



Krystyna Buszman

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

Anna Brandt

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

Ciało poza społecznym kanonem
piękna – ciało odrzucone: perspektywa
osób o ciele „nieidealnym” / *The body
out of the beauty canon – rejected body: the
perspective of individuals with “imperfect” body*

Abstract

The aim of this paper is to present how those individuals whose body has been changed due to disease process (anorexia or oncological pathologies) experience their bodyliness. Authors' own qualitative research among 10 women with anorexia and 10 who undergone mastectomy is going to be shown. Also potential mechanisms which can cause disordered body image and the phenomenon of self-stigma and self-exclusion in these groups will be consider. In the lights of obtained results, sample women feel embarrassed because of the “imperfect” body they have. The aspect of stigma which women after mastectomy internalized the most is the esthetic value, whereas those with anorexia have much difficulties in interpersonal relationships which leads to self-isolation.

Keywords: self-stigma, body image, body concept, anorexia, mastectomy

*Niewykluczone, że może właśnie ciało -
Sposoby obchodzenia się z nim,
Jest znakiem firmowym drugiej połowy
Upływającego stulecia
(Czaja, 2000: 7)*

1. WPROWADZENIE

Według wielu badaczy, współczesny człowiek obdarzył ciało nadzwyczajnym znaczeniem, przyjmując tym samym postawę somatocentryczną, której istota tkwi w nadawaniu szczególnej istotności wyglądkowi ze-

wnętrznemu i w nadmiernym zainteresowaniu sferą cielesną (Kubacka-Jasiecka, 2008). 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, a w skrajnych przypadkach do odrzucania siebie i autodeprecjacji (Rybicka-Klimczyk, Brytek-Matera, 2008).

Osoba, którą stygmatyzuje deformacja ciała, bywa postrzegana przez pryzmat swojego defektu, choć bardziej zagrażającym zjawiskiem jest tzw. „internalizacja piętna” (*self stigma*), czyli odniesienie do siebie negatywnych stereotypów (Dyduch, Grzywa, 2009: 264; Jackowska, 2009: 658; Świtaj, 2005: 139). Przesadna koncentracja na cielesności może przyczyniać się w sposób znaczący do ich marginalizacji, często spowodowanej nie tyle faktycznym odrzuceniem ze strony otoczenia społecznego, co niską samooceną i samoizolacją. Takie wykluczenie wiąże się z obniżeniem poczucia własnego znaczenia i poczuciem nieadekwatności własnego ciała. Piętno może posiadać wymiary różne wymiary, które w mechanizmie samo-stygmatyzacji osoba zaczyna odnosić do samej siebie. Crocker (1999, za Świtaj, 2005: 139-140) wśród wymiarów piętna wymienia m.in.:

- widoczność - odnosząca się do stopnia, w jakim cecha piętnująca rzuca się w oczy,
- zmiany atrybutu w czasie – dotyczą charakteru piętna związanego z jego coraz większą widocznością, bądź postępującym charakterem,
- destrukcyjność (stopień zakłócenia relacji społecznych) – odnosi się do stopnia, w jakim zakłóca płynność kontaktów interpersonalnych,
- właściwości estetyczne – związane z subiektywną reakcją na brzydotę,
- pochodzenie cechy piętnującej, która może odnosić się do osobistej odpowiedzialności za jej wykreowanie,
- niebezpieczeństwo – zagrożenie, jakie w opinii innych może stwarzać dany atrybut.

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.

2. WIZERUNEK CIAŁA A OBRAZ CIAŁA

„Ja” cielesne jest elementem „struktury Ja, organizującym doświadczenia cielesne w postaci reprezentacji, których jakość wyznacza sposób przeżywania siebie, czyli fizyczne poczucie własnej tożsamości” (Sakson-Obada, 2009: 98). „Ja” cielesne stało się jednym z najważniejszych elementów autoprezentacji; traktowane jest jako wizerunek własnej osoby (Kubacka-Jasiecka, 2008: 187).

Rybicka-Klimczyk i Brytek-Matera (2008: 144) definiują wizerunek ciała jako „strukturę umysłową reprezentującą doświadczenia własne – w sferze poznaw-

czej, emocjonalnej i behawioralnej – związane z wyglądem własnego ciała”. Sfera poznawcza wiąże się bezpośrednio z percepcją własnego ciała, myślami i treściami przekonań na temat własnego wyglądu fizycznego. Aspekt emocjonalny dotyczy subiektywnego poczucia zadowolenia bądź niezadowolenia z własnego ciała. W wymiarze behawioralnym istotne są określone zachowania, jakie podejmuje jednostka celem poprawy wyglądu i wzrostu atrakcyjności. Według auterek wizerunek własnego ciała spełnia rolę regulacyjną w zachowaniu jednostki. Głębocka (2009: 20) dodaje i podkreśla znaczenie czwartego aspektu w wizerunku ciała, jakim jest sfera oddziaływań społecznych. Według autorki wizerunek ciała jest tworzony w oparciu o „zinternalizowane wzorce urody oraz informacje płynące z otoczenia”.

