zaabsorbowanie sferą cielesną.

Współczesnych estetów niepokoi pewna tendencja, jaką jest dążenie do ujednoczonego standardu piękna, który Rogers (2003: 81) określa mianem „kulturowego plastiku”. Według autora „zamiast różnicować swe ciała większość ludzi będzie je standaryzować, wzorując się na wizerunkach popularyzowanych przez ikony, takie jak Barbie i Madonna”. Autorzy podkreślają, że człowiek dąży do upodobnienia swojego wyglądu do obecnie lansowanych kategorii estetycznych.

Współczesna kultura posługuje się często metaforami, takimi jak „kultura obrazu, kult ciała”. Pojęcia te dotyczą postępującej estetyzacji życia codziennego, przewagi sfery wizualnej, a także pozytywnego wartościowania piękna ludzkiego ciała, zdrowia i młodości. W mass-mediach lansowany jest obraz kobiety młodej, szczupłej, posiadającej oczywiście obie piersi (Ratkowska, 2007: 75). Wymogi te, kierowane również do kobiet po mastektomii, wydają się być szczególnie krzywdzące i komplikujące jeszcze bardziej ich sytuację psychiczną. Koncentracja na ciele oraz społeczno-kulturowy imperatyw bycia pięknym są dla nich dodatkowym obciążeniem. Postęp naukowy otwiera szerokie perspektywy poprawienia swojego wyglądu, polegające m.in. na możliwości zrekonstruowania gruczołu piersiowego, jednak, mimo powszechnej presji i „dyktatury” pięknego

wyglądu, nie wszystkie kobiety decydują się na taki zabieg. Osoby uznane za piękne wzbudzają w otoczeniu więcej pozytywnych skojarzeń, które są generalizowane na wiele sfer funkcjonowania, co stwarza warunki dla wchodzenia w wiele gratyfikujących interakcji. Warto nadmienić, iż wygląd osobisty odgrywa ważną rolę nie tylko w tworzeniu związków, ale również w ich utrzymywaniu. Uroda partnera jest dla drugiego nagradzająca i bywa traktowana jako zasób, jaki partner wnosi w związek.

### 3. MEDIALIZACJA CIAŁA

Również Głębocka (2009) podkreśla rolę mediów w kształtowaniu wytycznych, jakie powinno spełniać piękne ciało oraz unaocznia jak dziennikarze popularyzują stereotypowe treści związane z wyglądem zewnętrznym. Cytuje słowa Nickuły (2008, za: Głębocka, 2009: 38) z jednego z artykułów zamieszczonych w tygodniku „Wprost”: „ludzie piękni rzadziej niż brzydacy chorują, dłużej żyją, są sprawniejsi fizycznie, inteligentniejsi i zdrowsi psychicznie”. Rozpowszechnianie takich informacji może przyczynić się nie tylko do wzmocnienia współczesnych tendencji, zgodnie z którymi ciało wyznacza wartość człowieka (szczególnie kobiety), ale może także podsycać postawę niechęci i odrzucenia wobec osób mniej atrakcyjnych. Zagrożenia, jakie wypływają z takich przekonań, to więc przede wszystkim ryzyko deprecjacji, stygmatyzacji i marginalizacji osób, które swoim wyglądem odbiegają od współczesnych standardów piękna.

Przeglądając medialne obrazy kobiet, można zauważyć, że brak w nich ciał po mastektomii. Jak twierdzi Ratkowska (2007: 78), obecnie panuje nadreprezentacja ciała. W tej kulturze obrazu znaczna część społeczeństwa nie posiada swej reprezentacji w przestrzeni medialnej. Autorka cytuje słowa Baumana (1994: 17, za: Ratkowska, 2007: 82): „w tym świecie istnieć, to tyle co być zauważonym, a miernikiem ważkości, namacalności istnienia jest ilość widzów i słuchaczy oraz ślad odcisnięty w ich świadomości”; i wyraża następującą wątpliwość: „jeśli przyjąć słowa Baumana, to o kobiecym ciele po amputacji piersi możemy powiedzieć tyle, że... nie istnieje”. Zdaniem autorki, ani jedna z polskich kampanii społecznych nie skonfrontowała się z problemem „bycia Amazonką” w okresie kultu ciała. Milczenie w mediach może być odbierane i przeżywane przez kobiety jako marginalizacja i wykluczenie z życia społecznego.

