

## RODZINNE I SPOŁECZNO-KULTUROWE UWARUNKOWANIA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH. ANALIZA Z PERSPEKTYWY PŁCI SPOŁECZNO-KULTUROWEJ

MONIKA FRĄCKOWIAK-SOCHAŃSKA

ABSTRACT. Frąckowiak-Sochańska Monika, *Rodzinne i społeczno-kulturowe uwarunkowania zaburzeń psychicznych. Analiza z perspektywy płci społeczno-kulturowej* (Family and sociocultural factors in mental disorders. An analysis from the point of view of the sociocultural gender). *Zalety i wady życia w rodzinie i poza rodziną. Roczniki Socjologii Rodziny, XX, Poznań 2010*. Adam Mickiewicz University Press, pp. 153-183. ISBN 978-83-232-2257-6. ISSN 0867-2059. Text in Polish with a summary in English.

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

### WPROWADZENIE

Celem niniejszego artykułu jest analiza rodzinnych i społeczno-kulturowych uwarunkowań zaburzeń psychicznych z perspektywy płci społeczno-kulturowej. Refleksja nad czynnikami stanowiącymi zagrożenie dla zdrowia psychicznego jest o tyle istotna, że według prognoz Światowej Organizacji Zdrowia, w ciągu najbliższych dwóch dekad choroby i zaburzenia psychiczne wysuną się na światie na czoło problemów zdrowotnych powodujących niesprawność życiową ludzi<sup>1</sup>. Przyjęcie perspektywy *gender* w refleksji nad zdrowiem psychicznym jest zabiegiem w pełni uzasadnionym zarówno w kontekście ilościowych danych epidemiologicznych, jak i jakościowych obserwacji klinicznych.

Na podstawie statystyk psychiatrycznych można wyodrębnić jednostki chorobowe znacząco częściej diagnozowane u kobiet bądź u mężczyzn. Ponadto stwierdzono różnice w obrazie klinicznym niektórych zaburzeń, w zależności od płci. Niejednokrotnie odzwierciedlają one cechy składające

---

<sup>1</sup> World Health Organization, *Mental Health Report 2001. Mental Health: new understanding, new hope*. WHO, Geneva 2001. Zob. też. *European Pact for Mental Health and Well-being*. Bruksela, 13 czerwca 2008.

się na kulturowo konstruowaną męskość lub kobiecość i są przez wielu badaczy traktowane jako konsekwencja nieelastycznych, stereotypowych wzorów socjalizacyjnych związanych z płcią<sup>2</sup>. Włączenie kategorii *gender* do badań z zakresu socjologii zdrowia psychicznego i chorób psychicznych, społecznej psychologii klinicznej oraz do praktyki psychologicznej i psycho-terapeutycznej pozwala zrozumieć istotę wielu zaburzeń, których mechanizmy wydają się niewidoczne i nieuchwytnie, gdy abstrahujemy od płci społeczno-kulturowej.

Badając uwarunkowania zdrowia psychicznego i chorób psychicznych, należy uwzględnić normy społeczno-kulturowe określające funkcjonowanie kobiet i mężczyzn oraz relacje rodzinne wyznaczające bezpośredni kontekst życia jednostek. Pomędzy czynnikami społeczno-kulturowymi i rodzinnymi występują ścisłe, obustronne zależności<sup>3</sup>. Ponadto, zarówno czynniki kulturowe, jak i rodzinne mogą wzmacniać strategie adaptacyjne spełniające kryteria zdrowia psychicznego bądź też przyczyniać się do utrwalania specyficznych form adaptacji określanymi mianem choroby psychicznej<sup>4</sup>.

W tekście zostaną zanalizowane wybrane przykłady chorób i zaburzeń psychicznych, w których aspekt płci społeczno-kulturowej wydaje się szczególnie czytelny. Zaburzenia te (a także pozostałe zaburzenia wchodzące w skład klasyfikacji psychiatrycznych DSM IV i ICD 10) rozwijają się w określonych kontekstach – kulturowym i rodzinnym. Ze względu na nierozzerwalny związek obu kontekstów będą one omawiane równolegle.