Obraz ciała jest pojęciem zbliżonym do wizerunku ciała i przez Fishera (1990, za: Grogan, 1999: 1) jest definiowany jako „spostrzeżenia, myśli i uczucia człowieka odnoszące się do jego własnego ciała”. W definicji tej dostrzec można trzy aspekty: percepcyjny (ocena rozmiarów ciała), kognitywny (ocena atrakcyjności) oraz afektywny (emocje i reakcje towarzyszące ewaluacji). Kearney-Cook (2004, za: Jakubiec, Sękowski, 2008) zauważa potrzebę dodania do definicji komponentu behawioralnego, a więc zachowań o charakterze adaptacyjnym lub kompensacyjnym, które towarzyszą ocenie wyglądu. Podsumowując, obraz ciała stanowi mentalną reprezentację ciała i jest nierozzerwalnie związany z jego oceną. Ma on charakter wielowymiarowy i w znacznym stopniu determinuje sposób, w jaki jednostka postrzega samą siebie i w jaki się do siebie odnosi. Wpływ obrazu własnej osoby na funkcjonowanie człowieka jest szczególnie zauważalny u osób doznających deformacji ciała w wyniku zabiegów chirurgicznych takich jak np. mastektomia oraz w grupie osób z zaburzeniami odżywiania. Do zaburzeń obrazu ciała mogą prowadzić również podwyższony poziom lęku i reakcji depresyjnych oraz chroniczne doświadczanie bólu (Zarek, 2004).

3. OBRAZ SIEBIE I SAMOOCENA W KONTEKŚCIE CHOROBY

Obraz siebie jest integralną częścią osobowości, która w sposób znaczący wpływa na ogólne samopoczucie, światopogląd, relacje społeczne oraz na efektywność w działaniu. Znajomość siebie to świadomość swoich myśli, uczuć oraz postaw. Pozwala ona człowiekowi „być autorem swoich zachowań”. Na bazie obrazu siebie tworzy się samoakceptacja oraz poczucie własnej wartości (Niebrzydowski, 1976, za: Malinowska, 2007: 86). Według Kozielskiego (1986, za: Rostowska, Wałęcka-Matyja, 2003: 8) obraz własnej osoby to inaczej „zbiór sądów i wyobrażeń na temat własnego wyglądu, intelektu, charakteru, dojrzałości emocjonalnej, stosunków z innymi i aspiracji życiowych”. Autor traktuje obraz siebie w kategoriach autoportretu, zbliżając tym samym swoją koncepcję do ujęcia McDowella (1991: 17), według którego obraz własnej osoby to rodzaj „umysłowego zdjęcia, które nosimy wewnątrz siebie”.

Jak twierdzi Offer (1981, 1988, za: Modrzejewska, Badura-Madej, 2008: 685-686), „obraz siebie to całość spostrzeżeń, myśli i uczuć dotyczących własnej osoby,

które mogą być mniej lub bardziej nazwane i mniej lub jaśniej wyartykułowane”. W skład obrazu siebie wchodzi następujące wymiary:

- psychologiczny (emocje, myśli, doświadczenia, stosunek do swojej emocjonalności, kontrola emocjonalna, obraz ciała),
- społeczny (stosunki społeczne, obraz „ja” w relacji do innych),
- seksualny (stopień zintegrowania popędu seksualnego i emocjonalności, postawy wobec seksu),
- rodzinny (klimat emocjonalny, pozycja zajmowana w rodzinie),
- związane z radzeniem sobie (umiejętność adekwatnego przystosowania się i radzenia sobie w sytuacjach nowych, skomplikowanych, trudnych).

Siek (1984: 276) rozumie obraz siebie jako „zorganizowany zespół cech, których jednostka nauczyła się na podstawie wcześniejszych i aktualnych doświadczeń uznawać za własne, pełniący funkcję integrującą struktury osobowości i powtarzalność zespołów schematów zachowań”. Według Brzezińskiej (1973: 91) obraz siebie zawiera następujące elementy:

- dekskryptywny (*self-concept*, czyli wiedza o sobie samym),
- wartościujący (zbiór samoocen – poczucie własnej wartości),
- normatywny („ja” idealne).

Malinowska (2008: 86-87) mówi o istnieniu dwóch nurtów w definiowaniu pojęcia obrazu siebie: klasyfikacje zalicza się do węższych albo do szerszych. Obraz siebie pojmowany wąsko to inaczej samowiedza – świadomość własnych cech, umiejętności i możliwości. Jako przykład takiego pojmowania obrazu siebie autorka przytacza definicję Kozieleckiego (1986, za: Malinowska 2008: 86), który rozumie obraz siebie w kontekście samowiedzy, składającej się z sądów: opisowych (samowiedza), wartościujących (samoocena), o standardach osobistych (pożądana wizja siebie), o regułach generowania wiedzy o sobie (źródła samowiedzy), dotyczących reguł komunikowania wiedzy o sobie. Szersze ujęcie obrazu siebie zostało wzbogacone o element poznawczy i emocjonalny, tzn. poza samowiedzą zawiera ustosunkowanie emocjonalne i ocenę.