Świadomość istnienia dysonansu pomiędzy własnym wyglądem fizycznym a społecznie promowanym i lansowanym kanonem piękna jest związane z przeżywaniem uczuć wstydu, lęku, złości, co może prowadzić osobę do przyjęcia autodestruktywnego wzorca przeżywania, np. depresja, izolacja społeczna, unikanie okazji do przeżywania radości (Rybicka-Klimczyk, Brytek-Matera, 2008).

### 4. ZJAWISKO STYGMATYZACJI

Termin „stygmat” został wprowadzony do nauk społecznych i psychologicznych przez Goffmana (1963, za: Świtaj, 2005: 137) na oznaczenie „silnie dyskredytującej właściwości, która sprawia, że osoba ją posiadająca jest postrzegana jako odmienna,

splamiona, pomniejszona, a nawet jako »nie w pełni człowiek«. Kobieta po mastektomii może nosić dwa rodzaje piętna (spośród trzech wyróżnionych przez Goffmana): defekty ciała oraz towarzyszące temu indywidualne skazy postrzegane jako słabość charakteru (np. podwyższony lęk i depresja). Osoba, którą stygmatyzuje deformacja ciała, bywa postrzegana przez pryzmat swojego defektu, choć bardziej zagrażającym zjawiskiem jest „internalizacja piętna” (*self stigma*), czyli odniesienie do siebie negatywnych stereotypów (Dyduch, Grzywa, 2009: 264; Jackowska, 2009: 658; Świtaj, 2005: 139).

Świtaj (2005: 139-140, za: Crocker *et al.*, 1999) wśród wymiarów piętna wymienia m.in.:

- widoczność,
- właściwości estetyczne,
- stopień zakłócenia relacji społecznych,
- stopień „centralności” (tj. wpływ na poczucie tożsamości jednostki),
- odwracalność,
- czas jaki upłynął od czasu wystąpienia stygmatu.

Wyróżnione cechy piętna determinują nie tylko jego subiektywne doświadczenie, lecz również indywidualne strategie radzenia sobie z nim, jak i typy odpowiedzi społecznych jako reakcji na piętno danej osoby (Świtaj, 2005). Wśród tego typu krzywdzących reakcji społecznych Jackowska (2009: 656) wymienia m.in.: dystansowanie się, unikanie, dewaluację i stereotypizację.

Dyduch i Grzywa (2009: 263), przywołując koncepcje Link i Phelan (2001), przedstawiają konceptualizację stygmatyzacji jako wieloetapowego procesu, w którym zaobserwować można następujące fazy, występujące kolejno po sobie, dopełniając się wzajemnie:

1. etykietowanie, inaczej wyeksponowanie i wyartykułowanie społecznych różnic;
2. stereotypizacja, czyli przypisanie do określonego schematu, najczęściej o społecznie negatywnych konotacjach;
3. oddzielenie „nas” od „nich”, tzn. różnice stają się podstawą do uznania odmienności danej osoby i wykluczenia jej poza grupę „normalnych”;
4. dyskryminacja i społeczne odrzucenie, które mogą się wyrażać nie tylko przez wrogość, ale również przez pomijanie, przemilczenie czyjejś obecności (np. brak przestrzeni medialnej dla kobiet o „nieidealnym” ciele”);
5. utrata statusu społecznego – pozycja osoby napiętnowanej zostaje zmarginalizowana, zostaje ona odsunięta od danej grupy społecznej i traci ważną dla siebie rolę.

Przesadna koncentracja na cielesności opisana w powyższych podrozdziałach, może przyczyniać się w sposób znaczący do marginalizacji osób noszących jakiś rodzaj piętna. Goffmanowskie rozważania o piętnie podnoszą również kwestie

jego widoczności, tzn. na ile jest w stanie zakomunikować otoczeniu, że jednostka jest jego nosicielem.