---

<sup>2</sup> S. Nolen-Hoeksema *Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory*, "Psychological Bulletin" 1987 nr 101, s. 259-282. Zob. też: S. Nolen-Hoeksema *Sex difference in Depression*, Stanford University Press, Stanford 1990; F.M. Culbertson *Depression and gender: An international review*, "American Psychologist" 1997, nr 52, s. 25-31; W.R. Gove, *Gender differences in mental and physical illness: The effects of fixed roles and nurturant roles*, "Social Science and Medicine" 1984, 19 (2), s. 77-84; L.V. Gratch, M.F. Basset, S. L. Attra, *The relationship of gender and ethnicity to self-silencing and depression among college students*, "Psychology of Women Quarterly" 1995, nr 19, s. 509-515; E. Wethington, J.D. McLeod, R. C. Kessler, *The importance of life events for explaining sex differences in psychological distress*, [w:] *Gender and stress*, (red.) C.R. Barnett, L. Biener, G.K. Baruch, Free Press, New York 1987, s. 144-156.

<sup>3</sup> Wzory kultury kierunkują proces socjalizacji w rodzinie. Życie rodzinne ogniskuje zatem normy społeczne i tworzy bezpośrednie ramy dla socjalizacji, tym samym przyczyniając się do reprodukcji kluczowych wzorów kultury.

<sup>4</sup> W niniejszym opracowaniu przyjmuję rozumienie choroby jako sposobu radzenia sobie z problemem i (lub) adaptacji do określonych, obciążających psychicznie warunków społecznych. Ten sposób pojmowania zaburzeń psychicznych funkcjonuje m.in. na gruncie teorii systemowych. Zob. m.in.: G. Bateson, D. Jackson, I. Haley, I. Weakland, *Wstęp do teorii schizofrenii*, [w:] *Przełom w psychologii*, red. K. Jankowski, Czytelnik, Warszawa 1978; H. Goldenberg, I. Goldenberg, *Terapia rodzinna*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2006; I. Namysłowska, *Terapia rodzin*, Springer PWN (Instytut Psychologii Zdrowia), Warszawa 1997/2000.

Tabela 1

**Charakterystyka wybranych zaburzeń psychicznych w kontekście płci społeczno-  
-kulturowej**

L.p.	Zaburzenie	Charakterystyka	Płeć osób stanowiących większość wśród pacjentów z danym rozpoznaniem
1	2	3	4
1	Anoreksja	<p>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 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.</p>	Kobiety
2	Bulimia	<p>Objawy bulimii sprowadzają się do okresowych napadów żarłoczości z utratą kontroli nad ilością spożywanych pokarmów, 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.</p>	Kobiety

c.d. tab. 1

1	2	3	4
3	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. Do zaburzeń nastroju należą również: zaburzenie dwubiegunowe (dawniej zespół maniakalno-depresyjny), w którym objawy depresji przeplatają się z okresami podwyższonej aktywności i dysforii oraz sezonowe zaburzenia afektywne, których objawy nasilają się w okresach mniejszego nasłonecznienia w cyklu rocznym.	Kobiety
4	Zaburzenia lękowe	Zaburzenia lękowe obejmują napady paniki, fobie, zaburzenie obsesyjno-kompulsywne, zaburzenia stresu pourazowego, agorafobię 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
5	Histrioniczne zaburzenie osobowości	Wg 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 korzy-	Kobiety

c.d. tab. 1

1	2	3	4
		sta 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 intymnie niż są one w rzeczywistości.	
6	Lękowe zaburzenie osobowości	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 przed 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
7	Symbiotyczne zaburzenie osobowości (osobowość zależna)	Osoby cierpiące z powodu zaburzenia osobowości zależnej (symbiotycznej) doświadczają nadmiernej potrzeby opieki ze strony innych. Potrzeba ta prowadzi do uległości oraz doświadczania 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

c.d. tab. 1

1	2	3	4
8	Osobowość antyspołeczna (psychopatyczna)	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 oraz innych osób, nieodpowiedzialność, a także brak poczucia winy przejawiający się obojętnością lub racjonalizacją krzywdy wyrządzonej innym osobom.	Mężczyźni
9	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

c.d. tab. 1

1	2	3	4
10	Zespoły uzależnień od substancji psychoaktywnych	Kluczowym objawem uzależnienia jest utrata kontroli nad przyjmowaniem substancji lub aktywnością, 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 nad tym, czy rozpocząć przyjmowanie substancji (np. czy zacząć pić, czy nie). W związku z tym osoba uzależniona może w pewnych okresach zachowywać dobrowolnie narzuconą abstynencję. Jeśli jednak osoba uzależniona rozpocznie przyjmowanie substancji psychoaktywnej, to zażywa ją aż do stanu silnej intoksykacji. Uzależnienie rozwija się w czasie, a jednostka przechodzi kolejne stadia uzależnienia. 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

