

# Obraz ciała w narracjach kobiet z diagnozą pochwicy

## Images of the body in women's narratives on vaginismus

Paulina Flis

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Oddział we Wrocławiu

### Streszczenie

Artykuł dotyczy konstruowania relacji z ciałem przez kobiety z doświadczeniem pochwicy. Cel stanowi poznanie, co i w jaki sposób badane mówią o swoim ciele i genitaliach. Przyjęto perspektywę konstruktivismu społecznego według metody Krytycznej Analizy Dyskursu. W artykule opisano relacje kobiet z ciałem. Ciało posiadało kontrolę i było nadrzędne w stosunku do wypowiadających się kobiet. Dysponowało mocą sprawczą i to jemu została oddana odpowiedzialność za przykre doświadczenia, ustanawiając tym samym kobietę ofiarą. Dystansowanie się miało na celu złagodzenie ponownego przeżywania uciążliwego problemu oraz uchronienie przed niechcianą ruminacją. W podsumowaniu przedstawiono zaobserwowane prawidłowości i wskazano na możliwe ograniczenia i implikacje tego badania.

**Słowa kluczowe:** obraz ciała, Ja cielesne, pochwica, waginizm, badania jakościowe, analiza dyskursu

*Seksuologia Polska 2015; 13 (2): 70–77*

### Abstract

*This paper concerns the construction of the relationship with the body, in women with vaginismus experience. Purpose is to know what and how is said when talking about body and genitals. I managed it by adopting a social constructivist approach and Critical Discourse Analysis method. The article describes the relationship between and their body. The research shows that body had a control and was superior in comparison to the women contributors. It possessed power and was responsible for the unpleasant experience thereby establishing a woman as a victim. Distancing itself was designed to alleviate the problem of re-experiencing nuisance and protect against unwanted rumination. The conducted investigations are summarized in the last part of this sheet, where attempts are made to explain the observed patterns and pointing possible limitations and implications of this study.*

**Key words:** body image, vaginismus, qualitative studies, Critical Discourse Analysis

*Polish Sexology 2015; 13 (2): 70–77*

## Wstęp

Artykuł powinna rozpocząć krótka analiza literatury oraz przedstawienia obecnego stanu badań nad zaburzeniem bólu seksualnego, jakim jest pochwica. Będzie to punkt wyjścia dla dalszych rozważań nad omawianą dysfunkcją oraz sposobem, w jaki badane konstruują swoją relację z ciałem. Według *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV Text Revision* (DSM IV TR) pochwica (306.51 — niespowodowana ogólnym stanem medycznym) to:

Nawracający lub utrwalony, mimowolny skurcz mięśniówki zewnętrznej trzeciej części pochwy, który zakłóca stosunek seksualny.

Zakłócenie powoduje znaczne cierpienie lub trudności interpersonalne.

Zaburzenie, którego nie można wyjaśnić występowaniem innego zaburzenia z zakresu OSI I (na przykład somatyzacyjnego) i które nie jest spowodowane wyłącznie bezpośrednim efektem fizjologicznym stanu ogólnomedycznego [1].

Kryterium A jest związane ze spastycznymi odruchami skurczy mięśni kontrolujących wejście do pochwy. Kryterium B opiera się na dysstresie i problemach interpersonalnych. Kryterium C odnosi się do szeroko rozumianych efektów psychicznych o podłożu medycznym.

**Adres do korespondencji:** mgr Paulina Flis, Klinika Zdrowego Umysłu,  
ul. Stalowa 92a/14, 53–440 Wrocław, tel.: 662 135 710,  
e-mail: psycholog.paulinaflis@gmail.com  
Nadesłano: 22.10.2014      Przyjęto do druku: 12.09.2015

Powyższe założenia mają wiele ważnych ograniczeń, które warto wziąć pod uwagę podczas analizy omawianego tematu. Po pierwsze, mimo że waginizm (inna nazwa pochwicy) jest sklasyfikowany jako ból seksualny, odczuwanie bólu nie jest wymagane do diagnozy [2]. Wątpliwości budzi główne kryterium dotyczące napięcia około pochwowego, ponieważ nigdy nie zostało ono empirycznie udowodnione [3]. Niejasnym pozostaje, czy zaburzenie to jest związane z bólem i/lub strachem, czy raczej jest to fizyczna bariera spowodowana skurczem mięśni, tak jak sugeruje DSM IV [3]. Tylko kilka badań zostało poświęconych weryfikacji tego kryterium. Kobiety z waginizmem przejawiają większą ostrożność w stosunkach płciowych, nie odnotowuje się jednak zmian w napięciu mięśniowym [3]. Pokazuje to, że napięcie okołopochwowe jest nieefektywnym kryterium diagnostycznym dla pochwicy. Wyniki badań Reissing i wsp. [4] wykazały, że tylko 28% kobiet z waginizmem, podczas badania ginekologicznego przejawiało skurcze mięśni pochwy. Reissing [4] oraz Van der Velde i wsp. [5] są zgodni w tym, że diagnostyka kobiet cierpiących na pochwicę jest bardzo trudna. Podobnie twierdzi grupa badaczy z de Kruiff na czele. Trudno jest zatem odpowiedzieć na pytanie, jaka jest właściwa definicja pochwicy, gdy główny symptom sugerowany przez DSM IV (skurcz mięśni pochwy) jest niewłaściwy. Ohkawa [6], po przeanalizowaniu artykułu Bassona [7], *International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction*, wysuwa wnioski, że klasyfikacja zaburzeń seksualnych nie jest do końca odpowiednia i powinna ulec modyfikacji. Nie zgadza się on z podejściem wyłączającym pochwicę z obszaru zaburzeń bólu seksualnego. Sugeruje, że waginizm powinien zostać przeklasyfikowany na zaburzenie penetracji waginalnej lub funkcjonować jako osobna kategoria. Jednym z badaczy, który podjął się redefiniowaniu waginizmu jest Ng's [8]. Konfrontuje on nowe nazewnictwo ze starym, zmieniając pojęcie waginizmu na „neurotyczną odporność na penetrację waginalną” (*neurotic resistance to vaginal penetration*). Nowa nazwa i definicja biorą pod uwagę, to że może nie występować ból i skurcze mięśni. Sam autor przyznaje, że choć sama nazwa nie jest adekwatna, to przydzielenie pochwicy do kategorii zaburzenia awersji seksualnej, nie wydaje się właściwe w żadnym stopniu. Rekonceptualizacja Ng jest spójna z podejściem Hiller [2]. Centralizują oni strach jako główny czynnik etiologiczny.

