

ANOREXIA NERVOSA – FENOMEN PONOWOCZESNEJ KULTURY I CHOROBA SYSTEMU RODZINNEGO

MONIKA FRĄCKOWIAK

ABSTRACT. Frąckowiak Monika, *Anorexia nervosa – fenomen pnowoczesnej kultury i choroba systemu rodzinnego* (*Anorexia nervosa – the phenomenon of postmodern culture and dysfunction of family system*). Dylematy Współczesnych Rodzin. Roczniki Socjologii Rodziny, XVI, Poznań 2005, Adam Mickiewicz University Press, pp. 171-188. ISBN 83-232-1509-X. ISSN 0862-2059. Text in Polish with a summary in English.

Monika Frąckowiak, Instytut Socjologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza (Institute of Sociology Adam Mickiewicz University), ul. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań, Poland.

WPROWADZENIE. WIELOWYMIAROWOŚĆ SPOŁECZNEGO KONTEKSTU ANOREKSJI

Anorexia nervosa, czyli jadłowstręt psychiczny, jest chorobą rozwijającą się w określonym kontekście społecznym. Objawy polegające między innymi na: odmawianiu przyjmowania pokarmów, obsesyjnym kontrolowaniu wagi, znacznej aktywności ruchowej, silnej koncentracji na własnym ciele i porównywaniu się z obowiązującymi kanonami urody w powiązaniu z takimi cechami, jak: perfekcjonizm, skłonność do rywalizacji oraz podatność na wpływ kultury masowej współtworzą „syndrom gotowości anorektycznej”, który w konkretnych warunkach może przerodzić się w chorobę (Ziółkowska 2001). Wskaźnik zachorowalności na anoreksję jest najwyższy wśród kobiet w okresie adolescencji i wczesnej dorosłości. Wyniki licznych analiz empirycznych oraz dane pochodzące z wywiadów klinicznych pozwalają stwierdzić, że rozwój choroby podlega uwarunkowaniom mikro-, mezo- i makrosocjalnym.

Przedmiotem analizy makrostrukturalnej są cechy społeczeństwa i kultury, które mogą przyczynić się do wystąpienia zaburzeń w funkcjonowaniu jednostki. Z perspektywy omawianego problemu istotne znaczenie należy przypisać społecznie konstruowanym wzorom piękna i atrakcyjności. Na przełomie XX i XXI wieku znalazły one wyraz w tzw. „dyskursie szczupłego ciała”, silnie zakorzenionym zarówno w przekazach kultury popularnej, jak i w świadomości społecznej (por. Melosik 1996 i CBOS 2003). Zjawisko kompulsywnego dążenia do specyficznego rozumianego ideału urody jest interpretowane jako przejaw perfekcjonizmu odgrywającego znaczącą rolę w systemach norm i wartości kultury Zachodu.

Kolejny poziom analizy dotyczy mezostrukturalnego aspektu funkcjonowania osoby anorektycznej. Szczególne znaczenie mają tu relacje nawiązywane w kręgach rówieśniczych oraz pełnienie ról społecznych w takich strukturach jak szkoła, uczelnia czy miejsce pracy.

W ujęciu mikrostrukturalnym najistotniejszą rolę przypisać należy rodzinie jako grupie, która ze względu na specyfikę występujących w niej więzi wywiera najsilniejszy i najtrwalszy wpływ na osobowość jednostki. W literaturze przedmiotu rodziny, w których wystąpił problem anoreksji określa się mianem „rodzin anorektycznych”. Dokonana w niniejszym opracowaniu analiza cech tego typu rodzin pozwala wskazać psychospołeczne czynniki ryzyka zachorowania na anoreksję.

W proponowanym ujęciu anoreksja jest nie tylko chorobą jednostki, lecz także wskaźnikiem dysfunkcji systemu społecznego w ujęciu mikro-, mezo- i makrostrukturalnym. Anoreksję traktuję jako rodzaj „autodestrukcyjnej strategii adaptacyjnej”. Konstruktem ten jest jedynie pozornie paradoksalny. Odzwierciedla bowiem podejmowanie przez jednostkę prób subiektywnie racjonalnego i efektywnego działania w stawiającej sprzeczne wymagania socjalizacyjne, posiadającej pewien rys anomijny rzeczywistości społecznej. Proces ten przyczynia się do formowania „tożsamości anorektycznej”, czyli względnie stałego obrazu siebie jako osoby przejawiającej anorektyczne zachowania.

Moim celem jest wykazanie, że anoreksja może być traktowana jako specyficzny sposób bądź styl życia¹ w rzeczywistości społecznej stanowiącej określoną konfigurację czynników mikro-, mezo- i makrospołecznych. Zachowania anorektyczne można wobec tego interpretować jako jedyny postrzegany przez jednostkę sposób zaspokajania istotnych potrzeb psychologicznych i społecznych. Szczególne znaczenie dla formowania się „autodestrukcyjnych strategii adaptacyjnych” oraz „tożsamości anorektycznej” mają uwarunkowania kulturowe i rodzinne, które omawiam w pierwszej kolejności. Proces wrastania w kulturę, w której dominuje „dyskurs”, czy wręcz „tyrania szczupłego ciała” oraz imperatywu dążenia do perfekcji w powiązaniu z dysfunkcyjną, nie dostarczającą odpowiedniego wsparcia emocjonalnego rodziną może prowadzić do wielu negatywnych konsekwencji w różnych obszarach społecznego oraz psychologicznego funkcjonowania jednostki.

Mezospołeczny kontekst tych procesów omawiam na przykładzie zbiorowości skupionej wokół internetowego forum dyskusyjnego poświęconego zaburzeniom jedzenia. Wybór ten związany jest z faktem, iż w społeczeństwie ponowoczesnym (informacyjnym) sieci społeczne powstające za pośrednictwem mediów elektronicznych stanowią istotny element środowiska społecznego wielu jednostek oraz wypełniają przestrzeń pomiędzy najbliższym otoczeniem mikrospołecznym (rodziną) a kontekstem makrospołecznym (społeczeństwem globalnym).

¹ Pojęcie stylu życia używane jest w niniejszym artykule w znaczeniu najogólniejszym i najszerszym – jako „zespół zachowań społecznie znaczących”.

Rozważania zakończę przyjęciem zintegrowanej perspektywy łączącej optykę mikro-, mezo- i makrospołeczną. Umożliwia ona zrozumienie głównych nurtów profilaktyki oraz terapii indywidualnej i rodzinnej jednostek dotkniętych *anorexia nervosa*.

PERFEKCJONIZM GŁODU W DOBIE PONOWOCZESNEJ – DROGI KSZTAŁTOWANIA SIĘ „TOŻSAMOŚCI ANOREKTYCZNEJ”

We wszystkich kulturach ludzkich spożywanie posiłków stanowiło i stanowi nie tylko sposób zaspokajania elementarnej potrzeby głodu, lecz także czynność społeczną odzwierciedlającą normy i tabu społeczne (Burszta 1998). Istnieje cały szereg zaleceń, w jaki sposób przygotowywać pożywienie oraz co, w jaki sposób i w jakich okolicznościach jeść. Jedzenie jest elementem współtworzącym oprawę wszystkich ważniejszych wydarzeń w życiu człowieka, począwszy od uroczystości związanych z urodzinami aż po ceremonie pogrzebowe. Jest również nośnikiem określonych uczuć i postaw. Wobec tych ustaleń zarówno jedzenie, jak i jego zaburzenia można uznać za „fakty społeczne”. Z kolei anoreksję określić można mianem „choroby cywilizacyjnej”, gdyż odzwierciedla ona pewne charakterystyczne tendencje we współczesnej kulturze zachodniej.