Higgins (1987, za: Rybicka-Klimczyk, Brytek-Matera, 2008: 144) wymienia trzy elementy składowe systemu „ja”, które odpowiadają aktualnym, idealnym i powinnościowym cechom nazywanym standardami lub ukierunkowaniami „ja”. W myśl koncepcji autora jednostka zmierza do zmniejszenia dysonansu pomiędzy „ja” aktualnym (czyli takim, jak siebie obecnie spostrzega) a „ja” idealnym (czyli takim, jakim chciałaby siebie widzieć) czy „ja” powinnościowym (czyli jakim w swoim odczuciu powinna być). Istniejące różnice między ww. systemami kształtują niekorzystny rodzaj sytuacji psychologicznej, w której dominuje dyskomfort emocjonalny. W przypadku rozbieżności „ja” aktualnego i „ja” powinnościowego zaobserwować można występowanie permanentnego dystresu, któremu towarzyszą reakcje o charakterze lękowym. Natomiast dysonans między „ja” aktualnym a „ja” idealnym wiąże się z odczuciami depresyjnymi. Wszelkie tego typu rozbieżności przyczyniają się do pogorszenia funkcjonowania jednostek w środowisku rodzin-

nym i społecznym oraz do obniżenia efektywności działań zaradczych. Taki rozdźwięk ma istotne znaczenie w przypadku osób, które uwewnętrzniają piętno ciała „nieidealnego” i przeżywają je jako „wadliwą” część siebie.

4. OBRAZ CIAŁA W MASTEKTOMII – KOMPLEKS POŁOWY KOBIECY

Zabieg amputacji piersi, poza tym, że narusza integralność fizyczną ciała, powoduje poczucie okaleczenia i podważa jednocześnie podstawę psychospołecznej tożsamości kobiety. Zachorowanie na raka i utrata gruczołu piersiowego stanowią zatem zagrożenie dwóch spośród podstawowych dla kobiet wartości: poczucia bezpieczeństwa (poprzez zagrożenie życia) i poczucia własnej tożsamości (Wysocka-Bobryk, Procter, Tchórzewska, 2001: 41). Dla kobiet obraz własnego ciała jest bardzo ważny i, niezależnie od wieku, utrata piersi jest przeżywana przez każdą kobietę w bolesny sposób (Ślubowska, Ślubowski, 2008). Znaczenie utraconego narządu wpływa na proces adaptacji kobiety do zmienionych warunków życiowych, na zakres spostrzeganych zmian i na ich wartościowanie.

Odjęcie piersi, która symbolizuje kobiecość i macierzyństwo, wywołuje stres, poczucie wstydu oraz obawy związane z utraconą atrakcyjnością. Syndrom ten bywa nazywany przez badaczy „kompleksem połowy kobiety” (Chwałczyńska *et al.*, 2004: 312). Symboliczne znaczenie utraconego narządu może stać się determinantą reakcji na jego stratę. Mika (1999) podaje, że utrata piersi rodzi u dotkniętych nią osób poczucie niższej wartości jako kobiety, a także budzi lęk przed rozbięciem rodziny czy małżeństwa. Przyczyn negatywnych reakcji emocjonalnych związanych z mastektomią upatrywać można w uwarunkowaniach kulturowych. Pierś jest symbolem płci żeńskiej i macierzyństwa, a jej utrata może być poważnym zagrożeniem dla poczucia kobiecości i zadowolenia z relacji intymnych. Dla części kobiet sposobem na odzyskanie utraconego poczucia kobiecości jest poddanie się zabiegowi rekonstrukcji piersi, które w świetle badań, koreluje dodatnie z większą satysfakcją z własnego ciała (Parker *et al.*, 2008).

Badania wskazują na duże zróżnicowanie w zakresie obrazu własnego ciała w zależności od przebytego typu zabiegu chirurgicznego. Najkorzystniej oceniają swoje ciało kobiety po zabiegach oszczędzających, następnie kobiety z rekonstrukcją piersi, a najmniej korzystnie kobiety po samej mastektomii (Mock, 1993). Inne problemy kobiet w zakresie akceptacji własnego ciała, które zostały ujawnione w wyniku badań Chwałczyńskiej i wsp. (2004) i są to przede wszystkim poczucie niepełnowartościowości i niepełnosprawności. Dyskomfortowe sytuacje dla kobiet po mastektomii pojawiają się również w życiu codziennym, są to m.in.: niechęć do oglądania swojej sylwetki w lustrze czy konieczność dostosowania ubioru do mankamentów urody. Część kobiet poprzez zatuszowanie odpowiednim strojem przebytej mastektomii stara się uniknąć negatywnych komentarzy i reakcji ze strony otoczenia. Ponadto leczenie hormonalne, które jest bardzo częstą formą leczenia w przypadku nowotworów piersi, niejednokrotnie przyczynia się do niekontrolowanego przyrostu masy ciała i, w konsekwencji, do otyłości. Zmiany w obrębie ciała wśród kobiet po mastektomii stwarzają potrzebę poprawy wyglą-