Model zorientowany fizjologicznie nie jest doskonały, umniejsza bowiem istotny element w diagnozie dysfunkcji seksualnych, jakim są subiektywne odczucia pacjenta i jego możliwości do funkcjonowania. Nie wszystkie kobiety są takie same, ich potrzeby, odczu-

wanie satysfakcji oraz problemy, które mogą się z tym wiązać, często nie pasują do określonych w DSM IV TR kategorii. Tym, co najbardziej różnicuje kobiety między sobą, jest system wartości, obecna sytuacja, w której funkcjonują, podejście do seksualności, społeczne i kulturowe tło, ale również stosunek do własnej cielesności. Aby zrozumieć to, w jaki sposób pacjentki w badaniu postrzegają pochwicę poprzez pryzmat swojego ciała, należy zwrócić uwagę na to, jak we współczesnej kulturze został upowszechniony i obdarzony wielką uwagą obraz ciała.

Ciało jest postrzegane z wielu perspektyw [9] i przypisuje się mu duże znaczenie. Cash i Pruzinsky [za: 10] operacjonalizują wizerunek ciała jako postawę wobec ciała, podkreślając znaczenie wyglądu. Wizerunek ten jest pojęciem kompleksowym, na który składa się: jego wyobrażenie i związany z nim afekt [11]. „Najbardziej reprezentatywna część Ja” — tak komentują percepcję wizerunku ciała Cash i Deagle [12]. Zarysowują oni problematykę tożsamości kobiety, gdzie można obserwować przesunięcie perspektywy „z wnętrza kobiety, na powierzchnię” [9]. Kobiety, by móc dokonywać ocen własnej osoby, zobligowane są do zinternalizowania pozycji obserwatora, podczas dokonywania porównań własnego ciała, ze standardem [9]. Podobnie przedstawia to Orbach [za: 10], który pisze, że „kobiety zdają się żyć na zewnątrz własnego ciała, oceniają je, a patrząc na siebie, chcą wiedzieć, czy mogą odzwierciedlać obowiązujący kanon urody”. Jednostka, żyjąc w danej kulturze, jest podatna na dostosowywanie się, do społecznie akceptowanego wzoru. Ciało jawi się jako atrybut kobiecości i na jego podstawie, tworzone są skrypty społeczne umożliwiające definicję kobiecości. Frederickson i Robertson [za: 9] twierdzą, że konsekwencją takiego podejścia może być odczuwanie dyskomfortu i negatywne emocje związane z wizerunkiem własnego ciała, szczególnie w grupie kobiet. Do możliwych implikacji wliczają zmniejszenie świadomości odczuć płynących z ciała oraz uszczuplenie zasobów uwagi, które uważane są, za konieczne w aktywności codziennej [9].

Jak pokazały wyniki badania nad zadowoleniem z ciała, przeprowadzone przez Furnham i Greaves [13], dla mężczyzn najmniej zadawalające okazały się górne części ciała, takie jak, ramiona i klatka piersiowa. Dla kobiet zaś, były to dolne części ciała: pośladki, biodra, uda. Badania te nie ujmują, czy podobnym nacechowaniem charakteryzuje się obraz wulwy i narządów płciowych. Herbenick i Schick [14] zwracają uwagę, że w społeczeństwie nadmiernie często odzwierciedla się negatywny stosunek do tych części ciała. Można to obserwować zarówno w praktykach codziennych, pod postacią żartów, jak i w reklamach środków do

higieny intymnej, które sugerują, że kobieta nie pachnie świeżo, a nawet w reklamach klinik chirurgicznych, które poddają w wątpliwości prawidłową budowę stref intymnych [14].

Poniżej przedstawione zostanie, jak badane konstruują relację z ciałem stawiając za głównego aktora wypowiedzi ich ciało, gdzie narządy stają się podmiotami, które mają moc sprawczą i są odpowiedzialne za wydarzenia życiowe związane z dysfunkcją bólu seksualnego.