W świetle analiz społeczno-kulturowych anoreksja jest zjawiskiem paradoksalnym. Istota owego paradoksu polega na tym, że „szalenie popularny w ostatnich dziesięcioleciach ideał szczupłej sylwetki jako źródła atrakcyjności, powodzenia i sukcesu występuje w tych kręgach kulturowych, w których istnieje nadprodukcja żywności i wszechpotężna reklama zachęcająca do konsumpcji, a jednocześnie do stosowania tzw. „cudownych diet” (Józefik 1996). Paradoks anoreksji odzwierciedla zatem „kulturowe sprzeczności kapitalizmu”, które w ujęciu D. Bella sprowadzają się do konfliktu pomiędzy dwoma współwystępującymi we współczesnych społeczeństwach modelami normatywnymi: ponowoczesnej nieskrępowanej konsumpcji oraz wywodzącej się z klasycznej nowoczesności dyscypliny i zasady odroczonej gratyfikacji (Bell 1993).

Anoreksja pojawiła się w krajach wysoko rozwiniętych, w wyższych i średnich klasach społecznych, a więc w społeczeństwach stanowiących wzorcotwórcze centrum „systemu światowego” oraz w klasach dominujących pod względem „nadawania prawomocności dyskursu kulturowego” (Bourdieu 1990). W tym kontekście zmianie ulega znaczenie głodu. Dla przedstawicielek klas względnie uprzywilejowanych nie stanowi on bowiem konieczności wynikającej z niedostatku, staje się natomiast wyrazem swoistego „tryumfu woli nad naturą”. Zmianie uległy również kryteria rekonstruowania pozycji społecznej oraz prestiżu jednostki na podstawie wyglądu jej ciała. W czasach, w których obfitość kształtów przestała być oznaką dobrobytu, funkcję tę zaczęło pełnić kontrolowanie i korygowanie ciała poprzez różnego rodzaju zabiegi i praktyki.

Pomimo że świadome głodzenie się nie jest zjawiskiem nowym, jego współczesny kontekst oraz funkcje wskazują na znamienne cechy późnej nowoczesności². Z analizy materiałów historycznych wynika, że „Poszczenie i wyrzekanie się różnych rodzajów pokarmów już dawno należało do praktyk religijnych i jest spotykane w wielu kręgach kulturowych [...] W średniowiecznej Europie podejmowanie długotrwałych postów dla uzyskania zbawienia było stosunkowo częstym zjawiskiem. Wiele średniowiecznych kronik zawiera relacje o świętych kobietach, które za sprawą regularnych postów uzyskiwały stan łaski duchowej. Siedemnasto- i osiemnastowieczni lekarze określali te praktyki mianem *anorexia mirabilis* (cudowna utrata apetytu)” (Giddens 2001). Właściwa anoreksja rozpowszechniła się dopiero wraz z narodzinami „diety”, począwszy od lat dwudziestych XX wieku. *Anorexia nervosa* różni się od *anorexia mirabilis* tym, że jest związana z kultem ciała i wyglądu zewnętrznego, nie zaś ducha, zbawienia i wyrzekania się potrzeb cielesnych. Istnieje jednak zasadniczy rys wspólny obu zaburzeń polegający na dążeniu z żelazną niemal konsekwencją do swoiście rozumianej doskonałości.

Widoczny zarówno w jednym, jak i drugim przypadku perfekcjonizm jest wartością szczególnie cenioną w kulturze Zachodu. Ma on cały szereg konsekwencji dla społecznego oraz indywidualnego funkcjonowania jednostki. Negatywne skutki przyjęcia postawy perfekcjonistycznej zaczynają dominować nad pozytywnymi wówczas, gdy przekroczona zostaje granica „zdrowego dążenia do doskonałości” powodującego autentyczne zadowolenie z osiągania wysokich celów. Wówczas pojawia się nierealistyczne i irracjonalne pragnienie bycia najlepszym zawsze i za wszelką cenę (Burns 1980). Powoduje ono, że jednostka zaczyna przejawiać silną orientację na rywalizację, podczas gdy odniesienie sukcesu w wielu dziedzinach zależy od umiejętności współpracy³. Perfekcjonista (perfekcjonistka) definiuje interakcje społeczne w kategoriach gry o sumie zerowej. Nastawienie to prowadzi do zaburzenia relacji z innymi ludźmi, skrajnej nieufności oraz poczucia wyobcowania. W sytuacji alienacji i izolacji społecznej jednostka w kompensacyjny sposób może wzmocniać swoje przekonanie o zasadności realizowanego stylu działania i trwać przy nim z jeszcze większą konsekwencją. Z kolei wynikająca z takiego sposobu funkcjonowania frustracja wielu istotnych potrzeb społecznych, w tym potrzeby wsparcia emocjonalnego, przynależności oraz identyfikacji z grupą, może wtórnie zwiększać prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań autodestrukcyjnych⁴.

² W niniejszym tekście określenia „ponowoczesność” i „późna nowoczesność” pojawiają się wymiennie.

³ Badania nad postawami perfekcjonizmu prowadzą do zaskakujących wniosków, że osiągnięcia perfekcjonistów (definiowanych jako osoby za wszelką cenę dążące do nierealistycznie wysokich celów) nie są wcale wyższe od osiągnięć nieperfekcjonistów. Prawidłowość tę można tłumaczyć wysokim poziomem stresu i nadmiernymi kosztami psychicznymi, które obniżają sprawność funkcjonowania w sytuacjach zadaniowych (por. Burns 1980).

⁴ Teza ta opiera się na koncepcji Dollarda i Millera, zgodnie z którą frustracja generuje agresję, która wobec braku możliwości bezpośredniego wyrażenia przyjmuje postać agresji przemieszczonej. Szczególny przypadek agresji przemieszczonej stanowi autoagresja znajdująca wyraz w zachowaniach autodestrukcyjnych.

Głodzenie się, poddawanie ciała dyscyplinującym reżimom oraz bezwzględne, kompulsywne dążenie do ściśle ustalonego ideału urody stanowi jeden z przejawów „autodestrukcyjnej adaptacji” do rzeczywistości społecznej, której ramy wyznacza sztywno i nierealistycznie interpretowana norma perfekcjonizmu. Znamienne dla anoreksji panowanie nad ilością spożywanego pokarmu jest dla osoby chorej oznaką silnej woli, samokontroli oraz posiadania umiejętności odraczania gratyfikacji (Wąsik-Sibrecht 2000). Z podobnymi mechanizmami mamy do czynienia również w przypadku pracoholizmu, kompulsywnego uprawiania sportu na granicy wydolności organizmu, fanatycznego wyznawania określonych idei. Dochodzi wówczas do „fetyshyzacji” lub „autonomizacji” (por. Łoś 1998) jednej z ról społecznych oraz związanego z nią obszaru, co w oczywisty sposób zaburza funkcjonowanie w złożonym kontekście społecznym. Analizując wspomniane działania z perspektywy jednostki, można przypuszczać, że są one dla niej „subiektywnie racjonalne”, gdyż pozwalają na konstruowanie poczucia własnej wartości i przekonania o swej moralnej wyższości.

Kompulsywne zachowania powodują również znamieny efekt tożsamościowy. Postrzeganie siebie przez pryzmat określonej roli oraz określonego sposobu życia, przy jednoczesnym zaangażowaniu i konsekwencji w ich realizowaniu, stwarzają wrażenie, że wybrany wariant „bycia w świecie” opiera się na stabilnych podstawach. Formułowanie radykalnych uzasadnień dokonanego wyboru może być uznane za przejaw poszukiwań ontologicznego bezpieczeństwa jednostki wobec otaczającej różnorodności. Jest to reakcja na sytuację, w której dokonanie wyboru określonej tożsamości spośród wielu potencjalnie możliwych alternatyw stanowi konieczność i – jak pisze Giddens – „nie ma wyboru – trzeba wybierać” (Giddens 2001 s.113). Przyjęcie anorektycznej tożsamości w gotowej, zgodnej z treścią przekazów kultury popularnej wersji, stanowi wobec tego swoistą „drogę na skróty”, która „tu i teraz” pozwala jednostce uniknąć chaosu kształtowania się dojrzałej tożsamości i zawiera gwarancję aprobaty społecznej.

