

MONIKA FRĄCKOWIAK-SOCHAŃSKA

**ZDROWIE PSYCHICZNE KOBIEI I MĘŻCZYŹN.
PŁEĆ SPOŁECZNO-KULTUROWA
A KATEGORIE „ZDROWIA PSYCHICZNEGO” I „CHORÓB PSYCHICZNYCH”**

*MENTAL HEALTH OF MEN AND WOMEN.
GENDER AND CATEGORIES OF “MENTAL HEALTH” AND “MENTAL DISEASES”*

Instytut Socjologii, Zakład Problemów Społecznych i Pracy Socjalnej
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
Kierownik: prof. dr hab. Anna Michalska

Streszczenie

Wstęp. Przyjęcie perspektywy gender studies wydaje się kluczowe zarówno w kontekście ilościowych danych epidemiologicznych, jak i jakościowych obserwacji klinicznych. Na podstawie międzynarodowych opracowań statystycznych można wyodrębnić jednostki chorobowe i zaburzenia znacząco częściej diagnozowane u kobiet bądź u mężczyzn. Ponadto obraz kliniczny niektórych zaburzeń (np. depresji, czy uzależnień od substancji psychoaktywnych) jest odmienny u kobiet i u mężczyzn.

Cel. Celem artykułu jest analiza wielostronnych powiązań pomiędzy płcią społeczno-kulturową (gender) a kategoriami zdrowia psychicznego i choroby psychicznej. Autorka analizuje również problem braku neutralności diagnozy pod względem płci społeczno-kulturowej.

Material i metoda. W badaniu zastosowano metaanalizę publikacji (raportów z badań, artykułów, danych epidemiologicznych i klinicznych) na temat zdrowia psychicznego kobiet i mężczyzn.

Wyniki i wnioski. Kobiety częściej niż mężczyźni otrzymują rozpoznania takich zaburzeń i chorób psychicznych, jak m.in.: zaburzenia nastroju typu depresyjnego, zaburzenia lękowe, zaburzenia odżywiania (anoreksja i bulimia) oraz zaburzenia osobowości histrionicznej, lękliwej i zależnej. Wśród mężczyzn natomiast częściej diagnozowane są m.in.: zespoły uzależnień od substancji psychoaktywnych, zaburzenia osobowości schizoidalnej oraz zaburzenia osobowości antyspołecznej. Kryteria diagnostyczne wymienionych zaburzeń odzwierciedlają cechy składające się na kulturowo konstruowaną męskość lub kobiecość, a ich objawy można interpretować w kategoriach konsekwencji stereotypowych, nieelastycznych wzorów socjalizacyjnych związanych z płcią.

SŁOWA KLUCZOWE: płeć społeczno-kulturowa, schematy ról płciowych, kobiecość, męskość, zdrowie psychiczne, choroby psychiczne, zaburzenia psychiczne, diagnoza psychiatryczna, diagnoza psychologiczna.

Summary

Introduction. The perspective of gender studies seems to be crucial regarding both epidemiological statistical data and clinical observation. International statistical data revealed that there are several disorders considerably more often diagnosed among women than among men. Moreover, the clinical pattern of some disorders (like for example depression or addictions to psychoactive substances) are different in case of men and women.

Aim. The aim of this article is to analyze the relations between categories of gender (femininity and masculinity) and mental health and diseases. The author deals also with the problem of gender biased diagnosis.

Material and method. The main method used in this study is meta-analysis of publications (research reports, articles, epidemiological and clinical data) on the mental health of men and women.

Results and conclusions. According to the epidemiological data women are more often than men diagnosed with depression, anorexia, bulimia, anxiety disorders, histrionic personality disorder, dependent personality disorder and anxiety personality disorder. Men are more likely than women to receive the diagnosis of addictions to psychoactive substances, schizoid personality disorder and antisocial personality disorder. Symptoms of above mentioned diseases fit to the stereotypes of men and women. The symptoms of above mentioned disorders can be interpreted in categories of “side effects” of socialization to nonflexible gender roles, which narrows opportunities of one’s development.

KEY WORDS: gender, gender role patterns, femininity, masculinity, mental health, mental diseases, mental disorders, psychiatric diagnosis, psychological diagnosis.

Wstęp

Celem niniejszego artykułu jest analiza wielostronnych zależności pomiędzy płcią społeczno-kulturową (gender) a kategoriami zdrowia psychicznego i choroby psychicznej. Uwzględnienie kategorii gender w badaniach z zakresu

socjologii zdrowia psychicznego i chorób psychicznych i społecznej psychologii klinicznej oraz w praktyce diagnostycznej i terapeutycznej na gruncie psychologii i psychiatrii pozwala zrozumieć kluczowe mechanizmy wielu zaburzeń. Mechanizmy te mogą dostarczać trudności interpretacyjnych, gdy przyjmujemy perspektywę abstrahowania od płci (gender blindness).

Kategorie kobiecości i męskości oraz zdrowia i choroby psychicznej wykazują wiele cech wspólnych. Każda z wyżej wymienionych kategorii jest konstruowana społecznie. Oznacza to, że normatywne standardy kobiecości i męskości oraz dominujące wyobrażenia na temat zdrowia i choroby psychicznej w sensie ogólnym oraz poszczególnych chorób i zaburzeń nie są stałe, lecz wykazują zmienność w czasie i przestrzeni. W poszczególnych społeczeństwach w toku historycznego rozwoju zmieniały się schematy kobiecości i męskości oraz sposoby myślenia o zdrowiu i chorobie psychicznej.¹ Ponadto wyobrażenia na temat kobiecości i męskości oraz zdrowia psychicznego i chorób psychicznych kształtują się odmiennie w różnych kulturach.² Przedstawiciele poszczególnych społeczeństw przyswajają omawiane konstrukty w procesie socjalizacji. Traktują je zatem jako element zastanej rzeczywistości, przyjmują w sposób arbitralny i względnie rzadko czynią przedmiotem świadomej refleksji, czy kwestionują. Zmiana społeczno-kulturowych schematów płci oraz wyobrażeń na temat zdrowia psychicznego i choroby jest procesem długotrwałym zważywszy na specyfikę międzypokoleniowej transmisji wizji świata społecznego.

Zmiany schematów kobiecości i męskości (bądź poszczególnych ich elementów) nie mają charakteru prostej zmiany liniowej, lecz następują w zróżnicowanym tempie, według różnorodnych trajektorii. Pojawienie się we współczesnych społeczeństwach nowych wzorów

¹ Konstrukty zdrowia i choroby psychicznej ewoluowały i były interpretowane na gruncie obowiązujących założeń filozoficznych jeszcze przed powstaniem psychiatrii jako dyscypliny naukowej. Najstarszy sposób różnicowania kategorii „zdrowia” i „choroby psychicznej”, charakterystyczny dla społeczeństw starożytnych i średniowiecznych nawiązywał do myślenia w kategoriach nadprzyrodzonych („szaleństwo jako kara za naruszenie tabu kulturowego czy religijnego”), następnie (od schyłkowego okresu odrodzenia) objawy choroby traktowano jako zagrożenie dla porządku społecznego i w konsekwencji dążono do izolacji oraz społecznego wykluczenia osób chorych, aż w końcu – w kontekście filozofii oświecenia – jednostki chore traktowano jako niemogące w pełni korzystać z przyrodzonej ludzkiej wolności [1, 2]. Ponadto, istotne zmiany następują w pojmowaniu zdrowia i choroby na gruncie naukowej psychiatrii. Sprawiające wrażenie obiektywnych i bezstronnych, międzynarodowe klasyfikacje DSM i ICD wielokrotnie ulegały modyfikacjom. Zmiany te miały istotne konsekwencje dla konkretnych jednostek, których zachowania przestały być kwalifikowane jako zaburzone (co miało miejsce, np. w przypadku osób homoseksualnych), bądź przeciwnie – zaczęły być postrzegane w kategoriach zaburzeń (jak, np. w przypadku osób wykazujących zaburzenia osobowości). [3]. Przykłady te wskazują, że zdrowie psychiczne i choroba psychiczna są kategoriami konstruowanymi i rekonstruowanymi społecznie.