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: M. Seligman, E. Walker, D. Rosenhan, *Psychopatologia*, przekład J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2003; American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (wydanie 4 poprawione), DC: American Psychiatric Association Washington 2000; *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; L. Cierpiałowska, *Alkoholizm – przyczyny, leczenie, profilaktyka*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2000

Wyszczególnione powyżej zaburzenia mają swoje miejsce w systemach klasyfikacyjnych używanych przez psychiatrów i psychologów klinicznych. Obecnie na świecie funkcjonują dwa międzynarodowe systemy klasyfikacji

chorób i zaburzeń psychicznych – DSM IV opracowany przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne i ICD 10 – opracowany przez Światową Organizację Zdrowia. Oba systemy obejmują ponad 200 zaburzeń wraz z opisami typowych objawów oraz przebiegu choroby. Zarówno DSM IV, jak i ICD 10 dopuszczają możliwość diagnozowania więcej niż jednej jednostki chorobowej u danej osoby. W DSM IV dodatkowo podane są informacje, w jakim wieku najczęściej dochodzi do zachorowania, jakie są proporcje liczebne kobiet i mężczyzn cierpiących na dane zaburzenie. Ponadto przy każdej pozycji podaje się informacje o innych, podobnych zaburzeniach, aby ułatwić różnicowanie objawów. Według krytyków tego systemu diagnostycznego, w ten sposób tworzy się jedynie wrażenie obiektywności, ponieważ kryteria rozpoznania poszczególnych jednostek chorobowych nie zostały poparte dostateczną liczbą badań<sup>5</sup>.

Pod adresem DSM sformułowano również szereg zarzutów dotyczących stronniczości genderowej. Według takich autorów, jak m.in. Caplan, Lerman, czy Tavis, standardy zdrowia psychicznego są wyznaczone przez mężczyzn, a przy takim założeniu każde zachowanie stwierdzone częściej u kobiet może być spostrzegane jako patologiczne<sup>6</sup>. Na przykład, za ważny element zdrowia psychicznego uznaje się niezależność i asertywność, podczas gdy ekspresja emocjonalna może być spostrzegana jako oznaka niestabilności psychicznej. System klasyfikacji objawów DSM będący podstawą diagnozy nozologicznej<sup>7</sup> krytykowano również za niedostateczne uwzględnianie 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. 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.

---

<sup>5</sup> L. Brannon, *Psychologia rodzaju. Kobiety i mężczyźni: podobni czy różni*, przekład M. Kacmajor, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002, s. 479 i dalsze.

<sup>6</sup> P.J. Caplan, *How do they decide who is normal? The bizarre, but true tale of the DSM process*. "Canadian Psychology" 1991, nr 32, s. 162-170; H. Lerman, *Pigeonholing women's misery: A history and critical analysis of the psychodiagnosis of women in the twentieth century*, Basic Books, New York 1996; C. Tarvis, *The mismeasure of woman*, Simon & Schuster, New York 1992.

<sup>7</sup> Diagnoza nozologiczna (różnicowa) jest podobna do orzeczenia lekarskiego i polega na możliwie precyzyjnym odróżnieniu jednego zaburzenia od innych. Efektem tego rodzaju diagnozy jest przypisanie pacjentowi lub pacjentce konkretnej etykiety klasyfikacyjnej.