PIĘKNE CIAŁO – SPOSÓB NA SUKCES. INSTRUMENTALIZACJA URODY W ŚWIADOMOŚCI POLAKÓW

Analizy treści przekazów medialnych wskazują, że pojawiające się w nich modelki i aktorki są szczuplejsze niż zdecydowana większość populacji kobiet (Stecker-Bryczkowska 2000). Wizualne standardy wyznaczane przez kulturę popularną odbiegają zatem od rzeczywistości, tworząc jednocześnie jej iluzję. Procesowi temu towarzyszy zjawisko marginalizacji i „symbolicznego unicestwienia” osób, które nie spełniają dominujących kryteriów estetyki ciała. Dla jednostek odbiegających od

społecznie konstruowanego ideału urody zarezerwowane są specyficzne obszary kultury popularnej: najczęściej role „pociesznych grubasów” czy „ekscentrycznych staruszków” – bohaterów seriali komediowych z podkładanym śmiechem.

Kulturowo określone standardy atrakcyjnego wyglądu znajdują odzwierciedlenie w świadomości społecznej⁵. Z badań przeprowadzonych przez CBOS⁶ wynika, że zdaniem Polaków przystojny mężczyzna powinien być wysoki (76%) i muskularny (37%), a piękna kobieta – zgrabna (63%) i szczupła (53%). Prawie każdy dorosły Polak (90%) podkreśla niebagatelne znaczenie wyglądu zewnętrznego. W społeczeństwie powszechne jest przekonanie, że atrakcyjny wizerunek przesądza o sukcesie w życiu osobistym (90%) i zawodowym (92%). Opinie te wskazują na przypisywanie instrumentalnej roli ciała, które – o ile spełnia określone kryteria estetyczne – ma przyczyniać się do realizacji racjonalnych celów.

Polacy nie tylko mają świadomość dominujących wzorców urody, lecz także pragną do nich dążyć. Zdecydowanej większości Polaków (75%) zależy na korekcie własnej sylwetki: kobiety chcą być szczuplejsze (63%), a mężczyźni – bardziej muskularni (13%). Z przedstawionych danych wynika, że wśród znacznej części społeczeństwa ukształtowana została potrzeba podążania za współczesnym ideałem piękna. Jako sposób jej realizacji badani wskazują zmianę wyglądu, czyli ingerencję w ciało. Potrzebę zmiany swojego wyglądu odczuwają częściej kobiety (56%) niż mężczyźni (44%), częściej też osoby w wieku młodym i średnim (63%) niż ludzie starsi (35%), osoby lepiej wykształcone oraz mieszkańcy miast. Wymienione kategorie stanowią główną grupę potencjalnych konsumentów różnego rodzaju dóbr, w tym produktów i usług związanych z pielęgnacją ciała⁷. Istotną rolę w kształtowaniu krytycznej postawy wobec własnego ciała oraz pragnienia jego zmiany odgrywa reklama kosmetyków, artykułów spożywczych z obniżoną zawartością tłuszczu i cukru, środków farmaceutycznych wspomagających odchudzanie oraz innych przedmiotów konsumpcji, których producenci bazują na niezadowoleniu kobiet i mężczyzn z własnego wyglądu. Zgodnie z logiką procesów rynkowych, potrzeba korygowania ciała poprzez zbliżanie się do obowiązujących kanonów urody ma nieustannie pozostawać niezaspokojona i generować coraz to nowe zapotrzebowania. W tym przypadku mamy do czynienia ze swoistym sprzężeniem perfekcjonizmu w dążeniu do współczes-

⁵ O wpływie kultury popularnej na przekonania dotyczące wyglądu zewnętrznego i atrakcyjności fizycznej można pośrednio wnioskować, analizując dane dotyczące społecznego odbioru artykułów prasowych i programów telewizyjnych poświęconych modzie i urodzie. Z wyników uzyskanych przez CBOS wynika, że znaczna część kobiet w naszym społeczeństwie często czyta wspomniane artykuły (46%) i ogląda programy (38%). Modą najczęściej interesują się ludzie młodzi (średnio 38%) legitymujący się wykształceniem średnim lub wyższym (35%). Jak się okazuje jest to kategoria przywiązująca szczególnie dużą wagę do wyglądu zewnętrznego oraz ubioru (por. CBOS 2003).

⁶ Cytowane w dalszej części wyniki pochodzą z badań CBOS pt. „Stosunek Polaków do własnego ciała. Ideał pięknej kobiety i przystojnego mężczyzny” przeprowadzonych 1-4 sierpnia 2003 r. na reprezentatywnej próbie (losowo adresowej) dorosłych mieszkańców Polski (N = 880).

⁷ W tym kontekście znaczący wydaje się fakt, iż osoby o najniższych dochodach w większości (62%) nie chciałyby nic zmienić w swoim wizerunku. Stan ten może być spowodowany utrudnieniami natury finansowej na drodze do poprawy własnej powierzchowności.

nego ideału piękna z konsumpcją. Konsumpcja jawi się bowiem jako sposób zaspokajania potrzeby posiadania atrakcyjnego ciała oraz szeregu potrzeb z nim związanych, między innymi poczucia własnej wartości oraz aprobaty społecznej.

Uzasadnienia działań mających na celu pielęgnację oraz korygowanie wyglądu wskazują na głębokie zakorzenienie w świadomości społecznej normy polegającej na estetyzacji ciała oraz powiązanie jej z innymi społecznie cenionymi wartościami, takimi jak kariera czy szczęśliwe życie osobiste. Najważniejszą przyczyną dbania o własny wygląd jest w opinii badanych „dobre samopoczucie” (73%). Najczęściej deklarowali ją ludzie młodzi (87%) i osoby legitymujące się wyższym wykształceniem (87%). Odwoływanie się do uzasadnień podmiotowych, takich jak „dobre samopoczucie”, może świadczyć o głębokim zinternalizowaniu normy posiadania ciała zgodnego z dominującymi kanonami piękna. Stosunkowo często badani odwołują się do czynników związanych z aprobatą społeczną, wymieniając „chęć podobania się innym” (54%) oraz „chęć zyskania sympatii i bycia akceptowanym” (25%). Kolejna grupa uzasadnień dotyczy wyboru określonego stylu życia. Opinię, że dbałość o wygląd zewnętrzny jest „sposobem na zdrowy tryb życia”, podziela 43% badanych. Natomiast do „motywacji narcystyczno-indywidualistycznej” związanej z „chęcią wyróżnienia się i zwrócenia na siebie uwagi” odwołuje się 32% badanych.

UWARUNKOWANIA MIKROSPÓŁECZNE. „RODZINA ANOREKTYCZNA” JAKO SPECYFICZNY „FILTR SOCJALIZACYJNY”

W kontekście omówionych powyżej społeczno-kulturowych uwarunkowań anoreksji należy zaznaczyć, że spośród wielu jednostek podlegających określonym oddziaływaniom kulturowym tylko niektóre reagują chorobą. Można wobec tego postawić tezę, że zetknięcie z pewnymi treściami kulturowymi stanowi czynnik wyzwalający chorobę jedynie wówczas, gdy jednostka wykazuje specyficzne predyspozycje osobowościowe. Wspomniane predyspozycje kształtowane są na drodze socjalizacji pierwotnej w rodzinie. Pełniąc rolę „filtra socjalizacyjnego” rodzina może zatem dostarczać jednostce wsparcia w procesie formowania się dojrzałej tożsamości oraz krytycznej postawy wobec przekazów medialnych. Jeżeli jednak rodzina spełnia swe funkcje w sposób zaburzony, może generować sytuacje, w których jednostka przyjmować będzie „autodestrukcyjne strategie adaptacyjne”.

