

Dorota Kubacka-Jasiecka

Wydział Psychologii, Pedagogiki i Nauk Humanistycznych,
Krakowska Akademia Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków

Tatuaż i pirsing – wpływ wzorów kultury czy autoagresja?

Tattooing and piercing – impact of cultural patterns
or self-destructive behaviour?

*Granice między autoagresją zakotwiczoną w naszej kulturze
i na co dzień akceptowaną a tą o podłożu chorobowym są płynne.*

Annegret Eckhardt

STRESZCZENIE

Opracowanie podejmuje zagadnienie motywacji i mechanizmu psychologicznego współcześnie popularnych form poprawiania i „upiększania” wyglądu ciała poprzez jego tatuowanie i kolczykowanie. Prezentowane w artykule wyniki badań empirycznych zmierzały do rozstrzygnięcia funkcjonującego w piśmiennictwie przedmiotu dylematu dotyczącego motywacji tatuowania i kolczykowania swego ciała: czy jest ono wynikiem wyłącznie wpływu aprobowanych wzorców kulturowych, czy również nieświadomianych tendencji nieintencjonalnej pośredniej agresywności. Otrzymane wyniki badań trzech odrębnych studiów empirycznych wspierają przekonanie autorki, że doświadczenie ciała wraz z obniżonym poczuciem wartości swojego Ja cielesnego godzi oba podejścia, akcentując znaczenie i rolę równoczesnego współwystępowania obu postulowanych mechanizmów psychologicznych i ich wzajemnego oddziaływania. Analiza konkretnych aktów modyfikowania ciała musi przy tym uwzględniać indywidualne zróżnicowanie zasadniczej – w danym przypadku – motywacji.

Słowa kluczowe: tatuaż, kolczykowanie ciała, wzory kultury, agresywność pośrednia, doświadczenie ciała, Ja cielesne

SUMMARY

In this article, the subjects of body tattooing and piercing are discussed in terms of the motivations and psychological mechanisms behind these popular contemporary forms of improving and “beautifying” the look of a person’s body. The goal of the empirical research whose results are presented in this paper was to resolve a dilemma,

Adres do korespondencji / Address for correspondence: m.jasiecki@wp.pl

ORCID: 0000-0002-8017-032X

Brak źródeł finansowania / No sources of financing

frequently found in the literature on the subject, concerning the motives for body tattooing and piercing: whether these acts are solely influenced by approved cultural patterns or whether they are an effect of unconscious tendencies towards unintentional transferred aggression. The results of the three separate empirical studies support the author's claim that experiencing the body by a person with a lowered body self-esteem combines both of the above-mentioned approaches, with an emphasis on the role and significance of the co-occurrence of the two suggested psychological mechanisms as well as their mutual impact. The analysis of specific acts of body modification must take into account the individual variation of the basic motivation behind a given case.

Keywords: tattoos, body piercing, cultural pattern, transferred aggression, experiencing the body, the body self

WPROWADZENIE

Opracowanie podejmuje zagadnienie motywacji i mechanizmów psychologicznych popularnych współcześnie, a dotyczących form upiększania i modyfikowania wyglądu ciała poprzez jego tatuowanie i kolczykowanie. Wśród badaczy tej problematyki nie ma zgody co do motywacji tych form zachowania – spotyka się koncepcje traktujące tatuaż i pirsing jako zabiegi modyfikowania swojego ciała zaliczane do pośrednich, nieintencjonalnych form autodestruktywności, jak również poglądy ujmujące te formy zachowania jako typowe przejawy wpływu współczesnych norm i wzorców kulturowych.

W przekonaniu autorki opracowania, uwzględnienie znaczenia Ja cielesnego i doświadczenia ciała godzi oba podejścia, akcentując znaczenie współwarunkowania aktów poprawiania wyglądu ciała (tatuowania go i kolczykowania) łączącego wpływy kultury i nieświadomej autoagresji. Przedstawione niżej wyniki badań i ich interpretacja zdają się wspierać tę tezę, przy uwzględnieniu indywidualnego zróżnicowania znaczenia i roli zasadniczych motywów zachowania nakierowujących je na modyfikowanie i upiększanie ciała.

1. TATUAŻ, KOLCZYKOWANIE, SKARYFIKACJA

Jednym z zauważalnych problemów współczesności stało się stosunkowo niedawno odnotowane zjawisko nadawania pierwszoplanowego znaczenia i wartości fizyczno-cieleśnemu aspektowi Ja, nawet kosztem bólu czy trwałej

modyfikacji ciała, jak się to dzieje w wypadku tatuowania czy kolczykowania ciała. Zjawisko to staje się coraz bardziej popularne wśród młodych ludzi, zwłaszcza osób dorastających i młodych dorosłych, kobiet i mężczyzn z różnych środowisk społeczno-kulturowych.

Można powiedzieć, że żadna kultura od czasów prehistorycznych nie uznawała urody ludzkiego ciała w jego naturalnej postaci. Upiększanie i naznaczanie ciała, również poprzez jego okaleczanie, aprobowano w kulturze wielu plemion i krajów. Wchodziły w skład rytuałów inicjacyjnych dorosłości jako wyraz męskości, siły i waleczności; stanowiły przejaw dążenia do podniesienia urody, podkreślenia „piękna” i atrakcyjności zmodyfikowanego ciała (np. deformowanie kształtu czaszki czy stóp). Istotną rolę odgrywały motywy religijne – np. składanie ofiar Bogu, czy samokarania jako wyrazu pokuty za grzechy leżące u podstaw samobiczowania i innych form dręczenia ciała (por. Favazza, 1996; Klayman Farber, 2004).

Naznaczanie ciała miało w przeszłości również cele identyfikacyjne; stawało się oznaką przynależności do rodu, kasty, społeczności, plemienia, narodu – znakiem wyróżnienia, uprzywilejowania lub odwrotnie – pogardy i wykluczenia grup mniejszości czy jednostek (Klayman Farber, 2004).

2. KONTEKST SPOŁECZNO-KULTUROWY

Rozważania nad motywacją modyfikowania ciała zaliczanego do zachowań samokrzywdzących powinny zawsze uwzględniać zna-

czenie wpływu społecznego i jego kontekst kulturowy. We współczesności – okresie przyspieszonych przemian społeczno-kulturowych – zmienia się kontekst i ocena wielu zachowań, również tych akceptowanych dotąd wyłącznie przez subkultury, a obecnie przechodzących do jej głównego nurtu. Następuje zacieranie granic oceny między tym co normalne, a co dewiacyjne i patologiczne, między pogardą i odrzuceniem, za przyzwoleniem i aprobatą różnorodności społeczeństwa.

Środowisko społeczne wywiera wpływ na zachowanie – podtrzymując niektóre jego formy, dążąc do zmiany czy eliminowania innych jako nieakceptowanych i niepożądanych. Makijaż, malowanie i kolczykowanie różnych części ciała, tatuaż oraz inne formy modyfikacji ciała (np. zabiegi kosmetyczne i chirurgiczne) nie tylko manifestują poczucie własności swojego ciała, autonomii działania, podnoszą samoocenę, ale także zaznaczają przynależność do kręgu rówieśniczych grup odniesienia. Wzorce kulturowe i normy określające ideały wyglądu kobiecości i męskości determinują pragnienia sprostania standardom społecznym oraz oczekiwaniom innych ludzi. Wpływ społeczny oraz presja podporządkowania się oddziałuje na formowanie się indywidualnych nastawień i zachowań. Podporządkowanie się przepisom i zaleceniom ról społecznych wyznacza nasz stosunek do innych ludzi i napotykanym sytuacjom oraz wskazuje konkretne akty zachowania jako przez nich aprobowane lub niewłaściwe.