² Należy pamiętać, że psychiatria, psychologia kliniczna oraz obowiązujące w ich ramach systemy klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych stanowią wytwór społeczeństw zachodniego kręgu kulturowego. Zawarte w nich kryteria różnicowania zdrowia i choroby nie są adekwatne do wielu specyficznych kulturowo zjawisk spoza zachodniego kręgu cywilizacyjnego.

kobiecości i męskości nie oznacza całkowitego zanikania starych, tradycyjnych schematów. W efekcie jednostki mogą doświadczać różnorodnych napięć związanych z wątpliwościami, jakie wzorce kobiecości bądź męskości mają realizować we własnym życiu na poszczególnych jego etapach.

Hariet Bradley stawia tezę, iż „kobiecość” i „męskość” stanowią historycznie ukształtowane dychotomie służące kategoryzowaniu świata społecznego [4]. Podobne założenie można przyjąć w odniesieniu do kategorii zdrowia i choroby psychicznej. Myślenie w kategoriach dualistycznych jest zakorzenione w zachodniej kulturze i pozwala tworzyć uproszczoną wizję rzeczywistości, w tym człowieka i jego zachowań. Bradley twierdzi również, że płeć jest elementem „żywego doświadczenia”. Jest zatem „rzeczywista”, mimo iż stanowi konstrukt społeczny [4]. Niezależnie od przemian społecznych, kulturowych i obyczajowych, jednostki funkcjonują w społeczeństwie jako kobiety lub mężczyźni. Pojęcie płci odnosi się zatem do wszystkich istotnych aspektów życia. Podobne znaczenie mają kategorie zdrowia i choroby psychicznej. Jednostki doświadczają swojej płci oraz zdrowia lub choroby w codziennej egzystencji, a ponadto kategorie te w dużej mierze wyznaczają zakres doświadczeń i szans życiowych.

Z dokumentu Gender and Mental Health Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wynika, że płeć społeczno-kulturowa jest jednym z kluczowych czynników mających wpływ na zdrowie psychiczne. Płeć w dużej mierze determinuje bowiem dostęp do socjoekonomicznych wyznaczników pozycji i statusu społecznego oraz wpływa na wzory traktowania jednostek w interakcjach społecznych [5]. Społeczno-kulturowe wzorce kobiecości i męskości z jednej strony współokreślają obszary ryzyka zaburzeń zdrowia psychicznego, z drugiej natomiast wspierają pozytywne zasoby zdrowotne. Istotne znaczenie mają w tym kontekście czynniki stresogenne, z jakimi konfrontują się kobiety i mężczyźni we współczesnych społeczeństwach, a także kulturowo określone kobiece i męskie wzory przeżywania stresu oraz wzorce radzenia sobie z obciążeniami psychicznymi.

Presje, wymagania i obciążenia związane z realizowaniem ról społecznych związanych z płcią wpływają zarówno na stan zdrowia psychicznego ludności, jak i na ocenę tego stanu przez same jednostki, otoczenie społeczne oraz ekspertów. Wobec dowodów empirycznych przedstawionych w dalszej części tekstu można postawić tezę, iż oceny zdrowia psychicznego formułowane zarówno na gruncie refleksji potocznej (społecznej protodiagnozy), jak i w efekcie specjalistycznego postępowania diagnostycznego z zakresu psychologii klinicznej i psychiatrii odzwierciedlają społeczne wyobrażenia na temat kobiecości i męskości, a równocześnie przyczyniają się do ich odtwarzania i utrwalania.

Schematy kobiecości i męskości a granice zdrowia psychicznego

Na podstawie sporządzanych w wielu krajach opracowań statystycznych można wyodrębnić jednostki chorobowe i zaburzenia znacząco częściej diagnozowane u kobiet bądź u mężczyzn [3]. Ponadto stwierdzono różnice w obrazie klinicznym niektórych zaburzeń doświadczanych przez kobiety i mężczyzn (np. depresji, czy zespołów uzależnień) [6, 7, 8, 9, 10, 11, 12].

Kobiety częściej niż mężczyźni otrzymują rozpoznania: zaburzeń nastroju typu depresyjnego, zaburzeń lękowych, zaburzeń odżywiania (anoreksji i bulimii) oraz zaburzeń osobowości histrionicznej, lękliwej i zależnej. Wśród mężczyzn natomiast częściej diagnozuje się: zespoły uzależnień od substancji psychoaktywnych, zaburzenia osobowości schizoidalnej oraz zaburzenia osobowości antyspołecznej.

Analizując obraz kliniczny wyżej wymienionych zaburzeń z perspektywy płci społeczno-kulturowej można postawić tezę, że ich symptomy odzwierciedlają zniekształcone i przerysowane elementy konstruktów kobiecości i męskości [6, 7, 8, 14, 15, 16]. Kulturowy schemat kobiecości w wersji tradycyjnej konstytuują: emocjonalność, zależność, koncentracja na relacjach interpersonalnych, otwarcie wyrażana lękliwość, ograniczona ekspresja złości i agresji oraz koncentracja na ciele, seksualności i normatywnych standardach urody. W skład tradycyjnie i stereotypowo pojmowanej męskości wchodzi natomiast takie atrybuty jak: powściągliwość emocjonalna (zwłaszcza w zakresie świadomego przeżywania oraz wyrażania lęku i smutku), zdystansowana postawa wobec świata i ludzi, aktywność ukierunkowana na zadanie, asertywność oraz agresja [8].

Analizując kategorie „zdrowia psychicznego” i „choroby psychicznej” z perspektywy płci społeczno-kulturowej możemy postawić tezę, iż jednym z elementów społecznie konstruowanej kategorii zdrowia psychicznego jest pewien zakres optymalnego przystosowania do wymagań normatywnych związanych z odgrywaniem ról kobiecych bądź męskich. Zachowania wskazujące na nadmierne bądź niewystarczające przystosowanie do kulturowych wymogów związanych z płcią mogą być kwalifikowane jako symptomy zaburzeń (zarówno na poziomie społecznej protodiagnozy, jak i profesjonalnej diagnozy klinicznej) [17]. Granice pomiędzy społecznym przystosowaniem, nonkonformizmem oraz chorobą psychiczną są zatem nieoczywiste i nieostre.

Depresja – nie tylko „kobieca choroba”

Na podstawie danych epidemiologicznych oraz badań przesiewowych szacuje się, że w rozwiniętych społeczeństwach zachodnich depresja występuje średnio dwa do trzech razy częściej u kobiet niż u mężczyzn [3, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18]. Dysproporcje w liczbie rozpoznanych depresji u kobiet i mężczyzn są wyjaśniane

przez odwołanie do czynników biologicznych i psychospołecznych.

Teorie biologiczne koncentrują się na czynnikach neurohormonalnych.³ Socjologiczno-psychologiczne wyjaśnienia różnic w zachorowalności kobiet i mężczyzn na depresję koncentrują się natomiast na wpływie ról płciowych na samopoczucie psychiczne jednostek. Na podstawie badań przeprowadzonych przez Cleary i Mechanic oraz Hughes i Galinsky wyodrębniono trzy najważniejsze grupy ryzyka zaburzeń nastroju typu depresyjnego. Najwyższe wskaźniki depresji odnotowano wśród: (1) samotnych matek, (2) zamężnych gospodyń domowych opiekujących się dziećmi oraz (3) zamężnych pracujących matek, które doświadczają silnego stresu zarówno w roli zawodowej, jak i rodzicielskiej [8, 18, 19]. Równocześnie ustalono, że wolne i bezdzietne kobiety są mniej narażone na depresję i inne problemy psychiczne niż mężatki i samotne matki, zwłaszcza te, które nie pracują poza domem [8, 9].