du w następujących sferach: zmniejszenie wagi ciała, przywrócenie naturalnego owłosienia (gdy w leczeniu została zastosowana chemioterapia) oraz rekonstrukcja piersi. Ponadto, utrata piersi często zbiega się z fizjologiczną, lub farmakologiczną menopauzą, co dodatkowo może zakłócać spostrzeganie własnego ciała przez kobiety, osłabić ich poczucie kobiecości, m.in. poprzez utratę zdolności reprodukcyjnych, pojawienie się dolegliwości typowych dla okresu klimakterium (Sebastian i wsp., 2008).

Podsumowując, wszelkie zabiegi polegające na usunięciu części ciała, powodują ingerencję w obręb tożsamości kobiety – często dochodzi do redefinicji własnej osoby, dokonanej przez pryzmat zmiany w ciele. Nieosiągalny ideał piękna staje się dla kobiet po mastektomii źródłem poczucia nieadekwatności i niskiej wartości. Niespełnienie standardu cielesnego aspektu tożsamości kobiecej powoduje obniżenie samooceny, a tym samym szereg konsekwencji dla funkcjonowania intrapsychniczno, jak i relacyjnego.

5. „JA” REALNE A „JA” IDEALNE – PORÓWNANIE PACJENTEK Z ANOREKSJĄ I PO MASTEKTOMII

W dość specyficznej sytuacji znajdują się pacjenci onkologiczni, gdyż ich „ja” idealne to najczęściej obraz siebie sprzed okresu choroby, stąd znaczne obniżenie samooceny i samoakceptacji u kobiet po odjęciu piersi, świadczące o występowaniu leków oraz o zdawaniu sobie sprawy przez jednostkę ze swojego nieprzystosowania (Wojtyna, Życińska, Stawiarska, 2009; Chojnacka-Szawłowska, 1994).

Adamczak (1988) zwraca uwagę na fakt, że samoocena pozytywna, mierzona w niedługim czasie po zabiegu, ulega stopniowemu i regularnemu obniżeniu. Po upływie około roku od czasu mastektomii nasila się tendencja do krytycznych ocen własnego funkcjonowania. Jako przyczynę tego zjawiska autorka wskazuje na porównania, których dokonuje kobieta, konfrontując siebie z osobami zdrowymi, przy czym spostrzeganie siebie na ich tle powoduje nadmierną samokrytykę.

Szumacher (2010: 6) zauważa, że posługiwanie się w fachowej literaturze terminami „zniekształcenie” czy „okaleczenie”, odnoszonymi się do kobiet po amputacji piersi, nie tylko utwierdza pacjentkę w przekonaniu o własnej ułomności, ale i jest jednocześnie odbiciem „męskiego przerażenia zmienionym operacyjnie kobiecym ciałem”. Ponadto można się zastanowić, czy tak specyficzny opis nie prowokuje jeszcze jednej poważnej w skutkach konsekwencji: kreowania w społeczeństwie wizerunku kobiety po mastektomii jako „niepełnej” i utrwalania go wśród odbiorców tego typu komunikatów. Przejście amputacji piersi staje się zatem niejako punktem odniesienia dla przyjęcia nowej tożsamości – kobieta zaczyna nazywać siebie „amazonką” i w ten sam sposób zaczyna być definiowaną przez innych. Z etycznego punktu widzenia wydaje się niedorzeczne redukować bogactwo jeststwa i wielowymiarową tożsamość kobiety do niewielkiego fragmentu ciała, a raczej jego braku (Bauman, 2007). Dlatego, wobec upowszechnionych medialnych obrazów kobiety po mastektomii, obserwuje się dojmującą potrzebę stworzenia kampanii czy programu społecznego, który zmierzyłby się z byciem „amazonką” w dobie kultu ciała (Ratkowska, 2007).

W przypadku anoreksji sprawa wygląda nieco inaczej. Ideał szczupłej sylwetki jako wzór do naśladowania, pozwalający uzyskać szeroko rozumiane szczęście, jest wciąż propagowany przez media. Ładne i zadbane ciało stało się swoistym kluczem do osiągnięcia życiowego sukcesu (Stewart, Keel, Schiavo, 2006). Wszechobecny kult szczupłości powoduje, że szczególnie młode osoby zaczynają odczuwać presję i dążyć do zmniejszenia swojej masy ciała, chcąc dogonić współczesne trendy i zyskać społeczną akceptację (Thompson, Heinberg 1999; Mroczkowska, 2012)