W ciągu życia wrażliwość na wpływ społecznych standardów i wzorów wyglądu naszego ciała zmienia się, szczególnie w okresie dojrzewania i późnego wieku średniego; w okresach tych może nasilać się podporządkowanie się wzorcom kulturowym, okolicznościom i presji autorytetów wyrażające się w postawach konformistycznych: w postawach przejawiających się nadmiernym i bezkrytycznym stosowaniem się do obowiązujących norm, identyfikowaniem się z grupą odniesienia i jej celami, mechaniczną akceptacją i bezkrytyczną aprobatą reguł społeczno-kulturowych (Aronson, 2001, Paulhus, 1984).

Potrzeba aprobaty społecznej, różnie nasilona indywidualnie, może być uznawana za specyficzną cechę osobowości przejawiającą się dążeniem do wywierania dobrego wrażenia, gotowością do zachowywania się w sposób społecznie oczekiwany i pożądanym (por. Zalewska, 2006; Izdebski, 2013). Celem takiego zachowania jest wywołanie u osób z bliskiego otoczenia pozytywnych uczuć empatii i sympatii, uzyskania wsparcia, a uniknięcie dezaprobaty czy odrzucenia. Osoby o silnej potrzebie aprobaty są motywowane dążeniem do ochrony poczucia własnej wartości, lękiem przed niepowodzeniem i alienacją społeczną. Cechują się nasilonym konformizmem, liczeniem się z wymaganiami i oczekiwaniami bliskiego otoczenia; ich frustracja i poczucie odrzucenia mogą naprzemiennie skutkować aktami buntowniczymi, jak i negatywnym oporem.

Szczególnie podatne na zachowania konformistyczne są osoby o niskiej czy obniżonej samoocenie, małej odporności na stres, nieradzące sobie z lękiem, niewierzące w swoje kompetencje, moc sprawczą i nieskutecznie rozwiązujące swoje problemy (por. Bernacka 2004). W świetle rozważań dotyczących motywacji zachowań autodestrukcyjnych należy uznać, że akty samokrzywdzenia się mogą być po części warunkowane konformizmem i silną potrzebą zyskania aprobaty społecznej i podziwu.

Natomiast nonkonformiści posiadają wysokie poczucie własnej wartości i siłę określającą ich zdecydowanie oraz pewność siebie. Tolerancja stresu i lęku pozwala im przeciwstawić się woli i presji innych. Wśród dokonujących aktów samoagresji można nierzadko znaleźć osoby funkcjonujące pod hasłami buntu i negacji norm głównego nurtu społeczności.

Kroll (1993, za: Klayman, Farber, 2004) uważał, że rozważania nad znaczeniem wpływu społecznego na zachowanie samokrzywdzące winny uwzględniać ich społeczny odbiór – spostrzeganie przez otoczenie i postawy kulturowo-społeczne, z jakimi się one spotykają. Wymienia przy tym tatuowanie skóry i pirsing wśród zachowań należących do ostatniej

kategorii z czterech podstawowych rodzajów działań samokrzywdzających:

- a) wyrażających społecznie i kulturowo akceptowane wartości, a osoby je podejmujące spotykają się z jednomyślną, często sporą aprobatą (np. protesty polityczne, patriotyczne akty poświęcenia życia),
- b) akty niemające wartości społecznej i publicznie potępiane, a osoby je podejmujące są traktowane jako zaburzone umysłowo (np. uzależnienia, samouszkodzenia ciała),
- c) akty zachowania stanowiące przejście do społecznie wartościowych dokonań, budzące jednakże ambiwalentne odczucia i dezaprobatę (np. morzące się głodem profesjonalne modelki, sportowcy nadużywający farmaceutyków),
- d) zachowania będące wyrazem wpływu wzorców kulturowych – „stylu życia” powiązanego z podwyższonym ryzykiem zaburzeń zdrowia (np. sporty ekstremalne, seksoholizm i modyfikacje ciała jak pirsing, tatuaż, skaryfikacje, zabiegi chirurgiczne).

3. JA CIELESNE I DOŚWIADCZANIE CIAŁA

Zwróćmy uwagę, że tradycja rozważań nad autodestruktywnością bezpośrednią (zamachy samobójcze, samouszkodzenia), jak również pośrednią do niedawna pomijała problematykę Ja cielesnego i doświadczania ciała, abstrahując od faktu, że akty autodestrukcji są bezpośrednio kierowane na ciało, które staje się przedmiotem zachowania samoniszczącego.

Zachodzące ostatnio (lata 80.–90. ubiegłego wieku) zmiany podejścia do autodestruktywności uwzględniające problematykę doświadczenia ciała mają szansę odegrać rolę pomostu łączącego wyjaśnianie modyfikacji ciała skutkiem występowania tendencji autodestruktywnych z podatnością na wpływ norm i wzorów społeczno-kulturowych. W ujęciu Klayman Farber (2004) sprzyja temu wzrost zainteresowania intersubiektywnymi, relacyjnymi aspektami zachowania ludzi w społeczności.

W holistycznym podejściu do człowieka jako zintegrowanego bytu psychofizycznego „... ja cielesne, w odróżnieniu od obrazu ciała,

nie jest tylko percepcyjnym wizerunkiem ciała (*body percept*) ani postawą, uczuciem, jakie jednostka ma wobec swojego ciała (*body concept*), ale przede wszystkim jest sposobem doświadczania siebie w swoim ciele, przeżywania przez podmiot swojej cielesności (fizyczności) wraz ze swoją płciowością” pisze Mirucka (2005, s. 157).

Pojęcia: obraz, wizerunek, ocena własnego ciała – zakładają uprzedmiotowienie ciała; natomiast człowiek-podmiot doświadcza, obserwuje, ocenia i przeżywa swoje ciało, przyjmując wobec niego określoną postawę. Co ważniejsze, staje się ono narzędziem wykorzystywanym przez podmiot do różnych celów. W skrajnych wypadkach uprzedmiotowienie ciała staje się oznaką psychopatologii – zaprzeczanie doświadczeniu ciała i negacja jego wartości otwiera drogę dezintegracji koncepcji swojego Ja i tożsamości.

Rozwój Ja cielesnego, poczynając od chwili narodzin, dotyczy najwcześniejszego doświadczenia ciała – głównie wrażeń dotykowych, choć także wzrokowych i słuchowych (Krueger 1989); opiera się na kontakcie niemowlęcia z matką (opiekunem) charakteryzującym się tzw. synchronią interakcyjną – relacją wzajemnego dopasowania, jak to ujmował Winnicott (1951) adekwatnego reagowania „wystarczająco dobrej” matki na potrzeby i oczekiwania dziecka. Relacja taka staje się podstawą kształtowania się spójnego Ja cielesnego wraz z poczuciem sprawstwa i kompetencji, a także poczucia indywidualnej tożsamości integrującego Ja psychiczne i Ja fizyczne. Procesy dojrzewania tożsamości indywidualnej obejmują poczucie spójności, ciągłości, niepowtarzalności i odrębności własnej osoby (por. np. Erikson, 1996; Gałdowa, 2000; Persaud, 1998; Sokolik, 1988 i wielu innych).