Wobec powyższych ustaleń przyjmuję założenia strukturalno-funkcjonalnej teorii rodzin. W tym ujęciu rodzina spełnia szereg funkcji i zaspokaja istotne potrzeby jednostki, między innymi: potrzebę bezpieczeństwa, wsparcia emocjonalnego, przynależności i społecznej tożsamości⁸. Rodzina jest przy tym społeczno-kulturowym systemem, który adaptuje się do zmiennych warunków i wymagań zarówno wewnątrz samego systemu, jak i poza jego granicami. System rodzinny składa się z podsystemu

⁸ Całokształt funkcji pełnionych przez rodzinę jest o wiele bardziej złożony (por. Tyszka 1997). W niniejszym opracowaniu wymieniam jedynie te, które w zależności od sposobu ich realizacji mogą przyczynić się do kształtowania osobowości zdrowej lub wykazującej tendencje do reagowania zaburzeniami, w tym anoreksją.

mów, spośród których najważniejszą rolę odgrywa podsystem małżeński. Wraz z pojawieniem się dzieci zyskuje nowy wymiar – podsystemu rodzicielskiego. Innym ważnym kryterium wyodrębniania podsystemów jest zróżnicowanie funkcjonalne. Rodzina realizuje bowiem szereg wyspecjalizowanych zadań mających na celu zaspokojenie potrzeb członków rodziny oraz społeczeństwa globalnego. Każdy z członków rodziny może należeć do różnych podsystemów i pełnić różne role (Namysłowska 1997).

Powstaje zatem sieć wzajemnych powiązań oraz specyficzny typ i struktura więzi społecznych. „Jeden rodzaj więzi pociąga za sobą inne rodzaje więzi, wreszcie brak więzi określonego rodzaju może być kompensowany więzią innego rodzaju. Rodzina jako grupa i instytucja daje więcej możliwości nakładania się różnego rodzaju więzi aniżeli inne grupy społeczne. O ile w innych grupach można oddzielić rodzaj więzi łączących ich członków, to w przypadku grupy rodzinnej wypreparowanie poszczególnych więzi jest przedsięwzięciem o wiele trudniejszym” (Kotlarska-Michalska 1992). Rodzina stanowi zatem pewien dynamiczny układ powiązanych wielostronnymi zależnościami elementów.

Przyjęcie powyższych założeń prowadzi do wniosku, że patologia jednostkowa jest przejawem dysfunkcji i patologii systemu rodzinnego. Z danych klinicznych wynika również, że wobec kryzysu w rodzinie, chorobą reaguje najczęściej jej „najślabsze ogniwo” (Jablów 1993), czyli jednostka, która nie posiada zasobów umożliwiających konstruktywne reagowanie w sytuacjach trudnych. W wielu rodzinach rolę tę pełnią dorastające dzieci, które nie nabyły jeszcze odpowiednich kompetencji społecznych i emocjonalnych, by radzić sobie z obciążeniami wynikającymi z życia w dysfunkcyjnej rodzinie. Stają się one często „kozłem ofiarnym”. Są również „delegowane do patologii” przez pozostałych członków rodziny. W tym kontekście zachowania anorektyczne, a także przejawy innych patologii stanowią reakcję na kierowane wobec jednostki oczekiwania społeczne.

Dane pochodzące z wywiadów rodzinnych nasuwają przypuszczenie, iż w „rodzinach anorektycznych” jedzenie odgrywa często specyficzną rolę, stanowiąc na przykład istotny składnik systemu kar i nagród w procesie wychowania lub sposób wyrażania uczuć rodzicielskich. Czynniki te nie oddziałuje jednak w sposób wyizolowany, lecz współwystępuje z konstytutywnymi cechami „rodzin anorektycznych”. Spożywanie i przygotowywanie posiłków wiąże się często z charakterystycznymi rytuałami rodzinnymi, ujawnia podział ról w rodzinie, upodobania jej członków oraz styl komunikacji między nimi (Ziółkowska 2000, Golczyńska 1996, Wąsik-Sibrech 2000). Sprzeciwiając się przyjmowaniu pokarmu, jednostka podważa zatem to, co w danej rodzinie istotne i neguje zasady funkcjonowania całego systemu.

„Rodziny anorektyczne” charakteryzują się przede wszystkim zaburzeniami realizacji funkcji kontrolnej⁹. Mogą się one przejawiać zarówno deficytem, jak i nad-

⁹ Funkcję kontrolną rodziny określam za W. Wrześniem jako regulację i nadzorowanie postępowania członka rodziny przez pozostałych jej członków w celu eliminacji ewentualnych odstępstw od norm i wzorów zachowań obowiązujących w rodzinie oraz środki podejmowane przez rodzinę do przywoływania ich niesubordynowanych członków do porządku (Wrzesień 1993).

miarem kontroli rodziców nad dziećmi. Zarówno jednostka całkowicie pozbawiona kontroli, jak i poddana kontroli zbyt silnej i drobiazgowej może przyjmować „auto-destrukcyjne strategie adaptacyjne”. Z zaburzeniami funkcji kontrolnej rodziny związane są takie cechy systemu rodzinnego, jak: sztywność struktury i brak elastyczności we wzorach pełnienia ról rodzinnych, nadmiernie szczelne bądź rozmyte granice pomiędzy poszczególnymi podsystemami rodziny oraz pomiędzy rodziną a światem zewnętrznym, zbyt bliski lub zbyt daleki dystans emocjonalny pomiędzy członkami rodziny oraz dysfunkcjonalne wzory interakcji i komunikacji.

Na podstawie badań sposobu realizacji funkcji kontrolnej w rodzinach wielkomiejskich (Wrzesień 1996) wyróżniono dwa typy rodzin: „rodziny kontroli bezpiecznej” oraz „rodziny kontroli zaburzającej bezpieczeństwo”. W pierwszym przypadku kontrolę należy utożsamiać z autentycznym zainteresowaniem i kontaktem emocjonalnym mającym na celu zapewnienie bezpieczeństwa wszystkim członkom rodziny, bez pozbawiania ich możliwości realizowania potrzeby autonomii. Z kolei najczęściej stosowaną metodą sprawowania kontroli jest perswazja. W drugim przypadku działania kontrolne oparte są na egoistycznej motywacji kontrolera, a spośród metod sprawowania kontroli najczęściej stosowanymi są: manipulacja i wywoływanie poczucia winy, ekonomiczne środki kontroli oraz przemoc fizyczna.

„Rodziny anorektyczne” są szczególnym przypadkiem „rodzin kontroli zaburzającej bezpieczeństwo”. W. Wrzesień wskazuje trzy typy idealne kontrolerów, którzy przyczyniają się do niezaspokajania potrzeby bezpieczeństwa w rodzinie, tym samym sytuując rodzinę w grupie podwyższonego ryzyka wystąpienia różnego rodzaju patologii więzi. Zostaną one omówione na przykładzie relacji rodzice – dzieci, gdyż odgrywają one najistotniejszą rolę w kształtowaniu się „syndromu gotowości anorektycznej” u dorastających córek. Pierwszy z nich – „kontroler histeryczny” – łatwo popada w skrajne stany emocjonalne, a realizując swą funkcję wobec dzieci jest albo despotyczny, albo nadmiernie liberalny, stosuje najczęściej manipulację i pragnie za wszelką cenę pozostawać w centrum zainteresowania rodziny. „Kontroler makiawelistyczny” – zawsze dąży do maksymalizacji swojej władzy w rodzinie, przy czym zaprzecza, aby ta aktywność była jego domeną, posługuje się głównie manipulacją, by sprawiać wrażenie, że członkowie rodziny „z własnej woli” podporządkowują się jego oczekiwaniom. Z kolei „kontroler nieudolny” stosuje wszystkie metody kontroli zarówno „bezpieczne”, jak i zagrażające bezpieczeństwu, lecz czyni to „[...] z reguły na oślep; gdy lepiej byłoby porozmawiać, on bije, nagradza za to, co nie powinno być przedmiotem nagród, staje się despotyczny, a po chwili, widząc brak reakcji u kontrolowanych, odwołuje wszystko i staje się nadmiernie liberalny” (Wrzesień 1996).