## Badanie

W badaniu przyjęto metodologię jakościową, dzięki której można bliżej przyjrzeć się światu zewnętrznemu poprzez opis i interpretację zjawisk społecznych [15]. Umożliwia ona poznanie, w jaki sposób jednostka odbiera i doświadcza rzeczywistość [16]. Badacze jakościowi dążą do uchwycenia doświadczenia i interakcji społecznych badanych w ich naturalnym środowisku, gdzie duże znaczenie przypisuje się kontekstowi, a uwagę skupiają konkretne przypadki [17]. Celem jest zrozumienie doświadczeń jednostki, co pociąga za sobą tendencję do stosowania pytań otwartych [18], umożliwiając aktorom interakcji na swobodne i niesterowane, z góry założonymi szablonami, narracje. W badaniu przyjęto perspektywę konstrukttywizmu społecznego, korzystając z metody Krytycznej Analizy Dyskursu. Wnioskowanie z analizowanych w tej pracy narracji, odbywało się dzięki metodologii badań jakościowych, dla których randomizacja i reprezentatywność próby, nie są niezbędnymi warunkami procedur badawczych.

W badaniach wzięło udział sześć kobiet, które doświadczyły zaburzenia bólu seksualnego — pochwicy (DSM IV-306.51). Wszystkie kobiety miały wykształcenie wyższe i były aktywne zawodowo. Wychowywały się w małych miejscowościach lub wsiach — obecnie zamieszkują duże miasta w różnych województwach w Polsce. Deklarowały silny wpływ religii z rodzin pochodzenia lub najbliższego otoczenia, były obciążone przykrymi doświadczeniami natury seksualnej oraz wskazywały na brak edukacji seksualnej w wieku dorastania. Średnia wieku wyniosła 29,6 roku (najmłodsza badana miała 25 lat, a najstarsza 38). Dwie spośród badanych były zamężne, dwie posiadały partnerów i były w niesformalizowanych związkach, oraz dwie były stanu wolnego. U wszystkich rozmówczyń została zdiagnozowana pochwica. Cztery spośród sześciu pomyślnie przeszły terapię i obecnie nie obserwują u siebie problemów z bolesnym stosunkiem. Dwoóm kobietom było ciężko określić ich obecny stan, gdyż przeszły terapię, ale nie znalazły się w okolicznościach mogących zweryfikować ich rehabilitację.

## Procedura badania

Pierwszy etapem badania było zebranie wywiadów. Schemat wywiadu był częściowo ustrukturyzowany. Przygotowałam listę pytań, to rozmówczynie decydowały jednak na ile pogłębiają temat i na ile ze swoimi doświadczeniami są gotowe się podzielić. Zabieg ten miał na zadanie zmniejszenie dyskomfortu spowodowanego specyfiką spotkania oraz oddanie kontroli nad rozmową badanym, a dodatkowo celem było wyeliminowanie, w miarę możliwości, obszarów trudnych, zagrażających i wywołujących negatywne myśli i odczucia.

## Analiza

Rozważania nad relacją pomiędzy osobą a jej ciałem bezapelacyjnie przywołują na myśl dualizm kartezjański. W tej dwoistości, ciało konstytuowane jest jako będące pod kontrolą, a dusza/umysł jako należące do sfery poznania [19]. Duncan odwołuje się do Bordo [20] wywodząc, że dualizm ciało–dusza nie należy jedynie do sfery rozważań na gruncie filozoficznym, ale również do praktycznej metafizyczności, która wdrążyła się w środowisko medyczne, prawnicze, literackie i artystyczne, podkreślając swoją egzystencję w procesach konstruowania self, relacjach interpersonalnych, kulturze nowoczesnej, a nawet w reklamie. Foucault [za: 19] wykazał, że seksualne ciało staje się przedmiotem kontroli społecznej i regulacji. Skupiając uwagę na ciele, warto przytoczyć słowa Steihaug i Malterud [21], które wykazywały, że ciało jest intencjonalne, tłumacząc, iż reakcje ciała nie są refleksami, lecz świadomą drogą odreagowania. Wracając do dualistycznego rozumienia egzystencji człowieka, Ani [za: 22] tłumaczy hierarchiczność tego podziału ciało–dusza. Według niej, wyższa dusza/self jest uważana za odpowiedzialną za kontrolowanie podwładnego ciała. Self, które traci kontrolę nad ciałem, traci również akceptowalność społeczną i można to obserwować w instytucjach, dominujących dyskursach i wyobrażeniach społecznych [za: 22]. Warto zwrócić uwagę na to, w jaki sposób ciało zaangażowane jest w doświadczanie pochwicy oraz relację z self.

### Przykład 1

O: *no ciało ma jeszcze swoje wewnątrz swoje narządy i tak dalej [...] co myślę jeszcze o swoim ciele? Czasem mi przeszkadzają moje fałdki tłuszczu na brzuchu. A tak poza tym? Nie wiem. Czasem sobie jeszcze myślę, że się zestarzeję. Ale to nie jest jakaś częsta myśl.*

Badana wskazuje na ciało, które jest w posiadaniu („ma swoje”) narządów. Odbieranie ciała jako osobnego bytu może być sposobem O na poradzenie sobie

z problemem. Badana eliminuje swoje ciało z narracji jako coś, nad czym ma kontrolę. Alienuje od self ciało i jasno przedstawia swoje stanowisko, że to właśnie jej organizm ma narządy. Wyklucza zatem ciało od ogólnej percepcji siebie. Widać tu odsunięcie się od cielesności. Może to stanowić cenną obserwację, gdyż jak donosi Brumberg [za: 23] kobiece ciało jest centralnym odnośnikiem w sposobie odbierania tożsamości kobiety. Czerniawski [23] cytuje podsumowania Berger i Luckman [24], którzy przywołują spostrzeżenia Mead na temat relacji ciało (jako organizm), a self i wykazuje, że człowiek z jednej strony jest ciałem, a z drugiej strony ma ciało. Oznacza to, że człowiek doświadcza siebie jako podmiotu, który nie jest tożsamy z jego ciałem, ale to właśnie ciało jest w jego dyspozycji. Jednostka nieustannie zmagają się zatem i balansuje w obrębie myśli o byciu i posiadaniu ciała. Sztuką natomiast jest dopasować siebie ze zmaterializowanym ciałem [23].