## 5. POCZUCIE WŁASNEJ ATRAKCYJNOŚCI A DEWALORYZACJA CIAŁA U KOBIET O CIELE „NIEIDEALNYM”

Wygląd osobisty odgrywa ważną rolę nie tylko w tworzeniu związków, ale również w ich utrzymywaniu. Atrakcyjność fizyczna jest szczególnie ważna na początku związku, kiedy partnerzy, ulegając pozytywnym stereotypom odnoszącym się do osób atrakcyjnych, uzupełniają deficyty informacyjne na korzyść osoby urodziwej. Osoby wyróżniające się urodą wzbudzają w otoczeniu więcej pozytywnych odczuć oraz wchodzi w więcej przyjemnych interakcji. Uroda bywa traktowana przez badaczy jako zasób jaki partner wnosi w związek, podnosząc tym samym status interpersonalny drugiego (Kryszalowicz, 2008; Nęcki, 1994). Postrzeganie siebie i partnera jako atrakcyjnym ma bardzo duże znaczenie dla funkcjonowania w bliskim związku i jak twierdzi Mandal (2009: 101) wzajemne podobaństwo sobie jest ważne nie tylko na początku, ale również w toku rozwoju bliskiej relacji.

Na poczucie własnej atrakcyjności nie składają się wyłącznie obiektywne wskaźniki atrakcyjności takie jak: stosunek obwodu talii do obwodu bioder, symetria ciała, duże oczy, wysoko umieszczone kości policzkowe, delikatna szczęka, pełne usta (Pietkiewicz, Karniewska, 2003); lecz wpływa na nie również zachowanie partnera (Chybicka, Karasiewicz, 2009). Jak wskazują badania Bielawskiej-Batorowicz (2003), poczucie atrakcyjności, szczególnie tej seksualnej, zależy od poczucia własnej wartości. Co więcej, kobiety ekstrawertywne są pozytywniej nastawione do swojego wyglądu i korzystniej oceniają swoją atrakcyjność. Niezadowolenie z własnego wyglądu pozostaje w istotnym związku z negatywnymi emocjami, przede wszystkim z lękiem i depresją (Głębocka, 2009).

## 6. CEL I PROBLEM BADAWCZY

Celem przeprowadzonych badań było dokonanie analizy percepcji społecznej osób o ciele „nieidealnym” – kobiet chorujących na anoreksję i tych, które zmagają się z rakiem piersi, w wyniku czego przeszły mastektomii, w kontekście istniejących stereotypów oraz groźby napiętnowania bądź wykluczenia społecznego tych osób.

Za podstawę teoretyczną dla zaprojektowania prezentowanych badań posłużyła koncepcja wspomniana powyżej koncepcja procesu stygmatyzacji autorstwa Link i Phelan (2001), składającego się z pięciu etapów: etykietowania, stereotypizacji, oddzielenia „my” – „oni”, dyskryminacji i społecznego odrzucenia oraz utraty statusu społecznego.

W kontekście tak sformułowanego celu niniejszych badań zdecydowano się na postawienie następujących pytań badawczych o charakterze eksploracyjnym:

1. Jak są społecznie postrzegane osoby, których ciało zostało zmienione w wyniku procesu chorobowego – kobiety z anoreksją i po mastektomii?

2. Na jakim etapie jest proces stygmatyzacji obu grup i czy istnieją różnice w postrzeganiu i odbiorze społecznym osób z tymi problemami?

## 7. OPIS BADANEJ GRUPY I METODY BADAWCZEJ

Badania miały charakter ilościowy, anonimowy, dobrowolny i przeprowadzane były w kontakcie indywidualnym. Grupę badaną stanowiły młode osoby dorosłe, które odpowiadały na pytania ujęte w ankiecie, dotyczące: odbioru społecznego osób z anoreksją i po mastektomii, emocji jakie wzbudzają, chęci nawiązania lub podtrzymania z nimi relacji, przekonań na temat ograniczeń w społecznym funkcjonowaniu tych osób. Były to zarówno pytania zamknięte jak i otwarte, pozwalające na swobodną wypowiedź osoby badanej. Ankieta zawierała także kilka pytań, obejmujących dane socjodemograficzne.