## PRZYSTOSOWANIE DO WZORCÓW NORMATYWNYCH ZWIĄZANYCH Z PŁCIĄ A GRANICE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Na podstawie międzynarodowych danych epidemiologicznych stwierdzić można, że kobiety częściej niż mężczyźni wykazują: zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe, zaburzenia odżywiania oraz zaburzenia osobowości histrionicznej, lękowej i zależnej. Wśród mężczyzn natomiast częściej diagnozuje się: zespoły uzależnień od substancji psychoaktywnych (choć w tym przypadku proporcje płci w zachodnich społeczeństwach wyrównują się – zwłaszcza w najmłodszych badanych grupach wiekowych), zaburzenia osobowości schizoidalnej oraz zaburzenia osobowości antyspołecznej<sup>8</sup>. W świetle powyższych ustaleń zasadne jest pytanie, z czego wynika przewaga liczebna jednej z płci wśród pacjentów z określoną diagnozą. Objawy wymienionych powyżej zaburzeń w znacznym stopniu odzwierciedlają cechy płci społeczno-kulturowej stanowiącej arbitralną konstrukcję znaczeń. W skład tradycyjnie i stereotypowo pojmowanej kobiecości wchodzi takie atrybuty, jak: emocjonalność, zależność, otwarcie wyrażana lękliwość oraz koncentracja na ciele, natomiast w skład męskiej płci społeczno-kulturowej wchodzi takie cechy, jak: powściągliwość emocjonalna, zdystansowana postawa wobec świata i ludzi, asertywność oraz agresja. Zaburzenia o których mowa pozwalają dostrzec zniekształcone i przerysowane elementy przekazów socjalizacyjnych kierowanych do kobiet i mężczyzn. Objawy niektórych zaburzeń zdają się być zatem wyrazem hiperkonformizmu wobec norm społeczno-kulturowych składających się na stereotypowe wzorce kobiecości i męskości.

Kobiety chorujące na anoreksję wykazują przesadne dostosowanie do kulturowych standardów szczupłego ciała, a kobiety chorujące na bulimię za wszelką cenę starają się zachować zewnętrzne pozory dostosowania do owych kryteriów, pomimo destrukcyjnych zachowań. Zaburzenia depresyjne, w których dominującą emocją jest smutek, często maskują frustrację i złość związane z brakiem możliwości zaspokajania istotnych potrzeb. Depresja, której objawem jest znaczna redukcja aktywności życiowej, może być zatem traktowana jako społecznie akceptowany sposób negocjowania ograniczeń nakładanych na jednostkę przez kulturę i sieć relacji mikrospołecznych. Ponadto, status osoby chorej stanowi podstawę uzyskania wsparcia społecznego i pozwala zdystansować się do ograniczeń kulturowych i interpersonalnych bez zmiany ich fundamentów.

---

<sup>8</sup> M. Seligman, E. Walker, D. Rosenhan, *Psychopatologia*, przekład J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2003, s. 180 i nast., 271 i nast., 403 i nast., 633 i nast.

Analiza zaburzeń osobowości z perspektywy *gender* również pozwala dostrzec płynność granic pomiędzy zdrowiem a chorobą. Osoby mające wyraźny rys histrioniczny manifestują przerysowane cechy konotowane jako kobiece: emocjonalność i seksualność. Symbiotyczny rys osobowości można interpretować w kontekście silnej koncentracji na relacjach interpersonalnych stanowiących ważny element kulturowo konstruowanej kobiecości. Do pewnego stopnia cecha ta jest funkcjonalna i odpowiada za zdolność budowania przez kobiety relacji będących podstawą kapitału społecznego. Jej skrajne nasilenie wiąże się jednak z brakiem samodzielności życiowej i uzależnieniem od innych ludzi. Dla jednostek o osobowości zależnej relacje interpersonalne stanowią podstawę konstruowania tożsamości i poczucia własnej wartości. W badaniach empirycznych i klinicznych udowodniono, że osoby opierające poczucie własnej wartości na relacjach z innymi mają równocześnie podwyższone skłonności do depresji<sup>9</sup>. Można zatem postawić tezę o wspólnej wiązce czynników leżących u podłoża różnych zaburzeń psychicznych powiązanych z płcią.

Rys lękowy (zarówno w postaci zaburzeń lękowych, jak i osobowości lękowej) można interpretować jako przesadne dostosowanie do sytuacji zagrożenia i ryzyka przeżywanych przez jednostki<sup>10</sup>. Kobiety konfrontujące się z różnorodnymi zagrożeniami (począwszy 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 i podjąć działania nakierowane na rozwiązanie problemu. Jeżeli jednak poziom lęku jest zbyt duży, jednostka nie jest w stanie skutecznie działać 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), to 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 świadomej uwagi. W skrajnym przypadku możemy mieć do czynienia z zupełnym odcięciem się od emocji. Jest to mechanizm pojawiający się zarówno w przebiegu uzależnień, jak i u osób ze zdiagnozowanym schizoidalnym

---

<sup>9</sup> E. Kaschack, *Nowa psychologia kobiety. Podejście feministyczne*, przekład J. Węgrodzka, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1996, s. 168; M. Scraf, *Unfinished Business: Pressure Points in the Lives of Women*, Doubleday, New York 1980; L.W. Warren, L. McEachren, *Derived identity and depressive symptomatology in women differing in marital and employment status*, "Psychology of Women Quarterly" 1985 nr 9 (1), s. 133-144.