Powyższe dane są interpretowane w odniesieniu do specyficznego rodzaju stresu wynikającego z odgrywania tradycyjnych ról kobiecych społecznych związanych z opieką nad członkami rodziny oraz odpowiedzialnością za większość obowiązków domowych. W tym kontekście zidentyfikowano takie czynniki stresogenne, jak: konieczność reagowania na cudze potrzeby przy utrudnionej realizacji własnych potrzeb, mała strukturalizacja obowiązków domowych, z której wynika konieczność nieustanego znajdowania oraz organizowania czasu potrzebnego na ich wypełnienie, a także stała presja czasu związana z koniecznością wykonywania kilku czynności równocześnie [8, 9, 20]. Zwiększone ryzyko zachorowania na depresję jest również traktowane jako jedna z konsekwencji stylu życia związanego z niesprawowaniem władzy i/lub nadmiernym obciążeniem rolami. Pierwszy problem jest charakterystyczny dla gospodyń domowych (które w związku z brakiem niezależnych źródeł utrzymania są uzależnione od swoich partnerów), drugi – dla matek intensywnie pracujących zawodowo, które nie otrzymują w swym otoczeniu wystarczającego wsparcia umożliwiającego łączenie ról rodzinnych i zawodowych [8, 9].

³ Za przyczynę kobiecej depresji uważa się m.in. spadek poziomu estrogenów w okresie przedmiesiączkowym, poporodowym oraz w okresie poprzedzającym menopauzę. Hipoteza o związku procesów hormonalnych z depresją jest jednak trudna do jednoznacznego udowodnienia, ponieważ różnice płciowe dotyczące depresji nie występują we wszystkich kulturach, a zaburzenia nastroju w okresie przedmiesiączkowym i menopauzalnym oraz depresja poporodowa nie są w równym stopniu rozpowszechnione na całym świecie. Ponadto, odnotowano brak różnic płciowych w zakresie zachorowań na depresję w określonych grupach i kategoriach społecznych, np. wśród studentów, osób starszych oraz ludzi, którzy przeżywają żalobę po stracie bliskiej osoby [8, 9].

Tabela 1. Charakterystyka wybranych zaburzeń psychicznych w kontekście płci społeczno-kulturowej
 Table 1. Description of selected mental disorders in the gender perspective

l.p.	Zaburzenie	Charakterystyka	Płeć osób stano- wiących większość wśród pacjen- tów z danym rozpoznanem	Elementy społeczno- kulturowych schematów kobiecości odzwierciedlane przez objawy wybranych chorób i zaburzeń psy- chicznych	Elementy społeczno- kulturowych schematów męskości odzwierciedlane przez objawy wybranych chorób i zaburzeń psychicznych
1	Depresja (zaburzenia depresyjne)	Do zaburzeń depresyjnych należą tzw. wielka depresja i dystymia. Objawami wielkiej depresji wg DSM IV i ICD 10 są: smutek, lęk, utrata zainteresowań, niemożność przeżywania przyjemności, poczucie bezsilności, bezradność, zaburzenia snu i łaknienia oraz osłabienie koncentracji. Objawy dystymii są zbliżone, choć łagodniejsze: jest to przewlekły stan, który może trwać całymi latami. Rozpoznaje się ją u osób, które chronicznie doświadczają obniżenia nastroju, utraty zainteresowań czy innych symptomów sprawiających wrażenie trwałych cech osobowości.	Kobiety	<ul style="list-style-type: none"> – większe społeczne przyzwolenie na jawne wyrażenie smutku przez kobiety; – mniejsze społeczne przyzwolenie na jawne manifestowanie złości przez kobiety (np. znajdujące wyraz potocznych, stereotypowych wyrażeniach: „grzeczne dziewczynki się nie złością”, czy „złość piękności szkodzi”), co może prowadzić do maskowania frustracji i złości objawami smutku (depresji); – zgodny ze schematem tradycyjnych ról kobiecych wzorzec reakcji w sytuacjach trudnych (stresogennych) polegający na szczegółowym analizowaniu uczuć; 	<ul style="list-style-type: none"> –mniejsze społeczne przyzwolenie na jawne manifestowanie smutku przez mężczyzn (znajdujące wyraz m.in. w potocznym, stereotypowym wyrażeniu: „Mężczyźni/chłopcy nie płaczą.”); –kojarzenie otwartego wyrażania smutku ze słabością; –zgodny ze schematem tradycyjnych ról męskich wzorzec reakcji w sytuacjach trudnych (stresogennych) polegający na podejmowaniu aktywności ukierunkowanej na zadanie;
2	Zaburzenia lękowe	Zaburzenia lękowe obejmują napady paniki, fobie, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, zaburzenia stresu pourazowego, agorafobie i uogólnione zaburzenia lękowe. Wspólnymi elementami wszystkich tych problemów jest lęk i unikanie sytuacji wzbudzających niepokój, a także krytyczny stosunek wobec objawów – tzn. poczucie nieadekwatnych rozmiarów lęku w stosunku do sytuacji.	Kobiety	<ul style="list-style-type: none"> – większe społeczne przyzwolenie na jawne wyrażenie lęku przez kobiety; 	<ul style="list-style-type: none"> – mniejsze społeczne przyzwolenie na jawne manifestowanie lęku przez mężczyzn; – kojarzenie otwartego wyrażania lęku ze słabością;
3	Anoreksja	Główne objawy fizyczne anoreksji obejmują znaczne wyniszczenie organizmu: indeks masy ciała (BMI) równy lub mniejszy niż 17,5, utratę tkanki mięśniowej i tłuszczowej, zwolnienie akcji serca, trudności w utrzymaniu prawidłowej temperatury ciała, liczne zaburzenia biochemiczne i hormonalne skutkujące wtórnym brakiem miesiączki, zmiany w układzie kostnym, zmiany dermatologiczne i neuropsychiatryczne. Zmiany funkcjonowania społecznego	Kobiety	<ul style="list-style-type: none"> – koncentracja na ciele i kanonach urody jako element socjalizacji do ról kobiecych; – koncentracja na bliskich relacjach interpersonalnych jako istotny element przekazu socjalizacyjnego kierowanego do kobiet; 	–

		oraz psychicznego osób chorujących na anoreksję sprowadzają się m.in. do: izolowania się od otoczenia (w tym spożywania posiłków w samotności). Inne charakterystyczne objawy to: drażliwość oraz obsesja na punkcie diety i odchudzania. Na początku choroby dominującym uczuciem jest duma i euforia. Później, wraz z postępującym spadkiem sił, pojawiają się obniżony nastrój i depresja. W przypadku skrajnego wycieńczenia organizmu anoreksja może skończyć się śmiercią.		– wzorzec silniejszej kontroli rodzicielskiej nad dorastającymi córkami w porównaniu z dorastającymi synami;	
4	Bulimia	Objawy bulimii sprowadzają się do okresowych napadów żarłoczności z utratą kontroli nad ilością spożywanego pokarmu, po których następuje prowokowanie wymiotów i (lub) stosowanie środków przeczyszczających. Osoby chorujące na bulimię zazwyczaj utrzymują wagę w dolnych granicach normy. Dominującym uczuciem jest wstyd i poczucie winy. Dla bulimii, w przeciwieństwie do anoreksji, kluczowe jest pozostawanie z objawami w ukryciu.	Kobiety	j.w.	–
5	Histrioniczne zaburzenie osobowości	Według klasyfikacji DSM IV objawy tego zaburzenia koncentrują się wokół nadmiernej (przesadnej) ekspresji emocjonalnej i nieustannego poszukiwania uwagi. Osoba histrioniczna ma ponadto tendencje do nieadekwatnych do sytuacji uwodzących lub prowokujących seksualnie zachowań oraz stale korzysta ze swego wyglądu zewnętrznego w celu zwrócenia na siebie uwagi. Zachowuje się w sposób teatralny, przerysowany. Jest podatna na sugestie innych osób oraz uważa swoje związki z innymi za bardziej intymne niż są one w rzeczywistości.	Kobiety	– koncentracja na cielesności, seksualności oraz emocjonalności – jako elementy wzorca kobiecości;	–
6	Symbiotyczne zaburzenie osobowości (osobowość zależna)	Osoby doświadczające zaburzenia osobowości symbiotycznej (zależnej) doświadczają nadmiernej potrzeby opieki ze strony innych. Potrzeba ta prowadzi do uległości oraz przeżywania silnych lęków separacyjnych. Osoby symbiotyczne odczuwają bezradność w sytuacji, w której mają się sobą zająć i zatroszczyć się o siebie. Postrzegają siebie jako kogoś niekompetentnego i bezsilnego. Zaburzenie to upośledza aktywność w wielu sferach życia, w tym funkcjonowanie zawodowe, jeśli wymaga ono np. niezależnego podejmowania decyzji.	Kobiety	– koncentracja na bliskich relacjach interpersonalnych jako kluczowa wartość tradycyjnie przekazywana kobietom w procesie socjalizacji; – autonomia jako cecha w mniejszym stopniu wspierana u kobiet (dziewczynek) niż mężczyzn (chłopców);	– wspieranie u mężczyzn (chłopców) takich cech jak: – autonomia – nastawienie na działanie w większym stopniu niż na relacje interpersonalne