Wyniki analiz empirycznych (Wrzesień 1996, CBOS 1998d) pozwalają zauważyć wyraźne tendencje do nadużywania działań kontrolnych w rodzinach. Większość rodziców deklaruje sprawowanie kontroli nad sposobem spędzania wolnego czasu przez dzieci poza domem. 68% rodziców dzieci w wieku od 7 do 15 lat oraz 54% rodziców dzieci w wieku od 16 do 19 lat twierdzi, że „zawsze wiedzą, gdzie i z kim ich dziecko przebywa” (CBOS 1998d). Należy również wskazać na mechanizm

międzygeneracyjnej transmisji środków „kontroli zanurzającej bezpieczeństwo rodziny”. Ustalono również, że jednostki poddawane we własnych rodzinach pochodzenia manipulacji i przemocy fizycznej częściej niż pozostałe stosują te formy kontroli w swoich rodzinach prokreacji (Wrzesień 1996). Fakt ten stanowi istotne zagrożenie z perspektywy socjalizacji kolejnych pokoleń i generowania patologicznych wzorów społecznego przystosowania.

Nieprawidłowe wzory interakcji prowadzące do stosowania „autodestrukcyjnych strategii adaptacyjnych” mogą być również uwarunkowane zaburzeniami dystansu pomiędzy rodzicami a dziećmi. Możemy mówić tu zarówno o nadmiernym, jak i zbyt małym dystansie. Nadmierny dystans to termin opisujący z jednej strony kontakt agresywny, związany ze stosowaniem przemocy fizycznej lub werbalnej, z drugiej natomiast określający unikanie jakiegokolwiek formy kontaktu, swoistą ucieczkę od pełnienia ról rodzinnych i nawiązywania więzi w rodzinie. W tym przypadku choroba ma służyć zaabsorbowaniu uwagi rodziców, pozyskaniu ich współczucia lub skłonieniu do zaprzestania zachowań agresywnych. Dziecko stara się w ten sposób zaspokoić potrzebę doznawania opieki i oparcia, gdyż podejmowane wcześniej próby pozostające poza obszarem patologii okazały się nieskuteczne.

Zbyt krótki dystans oraz nadmiar „kontroli zaburzającej bezpieczeństwo” manifestują się często w kontakcie uporczywie korygującym oraz postawie nadopiekuńczej. Ten wzór funkcjonowania rodziny jest często związany z rozmyciem granic wewnątrz systemu rodzinnego, przy jednoczesnym szczelnym oddzielaniu rodziny od świata zewnętrznego. Rodzice mogą z jednej strony włączać dziecko w swoje konflikty i problemy, z drugiej natomiast ograniczać jego kontakty z rówieśnikami i podejmować za dziecko decyzje dotyczące: wyboru szkoły, sposobu spędzania wolnego czasu itd. Nadmierna ingerencja rodziców w sprawy dziecka pociąga za sobą szereg prób wyzwolenia się spod ich kontroli. W tej sytuacji głodzenie się i poddawanie ciała dyscyplinie stanowią próbę zaspokojenia potrzeby autonomii. Ścisła kontrola nad własnym ciałem jest postrzegana przez dziecko jako swoisty „bastion niezależności od wpływu rodziców”. W „rodzinach anorektycznych” możliwe jest łączenie obu skrajnych typów dystansu, gdyż przykładowo możemy mieć do czynienia z nadmiernie zdystansowanym ojcem i nadopiekuńczą matką lub rodzicami kompensującymi okresy braku zainteresowania dzieckiem okresami nadopiekuńczości.

Zgodnie z powiązaniem z systemową teorią rodzin podejściem komunikacyjnym, każde zachowanie jest traktowane jako przekaz posiadający określone znaczenie, nadawcę oraz odbiorcę. W rodzinach dysfunkcyjnych często dochodzi do sytuacji „podwójnego związania komunikacyjnego”. Polega ono na przekazywaniu komunikatów, które z natury swojej są wewnętrznie sprzeczne i niemożliwe do zrealizowania¹⁰. Stawianie dziecku sprzecznych wymagań socjalizacyjnych i komuni-

¹⁰ Sprzeczności występują pomiędzy aspektem treściowym (informacyjnym) i relacyjnym (związanym z ustosunkowaniem się nadawcy wobec odbiorcy) komunikatu. Mogą się one przejawiać w niespójności pomiędzy przekazem werbalnym a niewerbalnym lub w nakłanianiu do zachowań, które są możliwe do zrealizowania jedynie wówczas, gdy są spontaniczne i generowane od wewnątrz (Sęk 2003). Przykładem komunikatu o strukturze „podwójnego wiązania” jest zdanie: „Musisz być bardziej niezależny(a)”, wypowiediane przez

kowanie się z nim w sposób zaburzony prowadzi do wykształcania się patologicznych strategii adaptacyjnych.

Jednym z czynników ryzyka wystąpienia u dorastającego dziecka (najczęściej córki) anoreksji lub innych zaburzeń jedzenia (np. bulimii) jest konflikt pomiędzy rodzicami. Konflikt może przyjmować zarówno postać otwartą, jak i nie wyrażaną wprost formę komunikatów pośrednich. Piszząc o konflikcie, mam na myśli taką jego postać, która przyczynia się do rozpadu więzi w rodzinie. Zgodnie z założeniami teorii dynamiki konfliktów grupowych L. Cosera rodzina, podobnie jak większość grup o ścisłej więzi wewnętrznej i znacznym zaangażowaniu osobowości ich członków, wykazuje tendencje do tłumienia konfliktu. Intensywność interakcji sprzyja odczuwaniu wrogich uczuć, lecz są one interpretowane jako zagrożenie dla bliskich stosunków między członkami rodziny. Grupy o silnej więzi wewnętrznej dążą raczej do tłumienia niż ujawniania wrogości, więc jest ona kumulowana i tym samym ulega intensyfikacji. Jeżeli w grupie, która konsekwentnie starała się przeszkodzić ujawnianiu wrogich uczuć, wybuchł konflikt, będzie on miał przebieg szczególnie gwałtowny i długotrwały, z dwóch powodów. Po pierwsze, ponieważ zmierza do rozwiązania nie tylko problemu, który spowodował wybuch konfliktu. Wszystkie skumulowane żale i urazy, które mogły ujawnić się wcześniej, ujawnią się prawdopodobnie przy tej okazji. Po drugie, na skutek pełnego zaangażowania osobowości członków grupy, w toku walki nastąpi mobilizacja wszystkich zasobów emocjonalnych. Im bardziej zintegrowana jest grupa i spoista, tym bardziej gwałtowny konflikt. Jeżeli w grupach, w których uczestnictwo angażuje całą osobowość, a konflikty są tłumione, mimo to dojdzie do wybuchu konfliktu, to zagraża on podstawom istnienia grupy (Cosser 1975).

Szczególnym przypadkiem dysfunkcyjnego przebiegu konfliktu w rodzinie jest tworzenie „triangulacji”. Proces ten polega na włączeniu trzeciej osoby w konflikt interpersonalny między dwiema osobami w celu ukrycia konfliktu. Przykładowo, pozostający w konflikcie rodzice rzutują napięcia na dziecko i wówczas staje się ono „nositelmem napięć rodzinnych”, jest stygmatyzowane i „delegowane do patologii” jako „niedobre” lub „chore”. Inną formą tworzenia „triangulacji” jest sytuacja, w której rodzic sprzymierza się z dzieckiem, aby pozyskać jego wsparcie w konflikcie z partnerem, albo jeden z rodziców wspiera nastoletnie dziecko w konflikcie z drugim rodzicem (Sęk 1998). W takiej sytuacji choroba dorastającej córki zmienia konfigurację w ramach systemu. Wysiłki rodziców jednoczą się w ratowaniu dziecka, a nowy przedmiot zaabsorbowania pozwala im zarzucić dotychczasowe waśnie i spory małżeńskie. Sytuacja ta nie sprzyja jednak wyzdrowieniu dziecka, lecz wzmacnia je w utrzymywaniu się w stanie choroby. Minuchin wraz z zespołem Child Guidance Clinic stworzył koncepcję „rodzin psychosomatycznych”, w których dzieci cierpiały na anoreksję, astmę lub cukrzycę. Były to rodziny pozornie bardzo spokojne, lecz charakteryzujące się sztywnością funkcjonalną i strukturalną, niską

rodzica do dziecka. Chcąc się do niego zastosować, dziecko podporządkuje się rodzicowi, nie będąc tym samym niezależne. Chcąc się przeciwstawić rodzicowi, dziecko musiałoby również zrezygnować z niezależności.

tolerancją wobec konfliktów, nadopiekuńczością rodziców w stosunku do dzieci oraz nawiązywaniem koalicji i triangulacji (Minuchin 1974, za: Sęk 2003).