Rozwój Ja cielesnego odbywa się przez całe życie człowieka, szczególnie intensywny i podlegający istotnym przemianom zachodzi w czasie przełomów rozwoju, np. adolescencji, inicjacji seksualnej, okresie połowy życia, menopauzy czy starzenia się organizmu. Powoduje to konieczność stałego modyfikowania i ponownego integrowania dotychczasowego kształtu Ja cielesnego i struktury Ja, zwłaszcza

w obliczu gwałtownych przeobrażeń współczesnej kultury, również w zakresie kształtowania się nowego stosunku ludzi do własnego ciała i jego wyglądu (por. Favazza, 1996; Klayman Farber, 2004; Kowalik, 2003; Turner, 1996).

4. JA CIELESNE A DOŚWIADCZENIA TRAUMATYCZNE

Prawidłowe odzwierciedlenie doświadczenia dziecka przez matkę i ukształtowanie się wzorca synchronii interakcyjnej staje się fundamentem jedności ciała i umysłu, percepcji świata zarówno w kategoriach emocjonalnych, jak i poznawczych. Ja cielesne na plan pierwszy wysuwa się w sytuacjach wyjątkowych (np. bólu, przyjemności czy pożądania), natomiast trwałą koncentracją na doświadczaniu ciała, jego wyodrębnianiu się i alienowaniu z całości systemu wynika z braku akceptacji swojego Ja i swojej cielesności; jej negowanie i odrzucanie nabiera z czasem charakteru patologicznego.

Przyczyn dysfunkcji czy nawet rozbięcia systemu Ja podejście psychodynamiczne upatruje w doświadczeniach traumatycznych pierwszych miesięcy i lat dzieciństwa, porażce wczesnych relacji z matką. Skrajnymi przykładami traumatycznych doświadczeń późniejszego okresu dzieciństwa są przemoc psychiczna, fizyczna, a przede wszystkim seksualna. W jej wyniku może dojść do tzw. triangulacji Ja – rozbięcia Ja cielesnego na elementy: obraz matki – Ja psychiczne – Ja cielesne. Własne ciało jest postrzegane jako obiekt zewnętrzny, przedmiot, „nie Ja”, swoiste medium, na które zostają rzutowane negatywne emocje; dzięki niemu i poprzez ciało są rozładowywane napięcia i lęki powstające w relacji matka – dziecko (Plassman, 1994, za: Mirucka, 2000). Problemy te ulegają nasileniu, zaostrzeniu prowadząc z biegiem czasu do zablokowania rozwoju, a nawet patologicznego stanu regresji.

Badania Miruckiej (2005) pozwoliły na opracowanie kilku typów dysfunkcyjnego Ja cielesnego. Osoby z najbardziej zaburzonym „Ja destrukcyjnym” przeżywają siebie jako niezintegrowany byt, w którym cielesność stanowi

opozycję do Ja psychicznego, źródło negatywnych emocji wobec ciała; własne Ja staje się przyczyną przeżywanego ograniczeń, niesatysfakcjonujących relacji z innymi, a szczególnie z płcią przeciwną. Rodzi się stałe dążenie do wartościowywania swojego ciała na rozmaitych drogach, również patologicznych. Jednym z przejawów uprzedmiotowienia Ja stają się pokusy ucieczki od Ja cielesnego i swojego ciała, jego samokrzywdzenia czy samouniعةstwienia, co znamionuje osoby niedojrzałe, nieprzystosowane lub psychicznie zaburzone (Bauman 1995).

5. WSPÓŁCZESNE UPREDMIOTOWIENIE JA CIELESNEGO

Kulturowo-społeczne trendy ostatnich lat przywiązują coraz większą wagę do ludzkiego ciała i jego wyglądu. Współczesność to czas „zsomatyzowanych” społeczeństw – Ja cielesne jest kształtowane w oparciu o społeczno-kulturowy wzorec cielesności – wyglądu ciała. Rezultaty wielu badań pokazują, że Ja cielesne staje się najważniejszym elementem autoprezentacji; pokazywane innym jako wizerunek własnej osoby staje się jednym z ważniejszych regulatorów ludzkiego postępowania (Favazza 1996; Klayman Farber 2004; Kowalik 2003, oraz cytowani przez niego: Featherstone, 1991; Fox 1997; Sparkes 1997). „Ciało dość niespodziewanie stało się obiektem szczególnej troski, ale również zaczęliśmy traktować je w sposób instrumentalny (źródło przyjemnych lub przykrych wrażeń) ... Współczesny rozwój kultury doprowadził do sytuacji, w której ciało zaczęto traktować jako najważniejszy emblemat, za pomocą którego człowiek może dookreślić własną indywidualność” zauważa S. Kowalik (2003, s. 21).

Ciało staje się produktem „na wynos”, „na sprzedaż”, jego wygląd staje się istotnym wyznacznikiem globalnej samooceny oraz oceny społecznej ze strony otoczenia, co minimalizuje możliwość społecznej dezakceptacji czy odrzucenia. Poprawianie ciała to nie tylko szansa na większą możliwość akceptacji własnej cielesności przez innych; zawsze towarzyszy temu

zmiana wrażeń pochodzących z ciała, odczuwania jego granic oraz modyfikacji dotychczasowego poczucia tożsamości. Procesy te, wymuszające konieczność nowej identyfikacji samego siebie, mogą mieć wymiar mechanizmów obronno-adaptacyjnych.

Współcześnie zachodzące przemiany miewają charakter dwoisty, z ambiwalencją wobec własnej cielesności. Dyktowane przez wzorce kulturowe pierwszoplanowe znaczenia ciała powoduje dążenie jego społecznego dowartościowania, a z drugiej strony jego uprzedmiotowienie. Jak zauważają Skynner i Cleese (1994, s. 243): „zagrożenie dla naszego wizerunku w oczach innych powoduje strach i postawę obronną, a także wrogość... Wszystkie te uczucia musimy ukrywać...”

Modyfikowanie i przekształcanie swojego ciała (np. poprzez zabiegi kosmetyczne, operacje plastyczne, transplantacje tkanek itp.) powoduje z upływem czasu, mimo niejednokrotnie widocznych korzyści, denaturalizację i desakralizację ciała, jego uprzedmiotowienie i alienację poza jakikolwiek kontekst kulturowy. Własne ciało i jego dysfunkcjonalne doświadczenie otwierają drogę patologizacji tożsamości i rozwoju tendencji autodestruktywnych (por. Kubacka-Jasiecka 2007; 2008).