Poniżej wypowiedzi kobiet, w których wskazują na aktywność swoich części ciała.

#### Przykład 2

*JO: znaczy, to jest, to się objawia jakby skurczem tych mięśni okołopochwowych w wyniku no właśnie różnych przyczyn, które siedzą w głowie i mi się wydaje, że to jest jakiś lęk związany z różnymi jakimiś naszymi przekonaniem, czy który wiąże się z brakiem wiedzy też na ten temat. Generalnie przyczyna jest w głowie. W naszych myślach, w naszych przekonaniach. I one wpływają na reakcje naszego organizmu taką obronną. **Czyli ten organizm broni się przed czymś. Takim niezidentyfikowanym, bo przecież nie zawsze sobie uświadamiamy to, co jest przyczyną tego.***

#### Przykład 3

*K: strach nie wiem przed seksem, przed seksualnością y: nieakceptowanie własnego ciała, kompleksy: i właśnie w ten sposób, przez to. **Mózg. Blokuje. Wejście do pochwy tak się broni.** Przed tym hm ten strach jakby właśnie tworzy taką blokadę nie? Która nie pozwala na normalne cieszenie się seksem, pożyciem [...]*

Jak widać zarówno w przykładzie 2, jak i w przykładzie 3 badane odwołują się do funkcji, którą przyjmuje ciało, a zatem do obrony. Autonomiczne ciało jest konstruowane jako aktywny podmiot, który niezależnie manifestuje swoje zadania [22]. Ciało opisywane jest tu w kategorii samowystarczalnemu bytu, który podtrzymuje bezpieczeństwo. Kobiece możliwości i pragnienia do wywierania kontroli nad własnym ciałem są nieobecne w wypowiedziach. Ciało jest konstruowane jako posiadające własną wiedzę i władzę — rozłączną od jednostki. Wszakże, jak mówi K, „mózg blokuje”. Można rozumieć to jako separacja self i ciała.

Odpowiedzialność za skutki doświadczeń przypada zewnętrznemu bytu, jakim w wypowiedziach jest organizm. Podmiotowość ciała, która jawi się w narracjach jako nadrzędna w stosunku do opowiadającej osoby (jej self), była widoczna we wszystkich przedstawionych tu przykładach. Zwrócę teraz uwagę, na jeden z jaskrawszych zabiegów upodmiotowienia ciała jako samorządnego bytu.

#### Przykład 4

*E: [...] uważałam, że zachowuję się tak, **jak mówi mi mój mózg, a okazało się, że on nie mówi zawsze do brze, tylko po prostu pewne schematy chce powtarzać.***

Jak mówi Gillet [za: 25], zadaniem mózgu jest to, by realizować self, zatem osoba nie może utrzymać swojego spokoju ducha, jeśli mózg źle funkcjonuje. Brzmi to jakby Gillet chciał zasugerować, że mózg jest siedliskiem duszy. Jak kontynuuje Hughes [25], podążając za myślą Gillet'a, wydarzenia życiowe kształtują mózg w ten sposób, że stajemy się w posiadaniu mikro-procesualnych struktur w mózgu. Pogląd ten może w ciekawy sposób obrazować to, o czym mówi E. Swoją wypowiedzią deklaruje ona, że była pod kontrolą mózgu, który do niej mówił, a efektem tego ubezwłasnowolnienia było jej zachowanie. Dodaje jednak ulomność tej sytuacji, gdyż mózg który panował nad jej poczynaniami, powielał znane i wyuczone schematy. Doświadczenia życiowe znajdują zatem odzwierciedlenie w prezentowanych narracjach i manifestują się poprzez ciało. Gale [26] tłumaczy, że taki zabieg personifikacji ciała, gdzie ludzie oddają kontrolę nad życiem swojemu ciału, może zarówno świadczyć o tym, że ciało wie lepiej niż świadomie generowane wytłumaczenia, jak i łamie skrypt dualizmu ciało – umysł.

Warto zwrócić uwagę na wypowiedzi N, dotyczące samoistnych, niebędących pod kontrolą, ruchach mięśni:

#### Przykład 5

*N: no tak, że to jest to, co czuje **każda** kobieta. **Ja bardzo długo nie miałam świadomości, że mi się zaciskają mięśnie. Bardzo.** Dlatego u mnie jakby tak? Od pierwszego razu do momentu podjęcia terapii minęło pięć i pół roku, bo ja nie wiedziałam, co mi jest. Bo ja wiedziałam tylko, że mnie **boli**, nie wiedziałam, że w sensie nie czułam mięśnia tak **znałam** definicje, bo oczywiście przegrzebałam cały Internet i Itak? Co to może być? I znałam definicję pochwy, tylko myślałam, że mnie to nie dotyczy. Y: i mi się wydawało, że: albo coś jest nie tak z moją [...] budową jakby z budową anatomiczną coś jest nie tak, **albo** że po prostu nie jestem w stanie. Inni **są** w stanie znieść ból. A ja nie jestem w stanie.*

**Przykład 6**

N: [...] **Zaciskanie się tych mięśni.** Nie nie wiem, czy zawsze tak jest moim przypadku, bo to tak z zupełnej niewiedzy o własnym ciele, z nieakceptowania go i w ogóle jakby nie [...] nieakceptowania tematyki seksu. No. [...]