<sup>10</sup> Adaptacyjny lęk pełni funkcję sygnału ostrzegawczego i pozwala podjąć działania zaradcze, a lęk o nadmiernym natężeniu utrudnia codzienne funkcjonowanie.

zaburzeniem osobowości. W wymienionych przypadkach odcięcie od emocji jest cechą wspólną, pomimo różnic w funkcjonowaniu jednostek odmiennie diagnozowanych.

Schizoidalny rys osobowości znajduje wyraz w skrajnie zdystansowanej postawie wobec ludzi i świata zewnętrznego. Zaburzenie to zawiera w sobie istotny element społeczno-kulturowej konstrukcji męskości w postaci dużej powściągliwości i zahamowanej ekspresji. Zaburzenie osobowości antyspołecznej zawiera w sobie natomiast takie cechy, jak: agresja, brak refleksji nad wpływem własnych działań na inne osoby oraz brak empatii. Składają się one na przerysowaną i dysfunkcyjną wizję męskości (męskość hegemonalną wg Connella), której wizerunki są obecne zarówno w kulturze zachodniej, jak i w wielu innych<sup>11</sup>.

Na zespoły uzależnień zarówno od zażywania substancji psychoaktywnych, jak i od innych form kompulsywnej aktywności (pracy, używania Internetu, seksu, zakupów, uprawiania sportu itd.) składają się zachowania, których celem jest uwolnienie jednostki od napięć i problemów, z którymi nie potrafi sobie poradzić w konstruktywny sposób<sup>12</sup>. Analizując wzorce i mechanizmy uzależnień kobiet i mężczyzn na przykładzie uzależnienia od alkoholu, po raz kolejny zauważyć można różnice związane z arbitralnymi kulturowymi konstrukcjami kobiecości i męskości. Najistotniejsze różnice sprowadzają się do stereotypowego 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. Kobiety natomiast cały czas częściej piją w domach – w ukryciu<sup>13</sup>.

W kontekście omówionych powyżej przykładów jasne staje się, że granice pomiędzy społecznym przystosowaniem a chorobą psychiczną są nieostre. Phyllis Chesler w 1972 roku postawiła tezę, że każda kobieta i każdy mężczyzna, która(y) przesadnie lub niedostatecznie podporządkuje się tradycyjnej roli kulturowo przypisanej swojej płci, może otrzymać diagnozę psychiatryczną<sup>14</sup>.

<sup>11</sup> R.W. Connel, *Gender and Power. Society, the Person and Sexual Politics*, Polity, Cambridge 1987; zob. też R.W. Connel, *Masculinities*, Polity, Cambridge 1995; J. Katz, *Maska twardego. Przemoc, media i kryzys męskości*, 1999, film dokumentalny, dystrybucja w Polsce: Stowarzyszenie Kobiet KONSOLA.

<sup>12</sup> Zachowania te wydają się subiektywnie adaptacyjne, o ile doraźnie uwalniają jednostki od stresu, odwracając uwagę od czynników wyzwalających napięcie. W dłuższej perspektywie okazują się jednak dezadaptacyjne, ponieważ nie pozwalają jednostce wykształcić skutecznych sposobów radzenia sobie z napięciem.

<sup>13</sup> Zależności te nie są jednak tak czytelne w najmłodszych grupach wiekowych, w których kobiety przyswajają sobie wzorce picia stworzone wcześniej przez mężczyzn.

<sup>14</sup> Ph. Chesler, *Women and madness*, Avon, New York 1972.

## DEPRESJA KOBIECA I MĘSKA JAKO REAKCJA NA SPOŁECZNE ŹRÓDŁA OBCIĄŻEŃ PSYCHICZNYCH

Na podstawie danych epidemiologicznych oraz badań przesiewowych szacuje się, że w rozwiniętych społeczeństwach zachodnich depresja występuje średnio około dwóch do trzech razy częściej u kobiet niż u mężczyzn. Zależności tych nie stwierdzono w krajach rozwijających się, ani w homogenicznych społecznościach rolniczych, w których proporcje kobiet i mężczyzn chorujących na depresję są bardzo zbliżone<sup>15</sup>.