6. MOTYWY I PRZEJAWY AUTODESTRUKTYWNOŚCI POŚREDNIEJ

Czy należy poszukiwać innej niż społeczno-kulturowa, głębszej motywacji takich form zachowania jak modyfikowanie swojego ciała? Realizowania obowiązujących wzorców kultury kosztem własnej cielesności? Innych motywów naznaczania i okaleczania swego ciała niż potwierdzanie poczucia własnej wartości, prezentowanie nowej tożsamości w dążeniu do aprobaty społecznej?

Odrębnych wyjaśnień dostarczają tradycyjne rozważania i badania nad tzw. nieintencjonalną autodestruktywnością pośrednią, do której zaliczamy tatuowanie, kolczykowanie ciała i skaryfikację. Badania nad pośrednimi formami autodestruktywności – nazywanej zamiennie „ukrytą”, „latentną” czy „chroniczną”

– podjęto od lat 80. ubiegłego wieku jako formami behawioralnie i procesualnie odmiennymi od bezpośrednich. Pojęcie autodestruktywności pośredniej w przeciwieństwie do aktów samoagresji bezpośrednio zagrażających zdrowiu i życiu (będących wyrazem intencji samokrzywdzenia, jak samookaleczenia i zamachy samobójcze) nie jest jednak jednoznacznie definiowane.

Achte (1978, za: Suchańska 1998) wskazuje na różnorodność znaczeń pojęcia pośredniej autodestruktywności; bywa ono odnoszone zarówno do: a) zachowania (np. modyfikacje ciała, uzależnienia, podejmowanie ryzyka), b) zdarzeń życiowych (np. wypadki, zabiegi chirurgiczne, zaniedbanie leczenia), c) mechanizmów wewnątrz psychicznych (np. wyuczona bezradność). Kelley (1985) definiuje chroniczną autodestruktywność jako tendencję do podejmowania zachowań zwiększających prawdopodobieństwo negatywnych, a zmniejszających prawdopodobieństwo pozytywnych konsekwencji dla podmiotu. Potencjonalnym skutkiem autodestrukcji pośredniej jest obiektywna jej szkodliwość, jednakże bez konieczności jej odzwierciedlenia w subiektywnym doświadczeniu podmiotu (Suchańska 1998). Świadomość intencji i zagrożenia w tym ujęciu nie stanowi więc koniecznego kryterium uznania zachowania za autodestruktywne. Należy zwrócić uwagę, że zbyt szerokie ujęcie pojęcia autodestruktywności pośredniej nie ułatwia jednoznacznego określenia jej mechanizmu psychologicznego.

Baumeister (1985) przyjmuje kryterium dowolności i intencjonalności zachowań samokrzywdzących, co stawia pod znakiem zapytania autodestruktywny charakter pośrednich i nieintencjonalnych form autodestrukcji, w których relacja między aktem zachowania a szkodliwymi dla podmiotu konsekwencjami zostaje upośredniona:

- szkody bywają oddalone w czasie, często tylko prawdopodobne,
- formy zachowania są powszechne w różnym nasileniu u większości ludzi,
- same osoby są nieświadome potencjalnych (rzeczywistych) jego negatywnych

konsekwencji i zaprzeczają autodestruktywności swojego zachowania.

Gdy skutki zachowania są przewidywalne, brakuje zarówno pragnienia doznania krzywdy, jak i zgody na nią, wówczas mówi się o zachowaniach nieintencjonalnych, pośrednio agresywnych. Do takich zachowań zalicza się zarówno tatuowanie, jak i kolczykowanie ciała (Baumeister, Scher 1988).

Mimo ogólnie negatywnego, niekorzystnego charakteru akty autoagresji pośredniej mogą mieć potencjalnie również pozytywne konsekwencje, jednak stosowane na dłuższą metę strategie te należy uznać za ogólnie nieefektywne. Cechują się one nieadekwatnym uporem i wytrwałością, a ich transsytuacyjny charakter każe poszukiwać głębszej uogólnionej tendencji behawioralnej, takiej jak pośrednia autodestruktywność (por. Suchańska 1998).

Badacze, w tym Kelley, wyjaśniają preferencję kierowania się doraźnym emocjonalnym dążeniem, odwołując się do mechanizmów impulsywności, trudności odroczenia popędowych pragnień i gratyfikacji, a także braku odporności na pokusy zewnętrzne czy presję otoczenia. Uleganie pokusie obejmuje wiele celów, takich jak: pokonywanie zahamowania, oczekiwanie przyjemności, redukcję napięcia, poszukiwanie społecznej aprobaty czy tzw. „zachowanie twarzy”. Ważną kwestią pozostaje koncentracja na teraźniejszości i doraźnych korzyściach. Nowe nurty rozważań nad autodestruktywnością uwzględniają istotne znaczenie problematyki doświadczania własnego ciała.

7. JA CIELESNE A TENDENCJE AUTODESTRUKTYWNE

Zachowania samookaleczające pozbawione intencji samozniszczenia stanowią formy odrębne motywacyjnie, a zadawanie swojemu ciału ran i cierpienia jest zewnętrznym wyrazem wewnętrznego głębokiego bólu, który wymaga takiej właśnie ekspresji, a który nie może być inaczej wypowiedziany. Naznaczone (nierzadko bliznami) ciało i zrunowane krwa-

wiące wewnątrz opowiadają swoją traumatyczną historię. Mimo że krzywdzenie ciała wywołuje cierpienie, równocześnie przynosi ulgę poprzez odwracanie uwagi czy transformację bólu emocjonalnego czy moralnego w fizyczny, o wiele łatwiejszy do zniesienia; chroniczne cierpienie psychiczne staje źródłem atakowania swego ciała (Babiker, Arnold, 2002)

Zdaniem Klayman Farber, należy docenić „twórczą” etiologię oraz adaptacyjną funkcję autodestruktywnych usiłowań nieświadomego rozwiązywania przytłaczających i niosących zagrożenie problemów życiowych. Same osoby autodestruktywne uważają, że ponieważ nie znają alternatywnej drogi swego życia, innych opcji wyborów, bardziej adekwatnych strategii radzenia sobie, nie mogą porzucić zachowania krzywdzącego (raniącego) własne ciało. W ten sposób komunikują innym, również samym sobie, swoje cierpienie. Przynoszące ukonanie akty samoranienia utrwalają się i nawracają cyklicznie. Flirt z zagrożeniem powoduje, że czują się „kompletną całością”, żywi, wyciszeni i uspokojeni. Akty samokrzywdzenia są ceną dobrostanu, na którą wyrażają swoją zgodę; umożliwiają one dobre samopoczucie oraz odbudowanie się na wyższym poziomie funkcjonowania. Zastępują one środki uspakajające, niekosztowne, bez recept, dostępne, gdy są tylko potrzebne.

Podobną „samoleczącą” (*self-medication*) rolę pełnią nieintencjonalne zachowania pośrednio autodestruktywne; nie tylko alkoholizowanie się, narkotyzowanie, kompulsywny seks, zakupy, ale także hazard, szukanie niebezpieczeństw czy doświadczeń ocierających się o śmierć – to środki „ożywiania martwego self”. Stanowią impulsywne (kompulsywne?) próby zdesperowanych jednostek, aby natychmiast przerwać, unicestwić, zakończyć przeżywany stan emocjonalny czy nastrój – jako krańcowo bolesny, niemożliwy do zniesienia.