7	Zaburzenie osobowości lękliwej (osobowość unikająca)	Do objawów tego zaburzenia należą: niechęć do angażowania się w relacje z innymi ludźmi, z wyjątkiem sytuacji, w których dana osoba ma pewność bycia akceptowaną oraz niechęć wobec podejmowania ryzyka osobistego lub angażowania się w nowe działania. Osoby cierpiące z powodu zaburzenia osobowości lękowej wykazują powściągliwość w kontaktach intymnych z powodu lęku przez zawstydzeniem lub wyśmianiem, są zaabsorbowane myślami o krytyce lub odrzuceniu w sytuacjach społecznych, przejawiają liczne zahamowania w nowych sytuacjach interpersonalnych. Powodem wyżej wymienionych trudności jest poczucie własnej nieadekwatności i postrzeganie siebie jako osoby, której brakuje kompetencji społecznych, nieatrakcyjnej lub z jakiegokolwiek powodu gorszej od innych.	Kobiety	<ul style="list-style-type: none"> – większe społeczne przyzwolenie na jawne wyrażanie lęku przez kobiety; – „socjalizacja do nieśmiałości”; 	<ul style="list-style-type: none"> – mniejsze społeczne przyzwolenie na jawne manifestowanie lęku przez mężczyzn, kojarzenie otwartego wyrażania lęku ze słabością
8	Schizoidalne zaburzenie osobowości	Wzorzec funkcjonowania osób cierpiących na schizoidalne zaburzenie osobowości sprowadza się do wycofywania się z relacji społecznych oraz słabej ekspresji emocji w sytuacjach interpersonalnych. Osoby schizoidalne są zdystansowane i sprawiają wrażenie chłodnych emocjonalnie. Mają ograniczoną zdolność do wyrażania zarówno pozytywnych, jak i negatywnych emocji (co nie oznacza, że ich w ogóle nie przeżywają). Zaobserwować można upośledzenie zdolności tworzenia związków społecznych, co objawia się deficytami w zakresie umiejętności społecznych, brakiem zaangażowania społecznego, obojętnością na pochwały, krytykę oraz uczucia innych. Osoby cierpiące na to zaburzenie osobowości są skrajnie introwertyczne i mają zazwyczaj bardzo niewielu przyjaciół (znajomych).	Mężczyźni	–	<ul style="list-style-type: none"> – wzorzec powściągliwości w przeżywaniu emocji oraz małej ekspresywności emocjonalnej; – wzorzec odcinania się od silnych emocji pojawiających się w sytuacji urazogennej (straty, zagrożenia);
9	Osobowość antyspołeczna	Zachowania charakterystyczne dla osobowości antyspołecznej (psychopatycznej) obejmują: nawykowe posługiwanie się kłamstwem, wczesne i agresywne zachowania seksualne, destrukcyjność, wandalizm, kradzieże, chroniczne łamanie norm społecznych w wielu kontekstach (w domu, szkole, pracy itd.). Zachowania te mają długotrwały charakter i wczesny początek (przed 15 rokiem życia). Ponadto sposób funkcjonowania osoby antyspołecznej wyznacza impulsywność i niezdolność planowania, skłonność do rozdrażnienia i zgeneralizowanej agresji, brak troski o bezpieczeństwo własne	Mężczyźni	–	<ul style="list-style-type: none"> – większe przyzwolenie na otwarcie wyrażaną agresję w przypadku mężczyzn; – wzorce niekontrolowanej męskiej agresji – obejmujące m.in. schematy przemocy fizycznej i seksualnej;

		oraz innych osób, nieodpowiedzialność, a także brak poczucia winy przejawiający się obojętnością lub racjonalizacją krzywdy wyrządzonej innym osobom.			
10	Zespoły uzależnień od substancji psychoaktywnych	Kluczowym objawem uzależnienia jest utrata kontroli nad przyjmowaniem substancji ¹ , która pierwotnie pozwalała łagodzić objawy napięcia psychicznego. Utrata kontroli nad używaniem danej substancji (np. alkoholu) polega na tym, że każda, nawet najmniejsza dawka substancji uruchamia reakcję łańcuchową, którą osoba uzależniona odbiera jako fizyczne zapotrzebowanie na substancję. Osoba uzależniona może mieć jeszcze kontrolę na tym, czy rozpocząć przyjmowanie substancji (np. czy zacząć pić alkohol czy nie). W związku z tym osoba uzależniona może w pewnych okresach zachowywać dobrowolnie narzuconą abstynencję. Jeśli jednak rozpocznie przyjmowanie substancji psychoaktywnej, to zażywa ją aż do stanu silnej intoksykacji. Uzależnienie rozwija się w czasie, a jednostka przechodzi kolejne stadia choroby. W najbardziej zaawansowanym stadium – stadium przewlekłym – osoba uzależniona jest skoncentrowana na tym, by w jej organizmie nie zabrakło substancji psychoaktywnej. Następuje, więc silna fizyczna zależność od substancji.	Mężczyźni	<ul style="list-style-type: none"> – symboliczne usytuowanie kobiet w sferze prywatnej (wzorec „kobiecego” picia w domu); – społeczna krytyka wobec zaniedbywania ról rodzinnych z powodu nadużywania alkoholu – silniejsza w przypadku kobiet niż mężczyzn; – czynniki związane z genezą depresji i zaburzeń lękowych u kobiet (alkohol jako antidotum na obniżony nastrój i lęk); – przejmowanie przez niektóre kobiety męskich wzorów picia; 	<ul style="list-style-type: none"> – symboliczne usytuowanie mężczyzn w sferze publicznej (wzorec męskiego „picia ekscesywnego” i społecznego); – mniejsze społeczne przyzwolenie dla mężczyzn na otwarte wyrażanie przeżywanych emocji (np. smutku, czy lęku); – włączenie wzorca nadużywania alkoholu do schematu „hipermęskości”; – budowanie relacji zaufania i przyjaźni między mężczyznami w kontekście nadużywania alkoholu (przełamywanie kulturowych barier w interakcjach między mężczyznami);

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [3, 5, 8, 13, 14, 15].

Jedną z hipotez wiąże różnice we wskaźnikach depresji kobiet i mężczyzn z przemocą, jakiej doświadczają kobiety. Mimo że mężczyźni są częściej zarówno sprawcami, jak i ofiarami przemocy, to wiktymizacja kobiet ma szczególnie traumatyczny charakter ze względu na doświadczanie przemocy ze strony osób z bliskiego otoczenia społecznego – członków rodziny, partnerów, znajomych [21].⁴

Większa częstotliwość występowania depresji u kobiet niż u mężczyzn jest także wyjaśniana w kontekście odmiennych strategii poznawczych stosowanych przez przedstawicieli obu płci w sytuacjach stresogennych. Kobiety częściej przejawiają zgodny z oczekiwaniami społecznymi styl zorientowany na ruminację, a mężczyźni – na konkretne działanie. W efekcie szczegółowego analizowania problemów i towarzyszących im uczuć, kobiety doświadczają nasilenia emocji przeżywanego w sytuacji stresowej (np. lęku i smutku). Mężczyźni natomiast obniżają poziom napięcia emocjonalnego przez działanie. Koncentracja na zadaniu pozwala bowiem odwrócić uwagę od problemów, nawet, jeśli nie przynosi ich rozwiązania [8, 9].

Według takich autorów, jak m. in. Nolen-Hoeksema, czy Real, wskaźniki męskich zachorowań na depresję mogą być niedoszacowane, ponieważ mężczyźni rzadziej zgłaszają się do specjalistów z bezpośrednio obserwowanymi objawami smutku, wycofania z aktywności oraz braku przeżywania przyjemności będącymi podstawą rozpoznania depresji [6,10]. Wśród przyczyn tego stanu rzeczy wymienia się tradycyjny model męskości i zawartą w nim normę ukrywania słabości. Ponadto, kryteria diagnostyczne depresji zostały opracowane głównie na podstawie badań klinicznych prowadzonych wśród kobiet, które częściej się leczą i z tego powodu są bardziej dostępne [6, 8, 9].