Specyficzną formą systemu o zaburzonej, dysfunkcjonalnej strukturze jest rodzina, w której dochodzi do odwrócenia ról społecznych w ten sposób, że dziecko zaczyna pełnić rolę opiekuna wobec rodzica (np. w przypadku uzależnienia bądź przewlekłej choroby jednego bądź obojga rodziców). Wówczas anoreksja stanowi rodzaj reakcji na przeciążenie obowiązkami, do pełnienia których dziecko nie posiada wystarczających zasobów ani kompetencji.

Choroba dziecka może być również uwarunkowana międzygeneracyjną transmisją zachowań, kiedy to chora na anoreksję matka dostarcza córce wzorów zachowań i rozpoczyna proces społecznego modelowania. Podobne konsekwencje ma nadmierna koncentracja rodziców na wartościach perfekcjonistycznych, która w powiązaniu z oddziaływaniem kultury popularnej może uwikłać dorastającą jednostkę w „tyranię szczupłego ciała”. Perfekcjonistyczny rys osobowości ujawnia się w wielu obszarach społecznego funkcjonowania anorektyczek, które najczęściej wykazują wysoki poziom konformizmu wobec społecznych oczekiwań: są bardzo dobrymi uczennicami i studentkami, z powodzeniem podejmują różne formy aktywności, a dyscyplinowanie ciała i formowanie go na wzór przyjętego ideału stanowi jeden z przejawów dążenia do „bycia najlepszą zawsze i wszędzie”.

Omówione cechy „rodzin anorektycznych” wskazują na istnienie deprivacji szeregu potrzeb pełniących kluczową rolę z perspektywy społecznego rozwoju młodego pokolenia. W świadomości społecznej dostrzegane braki i niedostatki dotyczą przede wszystkim wzorów skutecznego radzenia sobie w sytuacjach trudnych: „wskazówek, jak radzić sobie ze swoimi problemami” (68%), „wskazówek, jak radzić sobie w czasach dzisiejszych” (66%), „wskazówek, jak kształtować swój charakter” (62%), a także „wskazówek, jak współpracować, współdziałać z innymi ludźmi” (62%) oraz „samodzielności” (52%) (CBOS 1998b). Wobec powyższych ustaleń można przypuszczać, że jednostki pozbawione wsparcia w rozwijaniu kompetencji adaptacyjnych ze strony rodziny będą poszukiwały go w innych grupach bądź sieciach społecznych. Istnieje jednak ryzyko wzmocnienia wykształconych w rodzinie „autodestrukcyjnych strategii adaptacyjnych”, w związku z brakiem możliwości ich konstruktywnej weryfikacji i zmiany.

„WWW.ANOREKSJA.COM” – INTERNETOWE SIECI SPOŁECZNE JAKO MEZOSTRUKTURALNY KONTEKST ZACHOWAŃ ANOREKTYCZNYCH

Zaburzeniom jedzenia towarzyszy często wycofanie z kontaktów społecznych. Izolacja osoby chorej polega na unikaniu interakcji „twarzą w twarz”, zwłaszcza w sytuacjach społecznych związanych z jedzeniem. Sytuacje te mogą zostać uznane za czynnik zagrażający codziennej, zapewniającej poczucie kontroli nad własnym ciałem i życiem rutynie. W zaawansowanym stadium choroby dochodzi często do

znacznego osłabienia organizmu, co w jeszcze większym stopniu utrudnia utrzymywanie kontaktów społecznych i pogłębia izolację jednostki¹¹. Osoba dotknięta chorobą może zatem poszukiwać zastępczych form zaspokajania potrzeby kontaktu społecznego, bez konieczności nawiązywania bezpośrednich interakcji. Realizacji tego celu służy między innymi poszukiwanie znajomości w Internecie. Szukając potwierdzenia słuszności wybranego przez siebie sposobu życia, anorektyczka może dążyć do nawiązania kontaktu z osobami podobnymi do siebie. Świadczy o tym popularność stron internetowych, na których znajdują się listy dyskusyjne dotyczące anoreksji i bulimii, blogi (zamieszczane w Internecie dzienniki) anorektyczek i bulimiczek oraz zdjęcia wychudzonych sylwetek aktorek, modelek i piosenkarek chorujących na anoreksję (tzw. „świętych anoreksji” – określenie autorki).

W dalszej części przedstawione zostaną wyniki badań własnych, polegających na analizie treści komunikatów (Mayntz 1985) zarejestrowanych pomiędzy 30.09.2003 r. a 28.09.2004 r. na forum dyskusyjnym „Anoreksja i bulimia” portalu internetowego: gazeta.pl. Znalazło się wśród nich 4147 wypowiedzi, których autorami w większości były kobiety. Główny problem badawczy sprowadza się od próby określenia socjologicznych cech oraz funkcji społecznych sieci internetowych skupiających osoby anorektyczne.

Analiza formy językowej pozwala wyróżnić cztery podstawowe typy wypowiedzi, z których pośrednio można wnioskować o funkcjach spełnianych przez forum dyskusyjne. Należą do nich: pytania (np. „Może wy wiecie, co mi jest?”, „Czy już się odchudzać?”), wypowiedzi stanowiące prośbę o udzielenie pomocy (np. „Dziewczyny, ratujcie!”), wypowiedzi mające na celu udzielanie porad i wsparcia, zarówno w procesie zdrowienia, jak i utrzymywania objawów chorobowych (np. „Anorektyczki, dziękuję wam, że jesteście.”) oraz wypowiedzi o charakterze opisu własnych doświadczeń („moja bulimia”, „moja historia...” itd.). Uczestniczki dyskusji poszukują w ten sposób zarówno informacji, jak i możliwości dzielenia się swoim doświadczeniem z innymi, pełnienia ról „osób kompetentnych w danej dziedzinie”.

Wypowiedzi zostały podzielone również na cztery rozłączne kategorie. Podstawą dokonania klasyfikacji były deklarowane wprost bądź pośrednio postawy wobec choroby. Najliczniejszą z nich (46%) stanowi pozytywna postawa wobec anoreksji oraz dążenie do trwania w chorobie. Świadczą o niej wypowiedzi¹²: „Moje marzenie – anoreksja!”, „Mój sposób na walkę z głodem”, „Chcę być anorektyczką” i inne. Wypowiedzi z tej kategorii dotyczą przede wszystkim: diet, środków farmaceutycznych powodujących spadek wagi, ćwiczeń fizycznych oraz doświadczeń związanych ze stosowaniem poszczególnych metod odchudzania i świadczą o potrzebie społecznego potwierdzenia „słuszności” realizowanego stylu życia przez inne osoby funkcjonujące w podobny sposób. Zgodnie z dynamiką rozwoju choroby

¹¹ Oprócz wymienionych przyczyn wycofania osób anorektycznych z kontaktów społecznych istnieje cały szereg problemów natury psychologicznej i fizjologicznej, których omówienie przekracza jednak ramy niniejszego opracowania.

¹² Podaję skróconą wersję wypowiedzi w postaci tytułów, pod którymi figurują w archiwum forum dyskusyjnego.

należy przypuszczać, że są to wypowiedzi typowe dla początkowej fazy, w której postrzegane przez jednostkę „korzyści z choroby” przewyższają jej negatywne konsekwencje. „Początkująca anorektyczka” czuje się bowiem atrakcyjna w znaczeniu zgodności z przyjętym przez siebie ideałem piękna. Oprócz tego zdobywa bądź uwagę swoich bliskich skoncentrowanych na jej ratowaniu, bądź poczucie własnej autonomii. Nie jest zatem motywowana do wyzdrowienia. W tej fazie najczęściej pojawiają się również wypowiedzi wskazujące na euforię – np. „Jestem super!”, „Mam siłę!”.