Dzieci naznaczone traumatycznymi doświadczeniami rozerwania więzi przywiązania i utraty poczucia bezpieczeństwa mają trudności w zakresie samoregulacji emocji procesów samoświadomości. Mogą one doświadczać krańcowych emocji i zmienionych stanów

świadomości, przechodząc od braku uczuć do stanu ovladnięcia przez niekontrolowany afekt, od emocjonalnego odrętwienia do eksplozji intensywnego gniewu i lęku. Zacytujmy wypowiedź Younga (1992): „...życie w ciele... jest dla osoby po doświadczeniu urazu równocześnie czymś niebezpiecznym i szalonym” (s. 92). „Nieświadomiona trauma jest jak rana, która nigdy się nie goi i może zacząć znów krwawić w każdej chwili” – uzupełnia tę myśl Miller (1983, s. 81). Ból odrzucenia przemawia poprzez ciało, przybierając formy będące raczej gestykulacyjną niż werbalną artykulacją traumy wyrażającą to, co niewyraźalne słowami. Treści budzące lęk i jako takie niemożliwe do zaakceptowania bywają wówczas relegowane poza obręb własnego Ja i myślenia o sobie.

Dynamika nastroju i emocji motywuje akty samokarania motywowane dążeniem do regulacji napięcia, przywracania równowagi i ukonstytuowania. Charakterystyczny pozostaje złożony, ambiwalentny stosunek do własnej cielesności – splątane, wieloznaczne emocje prowadzące do dewaluacji ciała – odbierania mu wartości, a równocześnie przedmiotowego traktowania jako cennego zastawu czy wyjątkowego obiektu przetargu. Osoby pośrednio autodestruktywne posługują się więc ciałem również jako narzędziem zdobywania uwagi i podziwu otoczenia, ale też rywalizacji, uzyskiwania przewagi nad innymi czy broni przeciwko nim.

WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

Wyniki badań własnych (Kubacka-Jasiecka 2006; 2007) oraz referowanych poniżej, wykonanych pod kierunkiem autorki opracowania, sugerują występowanie znaczących zależności między brakiem akceptacji swego ciała i niską samooceną Ja cielesnego a tendencjami autodestruktywności pośredniej.

Cel badań

Prezentowane poniżej wyniki trzech odrębnych studiów empirycznych¹ wykonanych

pod kierunkiem autorki zostały ukierunkowane na poszukiwanie odpowiedzi, czy zachowania takie jak tatuowanie i kolczykowanie jako formy modyfikowania swego ciała stanowią przejawy ekspresji nieświadomionej nieintencjonalnej autodestruktywności pośredniej, czy też są wyłącznie wynikiem internalizowania współczesnych trendów kulturowych, naśladowania wzorów idealnego, upiękzonego wyglądu ciała rozpowszechnianych przez środki masowego przekazu.

W świetle przedstawionego piśmiennictwa istotną rolę sprzyjającą pośrednio autodestruktywnym aktom poprawiania, „ulepszania” swojej autoprezentacji pełni doświadczenie ciała oraz jego negatywny obraz.

Charakterystyka grupy badanej

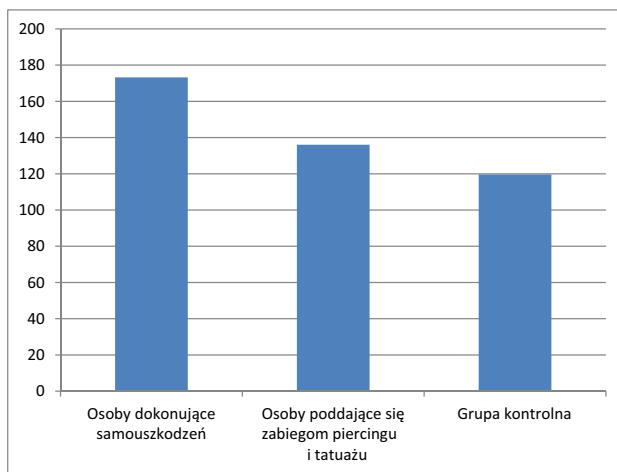
Warunkiem zakwalifikowania badanych do trzech grup podstawowych (studium nr 1, nr 2 i nr 3) było posiadanie co najmniej dwu tatuaży; w rzeczywistości badani posiadali ich o wiele więcej. Ciała niektórych badanych w studium nr 3 w ponad połowie powierzchni skóry były pokryte tatuażami i licznymi kolczykami; osoby te wyróżniały się nie tylko „wzorzystym ciałem”, ale też niebanalnym, przemyślanym ubiorem i ekscentrycznymi fryzurami, często z tzw. dredami. Wszystkie osoby z tatuażem i licznymi kolczykami wyrażały zadowolenie z ich posiadania, a decyzję tatuowania oceniały pozytywnie i planowały dalsze działania w tym zakresie. Grupy kontrolne objęły osoby bez tatuażu i kolczyków, negatywnie oceniające naznaczanie swojego ciała.

Narzędzia badawcze

W badaniach wszystkich wymienionych tu studiów wykorzystano Skalę Chronicznej

badania trzy grupy osób: grupę z tatuażem $N=28$, grupę osób samookaleczających się $N=26$ i kontrolną $N=28$; płeć: $K=42$, $M=40$, średni wiek 25 lat. Studium nr 2 – mgr Magdalena Pawelec: grupę z tatuażem $N=26$, płeć $K=13$, $M=13$ i grupę kontrolną $N=28$, płeć $K=14$, $M=14$, średni wiek 28 lat. Studium nr 3 – mgr Justyna Wrona: grupę z tatuażem $N=34$ i grupę kontrolną $N=34$, płeć $K=17$, $M=17$, średni wiek 23 lata.

1 Badania przeprowadziły i statystycznie opracowały: Studium nr 1 – mgr Anna Wiewóra prze-



Schemat słupkowy nr 1 (studium 1)

Autodestrukcyjności Kelley. W studium drugim wykorzystano ponadto wybrane skale Inwentarza Psychologicznego Syndromu Agresji (IPSA), Skalę Samoagresji (S), Skalę Samoagresji Emocjonalnej (SE), Skalę Samoagresji Fizycznej (SF) oraz Skalę Gniewu (SEG)² i Skalę Samooceny Rosenberga oraz technikę stosunku do Ja: „Jak bardzo lubisz siebie?” (autorstwa prowadzącej to badanie – M. Pawelec).

W studium pierwszym i trzecim posłużono się także Skalą Zaangażowania wobec Ciała BIS (Franzoi, Shields, w oprac. Orbach, Mikulincer), z czterema podskalami: Stosunek do Ciała (F), Troska i Dbałość o Ciało (C), Ochrona Ciała (P), Uczucie Komfortu w Kontakcie Fizycznym (T) oraz Skalą Zadowolenia z Ciała BES³ (opracowanie Slade i in.).

W studium trzecim zastosowano ponadto Kwestionariusz Wpływu Wzorów

Kulturowych na Zachowanie (I. Wrona) oraz Kwestionariusz Aprobaty Społecznej KAS (oprac. Drwał, Wilczyńska).