W badaniach wzięło udział 100 osób, wśród których 87% stanowiły kobiety, a zaledwie 13% mężczyźni. Średni wiek osób badanych wyniósł ok. 23 lat ( $M=22,98$ ,  $SD=4,13$ ). Ponad  $\frac{3}{4}$  badanych miało wykształcenie średnie (75,76%), a pozostali – wyższe (24,24%).

## 8. WYNIKI

### *ODBIÓR SPOŁECZNY Kobiet z ANOREKSJĄ I PO MASTEKTOMII*

Chcąc poznać, jak młodzi dorośli postrzegają osoby dotknięte wspomnianymi problemami, w przygotowanej ankiecie umieszczono przykładowe rysunki kobiet z obu grup i zadano następujące pytania: a) Co powiesz o wyglądzie tych kobiet?, b) Co powiesz o ich charakterze?, c) Jakie uczucia w Tobie wzbudzają?

Na pytanie o wygląd otrzymano:

**Tabela 1.** Percepcja wyglądu kobiet z obu grup

KOBIE TY Z ANOREKSJĄ		KOBIE TY PO MASTEKTOMII	
To nienormalne	57%	To symbol wygranej walki z chorobą	49%
Świadczy o chorobie	21%	Jest silna	19%
Wygląda dziwacznie i źle	13%	Wygląda normalnie, nie wyróżnia się	18%
Jest nieatrakcyjna, brzydka	9%	Ten widok zatrzaża	10%
		Jest nieatrakcyjna, zdeformowana	4%

Jak można zauważyć, określenia używane do opisu wyglądu kobiet po przebytej mastektomii są w znacznym procencie pozytywne, podczas gdy wygląd kobiet z anoreksją opisywany jest w sposób negatywny.

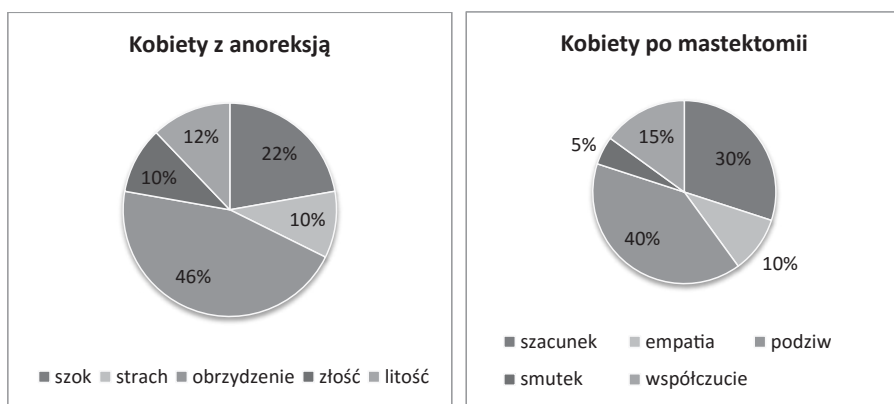
O charakterze tych kobiet badani wypowiadali się następująco:

**Tabela 2.** Percepcja charakteru kobiet z obu grup

KOBIECY Z ANOREKSJĄ		KOBIECY PO MASTEKTOMII	
Zaburzona	49%	Jest silna	21%
Nie da się nic powiedzieć	27%	Nie da się nic powiedzieć o charakterze	79%
Uparta	18%		
Nieźródnoważona	6%		

W pytaniu tym ponownie w odniesieniu do kobiet z anoreksją przeważają określenia negatywnym zabarwieniu emocjonalnym. O kobietach po mastektomii badani wypowiedzieli się pozytywnie bądź neutralnie.

Jeśli zaś chodzi o emocje, jakie wzbudzają kobiety z obu grup wyniki przedstawiają poniższe wykresy:



**Rycina 1.** Procentowy rozkład emocji, jakie wzbudzają kobiety z obu grup

Na powyższych wykresach ponownie zaobserwować można, jak silne uczucia wzbudzają kobiety z anoreksją (46% - obrzydzenie, 22% szok). Kobiety po mastektomii z kolei są podziwiane (40%) i szanowane (30%), co po raz kolejny wskazuje na znaczne różnice w odbiorze społecznym tych osób.