W obydwu przykładach rozmówczynie używa rzeczownika odczasownikowego „się zaciskają mięśnie” i „zaciskanie się tych mięśni”. Zabieg ten, pozwala jej odsunąć się od doświadczania, tego, co się dzieje w jej ciele. Zmiany w postaci zaciskających się mięśni zachodzą jakby samoistnie, bez udziału rozmówczynie. Sama wskazuje (przykład 6), że długo nie miała świadomości, że takie ruchy mięśni następują. Dodatkowo, co zwraca uwagę, to wypowiedź skonstruowana za pomocą bezosobowej formy rzeczownika odczasownikowego. Badana N, jakby znika w tych wywodach i chowa się za bezpłciowym, niesprecyzowanym „zaciskaniem się”. Zbudowane w ten sposób wypowiedzi, na nowo poruszają temat kontroli. Carter [22] w swoim artykule *Beyond control: body and self in women's childbearing narratives* rozważa kwestie dotyczące kontroli ciała. Mówi, że ciało jest kontrolowalne i wskazuje kobietę jako odpowiedzialną za kontrolowanie jej ciała. W badaniach Carter [22] brały udział młode matki, lecz wnioski, do których doszła zdają się być równie ciekawie w perspektywie moich dociekań. Badaczka wnikliwie analizując rzeczywistość porodu i bycia w ciąży implikuje, że od kobiet oczekuje się bycia w pełnej i absolutnej kontroli, nie tylko nad ich ciałem, ale również ciałem noworodków. Sugeruje, że jeżeli rodzi się niezdrowe dziecko (na przykład o niskiej masie), to w odbiorze innych osób (zarówno samej zainteresowanej, jak i lekarzy oraz opinii społecznej), odpowiedzialnym za taką sytuację staje się bardziej kobieta niż jej ciało. Kusząc się o dokonanie analogii, autorka niniejszej pracy obserwuje w swoich danych zupełnie inną sytuację. Odpowiedzialnym podmiotem za problemy związane ze sferą seksualną nie jest kobieta, lecz jej ciało. Poniżej ostatni fragment — przykład 7.

**Przykład 7**

JO: [...] jakby **pochwa jest zamknięta**, że on nie mógł jej **przebić się** przez te mięśnie, no i tak to jakby tak pasowało do mnie. Że to boli, poza tym są jeszcze skurcze mięśni tutaj ud, że w ogóle się nie chce dopuścić tego członka tam do środka do pochwy. [...]

Ostatni, lecz równie ciekawy cytat, odnosi się do pochwy i jest najbardziej uszczegółowionym opisem odnoszącym się do zaangażowanego w obraz zaburzenia narządu, czyli waginy. Badana formułuje stwierdzenie, że pochwa „jest” zamknięta. Rozmówczynie, podobnie

jak jej poprzedniczki, odnosi się do swojego ciała, jakby było ono poza jej strefą wpływu. To nie ona jest zamknięta, lecz pochwa. Daje to wrażenie, jak gdyby badana chciała przemycić do rozmowy wytłumaczenie o swoim udziale, a właściwie o braku swojego udziału, w doświadczaniu pochwy. Część ciała, o której tu mowa, pozostaje niekontrolowana. Brak tu odniesień do Ja. Silnymi predyktorami owej odpowiedzialności, są twierdzenia konstruowane pod względem gramatycznym za pomocą strony czynnej oraz leksykalnym za pomocą wiedzy zdroworozsądkowej, mitach czy stereotypach. Bohner [27] w swoich badaniach dotyczących gwałtów, omawia podobne zjawisko twierdząc, iż jednostki, które mają więcej akceptacji dla mitów związanych z gwałtem, będą miały tendencję do mniejszego przypisywania odpowiedzialności napastnikowi, a większą do przypisywania odpowiedzialności ofierze, niż osoba, która odrzuca ten sposób myślenia. Podążając za tym sposobem rozumienia tematu, można założyć, że w przypadku tej analizy napastnikiem jest dysfunkcja, a ofiarą osoba, która na nią cierpi. Akceptacja mitu dotyczącego choroby jest powiązana z tak zwaną „wiarą w sprawiedliwy świat” [za: 27] i wiąże się z interpretacją zdarzeń, że ludzie dostają to, na co zasługują i zasługują na to, co mają. W swoim opracowaniu Bohner [27] podsumowuje, że dyskurs prowadzony na temat gwałtów cechuje się stroną bierną w stosunku do ofiary i może być podejmowany świadomie, jako że mówcy nie chcą dokonywać sądów, które będą rzutowały negatywnie na osobę pokrzywdzoną. Obserwuje się inną regularność w moich analizach narracji. Dominuje tu strona czynna, która wskazuje ciało jako podmiot omawianej rzeczywistości, przypisując mu odpowiedzialność i sprawczość — jest ono głównym aktorem w opisywanych doświadczeniach, a nie zaburzenie, czyli napastnik.