WYNIKI BADAŃ

Jako pierwsze zostaną przedstawione wyniki badań poziomu autodestruktywności pośredniej – oczekiwano, że będzie on zdecydowanie wyższy w wypadku osób z tatuażami i kolczykami niż w grupach kontrolnych.

Porównanie poziomu autoagresywności pośredniej w trzech grupach osób: tatuujących się, samoookaleczających i grupie kontrolnej (Skala Kelley, studium nr 1) świadczy o występowaniu statystycznie istotnych różnic między nimi ($p < 0.05$). Najwyższe wyniki uzyskały osoby badane z samouszkodzeniami – 173,23, wyniki średnio wysokie osoby z tatuażem i pirsingiem – 136,07. Te ostatnie różniły się istotnie zarówno od wyników grupy bezpośrednio agresywnej, jak i grupy kontrolnej – 118,64 (wynik, który jest zaliczany do średnich – por. Suchańska, 1998)⁴. Schemat

2 Technika Ekspresji Gniewu SEG autorstwa N. Ogińskiej-Bulik i Z. Juczyńskiego z podskalami gniewu kierowanego na zewnątrz i/lub do wewnątrz.

3 Skala BES – trójwymiarowe narzędzie badające atrakcyjność różnych obszarów i funkcji ciała (inne skale dla kobiet i mężczyzn), z podskalami: Atrakcyjność, również seksualna (SA), Troska o wagę (WC), Kondycja, Energia fizyczna, Siła i sprawność (PC).

4 W obliczeniach posłużono się testem t Studenta z uwagi na zbliżone do normalnego rozkładu wyróżnionych zmiennych; istotność różnic: grupa z samouszkodzeniami a kontrolna $p < 0,01$, grupa z tatuażem a kontrolna $p < 0,05$.

Tabela nr 1. Istotność różnic między grupą z tatuażem a grupą kontrolną bez tatuażu (zależności istotne, test ANOVA)

Czynniki – skala	SS	Df	MS	F	p.i.
Skala Chronicznej Autodestruktywności – grupa	2753,728	1	2753,728	11,614	0,001
IPSA (SA) – grupa	152,938	1	152,938	4,167	0,05
IPSA (SE) – grupa	58,308	1	58,308	3,474	0,05
IPSA (SF) – grupa	22,381	1	22,381	4,350	0,05
SEG – wynik ogólny × płeć	252,083	1	252,083	12,462	0,001
SEG – agr.zew. grupa	267,363	1	267,363	6,976	0,01

Tabela nr 2. Wyniki Skali Zaangażowania wobec Ciała BIS oraz Skali Zadowolenia z Ciała BSS (studium nr 1, test t Studenta)

Skale BIS	Tatuaż		Kontrolna		t Stud.	Samouszk.		TStud.
	śred.	odch. st.	śred.	odch. st.	T/K	śred.	odch. st.	T/Sam.
Obraz, odczucie ciała F	23,64	7,90	25,04	3,01	1,28	14,54	5,46	6,43**
Troska o ciało C	25,61	2,96	24,96	3,51	0,74	20,92	4,39	4,63**
Ochrona ciała P	20,00	3,82	22,43	2,52	2,81*	14,38	4,73	4,81**
Komfort w kontakcie fiz. T	21,61	4,30	22,25	2,55	0,68	18,12	6,57	2,33*
Suma samooceny	90,60	9,60	94,70	6,80	1,72	68,00	13,60	6,10**
Skala BSS*	50,14	18,30	7,50	2,80	3,65**	72,40	25,10	7,10**

Skala BSS* – im wyższy wynik, tym mniejsze zadowolenie ciała

Poziom istotności statystycznej: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tabela nr 3. Istotność różnic między grupą z tatuażem a kontrolną w teście PODP (studium nr 2, ANOVA)

Efekt – czynnik Podporządkowanie	SS	Df	MS	F	P.i.
Grupa	36,875	1	36,875	4,477	0,05
Płeć	102,975	1	102,975	12,504	0,001
Grupa × płeć	35,419	1	35,419	4,301	0,05

słupkowy nr 1 przedstawia średnie wartości Skali Autodestruktywności Pośredniej dla trzech grup.

W tabeli nr 1 przedstawiono wyniki Skali Autodestruktywności Pośredniej, wyniku ogólnego i wybranych skal Kwestionariusza IPSA oraz Skali SEG (studium nr 2) wraz z porównaniem grupy z tatuażem i grupy kontrolnej na podstawie dwuczynnikowego testu wariancji ANOVA, z czynnikami międzyobiektowymi⁵.

Wystąpiły bardzo istotne różnice statystyczne między grupami – grupa z tatuażami cechuje się istotnie wyższym poziomem Autodestruktywności pośredniej, jak i Samoagresji ogólnej, emocjonalnej oraz fizycznej Skali IPSA. Wynik ogólny skali SEG nie różnicuje poziomu gniewu w grupie z tatuażem i kontrolnej, natomiast wskazuje na istotnie wyższe wyniki gniewu u mężczyzn z obu grup. Można natomiast mówić o istotnie wyższym poziomie gniewu kierowanego na zewnątrz w całej grupie z tatuażami i pirsingiem niż kontrolnej, również wyższego u mężczyzn.

W studium trzecim skale składowe nr 3, 4 i 5 Skali Autodestruktywności Kelley ani ich średnia nie różnicują w sposób statystycznie istotny grupy z tatuażami i grupy kontrolnej (test Manna-Whitneya⁶, $U=577,00$, $p>0,05$).

W tabeli 2 przedstawiono wyniki badań obrazu ciała, Ja cielesnego i samooceny (dane Skali BIS i BSS).

Wyniki wskazują na podobne ustosunkowanie się do Ja cielesnego w grupie z tatuażem i w grupie kontrolnej, z jedną znaczącą różnicą – osoby tatuujące i kolczykujące swoje ciało wykazują się istotnie niższym poziomem wskaźnika Ochrony Ciała w porównaniu z grupą kontrolną. Natomiast we wszystkich uwzględnionych wskaźnikach stosunek grupy

z tatuażem do Ja cielesnego jest bardziej pozytywny w stosunku do grupy z samookaleczeniami (autoagresja bezpośrednia) – różnice są statystycznie istotne. Podobnie – Zadowolenie ze swego ciała (BSS) jest największe w grupie kontrolnej; wyniki grupy z tatuażem znajdują się pomiędzy wynikami osób dokonujących samookaleceń a grupą kontrolną.

W świetle wyników uzyskanych w kwestionariuszu BES (studium nr 3) konsekwentnie występują niższe sumy rang grupy z tatuażem zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn. Jest tak poczynając od rang grupy kontrolnej, co wskazuje na bardziej negatywny stosunek do swego ciała w grupie osób z tatuażem i pirsingiem. Istotne różnice dotyczą niedostatków atrakcyjności seksualnej oraz wyglądu, niekorzystnej oceny sylwetki i nadmiernej wagi u kobiet (kobiety – $U=78,00$, $p<0,05$). U mężczyzn różnice dotyczą niskiej atrakcyjności seksualnej i wyglądu ($U=65,50$, $p<0,05$) oraz niskiej sprawności fizycznej ($U=51,00$, $p<0,05$). Wyniki Skali BIS nie różnicują w tym studium grupy osób tatuujących się i z kolczykami od grupy kontrolnej.