Na podstawie uzyskanych danych dowiedziano zatem, iż kobiety z anoreksją ze względu na swoje wychudzenia i wygląd znacznie odbiegający od codziennego widoku na ulicy, do którego większość ludzi jest przyzwyczajona, są znacznie gorzej odbierane przez społeczeństwo niż kobiety, którym w wyniku procesu nowotworowego odjęto piersi.

#### ZAAWANSOWANIE PROCESU STYGMATYZACJI

By zbadać, na jakim etapie procesu stygmatyzacji, zgodnie z przyjętą w badaniach koncepcją, znajdują się osoby z obu grup, badanych zapytano o następujące kwestie: a) Czy według Ciebie są „normalne”?, b) Czy byś się z nimi zaprzyjaźnił?, c) Gdybyś mógł coś im powiedzieć, co by to było?, d) Czy są jakieś zawody bądź role społeczne, których nie powinny wykonywać?

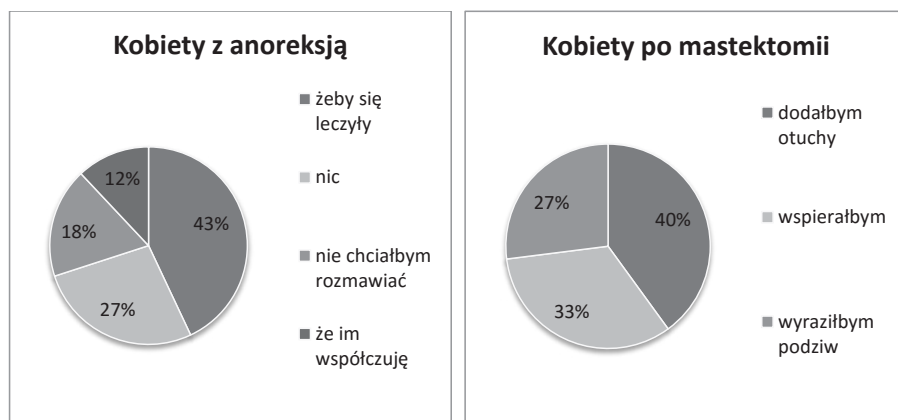


W odpowiedzi na pierwsze pytanie uzyskano pełne (100%) potwierdzenie faktu, iż kobiety po mastektomii to osoby zupełnie „normalne”. W odniesieniu do osób z anoreksją 80% badanych, stwierdziło, że kobiety zmagające się z anoreksją NIE są „normalne”, dodając iż są „zaburzone”, „chore”, „powinny się leczyć”, ale też „zasługują na szacunek”.

W nieco łagodniejszym tonie badani odpowiedzieli na pytanie dotyczące przyjaźni, a mianowicie:

- 100% osób badanych przyznało, że mogłoby zaprzyjaźnić się z kobietą, która przeszła w swoim życiu zabieg mastektomii
- 80% ankietowanych ma podobne odczucia w odniesieniu do osób z anoreksją, pozostałe 20% stwierdziło jednakże, że nie byłoby w stanie przyjaźnić się z takimi kobietami, bo są „zaburzone”, „niezrównoważone”, „nie da się zmienić ich myślenia”.

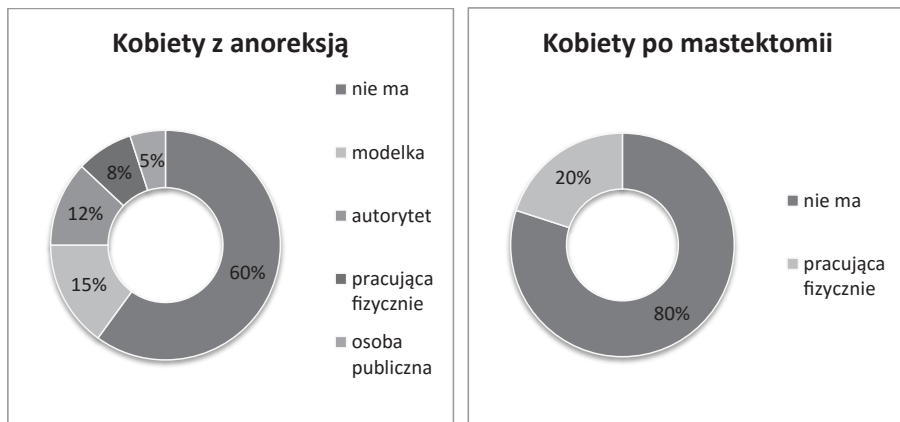
Ciekawe również okazały się wypowiedzi osób badanych na temat słów, które gdyby mieli taką okazję, chcieliby powiedzieć kobietom z anoreksją czy po mastektomii. Zebrane w kategorie wypowiedzi ilustruje kolejny zestaw rycin:



**Rycina 2.** Słowa, jakie badani skierowaliby do obu grup

Jak widać na powyższym zestawieniu, aż 45 spośród osób badanych nie miałyby nic do powiedzenia kobietom z anoreksją. Natomiast do kobiet po mastektomii wszyscy mieliby pozytywny, wspierający przekaz.

Ostatnim pytaniem, jakie zadano w ankiecie osobom badanym, dotyczyło zawodów bądź ról społecznych, których ze względu na swoje ograniczenia związane z chorobą kobiety z anoreksją lub po zabiegu mastektomii nie powinny podejmować. Odpowiedzi zostały zaprezentowane na poniższych wykresach:



**Rycina 3.** Role społeczne i zawody, których kobiety z obu grup nie powinny podejmować

Jak można odczytać na wykresie osoby badane widzą więcej społecznych ograniczeń w zakresie wypełniania ról społecznych i zawodowych dla kobiet chorujących na anoreksję niż tych po zabiegu usunięcia piersi. Można zatem uznać, iż status społeczny kobiet mierzących się z chorobą nowotworową jest wyższy. 12% osób badanych, które uznało, że osoby z anoreksją nie powinny spełniać roli autorytetu społecznego, dopytane wymieniły zawody nauczyciela i lekarza, jako tych cieszących się prestiżem i zaufaniem społecznym. Wynika z tego, że osoby chore na anoreksję są, bądź powinny być, według badanych młodych dorosłych, znacznie mocniej ograniczane w zakresie ich społecznego funkcjonowania w stosunku do kobiet po zabiegu amputacji piersi.

## 9. DYSKUSJA I WNIOSKI

Na podstawie przedstawionych wyników badań własnych można wyciągnąć kilka istotnych wniosków, a mianowicie: osoby badane postrzegają zarówno kobiety z anoreksją jak i te po przebytych zabiegach amputacji piersi w sposób stereotypowy. Osoby z anoreksją w porównaniu do tych po mastektomii odbierane są przez młodych dorosłych bardziej negatywnie. Przyczyn takiego zjawiska można upatrywać we wciąż funkcjonującym w świadomości społecznej lęku przed chorobą psychiczną, na co wskazują również doniesienia innych badaczy (Dyduch, Grzywna, 2009; Jackowska, 2009; Podogrodzka-Niell, Tyszkowska, 2014).

Wśród uczuć jakie wzbudzają kobiety z anoreksją, w badanej grupie dominowało uczucie obrzydzenia (46%), podczas gdy kobiety po mastektomii uruchamiały w ankietowanych osobach podziw (40%) i szacunek (30%), Wyniki te wskazują, jak różne atrybucje przypisywane są chorobie psychicznej w porównaniu z tą o podłożu somatycznym, co również znajduje swoje potwierdzenie w doniesieniach badawczych innych autorów (Stewart, Keel, Schiavo, 2006; Ślubowska i Ślubowski, 2008).

Odpowiadając na drugie pytanie postawione w niniejszym projekcie, ustalono iż proces stygmatyzacji osób z anoreksją jest na bardziej zaawansowanym etapie

niż w grupie kobiet po amputacji piersi. W pierwszej z nich stygmatyzacja osiąga poziom społecznego odrzucenia – wyraźnie uwidacznia się deterioracja wsparcia i zmniejszenie dostępnych sieci społecznych, na których osoba z anoreksją mogłaby się oprzeć. Mniejsza również jest chęć wchodzenia z kobietami z anoreksją w interakcje społeczne – brak ochoty na rozmowę wykazało aż 45% badanych. Skutkuje to trudnościami w relacjach interpersonalnych, jakie często relacjonują osoby z tą problematyką (m.in. Linville i wsp., 2012).