Kolejną, choć znacznie mniej liczną kategorię (25%), stanowią wypowiedzi świadczące o ambiwalentnej postawie wobec własnej choroby. Pojawia się w nich niepokój związany ze świadomością negatywnych skutków choroby, a jednocześnie obawa przed „odrzućciem tożsamości anorektycznej” i związaną z nią utratą określonych gratyfikacji: przekonania o własnej konsekwencji, moralnej wyższości, atrakcyjności, uwagi i troski najbliższego otoczenia itd. Przykładowe wypowiedzi świadczące o postawie ambiwalentnej to: „Pomóżcie! Mam tego dość, ale boję się utyć.” „Pomocy – boję się już siebie”, „Nie wiedziałam, że mnie też to spotka” itd. Należy przypuszczać, że wzrost nastawień ambiwalentnych wobec choroby następuje w miarę dostrzegania jej negatywnych konsekwencji zdrowotnych, psychicznych i społecznych.

W najmniejszym stopniu rozpowszechnioną wśród uczestniczek internetowych dyskusji postawą (17%) jest krytyczne nastawienie wobec własnych doświadczeń anorektycznych połączone z pragnieniem powrotu do zdrowia, pomimo dostrzeganych trudności. Wypowiedzi z tej kategorii są formułowane najczęściej jako: prośby o udzielenie wsparcia w walce z chorobą („Jak z tego wyjść?”, „Jak się wyleczyć?”, „Chcemy wyzdrowieć – prawda?”). Są to najbardziej ogólne wypowiedzi, wskazujące na dążenie do przełamania stanu choroby. Zdecydowanie bardziej konkretne są pytania o możliwość skorzystania z pomocy specjalistów (np. „Polećcie dietetyka w Krakowie”, „Pilnie szukam poradni psychologicznej w Poznaniu.”), stanowiąc swoistą „pragmatyczną operacjonalizację” dążenia do zdrowia. Obok wspomnianych pytań i prośb pojawiają się porady poparte własnymi doświadczeniami i wiedzą (np. „Pierwszy krok.”, „Kiedyś byłam anorektyczką. Teraz chcę żyć.”) stanowiące rodzaj spontanicznej narracji mającej na celu dzielenie się własnymi doświadczeniami z innymi.

Osobną kategorię (12%) stanowią również wypowiedzi neutralne pod względem emocjonalnym. Nie są one związane z bezpośrednimi doświadczeniami uczestniczek dyskusji. Często występują one w formie pytań o pewne podstawowe fakty dotyczące choroby (np. „Czy anoreksja i bulimia dotyczą tylko kobiet?” itd.). Nasuwa się przypuszczenie, że autorki tych wypowiedzi znajdują się w fazie poprzedzającej ekspresję syndromu gotowości anorektycznej i wyrażają zainteresowanie chorobą, o czym świadczy choćby sama obecność na forum dyskusyjnym. Obserwowane w grupach anorektyczek procesy wzajemnego warunkowania i wzmacniania zachowań chorobowych mogą prowadzić do postawienia hipotezy, że uczestnictwo

w dyskusjach na forum „Anoreksja i bulimia” może przyczynić się do przyspieszenia ekspresji „syndromu gotowości anorektycznej”.

W dyskusji prowadzonej na forum internetowym zauważyć można próby konfrontacji skrajnych postaw: chęci powrotu do zdrowia połączonej z krytyczną oceną doświadczeń anorektycznych oraz dążenia do utrzymywania się w stanie choroby, np. w odpowiedzi na zamieszczone na forum stwierdzenie: „Przybył mi kilogram i cieszę się z tego”, pojawiła się wypowiedź o treści: „[...] nie oszukuj się, każdy dodatkowy kilogram to dowód na to, jak słabą masz wolę. Nie wmawiaj sobie, że tłuste jest piękne. [...] Poprawianie sobie humoru wmawianiem sobie rzeczy nieprawdziwych jest krótkotrwałe i znamienne w skutkach [...]”. Cytowana wypowiedź ujawnia nastawienie rywalizacyjne, a także ujawnia mechanizm podnoszenia samooceny przez dokonywanie społecznych porównań. Pogłębiona jakościowa analiza wypowiedzi pozwoliła wskazać główne społeczne i psychologiczne problemy anorektyczek. Uczestniczki dyskusji stosunkowo często wskazują na brak satysfakcjonujących relacji społecznych w swoim najbliższym otoczeniu (np., „Nie chcę być dłużej sama!”, „Rodzice? Oni nic nie rozumieją” itd.). Niektóre z zarejestrowanych wypowiedzi świadczą mogą o depresji, lęku oraz negatywnym stosunku wobec siebie (np. „Jestem załamana!”, „Chcę umrzeć!”, „Nienawidzę siebie!”) Wypowiedzi te potwierdzają tezę, że anoreksja pociąga za sobą izolację społeczną jednostki, co z kolei wtórnie pogłębia problemy przystosowawcze, powoduje wzrost poczucia niedostosowania i wyobcowania, a w skrajnej postaci myśli autodestrukcyjne.

Podsumowując, z przedstawionej analizy materiału empirycznego wynika, że internetowe sieci społeczne skupione wokół forum dyskusyjnego „Anoreksja i bulimia” posiadają cechy grup odniesienia normatywnego i porównawczego. Dostarczają bowiem tworzącym je jednostkom kryteriów oceny własnych zachowań oraz zachowań innych osób (zarówno chorych, jak i zdrowych). Dokonywana wymiana informacji i doświadczeń odgrywa istotną rolę w procesie formowania i podtrzymywania „tożsamości anorektycznej”, o czym świadczy wysoki odsetek wypowiedzi wskazujących na dążenie do utrzymywania się w stanie choroby. Anorektyczki mogą wzajemnie modelować swoje zachowania, stanowiąc dla siebie wzór oraz potwierdzając swoją adekwatność.

Uczestniczki internetowych dyskusji na temat zaburzeń jedzenia tworzą względnie homogeniczną zbiorowość opartą na podstawie podobieństwa sytuacji choroby. Pozostałe cechy, takie jak: wiek, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, status materialny, indywidualne zainteresowania i poglądy, wydają się, ze względu na specyfikę omawianej sieci – nieistotne. W związku z tym, potencjalne więzi będą miały raczej charakter fragmentaryczny, określane jedynie zasobem wspólnych doświadczeń związanych z chorobą.

Wśród głównych potrzeb realizowanych przez udział w forum dyskusyjnym wymienić należy: potrzebę doznawania oraz udzielania wsparcia społecznego (zarówno informacyjnego, jak i emocjonalnego). Należy jednak zaznaczyć, że zakres omawianego wsparcia jest ograniczony do kwestii związanych z chorobą. Dlatego

też zastępowanie bezpośrednich, angażujących całą osobowość jednostki interakcji interakcjami nawiązanymi na forum dyskusyjnym może pogłębiać poczucie niezaspokojenia wspomnianych potrzeb.

KONKLUZJE. GŁÓWNE IDEE TERAPII I PROFILAKTYKI ANOREKSJI

Główne założenia zarówno indywidualnej terapii osoby cierpiącej na anoreksję, jak i systemowej terapii rodzin powinny uwzględniać wszystkie: mikro-, mezo- i makrostrukturalne aspekty społecznego i psychologicznego funkcjonowania jednostki. Dwa główne nurty terapii „rodzin anorektycznych” – nurt komunikacyjny i strukturalny mają na celu wyposażenie członków rodziny w kompetencje niezbędne do rozwiązania problemów leżących u podstaw patologicznej sytuacji. W terapii w ujęciu komunikacyjnym dąży się do wprowadzania tzw. „zdrowych reguł porozumiewania się”. Sprowadzają się one do otwartego i bezpośredniego przekazywania komunikatów dotyczących przeżywanych emocji oraz odróżniania treściowych i relacyjnych aspektów wypowiedzi.