Wyniki 10-punktowej skali „Jak bardzo lubisz siebie?” studium nr 2 – potwierdzają znacząco niższe poczucie własnej wartości w grupie z tatuażem niż w grupie kontrolnej (analiza wariancji Anova, $p<0,05$).

Wyniki badań dążenia do aprobaty społecznej, konformizmu i podatności na wzory kulturowe pochodzą ze studium drugiego i trzeciego. Wyniki te nie różnicują w sposób statystycznie istotny grupy badawczej (tatuaże) i grupy kontrolnej pod względem siły wpływu społecznego na zachowanie, natomiast analiza wyników Kwestionariusza KAS wskazuje, że osobom tatuującym się zależy znacznie bardziej na akceptacji i aprobacie otoczenia. Zwracają one większą uwagę na sygnały pozytywnego odbioru swojego wizerunku i koncentrują się na podejmowaniu inicjatyw i działań motywowanych uznaniem innych, spełnianiem ich oczekiwań i uleganiem presji społeczno-kulturowej ($U=409,50$, $p<0,05$).

Wyniki dotyczące tego zagadnienia uzupełniają dane Kwestionariusza Twórczego

5 Czynniki międzyobiektowe: „grupa” (badana i kontrolna) oraz ich interakcje. W czynniku „grupa” przyjęto hipotezę kierunkową, w czynniku „płeć” oraz ich interakcji – hipotezy niekierunkowe, przyjęty minimalny poziom istotności $p<0,05$.

6 Z uwagi na brak normalności rozkładu – test Kołmogorowa–Smirnowa.

Zachowania KANH S. Popka⁷, uwzględniającego pomiar zachowań konformistycznych oraz techniki badającej tendencję do podporządkowania się PODP (studium nr 2). W miarach KANH nie wykryto istotnych różnic w poziomie konformizmu, a także nonkonformizmu między całą grupą podstawową z tatuażami a grupą kontrolną. Natomiast w skali Nonkonformizmu wyniki wskazują na istotnie wyższe postawy buntu i sprzeciwu w grupie męskiej, zwłaszcza grupy z tatuażami (istotność, $p < 0,001$)⁸.

Wyniki w teście Podporządkowania (PODP) przedstawia tabela nr 3.

Znacząco wyższe wyniki w zakresie tendencji do podporządkowania się uzyskały kobiety z obu grup w porównaniu z mężczyznami, przy czym kobiety z tatuażami cechowała istotnie wyższa skłonność do podporządkowania się oczekiwaniom i normom społecznym w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Zebrane wyniki przedstawionych wyżej badań w wyróżnionych trzech obszarach przedstawiają się następująco: **Autodestruktywność pośrednia** – grupę osób z tatuażem i kolczykami cechuje jej podwyższony poziom w porównaniu z osobami z grupy kontrolnych, choć jest on istotnie niższy niż uzyskany przez osoby dokonujące samookaleczeń. Te ostatnie w świetle wyników studium pierwszego cechowały się najwyższym poziomem autodestruktywności chronicznej, samoagresji emocjonalnej i fizycznej, z tendencją do kierowania gniewu do wewnątrz. Wbrew oczekiwaniom wyniki studium trzeciego nie wykazały statystycznie istotnych różnic między grupą z tatuażami i kolczykami a grupą kontrolną – być może odegrała tu rolę niewielka liczebność badanej grupy i nieparametryczne

7 Postawa twórcza wg autora kwestionariusza uwzględnia sferę poznawczą i charakterologiczną, obejmującą postawę konformizmu (K) i nonkonformizmu (N).

8 Wyniki te znalazły poparcie w wartościach p testów *post-hoc* Tukeya.

techniki obliczeń statystycznych, a także silniejsza potrzeba aprobaty społecznej w tej grupie badanych w stosunku do grupy kontrolnej.

Obraz ciała, Ja cielesne i samoocena – wyniki badań wskazują na statystycznie istotnie niższe wyniki w zakresie doświadczania swojego ciała i jego bardziej negatywny obraz w grupie badanych z tatuażem; dotyczy to zarówno niezadowolenia z doświadczania swego ciała, jak i jego obrazu (małej atrakcyjności seksualnej, niekorzystnego wyglądu ciała, jego niskiej sprawności); również słabszej troski i ochrony ciała, a także skrępowania w kontakcie z otoczeniem. Osoby te cechuje również niższy poziom samoakceptacji – „lubienia” samego siebie w porównaniu z osobami z grup kontrolnych.

Dążenie do aprobaty społecznej, nonkonformizm i podatność na wzory kulturowe wyróżniają w sposób znaczący osoby tatuujące i kolczykujące własne ciało, jednakże nie we wszystkich zastosowanych miarach. Nasilonym potrzebom aprobaty społecznej osób z tatuażem i kolczykami, w tym zachowywania się zgodnie ze wzorami kulturowymi i oczekiwaniami środowiska rówieśniczego, towarzyszą tendencje do podporządkowywania się (silniejsze u kobiet) i równocześnie nonkonformistycznego buntu (silniejsze u mężczyzn).

Na odrębną uwagę zasługują wyniki badania osób grupy podstawowej (tatuaże) studium trzeciego. Osoby te cechowały się silnym dążeniem do aprobaty społecznej i pozytywnego odbioru swojego wizerunku. Uleganie wpływowi społecznemu i wewnętrznej presji wyróżniania się z otoczenia wyrażało się nie tylko rozbudowanymi tatuażami i licznymi kolczykami w rozmaitych częściach ciała, ale także niekonwencjonalnym, wymyślnym ubiorem i ekscentrycznymi fryzurami. Równocześnie średni poziom wyników w zakresie autodestruktywności pośredniej, jak również ochrony ciała nie różnicował tej grupy od osób z grupy kontrolnej, co może sugerować stosunkową przewagę kulturowo-społecznej motywacji zdobienia własnego ciała.

Ustosunkowanie się choćby do części przedstawionych powyżej interesujących

koncepcji teoretycznych wymagałoby głębszych badań o charakterze klinicznym, a niektóre z nich nie wydają się aktualnie możliwe do obiektywnej weryfikacji. Zastosowane w przedstawionych studiach narzędzia badań, a przede wszystkim mała liczebność badanych grup ograniczają możliwość rozstrzygnięcia wielu istotnych kwestii. Spróbujemy zatem ustosunkować się do postawionego na wstępie badań pytania, czy tatuowanie swego ciała i pirsing w świetle otrzymanych wyników to przejaw tendencji autodestruktywnych czy naśladownia, podporządkowania się wzorcom współczesnej młodzieżowej subkultury?

Otrzymane wyniki badań uprawdopodobniają i wspierają znaczenie negatywnego doświadczenia swojego ciała – dysfunkcjonalnego Ja cielesnego oraz niskiej samooceny dla modyfikowania i „upiększania” swego ciała na drodze pośrednio nieintencjonalnie autoagresywnych zabiegów. Poprawianie i „ulepszanie” nieakceptowanego przez siebie wizerunku ciała, zgodnie z trendami współczesnej podkultury młodzieżowej, poprzez jego samokrzywdzące modyfikacje to strategie adaptacyjnych dążeń do aprobaty społecznej.