Nolen-Hoeksema i Tavis stawiają popartą danymi empirycznymi tezę, że pomimo częstszego rozpoznawania depresji u kobiet, rozpowszechnienie złego nastroju jest jednakowe u przedstawicieli obu płci [6, 8, 22]. Zdaniem autorów mężczyźni i kobiety z podobną częstotliwością doświadczają emocji stanowiących podłoże depresji, lecz wyrażają te uczucia w odmienny sposób. Reagując zgodnie ze stereotypowymi oczekiwaniami, kobiety kierują emocje do wewnątrz, natomiast mężczyźni wyładowują przeżywane napięcia w działaniu. Nolen-Hoeksema i Tavis twierdzą, że u mężczyzn do-

świadczających depresji charakterystyczne są takie objawy, jak: rozdrażnienie, poirytowanie, wybuchy złości, kompulsywna aktywność seksualna, skłonność do podejmowania ryzyka bądź stosowania przemocy, pracoholizm, działanie na szkodę własnej kariery zawodowej, wycofanie emocjonalne i ucieczka od ludzi, chłodny stosunek do otoczenia oraz odcinanie się od świata [6, 8, 10, 22]. Odmiennie objawy depresji u kobiet i mężczyzn są postrzegane jako efekt socjalizacji do ról płciowych. W przebiegu „kobiecej depresji” społecznie lub osobiście nieakceptowana złość jest maskowana smutkiem i lękiem.⁵ W przypadku „męskiej depresji” smutek i lęk są maskowane złością, a napięcie jest odreagowywane poprzez zachowania o charakterze impulsywnym [8].⁶

Zaburzenia osobowości i zaburzenia lękowe a tradycyjne schematy kobiecości i męskości

Kolejnym obszarem pozwalającym dostrzec płynność granic pomiędzy przystosowaniem do kulturowych schematów płci a zaburzeniami psychicznymi będącymi przedmiotem rozpoznania klinicznych są zaburzenia osobowości. Dla potrzeb niniejszej analizy przyjmuję podejście dymensyjne, zgodnie z którym zaburzenie osobowości stanowi skrajny wariant lub wymiar normalnych cech osobowości [3].⁷

Schizoidalny rys osobowości znajduje wyraz w skrajnie zdystansowanej postawie wobec ludzi i świata zewnętrznego. Objawy schizoidalnego zaburzenia osobowości pozostają w relacji do norm nakazujących mężczyznom, powściągliwość emocjonalną [8]. U podłoża tego zaburzenia leży również charakterystyczny dla mężczyzn wzorec odcinania się od silnych emocji pojawiających się w sytuacjach urazogennych.

⁵ Zakładając, że zaburzenia depresyjne, w których dominującą emocją jest smutek mogą maskować frustrację i złość związane z brakiem możliwości zaspokajania istotnych potrzeb, można postawić tezę dotyczącą funkcji pełnionej przez symptomy. Depresja, której objawem jest znaczna redukcja aktywności życiowej może być zatem traktowana jako społecznie akceptowany sposób negowania ograniczeń nakładanych na jednostkę przez kulturę i sieć relacji mikrospołecznych. Ponadto, status osoby chorej stanowi podstawę uzyskania wsparcia społecznego i pozwala zdystansować się od ograniczeń kulturowych i interpersonalnych bez zmiany ich fundamentów [8].

⁶ W kontekście przemian społeczno-kulturowych związanych z unifikacją ról płciowych można postawić tezę, że objawy „kobiecej” bądź „męskiej” depresji mogą być u konkretnej osoby zgodne bądź nie z jej płcią biologiczną.

⁷ Np. zgodnie z tym tokiem rozumowania istnieje continuum zależności emocjonalnej i każdy ma swoje miejsce na tej dymensji. Nawet zdrowe osoby są od czasu do czasu od kogoś zależne. Na końcu tego continuum znajdują się osoby niezdolne do autonomicznego funkcjonowania (np. niezdolne do podjęcia własnej decyzji nawet w najbardziej przyziemnych, codziennych sprawach) [3].

⁴ Na podstawie badań Centrum Badań Opinii Społecznej z 2009 roku ustalono, że ponad jedna czwarta dorosłych Polaków i Polek (26%) zna przynajmniej jedną kobietę, która padła ofiarą przemocy ze strony swojego partnera. Odsetek kobiet deklarujących, że znają przynajmniej jedną kobietę doświadczającą przemocy w związku wynosi 33%. Dane z wielu źródeł (w tym sondaże CBOS, statystyki Komendy Głównej Policji i organizacji pozarządowych zajmujących się problemem przemocy wobec kobiet – m.in. Centrum Praw Kobiet) pozwalają szacować, że ponad jedna trzecia kobiet doznaje w swoim życiu przemocy fizycznej, seksualnej lub obu rodzajów przemocy jednocześnie ze strony mężczyzny [23].

Zaburzenie osobowości antyspołecznej zawiera w swym obrazie klinicznym cechy składające się na przerysowaną i dysfunkcjonalną wizję męskości hegemonialnej wg Connella. Należą do nich: agresja, brak refleksji nad wpływem własnych działań na inne osoby oraz brak empatii [8, 24, 25]. Wizerunki „męskości hegemonialnej” są obecne zarówno w kulturze zachodniej, jak i w wielu innych i stanowią istotne ramy odniesienia dla znacznej liczby mężczyzn.

Jednostki przejawiające histrioniczny rys osobowości manifestują przerysowane cechy tradycyjnie konotowane jako kobiece: emocjonalność i seksualność [8]. Symbiotyczny rys osobowości stanowi natomiast wyraz nadmiernego przyswojenia wzorca koncentracji na relacjach interpersonalnych. Zgodnie z tradycyjnymi wyobrażeniami relacje interpersonalne stanowią centralną wartość w życiu kobiet.⁸ Do pewnego stopnia cecha ta jest funkcjonalna i odpowiada za zdolność tworzenia kapitału społecznego. Jej skrajne nasilenie wiąże się jednak z brakiem samodzielności życiowej i uzależnieniem od innych ludzi. Jednostki o osobowości symbiotycznej traktują relacje interpersonalne jako główny punkt odniesienia w procesie określania i konstruowania tożsamości oraz najistotniejsze źródło poczucia własnej wartości. Jak podaje Kaschack, osoby opierające poczucie własnej wartości na relacjach z innymi stanowią grupę podwyższonego ryzyka zachorowania na depresję [8, 26]. Wobec powyższych ustaleń można postawić tezę o istnieniu wspólnych czynników leżących u podłoża różnych zaburzeń psychicznych powiązanych z płcią.

Rys lękowy (zarówno w postaci zaburzeń lękowych, jak i osobowości lękliwej) można traktować jako wyraz przesadnego dostosowania do sytuacji zagrożenia i ryzyka. Wyjaśnienia powodów dysproporcji płci wśród osób z rozpoznaniem zaburzeń lękowych oraz osobowości lękliwej koncentrują się na dwóch kwestiach. Pierwsza dotyczy większej liczby zagrożeń, z jakimi mają do czynienia kobiety (np. kobiety częściej doświadczają traumy w wyniku przemocy i związku z tym częściej doświadczają objawów zespołu stresu pourazowego). Druga kwestia jest związana z obciążeniami wynikającymi z tradycyjnych ról kobiecych (wówczas mamy do czynienia m.in. z przeżywaniem lęku o kogoś, np. o dziecko pozostające pod opieką kobiety). Oba rodzaje czynników mogą oddziaływać równocześnie.⁹ Osoby dostrzegające w swym otoczeniu różnorodne zagrożenia (poczawszy od zagrożenia fizycznego bezpieczeństwa poprzez ryzyko nierównego traktowania na rynku pracy, skończywszy na niepewności, jak określić własną tożsamość wobec niespójnych wzorców socjalizacyjnych) mogą traktować swój lęk jako sygnał ostrzegawczy pozwalający podjąć działanie zmierzające do rozwiązania problemu.