Kolejną trudnością jest mała świadomość społeczna w zakresie czynników etiologicznych leżących u podłoża anoreksji. Jak wskazują badacze (Kubacka-Jasiecka, 2008) osoby z anoreksją są często postrzegane jako nadmiernie skoncentrowane na sobie, własnym wyglądzie i jedzeniu, w skutek czego, obwinia je się za zachorowanie (Kamabanis, 2016). Taki odbiór społeczny tych osób niesie ze sobą mnóstwo negatywnych konsekwencji: mają one problemy w bliskich relacjach, z rodziną czy przyjaciółmi. Ponadto stygmatyzacja społeczna zwiększa lęk przed przyznaniem się do choroby i poczucie winy, które pojawia się u chorych na skutek funkcjonujących w społeczeństwie przekonań i stereotypów. Co więcej, obniża to samoocenę osób z anoreksją, prowadzi do ich coraz większej izolacji od innych oraz zmniejsza szansę na szukanie przez nich pomocy w walce z chorobą i powrocie do zdrowia (Griffiths et al., 2015).

Często spotykaną praktyką jest nazywanie kobiet zmagających się z anoreksją „anorektyczkami”, co tylko sprzyja piętnowaniu, gdyż zawęży ich tożsamość jedynie do faktu bycia chorą, co jest znacznym nadużyciem z etycznego punktu widzenia. Im osoby z anoreksją czują większy brak akceptacji społecznej, tym bardziej dążą do uzyskania społecznie promowanego wyglądu.

6. CEL I PYTANIA BADAWCZE

Celem prezentowanych badań własnych było zbadanie odbioru własnego, „nieidealnego”, dotkniętego chorobą ciała przez osoby z anoreksją i po mastektomii. Za podstawę teoretyczną niniejszych badań posłużyła koncepcja wymiarów atrybutu piętnującego wg Crockera (1999, za: Świtaj, 2005), wśród których do najistotniejszych w prezentowanych badaniach należą: widoczność, destrukcyjność, centralność i pochodzenie cechy piętnującej.

Ze względu na zaprezentowany cel badań, sformułowano następujące pytania badawcze o charakterze eksploracyjnym:

1. Czy osoby, których ciało zostało zmienione przez chorobę czują się dotknięte piętnem stygmatyzacji?
2. Czy osoby te ulegają presji piętna i stygmatyzują same siebie i jakie wymiary ma to piętno w klasyfikacji Crockera (1999)?

7. OSOBY BADANE I METODA BADAŃ

Przedstawione badania miały charakter jakościowy i wzięło w nich udział 20 kobiet: 10 z diagnozą anoreksji i 10 po przebytym zabiegu amputacji piersi. Osoby ba-

dane poinformowano o dobrowolności udziału oraz zapewniono o anonimowości uzyskanych danych. Badania przeprowadzono przy pomocy specjalnie stworzonych do tego celu ustrukturyowanych wywiadów, w których pytania obejmowały:

- Odbiór zmienionego przez chorobę ciała przez osoby badane i ich bliskich
- Myśli i emocje dotyczące własnego ciała
- Wpływ wyglądu fizycznego na relacje z innymi: Czy te relacje zmieniły się z powodu choroby? Jak? Kto o tym zdecydował?
- Etykietowanie społeczne i autoetykietowanie
- Poczucie atrakcyjności / nieatrakcyjności
- Poczucie winy z powodu choroby

8. WYNIKI

Poniżej zaprezentowane zostaną pytania z wywiadu i przykładowe odpowiedzi udzielone przez kobiety z obu badanych grup.

POSTRZEGANIE WYBRANYCH WYMIARÓW PIĘTNA PRZEZ OSOBY Z ANOREKSJĄ I PO MASTEKTOMII

Widoczność

Pytanie: *Czy Twoje ciało zmieniło się na skutek choroby? Jakie zmiany dostrzegasz?*

Kobiety z anoreksją:

- *„ja tego tak nie widzę, nie wiem, choć jak oglądam stare zdjęcia, to wyglądam teraz inaczej”*
- *„nie wydaje mi się, żebym była szczuplejsza od koleżanek”*
- *„bardzo się zmieniło, choć przez długi czas tego nie widziałam”*
- *„często słyszę, że wystają mi kości, że wyglądam źle, jak trup... choć gdy zaczęłam się odchudzać, to mówili, że ładnie”*

Kobiety po mastektomii:

- *„Bardzo się zmieniło nie tylko przez mastektomię, ale też hormony – dużo przytyłam”*
- *„zmieniło się przez mastektomię i radioterapię, ale wiem to tylko ja i moi bliscy”*

Destrukcyjność

Pytanie: *Czy choroba wpłynęła na Twoje relacje z ludźmi? Jak? Kto o tym zdecydował?*

Kobiety z anoreksją:

- *„nie mam już tylu znajomych... na początku choroby jeszcze dzwonili, z czasem coraz mniej. Ja też jakoś nie chciałam/nie miałam siły. Na szczęście mam jeszcze przyjaciółkę”.*

- „samo jakoś tak wyszło, choć nigdy nie byłam super towarzyska, to przez chorobę czuję się bardziej samotna”
- „ludzie są, ale od czasu do czasu, jak im pasuje”

Kobiety po mastektomii:

- „mam teraz więcej koleżanek, które przeszły przez to samo, co ja”
- „więcej się spotykam z ludźmi, rodziną”
- „na początku nie chciałam się z nikim spotykać, teraz już częściej wychodzę do ludzi”

Stopień centralności

Pytanie: Czy słyszysz etykiety społeczne na swój temat? Jak się z tym czujesz? Czy sama tak siebie też nazywasz?