Nie sposób więc nie zgodzić się z poglądem wyrażonym przez Favazzo (1996), że pełne zrozumienie aktów poprawiania i upiększania swojego ciała jako zachowania adaptacyjnego winno uwzględnić współzależność psychologiczno-społeczno-kulturowych uwarunkowań – integralności indywidualnego ciała i „ciała wspólnotowego” („*common body*”).

Dla znaczącej grupy osób z tatauażem i pirsingiem sięganie po autodestruktywne strategie poprawy dobrostanu jest zasadniczo uwikłane w nieuświadomione, nieintencjonalne, pośrednio autodestruktywne tendencje wraz z opisaną powyżej złożoną dynamiką ekspresji emocjonalnej⁹. Dla innych (np. badanych

w studium trzecim), u których na plan pierwszy wysuwa się silna potrzeba aprobaty i akceptacji społecznej, wraz z ambiwalencją skłonności do podporządkowania się, a równocześnie negatywistycznego buntu (czasami naprzemiennie), pośrednio autoagresywne bolesne zabiegi upiększania wizerunku stanowią cenę aprobaty rówieśników i budowania wspólnotowej tożsamości. Nie można również wykluczyć, że dla jeszcze innych osób tatuowanie czy kolczykowanie ciała ma znaczenie li tylko zabawowo-rozrywkowe, czy też wyłącznie estetyczne.

W konkretnych indywidualnych przypadkach proporcje ewentualnych motywacji modyfikowania ciała mogą się przedstawiać diametralnie odmiennie. Rozstrzygnięcie kwestii, czy tatauaż i pirsing zawsze i w każdym wypadku pozostają ukrytym, latentnym aktem pośredniej autoagresji, musimy pozostawić dalszym badaniom.

PIŚMIENNICTWO

- Achte K. (1983). Types of indirect self-destruction. *Psychiatria Fennica*, suppl., 41–44
- Aronson E. (2000). *Człowiek istota społeczna*. Warszawa: PWN
- Babiker G., Arnold L. (2002). *Autoagresja. Morwa zranionego ciała*. Gdańsk: GWP
- Bauman Z. (1995). *Ciało i przemoc w obliczu ponowoczesności*. Toruń: Wyd. Nauk. UAM
- Baumeister R.F., Scher S. (1988). Self-defeating behavior patterns among normal individuals: Review and analysis of common self-destructive tendencies. *Psychological Bulletin* 104 (1), 3–22
- Erikson E.H. (1968). *Identity, youth and crisis*. New York: Norton, Faber
- Favazza A.R. (1996). *Bodies under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*, Baltimore, London: The Johns Hopkins University Press
- Gałdowa A. (2000). *Tożsamość człowieka*. Kraków: Wyd. UJ
- Grogan S. (1991). *Body Image, Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*. New York: Routledge

9 Kierowanie gniewu również na zewnątrz, czyli na innych, przez badanych z tatauażami i kolczykami o ambiwalentnych postawach konformizmu, podporządkowania się oraz negatywizmu i buntu może sugerować (przy potwierdzeniu wyników w szerszych badaniach) występowanie, przynajmniej u części osób modyfikujących

swego ciało, komponentów wtórnego charakteru samokrzywdzenia.

- Izdebski P., Żbikowska K., Kotyśko M. (2013). Przegląd teorii aprobaty społecznej. *Acta Universitatis Lodzianis, Folia Psychologica* 17, 1, 8
- James W. (1890). *The Principles of Psychology*. London: Mac Millan and Co
- Kelley K. (1985). *Chronic Self-Destructiveness. Conceptualisation, Measurement and Initial Validation of the Construct, Motivation and Emotion*, 9 (2), 135–151
- Kepner J. (1991). *Ciało w procesie psychoterapii Gestalt*. Warszawa: Wyd. Pusty Obłok
- Klayman Farber S. (2004). *When the Body Is the Target, Self-Harm, Pain and Traumatic Attachments*. New York: Rowman Littlefield Publishers, Inc
- Kowalik S. (2003). Ja-cielesne – Próba nowego spojrzenia. *Polskie Forum Psychologiczne*, 8, 1–2
- Krueger D.W. (1989.) *Body Self and Psychological Self. A Developmental and Clinical Integrations of Disorders of the Self*. New York: Brunner/Mazel
- Kubacka-Jasiecka D. (2006). *Agresja i autodestrukcja. Z perspektywy obronno-adaptacyjnych dążeń Ja*. Kraków: Wyd. UJ
- Kubacka-Jasiecka D. (2007). Procesy ucieleśniania Ja jako zagrożenie tożsamości i przetrwania. K. Popiołek, A. Bańka (red.), *Kryzysy, katastrofy i kataklizmy w kontekście narastania zagrożeń*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura
- Kubacka-Jasiecka D. (2008). Ja cielesne i problematyka identyfikacji z ciałem w kontekście wartości współczesnej kultury i zdrowia. I. Heszten-Celińska, J. Życińska (red.), *Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*, Academica, Warszawa, Wyd. SWPS
- Miller A. (1991). *Mury milczenia. Cena wyparcia urazów z dzieciństwa*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN
- Miller A. (2006). *Bunt ciała*. Poznań: Media Rodzina
- Mirucka B. (2003). *Ja cielesne – fundament osobowości*. *Polskie Forum Psychologiczne*, 8, 1–2, 87–110
- Mirucka B. (2005). Typy ja cielesnego, czyli sposoby doświadczania swojej cielesności poprzez kobiety. *Czasopismo Psychologiczne [Psychological Journal]*, tom 11, nr 2, 157–166
- Paulhus D.L. (1984). Two-component models of socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, nr 46 (3), 598–609
- Persaud R. (1988). *Pozostać przy zdrowych zmysłach. Jak nie stracić głowy w stresie współczesnego życia?* Warszawa: Jacek Santorski i Co
- Sakson-Obada O. (2009). *Pamięć ciała. Ja cielesne w relacji przywiązania i w traumie*. Warszawa: Difin
- Sikorska I. (2008). Ja cielesne w biegu życia. D. Kubacka-Jasiecka, M. Kuleta: *W kręgu psychologicznej problematyki tożsamości*. Kraków: Wyd. UJ
- Skyntner R., Cleese J. (1994). *żyć w tym świecie i przetrwać*. Warszawa: Jacek Santorski i Co
- Sokolik M. (1988). *Kliniczna problematyka poczucia tożsamości*. Warszawa: Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego
- Suchańska A. (1998). *Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności*. Poznań: Wyd. UAM
- Turner S. (1992). *Regulating Bodies*. London: Routledge
- Turner S. (1996). *The Body and Society: Explorations in Social Theory*. London: Sage
- Winnicott D. (1951). Transitional object and transitional phenomena. D. Winnicott, *Collected papers*. New York: Basic Books
- Young L. (1992). Sexual abuse and the problem of embodiment. *Child Abuse and Neglect*, 16, 87–100
- Zalewska A. (2006). Związki pomiędzy potrzebą aprobaty społecznej a zadowoleniem z pracy w badaniach anonimowych. *Roczniki Psychologiczne*, tom IX, nr 2, 29