Ten oraz poprzednie przykłady są reprezentatywne dla omawianego poczucia kontroli i eksternalizacji odpowiedzialności. Badane opisują siłę i wpływ ciała. Nie ma tam tożsamości kobiety, chyba że się przyjmie, że self, o którym mówi, jest wątłe i kruche, bo sterowane przez będące we władzy ciało.

**Upodmiotowienie ciała**

Rozmówczynie konstruując ciało wskazują, że to właśnie ono ma kontrolę nad doświadczaniem dysfunkcji, a nie one same. Odpowiedzialność za przeżycia odsuwają na bok, gdyż ich niekontrolowane ciało, jak gdyby, decyduje za nie. Ciało jawi się jako osobna egzystencja będąca w mocy i władaniu, nadrzędna nad ich preferencjami. Dominujące sposoby rozumienia własnego ciała są ważne, dlatego że kształtują one

sposób w jaki kobiety widzą siebie i doświadczają własne ciało [za: 22]. Wskazują one na dominację ciała nad ich świadomością, bo przecież to nie one same lecz ich ciało broni się, decyduje, blokuje i podpowiada. Poczucie bezsilności w relacji z ciałem jest według Bordo [za: 19] oraz Petersen [za: 19] rozumiane jako generalizacja genderowych norm i można to obserwować w kulturze konsumenckiej.

Ciało w analizowanych narracjach było odseparowane od myśli o sobie, szczególnie tych pozytywnych. Rozmyślając nad przywołaną tu kulturą nowoczesną, warto wyeksponować słowa Brown, Weber i Ali [28], które w podsumowaniu swoich badań nad feministycznym podejściem do narracji o ciele piszą: „posiadanie kontroli (nad ciałem) jest dobre, a bycie poza kontrolą jest złe”. Podobne rozumowanie przyjęła Gremilion [za: 28], stawiając tezę, iż kobiety są nieustannie narażone na bycie poza kontrolą, tak samo jak i w potrzebie posiadania kontroli (odwoływał się on, do badań nad pacjentkami z zaburzeniami jedzenia). Powołując się na feminizm i terapię narracyjną, wyraża on krytycyzm wobec dominacji dyskursu medycznego. Podejście medyczne podtrzymuje różnice płciowe i patologizuje kobiece ciało [za: 28]. Gale [26] docenia jednak badania nad narracją i mówi, że to „historie ciała”, które nie są w separacji od biomedycznych diagnoz. Hyden [za: 26] dodaje, że narracje stanowią dostępną formę ekspresji doświadczanego cierpienia. Badane wyrażają nadrzędność ciała nad własnym jestestwem.

Autorka pracy nie jako pierwsza zauważa, że to, w jaki sposób pacjent myśli o swoim ciele i w jaki sposób, dzięki niemu i przez nie konstruuje swoje self — Ja cielesne, jest niezbędnym do zmiany czynnikiem w rozumowaniu cielesności [29]. Autonomia i odrębność ciała, które przejawiają się we wszystkich przytoczonych tu przykładach, może świadczyć o silnym wpływie niekontrolowanego organizmu. Funkcjonalność przesunięcia kontroli, a zatem i odpowiedzialności za to, co się dzieje z ciałem, przybiera rysy dystansu. Zabieg ten z kolei, może przyjmować funkcję zaradczą i pozwolić na podtrzymanie dobrego mniemania o sobie. Być może zaobserwowany styl wypowiedzania się jest próbą oddalenia uciążliwego tematu i nieangażowaniem się w rozmowę o sobie. Inaczej, przyjęcie pozycji głównego bohatera zmian w świetle dysfunkcji oznaczałoby nie tylko przyjęcie odpowiedzialności, ale również rozumienie siebie jako winnego. Podejrzanym za oprawcę w waginizmie, staje się jednak własne ciało.

## Podsumowanie

Przeprowadzone badania ogranicza fakt, że analizie nie podlega to, co ma miejsce poza dyskursem.

Niebrane są pod uwagę, takie elementy społecznych interakcji, jak gesty, mimika czy zagospodarowanie przestrzeni. Podejmując autokrytykę, autorka podkreśla, że omawiane w niniejszej pracy wypowiedzi nacechowane są subiektywnością. Jak zauważa Gheorghiu [30], badacz sam w sobie wpływać może na zniekształcenia, zarówno jako słuchacz podczas rozmowy, jak i interpretator zebranych już transkrypcji. Różne historie mogą być opowiadane w odniesieniu do tych samych wydarzeń, a wpływ na to mogą mieć takie czynniki, jak kontekst, nastawienie rozmówcy oraz relacja badacz-informator [21]. Warto dodać, że informacje uzyskane na podstawie badań narracyjnych nie są falsyfikowane, ani nie mogą przechodzić przez weryfikację prawdziwości. Jak pisze Bruner autobiografie powinny być traktowane jako „a set of procedures for life making” [za: 30], czyli arbitralnie wyselekcjonowane wspomnienia i doświadczenia podlegające wpływowi kontekstu, emocjom i procesom nadawania znaczeń. W badaniu skorzystano z wywiadu częściowo ustrukturalizowanego, a zatem nie miało ono charakteru przygotowanego inwentarza z pytaniami, gdzie oczekuje się sprecyzowanych wypowiedzi, opartych o następstwa czasowe. Problem może pojawiać się, gdy jednostka nie jest przyzwyczajona do opowiadania o sobie, a w szczególności do opowiadania o swoim zaburzeniu. W badaniach jakościowych nie ma obiektywnej prawdy, która miałaby wypływać z narracji dostarczanych przez rozmówczynie [31]. Zgadzam się w tym miejscu z Brunerem [za: 31], że uzyskane dane z wywiadów są rezultatem interakcji, w jaką weszłam z badanymi kobietami. Jak piszą Steihaug i Malterud [21] w analizie dyskursu, historie przechodzą swoistą transformacją, gdy słuchacz/badacz zaczyna być również współinterpretatorem, gdy dochodzi do etapu analizy i wyciągania wniosków. Rozmówczynie nie prezentują swoich doświadczeń w sposób bezrefleksyjny, lecz pozostają pod wpływem (często nieświadomym) istniejących w kulturze skryptów społecznych, takich jak na przykład tabu językowe związane z wypowiedaniem się na temat genitaliów. Sytuacja badania zaś mogła przyczynić się do wyraźniejszego przyjęcia roli ideologa własnego życia i doświadczeń, przez informatorki [30]. Badane, relacjonując minione doświadczenia, mogły zniekształcać rzeczywistość, gdyż jak mówi Bless i Higson-Smith [za: 32], każdego rodzaju obserwacje nieustannie narażone są na zmiany i błędy poznawcze. Sytuacja badania nie odzwierciedlała realiów prawdziwego życia, gdyż była zaplanowanym spotkaniem. Mogło to wpłynąć na przebieg rozmowy.