Kobiety z anoreksją:

- „często słyszę stwierdzenie anorektyczka, to taki slogan, wszyscy tak mówią przecież Czy sama tak o sobie myślę? Chyba...”
- „głupia anorektyczka, nienormalna, chora... Boli mnie to, ale nie mam na to wpływu”
- „anorektyczka... strasznie tego nie lubię, bo to niesprawiedliwe. Nie chcę być anorektyczką, nigdy nie chciałam”

Kobiety po mastektomii:

- „Amazonka”, ale dla mnie to jest ok., w końcu jestem amazonką, nosze bieliznę dla amazonek i uczęszczam do klubu”
- „Nie lubię określenia „amazonka”, nie chodzę też do Klubu, chcę zrobić rekonstrukcję piersi i zapomnieć o wszystkim”

Pochodzenie cechy piętnującej

Pytanie: Czy czujesz się odpowiedzialna / winna za to, że jesteś chora? Co mówią o tym Twoi bliscy?

Kobiety z anoreksją:

- „kiedy słyszę, że przecież sama tego chciałam, sama sobie to zrobiłam, to tak – czuję się winna”
- „czuję, choć wiem, że nie powinnam, bo tak naprawdę tu nie ma winnych”
- „nie, ale kiedy widzę płaczącą mamę, to czuję, że krzywdzę ją swoją chorobą”
- „na początku rodzice byli na mnie źli, bo nie rozumieli, a ja czułam, że ich zawiodłam”

Kobiety po mastektomii:

- „czasami myślę, że mogłabym wcześniej zrobić badania i wykryć raka”
- „nie, nie czuję się winna, choroba nie wybiera”

9. DYSKUSJA I WNIOSKI

Przeprowadzone badania wykazały, że we współczesnej kulturze, w której panuje kult idealnego, kobiecego ciała, osoby o ciałach niepasujących do kanonu piękna (zmienionych na skutek trwającego procesu chorobowego) spotykają się niejednokrotnie z problemem stygmatyzacji (Ratkowska, 2007: 75). Dzieje się tak w wyniku braku tolerancji i umiejętności społeczeństwa radzenia sobie z odmiennością.

Osoby badane miały świadomość, że ich ciała poddawane są nieustannej ocenie społecznej, stąd może wynikać dążenie do izolacji bądź spędzania czasu z osobami dzielącymi podobne doświadczenia z własnym ciałem. Do podobnych wniosków doszli Griffiths i wsp. (2015) czy Parker i wsp. (2007).

Długotrwała presja społeczna i niemożność sprostania stawianym przed osobami badanymi wymaganiom prowadzi do zjawiska autostygmatyzacji, czyli internalizacji cechy piętnującej i spostrzeganie siebie poprzez jej pryzmat. Zjawisko autostygmatyzacji silniej uwidacznia się w grupie kobiet z anoreksją, co można uzasadnić na kilka sposobów. Po pierwsze – choroba psychiczna stanowi większe źródło piękna niż choroba somatyczna (Dyduch, Grzywna, 2009; Jackowska, 2009; Mroczkowska, 2012; Podogrodzka-Niell, Tyszkowska, 2014).

W badaniach dokonano również analizy porównawczej w zakresie poszczególnych atrybutów piętna zmienionego chorobowo ciała, która pokazała, że kobiety z anoreksją w większym stopniu internalizują piętno w porównaniu do kobiet po mastektomii. W ich wypowiedziach uwidoczniła się skłonność do obwiniania się za wystąpienie choroby oraz poczucie winy związane z przekonaniem o rozczarowaniu osób bliskich, co również znajduje swoje odzwierciedlenie w doniesieniach zagranicznych (Farrell et al., 2015; Kambanis, 2016).

Cechami piętna bardziej obecnymi w życiu kobiet z anoreksją jest widoczność, szczególnie w przypadku bardzo wychudzonych osób, destrukcyjność – ujawniająca się w znacznym zubożeniu sieci społecznych w wyniku choroby oraz pochodzenie cechy piętnującej – kobiety z anoreksją wykazują skłonność do brania na siebie odpowiedzialności za wystąpienie objawów chorób, co w znaczący sposób obniża ich nastrój i samoocenę, często skutkując postępującą autoizolacją społeczną.