Punktem wyjścia terapii strukturalnej rodziny jest diagnoza aspektów zdrowego i dysfunkcjonalnego działania systemu rodzinnego. Na tej podstawie podejmowane są działania mające na celu restrukturyzację rodziny. Stanowiąca cel terapii, „zdrowa rodzina” składa się z jasno oddzielonych podsystemów o określonej hierarchii, czytelnego układu ról oraz związanych z ich pełnieniem wymagań. Członkowie rodziny komunikują się w sposób otwarty i pełniąc określone funkcje, przyczyniają się do rozwoju i adaptacji systemu rodzinnego (Sęk 2003). System rodzinny zachowuje równowagę pomiędzy zaspokajaniem potrzeby przynależności społecznej oraz doznawania opieki i wsparcia z jednej strony a potrzebami autonomii, samorealizacji oraz indywidualnych osiągnięć z drugiej strony. Funkcja kontrolna rodziny sprawowana jest zgodnie z modelem omówionej wcześniej „rodziny kontroli bezpiecznej”. Osoba realizująca rolę kontrolera nie powoduje pojawiania się niepokojącej liczby skutków ubocznych: współzależnienia, osłabiania poczucia własnej wartości, zaburzeń w pełnieniu określonych ról społecznych (w rodzinie i poza nią), zaburzeń interakcji między członkami rodziny, destabilizacji rodziny lub osłabienia jej spójności (Wrzesień 1996).

Wśród głównych celów terapii indywidualnej wskazuje się na konieczność wzbudzenia motywacji do zmiany „autodestrukcyjnej strategii adaptacyjnej”. Kluczowe znaczenie ma tu kształtowanie umiejętności konstruktywnego radzenia sobie w sytuacjach trudnych, bezpośredniego wyrażania potrzeb i emocji, a także zaspokajania potrzeb w sposób nie stanowiący obszaru patologii. W procesie tym istotną rolę odgrywa również uświadomienie sobie przez osobę cierpiącą na anoreksję, że jeżeli choroba będzie się utrzymywać, stanie się źródłem wtórnych problemów społecznych oraz zdrowotnych.

Istotnym, zarówno z perspektywy terapii, jak i profilaktyki omawianych zaburzeń celem jest uznanie względności kulturowo definiowanych kryteriów urody oraz ukształtowanie krytycznej postawy wobec prezentowanych w mediach i kulturze popularnej wizerunków ciała. Programy profilaktyczne realizowane w grupach potencjalnego ryzyka zachorowania na anoreksję zawierają również treści związane z formowaniem adekwatnej samooceny oraz akceptacji siebie i własnego ciała. Realizacji tego celu służyć ma między innymi wskazywanie młodzieży różnych obszarów samorealizacji wykraczających poza sferę związaną z atrakcyjnością fizyczną oraz kształtowanie umiejętności nawiązywania bliskiego kontaktu emocjonalnego w kręgu rówieśniczym.

LITERATURA

- Bell D. (1993), *Kulturowe sprzeczności kapitalizmu*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe
- Bourdieu P., Passeron J.C. (1990), *Reprodukcja. Elementy systemu nauczania*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe
- Burns D.B. (1980), *Perfekcjonizm – droga do samozagłady*, Psychology Today, Listopad 1980 r. Tłumaczenie: Danuta Bobko i Helena Grzegółowska
- Burszta W. (1998), *Antropologia kultury. Tematy, teorie, interpretacje*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka
- CBOS (1998a), *Opinie o postępowaniu rodziców wobec dorastających dzieci*, Komunikat z badań
- CBOS (1998b), *Opinie o problemach młodego pokolenia*, Komunikat z badań. Warszawa
- CBOS (1998c), *Rodzice i rówieśnicy w opiniach młodego pokolenia*, Komunikat z badań
- CBOS (1998d), *Wychowanie dzieci w rodzinie i opieka nad nimi*, Komunikat z badań
- CBOS (2003), *Stosunek Polaków do własnego ciała. Ideal pięknej kobiety i przystojnego mężczyzny*, Komunikat z badań
- Coser L. (1975), *Spoleczne funkcje konfliktu*, [w:] *Elementy teorii socjologicznych*, pod red. J. Szackiego, W. Derczyńskiego i A. Jasieńskiej-Kani, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe
- Giddens A. (2001), *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe
- Golczyńska M. (1996), *Anorexia nervosa- psychospoleczne tło zaburzeń*, [w:] „Nowa medycyna”, Rok III, nr 17, s. 11-18,
- Jablow M. (1993), *Na bakier z jedzeniem. Anoreksja. Bulimia. Otyłość. Przewodnik dla rodziców*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Józefik B. (1996), *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, Kraków: Wydawnictwo Collegium Medicum UJ
- Kotlarska-Michalska A. (1992) *Więź rodzinna jako szczególny rodzaj więzi społecznej*, [w:] „Roczniki Socjologii Rodziny”, tom IV
- Łoś M. (1998), *„Role społeczne” w nowej roli*, [w:] *Małe struktury społeczne*, pod red. I. Machaj, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej
- Mayntz R., Holm K., Huebner P. (1985), *Wprowadzenie do metod socjologii empirycznej*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe
- Melosik Z. (1996), *Tożsamość, ciało i władza*, Toruń: Wydawnictwo Edytor s.c.
- Minuchin S. (1974), *Families and Family Therapy*, Cambridge: Harvard University Press
- Namysłowska I. (1997), *Terapia rodzin*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe
- Sęk H. (1998), *Spoleczna psychologia kliniczna*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe
- Sęk H. (2003), *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”
- Stecker-Bryczkowska D. (2000), *Kultura popularna a kształtowanie się tożsamości własnego ciała u dzieci*, [w:] *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*, pod red. A. Suchańskiej, Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora

- Wąsik-Sibrecht M. (2000), *Transgeneracyjne uwarunkowania zaburzeń odżywiania*, [w:] *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*, pod red. A. Suchańskiej, Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora
- Wojciechowska I. (2000), *Kiedy ciało ma decydujący głos w sprawie wartości człowieka – drogi prowadzące do tożsamości anorektycznej*, [w:] *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*, pod red. A. Suchańskiej, Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora
- Wrzesień W. (1992), *Niektóre aspekty wewnątrzrodzinnego systemu kontroli*, [w:] „Roczniki Socjologii Rodziny”, tom IV
- Wrzesień W. (1993), *Postawy osób realizujących funkcję kontrolną rodziny*, [w:] „Roczniki Socjologii Rodziny”, tom V
- Wrzesień W. (1996), *Realizacja funkcji kontrolnej w rodzinach wielkomiejskich*, [w:] „Roczniki Socjologii Rodziny”, tom VIII
- Wychowanie dzieci w rodzinie i opieka nad nimi*, komunikat CBOS 1998
- Zimbardo P., Ruch F (1988), *Degeneracja form życia miejskiego*, [w:] *Psychologia i życie*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe
- Ziółkowska B. (2000), *Zaburzenia funkcjonowania systemu rodzinnego i konieczność podjęcia terapii*, [w:] *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*, pod red. A. Suchańskiej. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora
- Ziółkowska B. (2001), *Pamięć doświadczeń socjalizacyjnych a ekspresja syndromu gotowości anorektycznej u kobiet na przełomie późnej adolescencji i wczesnej dorosłości*, Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora

ANOREXIA NERVOSA- THE PHENOMENON OF POSTMODERN CULTURE AND DYSFUNCTION OF FAMILY SYSTEM

S u m m a r y

The aim of this article is to present *anorexia nervosa* as a complex phenomenon which ought to be analyzed in macro-, mezo- and microstructural context.

Anorexia is defined in terms of “self destructive adaptation strategy” which is considered to be a reaction to specific configuration of cultural patterns and family system. The most significant factors affecting the process of forming the identity based on being an anorectic are: perfectionism and contemporary standards of beauty – as far as culture is concerned as well as dysfunctions of communication structure and lack of flexibility in role patterns – as far as family is concerned.

To illustrate the mentioned process on mezosocial level there have been presented results of content analysis of websites dealing with anorexia.

As a conclusion, the author sketches the main assumptions of individual and family system psychotherapy of anorexics.