Skutkiem przyjęcia metodologii jakościowej w tej pracy, nad doświadczeniami kobiet z pochwicą, może być uzyskanie pełniejszego obrazu dysfunkcji i przy-

czynić się może do poszukiwania alternatywnych sposobów pomocy i rehabilitacji. Przedstawione analizy mogą również pomóc samym pacjentkom w lepszym rozumieniu własnej cielesności. W związku z brakami w edukacji seksualnej, niską świadomością oraz społecznymi nakazami, warto złamać tabu i zacząć rozmawiać o takich wymiarach ludzkiej egzystencji, jaką jest seksualność. Nie tylko pacjenci, ale społeczeństwo ogółem, powinno być wprowadzane w tematy dotyczące cielesności. Edukatorzy seksualni mogliby przyczynić się do szerzenia wiedzy na temat funkcjonowania ludzkiego ciała, jego funkcji i ograniczeń oraz możliwych anomalii.

Możliwość opowiedzenia drugiej osobie o swoich doświadczeniach i podjęcie próby wyrażenia siebie, sama w sobie może się jawić terapeutycznie. Opowiadanie swojej własnej historii pomaga przepracować obciążający temat i pogodzić się z doświadczeniami chorobowymi. Jest to ważne, w kontekście społecznym, gdyż pomaga w rehabilitacji i powrocie do akceptowalnej dla jednostki jakości życia. Ponadto, przedstawiane tu badanie może mieć wpływ również, na samą psychologię, poszerzając wiele elementów ludzkiego funkcjonowania, z wyszczególnieniem płaszczyzny seksualnej i cielesnej. Dostrzeżenie nowych problemów badawczych może się przyczynić do zwiększenia uwagi na to, w jaki sposób postrzegane i rozumiane jest ciało i jego funkcje, jakie niesie to za sobą skutki intra i interpersonalne. Im lepiej zrozumiemy światopogląd kobiet z pochwicą, tym skuteczniejsze metody pomocy będziemy mogli zaoferować pacjentom. Pogłębienie stanu wiedzy na temat pochwy, a w kontekście tej pracy, relacji kobiet z ich ciałem, jest rzadko poruszanym tematem i wymaga jeszcze wielu eksploracji.

Barton [za: 33] podkreśla potrzebę wzrostu badań jakościowych poprzez badania narracyjne w praktyce psychologicznej i lekarskiej, aby ulepszać praktykę słuchania i lepszego rozumienia głosu ludzi chorych, zaburzonych oraz z dysfunkcjami. W tym miejscu autorka się z nim zgadza, gdyż metody kwestionariuszowe mogłyby zniekształcić rzeczywistość doświadczaną i prezentowaną przez badane. Być może przeprowadzone i zaprezentowane w tej pracy badanie przyczyni się do zwracania większej uwagi na językowe sposoby konstruowania rzeczywistości, szczególnie tej chorobowej. Badania jakościowe mogą zaprezentować zupełnie inne oblicza podejmowanych tematów niż badania prowadzone w nurcie ilościowym. Należałoby jednak podjąć próbę połączenia tych dwóch metod, gdyż one nie wykluczają się, lecz mogą być komplementarne, ukazując wachlarz możliwości interpretacyjnych i aspektów wartych dalszych badań. W kontekście występujących nielicznie badań

(ilościowych) nad pochwicą, przeprowadzone przeze mnie analizy, stanowią próbę ujęcia tematu w nowy, rzadko podejmowany sposób. W 2013 roku baza danych EBSCO dysponowała jedynie dwoma badaniami jakościowymi podejmującymi temat waginizmu. Dużo danych w psychologii, które wykorzystane zostały do stworzenia niezliczonych ilości testów i inwentarzy ma swoje źródło na płaszczyźnie jakościowej i związane jest z obserwacją i rozmową oraz relacjonowaniem doświadczeń przez ludzi [34]. Awersja do badań jakościowych, we współczesnej psychologii, jest naukowo niezdrowa [34].