W grupie kobiet po przebytej mastektomii proces stygmatyzacji zatrzymał się jak dotąd na poziomie etykietowania, co również nie jest pożądanym zjawiskiem, gdyż redukuje te kobiety wyłącznie do choroby, nie ma to jednak swojego negatywnego wydzźwięku w zakresie satysfakcji z posiadanych relacji społecznych (Chojnacka-Szawłowska, 1994).

Negatywny odbiór społeczny kobiet zmagających się z anoreksją może wskazywać na atrybucje przyczyn choroby – osoby te są często obwiniane, a w dalszej perspektywie zaczynają obwiniać same siebie za pojawienie się w ich życiu objawów chorobowych, czego dowodzą także Farrell i wsp. (2015) czy Griffiths i wsp. (2015).

Powstaje pytanie: Dlaczego tak chętnie piętnujemy innych? Jakie mechanizmy kierują naszym zachowaniem? Proces etykietowania pomaga nam zrozumieć otaczającą rzeczywistość – porządkuje ją, układa w bardziej logiczne kategorie. Ponadto pozwala to nam na poprawienie samooceny i mniemania o grupie, do której należymy. Co więcej, uprawnia nas do zajęcia bardziej uprzywilejowanej pozycji w społecznej hierarchii. Jednakże takie zachowania wynikają w znacznym stopniu z braku należytej wiedzy (Kudlińska, 2008; Jackowska, 2009).

## 10. OGRANICZENIA I KIERUNKI DALSZYCH BADAŃ

Otrzymane wyniki, choć interesujące, stanowią jedynie niewielki fragment szerszego kontekstu badawczego. Zaprezentowane badania przeprowadzone zostały na stosunkowo niewielkiej grupie młodych dorosłych, gdzie średnia wieku oscylowała ok. 23 lat. Dlatego też zasadnym wydaje się kontynuowanie zgłębiania problematyki stygmatyzacji społecznej w odniesieniu do ciała w innych grupach wiekowych. To umożliwiłoby wyciągnięcie bardziej ogólnych wniosków na temat istnienia i siły zjawiska piętnowania i wykluczania odmienności w polskim społeczeństwie.

Wyciągnięte w ten sposób wnioski mogłyby posłużyć jako podstawa bądź inspiracja dla zaprojektowania programów psychoedukacyjnych, mających na celu marginalizację zjawiska stygmatyzacji poprzez zwiększenie świadomości społecznej i oswojenie ludzi z odmiennością, jako czymś co jest częścią naszego funkcjonowania i co można poznać, a nie z lęku naznaczać i odrzucać.

## 11. LITERATURA

- Bauman Z. (1995). *Ciało i przemoc w obliczu ponowoczesności*. Toruń.
- Bielawska-Batorowicz E. (2003). *Poczucie własnej atrakcyjności seksualnej w okresie menopauzy*. „Przegląd Menopauzalny”, nr 3, s. 67-72.