Kobiety po zabiegu mastektomii w swoich wypowiedziach akcentują następujące aspekty: widoczność i właściwości estetyczne – niechętnie przeglądają się w lustrze stąd też w grupie tej zaobserwować można potrzebę ukrycia mankamentów wyglądu przy zastosowaniu odpowiedniego stroju, pozwalającego zatuszować niedoskonałości. Pozwala to również uniknąć negatywnych komentarzy i reakcji otoczenia. Ponadto, kobiety te przejawiają chęć poprawy swojego wyglądu w wielu innych wymiarach np. zmniejszenia wagi ciała, przywrócenia naturalnego owłosienia, zrekonstruowanie utraconej piersi. Tendencję do maskowania wyglądu strojem dostrzec można na pewnym etapie procesu zdrowienia również wśród kobiet z anoreksją, które ubierają się w zbyt duże ubrania, chcąc zakryć prawdziwe kształty swojego ciała – nadmierne wychudzenie.

Zjawisko etykietowania i autoetykietowania, choć niejednokrotnie szkodliwe, widoczne jest w obu badanych grupach. Tendencja ta wśród osób z anoreksją, jeśli zachodzi w okresie adolescencji znajduje swoje wytłumaczenie z perspektywy rozwojowej – młodzi ludzie szukają wzorców, w procesie kształtowania własnej tożsamości oraz mają silną potrzebę poczucia przynależności do grupy społecznej, stąd w tym okresie tendencje do autoetykietowania są znacznie bardziej nasilone niż w innych okresach rozwoju.

Z uwagi na znaczenie społeczne prezentowanej problematyki potrzebne jest stworzenie kampanii i programów na rzecz zwiększenia świadomości społecznej i tolerancji, a w konsekwencji ponownej inkluzji tych osób w funkcjonujące sieci społeczne. Celem tych programów byłoby również ograniczenie zjawiska stygmatyzacji i autostygmatyzacji osób, które różnią się jakimś atrybutem od większości ludzi.

10. OGRANICZENIA I KIERUNKI DALSZYCH BADAŃ

Niewątpliwym atutem badań jakościowych względem badań ilościowych jest skupienie się na poszczególnych osobach, co pozwala na znacznie pogłębioną analizę podejmowanego problemu badawczego. Z uwagi na jednak jakościowy charakter prezentowanych badań, a co za tym idzie – niewielką liczbę osób badanych, trudno jest wyciągnąć z otrzymanych wyników bardziej ogólne wnioski, które mogłyby znaleźć swoje odniesienie w większej populacji. W przyszłych projektach badawczych warto byłoby zatem zwiększyć liczbę osób w obu badanych grupach. Z uwagi na charakter i społeczną istotność analizowanej problematyki, dobrze byłoby również objąć badaniami inne grupy osób, np. osoby zmagające się z problemem otyłości czy niepełnosprawnością.

Takie rozszerzenie pola badań przy zachowaniu pogłębionego poziomu analiz mogłoby przyczynić się do zaprojektowania kampanii i programów społecznych, ukierunkowanych na przeciwdziałanie procesowi stygmatyzacji oraz zjawisku autostygmatyzacji osób, których wygląd różni się w jakimś aspekcie od większości społeczeństwa.

11. LITERATURA:

- Adamczak M. *Wybrane procesy poznawcze i emocjonalne u kobiet po przebytej mastektomii*. Poznań 1988
- Bauman Z. *Ciało i przemoc w obliczu ponowoczesności*. Toruń 1995
- Brzezińska A. *Struktura o razu własnej osoby i jego wpływ na zachowanie*. „Kwartalnik Pedagogiczny”, nr 3, 1973, s. 87-97.
- Chojnacka-Szawłowska G. *Następstwa psychologiczne nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych*. Wrocław 1994.
- Chwałczyńska A., Woźniewski M., Rożek-Mróż K., Malicka I. *Jakość życia po mastektomii*. „Wiadomości Lekarskie”, nr 7-8 (57), 2004 s. 312-316.
- Czaja D. (2000). *Ciało w kilku odsłonach*, w: D. Czaja *Metamorfozy ciała. Świadectwa i interpretacje*. Warszawa 2000
- Dyduch A., Grzywa A. *Stygmatyzacja i czynniki ją warunkujące na przykładzie stygmatyzacji związanej z chorobą psychiczną*. „Polski Merkurusz Lekarski”, nr 26 (153), 2009, s. 263-267.