⁸ Wzorzec nastawienia na relacje jest przyswojony i realizowany przez kobiety. Relacje interpersonalne zostały bowiem wymieniane jako priorytetowa wartość życiowa przez uczestniczki ogólnopolskich, reprezentatywnych badań sondażowych oraz jakościowych wywiadów pogłębionych przeprowadzonych przez M. Frąckowiak w 2006 roku [27].

⁹ Istotny w tym kontekście jest fakt relatywnie częstego współwystępowania depresji i zaburzeń lękowych.

Jeżeli jednak poziom odczuwanego lęku jest zbyt duży, jednostka traci równowagę psychiczną, co uniemożliwia adaptacyjne funkcjonowanie w otaczającej rzeczywistości. O ile reakcje lękowe są społecznie akceptowane (a z taką sytuacją mamy do czynienia w przypadku kobiet, lecz nie w przypadku mężczyzn), pozwalają uzyskać opiekę i wsparcie ze strony otoczenia. W przypadku mężczyzn, którzy również są wystawieni na działanie bodźców lękotwórczych, społecznie i (lub) osobiście nieakceptowana emocja jest z reguły usuwana poza obręb świadomości. W skrajnym przypadku możemy mieć do czynienia z całkowitym odcięciem się od przeżywania emocji. Jest to mechanizm pojawiający się zarówno u osób ze zdiagnozowanym schizoidalnym zaburzeniem osobowości, jak i w przebiegu uzależnień [8].

Zaburzenia odżywiania jako element „kobiecego doświadczenia” we współczesnych społeczeństwach

Kobiety dominują wśród osób z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania. W zależności od badanej populacji, odsetek mężczyzn (chłopców) spośród osób wykazujących specyficzne zaburzenia jedzenia (anoreksję, bulimie) wynosi od kilku do kilkunastu procent [28]. Naomi Wolf wprowadziła termin „tyrania szczupłego ciała” dla określenia mechanizmów presji, jakiej ulegają kobiety drobiazgowo kontrolujące i dyscyplinujące swe ciała [29]. Kobiety podejmują szereg praktyk i zabiegów mających na celu przekształcanie ciała naturalnego w ciało kulturowe. Starają się realizować wzorce wyznaczone przez niezwykle szczupłe modelki, których fotografie są często dodatkowo poddane obróbce komputerowej. W efekcie doświadczają ciągłego poczucia nieadekwatności, mimo że wzorce, którymi się kierują są nierealne [8]. Objawy anoreksji i bulimii można zatem interpretować w kategoriach nadmiernego przystosowania do standardów estetyki ciała. W efekcie – przesadnie wychudzone ciała anorektyczek zdają się wykraczać poza kanony estetyki, a dodatkowo pojawia się zagrożenie zdrowia i życia. Z kolei bulimiczki mimo nieprzestrzegania norm dyscyplinowania ciała, do których skłania dominujący przekaz kulturowy, starają się za wszelką cenę zachować zewnętrzne przejawy przystosowania do obowiązujących wzorców.

Oprócz czynników kulturowych w etiologii zaburzeń odżywiania istotną rolę odgrywają uwarunkowania rodzinne. Należą do nich przede wszystkim relacje utrudniające osiągnięcie autonomii w okresie dorostania, przejawiające się nadmiernie kontrolującą postawą rodziców oraz włączaniem dzieci w konflikty między rodzicami [30]. W tym kontekście istotne znaczenie ma fakt, iż w wielu społeczeństwach córki są w większym stopniu niż synowie poddawane rodzicielskiej kontroli i (lub) wikłane w skomplikowane relacje emocjonalne. Wobec tego ilość spożywanego pokarmu, wygląd i waga ciała mogą stać się jednym z niewielu obszarów, nad którym anorektyczka może sprawować całkowitą kontrolę [8]. Ponadto przyjęcie roli osoby chorej zwalnia czasowo z obowiązku wspierania walczących ze sobą rodziców i uwalnia od konfliktu lojalności. Mecha-

nizm bulimii związany z utratą kontroli nad spożywaniem pokarmów sprowadza się natomiast do zastępczego odregulowania przeżywanego napięcia. Wzorec reagowania w sytuacjach budzących napięcie bazuje na mechanizmach wypracowanych (wyuczonych) w relatywnie wczesnych okresach życia, w których dominującą rolę odgrywają doświadczenia rodzinne.

Psychospołeczne mechanizmy uzależnień kobiet i mężczyzn na przykładzie uzależnienia od alkoholu

Dane epidemiologiczne wskazują na liczebną przewagę uzależnionych od alkoholu mężczyzn. Według danych WHO jeden na pięciu mężczyzn i jedna na dwanaście kobiet w krajach rozwiniętych uzależnia się od alkoholu [5].¹⁰

Badania nad patomechanizmami alkoholizmu prowadzą do wniosków o odmiennych wzorcach uzależnienia się kobiet i mężczyzn [8, 11]. Oprócz znajomości różnic fizjologicznych w zakresie metabolizmu alkoholu kluczem do ich zrozumienia jest analiza kobiecych i męskich wzorców przeżywania stresu i obciążeń psychicznych powiązanych z odgrywaniem ról społecznych. Najistotniejsze różnice sprowadzają się do mającego obecnie znaczenie symboliczne usytuowania mężczyzn w sferze publicznej, a kobiet w sferze prywatnej. Mężczyźni częściej niż kobiety piją w sposób ekscesywny – widoczny dla innych oraz częściej spożywają alkohol w przestrzeni publicznej.¹¹ Kobiety natomiast cały czas częściej piją w domach – w ukryciu.¹² Biorąc pod uwagę ogół populacji, prawidłowość ta jest czytelna w dalszym ciągu, pomimo wielu przemian kulturowych i obyczajowych związanych z wkroczeniem kobiet w sfery zarezerwowane wcześniej dla mężczyzn [8, 11].

Elementy tradycyjnych ról płciowych znajdują również wyraz w uzasadnieniach nadużywania alkoholu przez kobiety i mężczyzn. Uzależnieni mężczyźni częściej niż kobiety odwołują się do trudności w pracy bądź problemów ze znalezieniem pracy. Uzależnione kobiety jako główny powód picia wskazują natomiast komplikacje w obrębie bliskich relacji interpersonalnych (w związkach, w rodzinie itd.). Mężczyźni częściej tracą

¹⁰ Z polskich opracowań statystycznych wynika, że prawie 40% hospitalizacji w szpitalach psychiatrycznych to hospitalizacje pacjentów z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, z czego 3/4 to mężczyźni [31].

¹¹ Pomimo przemian społecznych, które zaszły od połowy XX wieku, w dalszym ciągu funkcjonują zakorzenione w przeszłości schematy. R. Lemle stawia tezę, iż konsumpcja alkoholu stanowi część istniejącego stereotypu męskości [12]. W dwóch niezależnych badaniach stwierdzono, że wśród mężczyzn, którzy przesadnie eksponują swoją męskość (realizują tzw. wzorec „hipermęskości”) uzależnienie od alkoholu bądź narkotyków występuje częściej niż u innych [8, 12].

¹² Omawiane zależności są jednak mniej wyraźne w najmłodszych grupach wiekowych, w których kobiety przyswajają sobie wzorce picia stworzone wcześniej przez mężczyzn [8, 32].

pracę z powodu nadużywania alkoholu, natomiast kobiety częściej niż uzależnieni mężczyźni doświadczają rozpadu związków i utraty sieci wsparcia społecznego [8, 11, 12].¹³

Chęć zachowania bliskich relacji interpersonalnych jest również najczęściej podawanym przez kobiety powodem podjęcia terapii uzależnień, a komplikacje w obrębie owych relacji i emocje z nimi związane (smutek, lęk, poczucie pustki) – powodem nawrotów [11].

W kontekście powyższych ustaleń można postawić tezę o istnieniu obopólnych zależności pomiędzy przyczynami a skutkami nadużywania alkoholu przez kobiety i mężczyzn. Zależności te mają niejednokrotnie postać sprzężenia zwrotnego (błędne koło). Opisane powyżej zależności odnoszą się do tradycyjnego podziału na sferę publiczną (tradycyjnie konotowaną jako męską) oraz prywatną (kobietą).