Dysproporcje w liczbie rozpoznań depresji u kobiet i mężczyzn są wyjaśniane przez odwołanie do trzech zasadniczych czynników: biologicznych, psychospołecznych i poznawczych. Teorie biologiczne nawiązują do różnic hormonalnych. Za przyczynę kobiecej depresji uważa się 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 – jak już wcześniej wspomniano – 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 stracili bliską osobę.

W ramach społecznego nurtu wyjaśniania różnic w zachorowalności kobiet i mężczyzn na depresję sformułowano kilka najważniejszych hipotez, częściowo potwierdzonych empirycznie. Pierwsza dotyczy związków między depresją a rolami pełnionymi przez kobiety w rodzinie. Na podstawie badań przeprowadzonych przez Cleary i Mechanic w 1983 oraz Hughes i Galinsky w 1994 udało się określić grupy szczególnego ryzyka zaburzeń nastroju typu depresyjnego. Najwyższe wskaźniki depresji odnotowano wśród samotnych matek, zamężnych gospodyń domowych opiekujących się dziećmi oraz zamężnych pracujących matek, które doświadczają silnego stresu zarówno w roli zawodowej, jak i rodzicielskiej<sup>16</sup>. Powyższe dane są interpretowane w kontekście specyficznego obciążenia psychicznego związanego z tradycyjnymi rolami kobiet polegającymi na opiekowaniu się

<sup>15</sup> Różnice te mogą wynikać także z odmierności kulturowych, sankcjonujących zróżnicowaną pozycję psychiatrii w poszczególnych społeczeństwach.

<sup>16</sup> P.D. Cleary, D. Mechanic, *Sex differences in psychological distress among married people*, "Journal of Health and Social Behavior" 1983, nr 24, s. 111-121; D.L. Huges, E. Galinsky, *Gender, job and family conditions and psychological symptoms*, "Psychology of Women Quarterly" 1994, nr 18, s. 251-270.

członkami rodziny i przejmowaniu odpowiedzialności za większość obowiązków domowych. Zgodnie z tą hipotezą czynniki zwiększające stres to: konieczność reagowania na cudze potrzeby przy utrudnionej realizacji własnych potrzeb oraz mała strukturalizacja obowiązków domowych, z której wynika konieczność nieustanego znajdowania oraz organizowania czasu potrzebnego na ich wypełnienie. Według Christiny Maslach, między innymi te czynniki wpływają na pojawienie się syndromu wypalenia, którego istotnym elementem są obniżony nastrój i wyczerpanie emocjonalne, czyli objawy spójne z obrazem klinicznym depresji<sup>17</sup>. Z tej perspektywy można również interpretować objawy i etiologię depresji poporodowej, z którą wiąże się problem niepewności w pełnionej od niedawna roli matki<sup>18</sup>, przy jednoczesnej kulturowej presji, by kobieta wywiązywała się z roli matki w sposób perfekcyjny.

Pogłębiona analiza danych epidemiologicznych pokazuje, że rodzina pełni odmienne funkcje dla kobiet i mężczyzn. Z badań cytowanych przez Lindę Brannon wynika, 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. Kawalerowie i rozwodnicy częściej doświadczają zaburzeń psychicznych w porównaniu z żonatymi mężczyznami, natomiast żonaci mężczyźni cieszą się lepszym zdrowiem psychicznym niż zamężne kobiety<sup>19</sup>. Można zatem postawić tezę, że w tradycyjnym (androcentrycznym) układzie, rodzina jest dla mężczyzn źródłem wsparcia, a dla kobiet – źródłem obciążenia psychicznego. Największe rozbieżności w zakresie wskaźników zdrowia psychicznego obserwuje się między zatrudnionymi mężczyznami (uzyskującymi najwyższe wskaźniki zdrowia) a kobietami zajmującymi się wyłącznie domem i dziećmi (uzyskującymi najniższe wskaźniki zaburzeń)<sup>20</sup>.