- Farrell N. R., Lee A. A., Deacon B. J., Biological or psychological? Effects of eating disorder psychoeducation on self-blame and recovery expectations among symptomatic individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 2015, 32-37
- Głębocka A. (2009). *Niezadowolone z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Griffiths S., Mond J.M., Murray S.B., Touyz S., The prevalence and adverse associations of stigmatization in people with eating disorders, *International Journal of Eating Disorders*, 48, 2015, 767–774
- Grogan S. *Body image. Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. London and New York 1999
- Jackowska E. *Stygmatyzacja i wykluczenie psychiczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy*. „Psychiatria Polska”, nr 6 (43), 2009, s. 655-670.
- Jakubiec B., Sękowski A. *Obraz ciała u tancerzy. Studia z psychologii na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim*. Lublin: 2009, s. 93-106.
- Kambanis P.E., Exploring the Stigmatization of Anorexia: A Focus on The Structural, Interpersonal, and Individual Levels of Stigma, *Student Works*, 11, 2016, s. 1-17
- Kubacka-Jasiecka D. *Ja cielesne i problematyka identyfikacji z ciałem w kontekście wartości współczesnej kultury i zdrowia*. W: I. Heszen, J. Życińska *Psychologia zdrowia. W poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. Warszawa 2008
- Lewandowska K., Bączek G. *Funkcjonowanie kobiet po mastektomii jako ocena efektywności leczenia, opieki pielęgniarskiej oraz edukacji*. „Ginekologia Praktyczna”, nr 3, 2009, s. 12-16.
- Maier A., Ernst J.-P., Müller S., Gross D., Zepf F.D., Herpertz Dahlmann B., Hagenah U., Self-Perceived Stigmatization in Female Patients with Anorexia Nervosa - Results from an Explorative Retrospective Pilot Study of Adolescents, *Psychopathology*, 47, 2014, 127–132
- Malinowska K. *Realny i idealny obraz siebie u osób po próbach samobójczych*. „Annales UMCS”, nr 20, 2007, s. 85-100
- McDowell J. (1991). *Jego obraz, mój obraz*. Kraków: Towarzystwo Krzewienia Etyki Chrześcijańskiej.
- Mika K. (2005). *Po odjęciu piersi*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Mock, V. (1993) Body image in women treated with breast cancer. *Nursing Research*, 42, 153-157
- Modrzejewska R., Badura-Madej W. (2008). *Zmiana obrazu siebie w późnej fazie adolescencji na przestrzeni 15 lat – badania porównawcze*. „Psychiatria Polska”, nr 5, s. 683-693.
- Mroczkowska D., Postrzeganie i rozumienie zaburzeń jedzenia – fakty i mity, *Forum Medycyny Rodzinnej*, nr 2, t. 6, 2012, 82-91
- Obada-Sakson O. *Pamięć ciała. Ja cielesne w relacji przywiązania i w traumie*. Kraków 2009
- Parker PA, Youssef A, Walker S, Basen-Engquist K, Cohen L, Gritz ER. Short-term and long-term psychosocial adjustment and quality of life in women undergoing different surgical procedures for breast cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 14, 2007, s. 3078–3089.
- Podogrodzka-Niell M., Tyszkowska M. *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym*. „Psychiatria Polska” nr 48(6), 2014, s. 1201-1211.
- Ratkowska L. *Przemilczane ciało. Kobieta, pierś, mass-media i mityzacja rzeczywistości*. W: E. Zierkiewicz, A. Łysak *Kobieta i (b)rak. Wizerunki raka piersi w kulturze*. Wrocław 2007
- Rybicka-Klimczyk A., Brytek-Matera A. *Wizerunek ciała i jego wymiary a aspekty behawioralne zaburzeń odżywiania u zdrowych kobiet w różnych fazach rozwoju*. „Endokrynologia. Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii”, nr 4 (4), 2008, s. 143-151.
- Sebastian J., Manos D., Buena J., Mateos N. Body image and self-esteem in women with breast cancer participating in a psychosocial intervention program. *Psychology in Spain*. 12 (1), 2008, s. 13-25.

- Siek S.. *Rozwój potrzeb psychicznych, mechanizmów obronnych i obrazu siebie*. Warszawa 1984
- Stewart M.-C., Keel P.K. and Schiavo R. S., Stigmatization of anorexia nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 39, 2006, 320–325
- Szumacher E. *Feministyczna wizja. „Amazonki”*, nr 18, 2010, s. 5-7.
- Ślubowska M., Ślubowski T. *Problemy psychosocjalne w raku piersi*. „Psychoonkologia”, nr 1, 2008
- Świtaj P. *Piętno choroby psychicznej*. „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, nr 2 (14), 2005, s. 137-144.
- Thompson J.K., Heinberg L.J. The Media Influence on Body Image Disturbance and Eating Disorders: We've Reviled Them, Now Can We Rehabilitate Them? *Journal of Social Issues*, nr 55 (2), 1999, s. 339-353.
- Wałęcka K., Rostowska T. *Samoocena i style radzenia sobie ze stresem u kobiet po operacji raka piersi*. „Psychoonkologia”, nr 2 (6), 2002, s. 37-45.
- Wojtyna E., Życińska J., Stawiarska P. *The influence of cognitive-behaviour therapy on quality of life and self-esteem in women suffering from breast cancer*. „Reports of Practical Oncology and Radiotherapy”, nr 2 (12), 2008, s. 109-117.
- Wysocka-Bobryk T., Prochner M., Tchórzewska H. *Hierarchia wartości i obraz płci psychologicznej w grupie kobiet chorych na nowotwory złośliwe piersi i układu chłonnego*. „Psychoonkologia”, nr 9, 2001, s. 41-48.
- Zarek A. *Zmiany obrazu ciała w wyniku choroby i interwencji medycznych*. „Psycho-terapia”, nr 1, 2004, s. 31-42.