Być może zaprezentowane tu rezultaty badania jakościowego przyniosą nowy wgląd w rozumowaniu zaburzenia bólu seksualnego u kobiet, wyeksponując dylematy tematyki seksualności w społeczeństwie oraz przyczynią się do praktycznych rozważań nad naturą pochwy, a badacze sprowokują do dalszych badań i rozważań teoretycznych.

## Piśmiennictwo:

1. Wciórka J. (red.). Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR. Elsevier Urban & , Wrocław 2008.
2. Hiller J. Current debate: defining vaginismus. *Sexual and Relationship Therapy* 2000; 15: 87–90.
3. Payne K.A., Reissing E.D., Lahaie M., Binik Y.M., Amsel R., Khalife, S. What is sexual pain? A critique of DSM's classification of dyspareunia and vaginismus. *Sexual and Gender Diagnoses of the Diagnostic and Statistical Manual (DSM) 2005*: 141–154.
4. Reissing E.D., Binik Y.M., Khalife S., Cohen D., Amsel R. Vaginal spasm, pain and behavior: An empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Archives of Sexual Behavior* 2004; 33: 5–17.
5. Van der Velde J., Laan E., Everaerd W. Vaginismus, a component of general defensive reaction. An investigation of pelvic floor muscle activity during exposure to emotion- including film excerpts in women with and without vaginismus. *International Urogynecology Journal* 2001; 12: 328–331.
6. Ohkawa R. Vaginismus is better not included in sexual pain disorder. *Journal of Sex and Marital Therapy* 2001; 27: 191–192.
7. Basson R., Berman J., Burnett A. i wsp. Report of The International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Classifications. *American Urological Association* 2000; 163: 888–893.
8. Ng E.M.L. Towards a bio-psychosocial model of vaginismus: a response to Janice Hiller 1999. Zaczepnięto w maju 2011 z EBSCO.
9. Kochan-Wójcik M. Problematyka badań nad psychologicznym wizerunkiem kobiecego ciała. *Czasopismo Psychologiczne* 2003; 9: 159–167.
10. Karolczak A., Kulbat J., Głębocka A. Zadowolenie z własnego ciała, a treść przekonań o sobie. Analiza współzależności. *Psychologia Jakości Życia* 2002; 1: 59–75.
11. Wardle J., Foley E. Body image: stability and sensitivity of body satisfaction and body size estimation. *International Journal of Eating Disorders* 1989; 8: 55–62.
12. Cash T.F., Deagle E.A. The nature and extent of body-image disturbances in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders* 1997; 22: 107–125.
13. Furnham A., Greaves N. Gender and locus of control correlates of body image dissatisfaction. *European Journal of Personality* 1994; 8: 183–200.

14. Herbenick D., Schick V. *Krótką historia waginy*. Bellona, Warszawa 2001.
15. Flick U. *Projektowania badania jakościowego*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.
16. Merriam S.B. *Qualitative Research: a guide to design and implementation*. Jossey Bass, San Francisco 2009.
17. Kvale S. *Prowadzenie wywiadów*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.
18. Silverman D. *Interpretacja danych jakościowych*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
19. Duncan D. Embodying the gay self: Body image, reflexivity and embodied identity. *Health Sociology Review* 2010; 19: 437–450.
20. Bordo, S. *Unbearable weight: Feminism, western culture, and the body*. Berkeley 1993.
21. Steihaug S., Malterud K. Stories about bodies: A narrative study on self-understanding and chronic pain. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2008; 26: 188–192.
22. Carter S.K. Beyond control: body and self in women's child-bearing narratives. *Sociology of Health and Illness* 2010; 32: 993–1009.
23. Czerniawski A.M. My body hates me! The balancing act between self and the body. *Conference Papers — American Sociological Association* (brak daty).
24. Berger P.L., Luckmann T. *The social construction of reality: a treatise in the sociology of knowledge*. Nowy Jork 1990.
25. Hughes J.C. From the subjective brain to the situated person. *The American Journal of Bioethics-Neuroscience* 2009; 9: 29–30.
26. Gale N.K. From body-talk to body-stories: body work in complementary and alternative medicine. *Sociology of Health and Illness* 2011; 33: 237–251.
27. Bohner G. Writing about rape: Use of the passive voice and other distancing text features as an expression of perceived responsibility of the victim. *British Journal of Social Psychology* 2001; 40: 515–529.
28. Brown C.G., Weber S., Ali S. Women's body talk: A feminist narrative approach. *Journal of Systematic Therapies* 2008; 27: 92–104.
29. Gustafsson M., Ekholm J., Ohman A. From shame to respect: musculoskeletal pain patients' experience of a rehabilitation programme, a qualitative study. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2004; 36: 97–103.
30. Gheorghiu I. Truth or story or true story? The self in the interview situation. *Journal of Comparative Research in Anthropology and Sociology* 2011; 2: 33–48.
31. Mruck K., Breuer F. Subjectivity and reflexivity in qualitative research — the FQS issues. *Qualitative Social Research* 2003; 4.
32. Sampson C. A qualitative investigation of male partners' experience of relationship with women suffering from vaginismus. *Niepublikowana praca magisterska, Univeristy of Witwatersrand, Witwatersrand* 2007.
33. Susinos T., Calvo A., Rojas S. Becoming a woman: the construction of female subjectivities and its relationship with school. *Gender and Education* 2009; 21: 97–110.
34. Michell J. The place of qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2004; 1: 307–319.