- Brytek-Matera A. (2008). *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa: Wydawnictwo Difin,
- Chybicka A., Karasiewicz K. (2009). *Zadowolenie z intymnych relacji oraz poczucie własnej atrakcyjności i komunikacji w związkach narzeczeńskich i małżeńskich*. [W:] Rostowska T. (red.). *Psychologia rodziny. Małżeństwo i rodzina wobec współczesnych wyzwań*. Warszawa: Wydawnictwo DIFIN.
- Chojnacka-Szawlowska G. (1994). *Następstwa psychologiczne nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych*. Wrocław.
- Dyduch A., Grzywa A. (2009). *Stygmatyzacja i czynniki ją warunkujące na przykładzie stygmatyzacji związanej z chorobą psychiczną*. „Polski Merkuriusz Lekarski”, nr 26 (153), s. 263-267.
- Farrell N. R., Lee A. A., Deacon B. J. (2015). Biological or psychological? Effects of eating disorder psychoeducation on self-blame and recovery expectations among symptomatic individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 74, s. 32-37
- Głębocka A. (2009). *Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Griffiths S., Mond J.M., Murray S.B., Touyz S. (2015). The prevalence and adverse associations of stigmatization in people with eating disorders, *International Journal of Eating Disorders*, 48, 767–774
- Jackowska E. (2009). *Stygmatyzacja i wykluczenie psychiczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy*. „Psychiatria Polska”, nr 6 (43), s. 655-670.
- Kryszalowicz I. (2008). *Ocena atrakcyjności fizycznej własnej i partnera, taktyki wywierania wpływu a satysfakcja kobiet ze związku*. „Psychologia Jakości Życia”, nr 7, s. 116-138.
- Krzemionka-Brózda D. (2008). *Gdy ciało ciąży. Doświadczanie siebie i swojego ciała przez kobiety z nadwagą*. [W:] Wrona-Polańska H. *Zdrowie – stres – choroba w wymiarze psychologicznym*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Kubacka-Jasiecka D. (2008). *Ja cielesne i problematyka identyfikacji z ciałem w kontekście wartości współczesnej kultury i zdrowia*. [W:] Heszen I., Życińska J. (2008). *Psychologia zdrowia. W poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. Warszawa: Wydawnictwo Academica.
- Kuleta M. (2008). *Doświadczenie lęku społecznego i obraz ciała – wzajemne zależności*. [W:] Wrona-Polańska H. *Zdrowie – stres – choroba w wymiarze psychologicznym*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Kudlińska I. (2011). *Stygmatyzacja społeczna jako perspektywa teoretyczno-badawcza (na przykładzie badań nad stygmatyzacją ludzi biednych)*. *Acta Universitatis Lodzianae. Folia Sociologica*, 38, s. 51-72.
- Linville D., Brown T., Sturm K., McDougal T.: *Eating disorders and social support: Perspectives of recovered individuals*. „Eating Disorders” 2012 vol. 20, s. 216-231
- Mandal E. (2009). *Miłość, władza i manipulacja w bliskich związkach*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Melosik Z. (2010). *Tożsamość, ciało i władza w kulturze instant*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Mirucka B., Sakson-Obada O. (2013). *Ja cielesne od normy do zaburzeń*. Gdańsk: GWP
- Nęcki Z. (1994). *Atrakcyjność wzajemna*. Kraków: Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły
- Pietkiewicz B., Karniewska J. (2003). *Szpetni źle widziani*. „Polityka”, nr 2 (2383), s. 74-77.
- Podogrodzka-Niell M., Tyszkowska M. (2014). *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym*. „Psychiatria Polska” nr 48(6), s. 1201-1211.
- Ratkowska L. (2007). *Przemilczane ciało. Kobieta, pierś, mass-media i mityzacja rzeczywistości*. [W:] Zierkiewicz E., Łysak A. (2007). *Kobieta i (b)rak. Wizerunki raka piersi w kulturze*. Wrocław: MarMar.
- Rogers M.F. (2003). *Barbie jako ikona popkultury*. Warszawa: MUZA.

- Rybicka-Klimczyk A., Brytek-Matera A. (2008). *Wizerunek ciała i jego wymiary a aspekty behawioralne zaburzeń odżywiania u zdrowych kobiet w różnych fazach rozwojowych*. „Endokrynologia. Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii”, nr 4 (4), s. 143-151.
- Sakson-Obada O. (2009). *Pamięć ciała. Ja cielesne w relacji przywiązania i w traumie*. Kraków: DIFIN.
- Schilling C. (2010). *Socjologia ciała*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Siek S. (1984). *Rozwój potrzeb psychicznych, mechanizmów obronnych i obrazu siebie*. Warszawa
- Stewart M.-C., Keel P.K. and Schiavo R. S. (2006). Stigmatization of anorexia nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 39, 320–325
- Ślubowska M., Ślubowski T. (2008). *Problemy psychosocjalne w raku piersi*. „Psychoonkologia”, nr 1.
- Świtaj P. (2005). *Piętno choroby psychicznej*. „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, nr 2 (14), s. 137-144.