Jak podają Curran i Renzetti, u kobiet uzależnienie od alkoholu powszechnie współwystępuje z innymi zaburzeniami psychicznymi: depresją, zaburzeniami lękowymi, zaburzeniami jedzenia oraz uzależnieniami od środków psychotropowych. Kobiety częściej niż mężczyźni uzależniają się od leków – głównie antydepresantów i środków uspokajających. Środki te łącznie z alkoholem są przez kobiety traktowane jako antidotum na zaburzenia nastroju oraz podwyższony poziom lęku [8, 12]. U mężczyzn uzależnienie od alkoholu współwystępuje natomiast z antyspołecznym zaburzeniem osobowości oraz z zaburzeniami kontroli impulsów [12]. Według T. Reala alkoholizm mężczyzn maskuje również objawy depresji. Autor (badacz i psychoterapeuta) stawia tezę, iż typowym męskim doświadczeniem jest tzw. „depresja ukryta” pod postacią uzależnień substancjalnych i niesubstancjalnych (w tym uzależnienia od pracy czy aktywności seksualnej) oraz zachowań impulsywnych i agresywnych [10].

Diagnozowanie zaburzeń psychicznych jako odtwarzanie kulturowych schematów płci

Z powyższych rozważań wynika, że kryteria diagnostyczne wielu zaburzeń psychicznych odzwierciedlają schematy płci społeczno-kulturowej. Jednostki realizujące stereotypowe wyobrażenia na temat kobiecości lub męskości, doświadczające w związku z tym działania określonych czynników stresogennych i reagujące na nie w sposób wskazujący na destabilizację psychiczną otrzymują konkretne rozpoznania (np. kobiety – rozpoznanie depresji, a mężczyźni – uzależnienia, rzadziej

¹³ Mężowie (partnerzy) są mniej tolerancyjni wobec uzależnionych żon (partnerek) niż odwrotnie. Prawdopodobieństwo, że kobieta – alkoholiczka zostanie opuszczona przez partnera wynosi około 90%. Równocześnie jedynie 10% kobiet związanych z alkoholikami decyduje się na opuszczenie swoich partnerów [8, 11, 12]. Kobiety są także poddane silniejszej krytyce społecznej w związku z zaniedbaniami w zakresie realizowania ról rodzinnych niż uzależnieni mężczyźni [9, 11, 12].

natomiast – odwrotnie). Naznaczenie jednostki etykietą klasyfikacyjną spójną z zakorzenionymi w społecznej świadomości schematami płci przyczynia się do wzmocnienia owych schematów.

Rozpatrując problem odtwarzania stereotypów płci w procesie diagnozowania chorób i zaburzeń psychicznych należy wskazać dwie kwestie szczegółowe. Pierwsza dotyczy stronniczości systemów diagnostycznych, a druga – stronniczości diagnostów, którzy podobnie jak inni przedstawiciele danego społeczeństwa w procesie socjalizacji przyswajają schematy i stereotypy kobiecości i męskości.

Systemy klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych DSM i ICD były wielokrotnie krytykowane za brak neutralności rodzajowej (genderowej). Według takich autorów, jak m.in. Caplan, Lerman, czy Tavris, systemy klasyfikacji psychiatrycznej, a tym samym oficjalne standardy zdrowia psychicznego były wyznaczane przez mężczyzn, co stwarza pewne ryzyko postrzegania zachowań stwierdzanych częściej u kobiet w kategoriach odstępstwa od normy. Na przykład za ważny element zdrowia psychicznego uznaje się niezależność i asertywność, podczas gdy socjalizacja kobiet przez wiele pokoleń obejmowała trening uległości.¹⁴ System klasyfikacji objawów DSM będący podstawą diagnozy nozologicznej krytykowano również za niedostateczne uwzględnienie sytuacji życiowej osób, u których diagnozuje się określone zaburzenia. Jeśli więc np. maltretowana kobieta doświadcza stresu pourazowego, czy depresji, to diagnoza dotyczy tej kobiety, a nie jej prześladowcy, sytuacji rodzinnej, czy norm kultury dopuszczających stosowanie przemocy [8, 9, 12].¹⁵

Problem stronniczości genderowej systemu DSM stał się szczególnie widoczny w roku 1987, kiedy w aneksie do DSM – III – R znalazła się jednostka chorobowa zwana „zaburzeniem dysforycznym późnej fazy lutealnej” (inaczej – „zespół napięcia przedmiesiączkowego”). Umieszczono ją w aneksie, wśród zaburzeń wymagających dalszych badań, co sugerowałoby ostrożność w diagnozowaniu tej jednostki, jednak w praktyce zaczęto ją wykorzystywać na równi z innymi rozpoznaniem [9]. Zabieg ten spowodował falę krytyki. Główne zastrzeżenia dotyczyły konsekwencji stosowania rzekomej jednostki chorobowej w praktyce diagnostycznej oraz problemów z klasyfikacją objawów. Zauważono bowiem, że klasyfikacja DSM w ówczesnej postaci narażała miliony kobiet na piętno diagnozy psychiatrycznej. Ponadto, lista objawów „zaburzenia dysforycznego późnej fazy lutealnej” została sformułowana w taki

¹⁴ Ponadto ekspresja emocjonalna (cecha konotowana jako kobieca) może być stereotypowo spostrzegana jako oznaka niestabilności psychicznej, podczas gdy powściągliwość w wyrażaniu emocji jest traktowana jako wyraz samokontroli i równowagi psychicznej.

¹⁵ W tym kontekście bardziej adekwatna i konkluzyjna byłaby diagnoza funkcjonalna wykraczająca poza prostą klasyfikację objawów. Na jej podstawie szczegółowo analizuje się wszystkie obszary funkcjonowania danej osoby oraz odpowiada na pytanie, jaką rolę w jej życiu pełnią objawy [8].

sposób, że również wielu mężczyzn mogłoby otrzymać to rozpoznanie.¹⁶ Równocześnie pojawiła się propozycja, by do czwartego wydania DSM (DSM IV) włączyć opis „przedmiesiączkowego zaburzenia dysforycznego” (PMDD), obok innych zaburzeń nastroju, takich jak depresja. Argumentowano, że uwzględnienie PMDD w klasyfikacji chorób zwiększy wiarygodność pacjentek zgłaszających objawy tego zaburzenia i ułatwi im uzyskanie zwrotu kosztów leczenia [9].¹⁷ Ostatecznie, przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne nie zostało zaliczone do zaburzeń nastroju w DSM – IV, lecz ponownie znalazło się w aneksie, jako zaburzenie wymagające dalszych badań. Nie zostało, zatem jednoznacznie usunięte z klasyfikacji DSM.

Problem selektywnego interpretowania danych diagnostycznych i stronniczości genderowej w stawianiu rozpoznań, staje się również czytelny w kontekście wyników badań opisywanych przez Reala, Waisberg, i Page oraz Wallen i Waitzkin [10]. W badaniach tych wręczano psychologom mającym doświadczenie w stawianiu rozpoznań klinicznych fikcyjne „historie przypadku” odnoszące się do różnego rodzaju schorzeń – w tym depresji i alkoholizmu. W opisach tych modyfikowano płć pacjenta. Uczestnicy badania jednocześnie oceniali te same symptomy depresji jako poważniejsze w przypadku mężczyzn niż kobiet i odwrotnie – ten sam opis choroby alkoholowej wskazywał – według badanych ekspertów – na cięższy przypadek, gdy pacjentem była kobieta. Jak pisze T. Real wyniki te świadczą o tym, że oczekiwania związane z płcią znacząco zaburzają ocenę specjalistów. „Za naruszanie stereotypów karzą oni pacjenta poważniejszą diagnozą. Depresja jest niemęska, a alko-

¹⁶ Do objawów należy bowiem: znacząco obniżony nastrój, poczucie beznadziejności, deprecjonowanie siebie, zauważalny lęk, napięcie, poczucie bycia „na krawędzi”, czy „w klatce”, zauważalna labilność emocjonalna (np. osoba nagle staje się smutna, płacziwa, wzrasta jej wrażliwość na odrzucenie), złość i skłonność do irytacji, wzrost konfliktów interpersonalnych, spadek zainteresowania codziennymi formami aktywności (pracą, szkołą, przyjaciółmi, hobby), subiektywne poczucie trudności w koncentracji, szybkie męczenie się, zauważalny spadek energii, nadmierna senność lub bezsenność, subiektywne poczucie przytłoczenia i utraty kontroli, a także inne objawy fizyczne, takie jak: nadwrażliwość piersi, opuchlizna, migreny, ból mięśni, wrażenie ociężałości lub przyrost wagi. Do postawienia rozpoznania wystarczy stwierdzenie pięciu objawów z powyższej listy [9].

¹⁷ Przeciwnicy tego rozwiązania wskazywali, że diagnoza psychiatryczna dotycząca wyłącznie kobiet przyczyni się do napiętowania całej płci i miliony kobiet będą narażone na etykietę osoby chorej psychicznie. Jak przekonywała Caplan (1993) „Istnieje niebezpieczeństwo, że prawdziwe przyczyny kobiecej depresji czy innych problemów zjedną na drugi plan. Przypisywanie objawów czynnikom hormonalnym zwiększa też ryzyko przeoczenia poważnych problemów zdrowotnych” [33]. Caplan podkreślała, że istnienie PMDD nie zostało dowiedzione naukowo (m.in. ze względu na różnice kulturowe). Poza tym, krytycy twierdzili, że występujące u niektórych kobiet fizyczne objawy poprzedzające miesiączkę nie są oznaką choroby psychicznej. Nie można ich zatem uwzględniać w systemie klasyfikacji zaburzeń psychicznych [9].

holizm niekobiecy, więc jeśli mężczyzna jest w depresji, to musi być z nim naprawdę niedobrze, podobnie jak z kobietą alkoholizką” [10].

Wnioski

Powyższe ustalenia pozwalają potwierdzić tezę o istnieniu zależności pomiędzy schematami płci społeczno-kulturowej a kategoriami zdrowia i choroby psychicznej. Schematy płci generują pewien zakres obciążenia stresem i funkcjonują w społeczeństwie na wielu płaszczyznach – m.in. na poziomie bezpośrednich, rodzinnych przekazów socjalizacyjnych kierowanych do konkretnych kobiet i mężczyzn (dziewczynek i chłopców), w wytworach kultury (w tym szeroko rozumianej kultury popularnej) oddziałujących na zbiorową wyobraźnię i świadomość społeczną, a także na poziomie praktyk instytucjonalnych określających formalny status jednostek, których przykład stanowi profesjonalna diagnoza stanu zdrowia psychicznego.

Na podstawie dokonanej analizy literatury przedmiotu można stwierdzić, że mechanizmy leżące u podłoża zaburzeń psychicznych są rozpoznane w większym stopniu niż mechanizmy związane ze zdrowiem. Decyduje o tym specyfika psychiatrii i psychologii klinicznej jako dyscyplin skoncentrowanych przede wszystkim na zaburzeniach i chorobach. Interesująca i istotna kwestia, która powinna stać się przedmiotem systematycznych badań empirycznych, sprowadza się natomiast do pytania, które z elementów wchodzących w skład społeczno-kulturowych konstruktów kobiecości i męskości (zarówno w wersjach tradycyjnych, jak i współczesnych) mają szczególne znaczenie w procesie tworzenia i wzmacniania zasobów zdrowia psychicznego i odporności na urazy psychiczne [8].

Ponadto, ważny wniosek dotyczy procesu profesjonalnego przygotowania do praktyki diagnostycznej. Problematyka schematów płci społeczno-kulturowej oraz ich wpływu na postrzeganie i interpretację ludzkich zachowań winna stanowić element kształcenia przyszłych psychologów i psychiatrów, którzy powinni być uwrażliwieni na ryzyko tendencyjności rozpoznania klinicznych.

Piśmiennictwo

1. Foucault M.: Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1987, 5-559.
2. Potter R.: Szaleństwo. Rys historyczny. Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2003, 11-245.
3. Seligman M., Walker E., Rosenhan D.: Psychopatologia. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań, 19-864.
4. Bradley H.: Płeć. Wydawnictwo Sic! Warszawa, 2008, 17-264.
5. World Health Organization: Gender and mental health, <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/gender/activities/gender-and-non-communicable-diseases/gender-and-mental-health> 28.11.2011.
6. Nolen-Hoeksema S.: Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psych. Bull.*, 1987, nr 101, 259-282.
7. Gove W.: Gender differences in mental and physical illness: The effects of fixed roles and nurturant roles. *Soc. Sci. Med.*, 1984, 19(2), 77-84.
8. Frąckowiak-Sochańska M.: Rodzinne i społeczno-kulturowe uwarunkowania zaburzeń psychicznych – analiza z perspektywy płci społeczno-kulturowej. *Rocz. Socjol. Rodz.*, 2010, tom XX, s. 153-185.
9. Brannon L.: Psychologia rodzaju. Kobiety i mężczyźni: podobni czy różni. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002, 466-505.
10. Real T.: Nie chcę o tym mówić: jak przerwać dziedziczenie męskiej depresji. Wydawnictwo „Czarna owca”, Warszawa 2009, 5-461.
11. PARPA, Kobiety i alkohol. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1997, 5-183.
12. Curran D., Renzetti C.: Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, 507-579.
13. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (wydanie 4 poprawione). DC: American Psychiatric Association Washington 2000.
14. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne (wydanie 2 uzupełnione). Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków – Warszawa 2000, 3-287.
15. Cierpiałkowska L.: Alkoholizm – przyczyny, leczenie, profilaktyka. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2000, 9-260.
16. Culbertson F.: Depression and gender: An international review. *Am. Psychol.*, 1997, 52, 25-31.
17. Chesler P.: Women and madness. Palgrave Macmillan, 2005, 5-432.
18. Cleary P., Mechanic D.: Sex differences in psychological distress among married people. *J. Health Soc. Behav.*, 1983, 24, 111-121.
19. Huges D., Galinsky E.: Gender, job and family conditions and psychological symptoms. *Psychology of Women Quarterly*, 1994, 18, 251-270.
20. Mattingly M., Bianchi S.: Gender difference in the Quantity and Quality of free time: The U.S. Experience data. *Social Forces*, 2003, 81(3), 999-1030.
21. Cutler S., Nolen-Hoeksema S.: Accounting for sex differences in depression through female victimization: Childhood sexual abuse. *Sex Roles*, 1991, 24, 425-438.
22. Tarvis C.: The mismeasure of woman. Simon & Schuster, New York 1992, 5-398.
23. Centrum Badań Opinii Społecznej: Przemoc i konflikty w domu, raport z badań, CBOS. Warszawa 2009, 1-17.
24. Connel R.: Gender and Power. Society, the Person and Sexual Politics, Polity, Cambridge 1987, 5-334.
25. Katz J.: Maska twardziela. Przemoc, media i kryzys męskości, film dokumentalny, Media Education Foundation, 1999, dystrybucja w Polsce: Stowarzyszenie Kobiet KONSOLA.
26. Kaschack E.: Nowa psychologia kobiety. Podejście feministyczne. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 1996, 5-286.
27. Frąckowiak-Sochańska M.: Preferencje ładów normatywnych w postawach kobiet wobec wartości w Polsce na

- przełomie XX i XXI wieku. Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 2009, 7-271.
28. Józefik B. (red.): Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999, 5-240.
 29. Wolf N.: The Beauty Myth. How Images of Beauty Are Used Against Women. Vintage, London 1990, 5-280.
 30. Frąckowiak M.: Anorexia nervosa- fenomen ponowoczesnej kultury i choroba systemu rodzinnego. *Roczniki Socjologii Rodziny*, 2004, 16, 171-188.
 31. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r., www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/npoz_zdrpub_03112011.pdf, 19.11.2011, 1-58.
 32. Wasilewski D.: Kobieta i alkohol. *Psyche Info. Magazyn o zdrowiu psychicznym*, 2007, 3-4, 12-16.
 33. Caplan P. J., How do they decide who is normal? The bizarre, but true tale of the DSM process. *Canadian Psychology*, 1991, 32, 162-170.

Adres do korespondencji:

Zakład Badań Problemów Społecznych i Pracy Socjalnej
Instytut Socjologii
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
ul. Szamarzewskiego 89 C, pok. 120
60-568 Poznań