Podwyższone ryzyko depresji jest również interpretowane jako efekt stylu życia związanego z niesprawowaniem władzy i/lub nadmiernym obciążeniem rolami. Pierwszy problem jest charakterystyczny dla gospodyń domowych, drugi – dla pracujących matek nie otrzymujących w swym otoczeniu wystarczającego wsparcia. Obie kwestie poruszyła w swoich pracach Betty Friedan. W opublikowanej w 1963 roku książce *The Feminine Mystique*

<sup>17</sup> Ch. Maslach, *Wypalenie się: utrata troski o człowieka*, [w:] *Psychologia i życie*, red. Ph. Zimbardo., F. Ruch, przekład J. Radzicki, PWN Warszawa 1988, s. 623-630.

<sup>18</sup> Symptomy depresji poporodowej mogą rzecz jasna pojawić się również u kobiet mających więcej niż jedno dziecko, u których doświadczenie macierzyństwa trwa już dłuższy czas. Przyjście na świat kolejnego dziecka zmienia jednak dotychczasową sytuację i wymaga redefinicji roli macierzyńskiej – stąd teza o niepewności w roli matki pełnionej (w konkretnych warunkach) od niedawna.

<sup>19</sup> L. Brannon, op. cit., s. 476.

<sup>20</sup> P.D. Cleary, D. Mechanic, op. cit.

zdemaskowała tzw. „problem bez nazwy”, na który składają się m.in. zachwiane poczucie własnej wartości, brak satysfakcji i poczucia sensu życia doświadczane przez amerykańskie gospodynie domowe. W *The Second Stage*, książce wydanej niespełna 20 lat później (1981), Friedan rozważała trudności łączenia małżeństwa, macierzyństwa i kariery zawodowej. Przyglądając się kobietom z pokolenia jej córek, zauważyła, że „superkobiety” z lat 80. XX wieku wcale nie żyją w mniejszej opresji (choć z innych powodów) niż żyły ich matki, gospodynie domowe w latach 60. i równie często doświadczają problemów prowadzących do depresji<sup>21</sup>. W tym kontekście należy zaznaczyć, że źródłem problemów związanych z realizowaniem wzoru **superwoman** nie jest wielość ról, lecz nierealistycznie wysokie standardy związane z ich odgrywaniem<sup>22</sup>.

Według innego wyjaśnienia, większe rozpowszechnienie depresji wśród kobiet jest skutkiem tłumienia przez nie prawdziwych uczuć, ambicji i pragnień w celu przystosowania się do życia w społeczeństwie patriarchalnym. Wyniki badań empirycznych nie potwierdziły jednak tej hipotezy. Jak podają Gratch i Page, wysoka punktacja na Skali Tłumienia Własnego Ja ma bowiem związek z depresją zarówno mężczyzn, jak i kobiet<sup>23</sup>.

Cutler i Nolen-Hoeksema w 1991 wykazali, że jednym z głównych czynników wyjaśniających różnice we wskaźnikach depresji kobiet i mężczyzn może być przemoc stosowana wobec kobiet<sup>24</sup>. Co prawda, mężczyźni są częściej zarówno sprawcami, jak i ofiarami przemocy, jednak wiktymizacja kobiet ma szczególnie traumatyczny charakter, ze względu na doświadczanie przemocy ze strony najbliższych – członków rodziny, partnerów i przyjaciół<sup>25</sup>. Kobieca depresja ofiar przemocy jest w tym kontekście trak-

<sup>21</sup> B. Friedan, *The Feminine Mystique*, Norton, New York 1963; B. Friedan, *The Second Stage*, Abacus, New York 1983. Zob. też: M. Hansen-Shaevitz, *The superwoman syndrome*, Warner Books, New York 1984.

<sup>22</sup> Sama wielość ról okazuje się mieć pozytywny wpływ na jednostki. Ich tożsamość staje się mniej podatna na kryzysy, zyskuje bowiem wielorakie punkty odniesienia i zakorzenienia. Różnorodnie doświadczania zdobywane w wielu kontekstach społecznych wyposażają jednostkę w cenne kompetencje przydatne w rozmaitych życiowych sytuacjach, zwiększają więc jej zdolności adaptacyjne. Zob. M. Frąckowiak-Sochańska, *Preferencje ładów normatywnych w postawach kobiet wobec wartości w Polsce na przełomie XX i XXI wieku*, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 2009, s. 93-97.

<sup>23</sup> V.L. Gratch, M.E. Basset, S.L. Attra, *The relationship of gender and ethnicity to self-silencing and depression among college students*, „Psychology of Women Quarterly” 1995, nr 19, s. 509-515; J.R. Page, H.B. Stevens, S.L. Galvin, *Relationships between depression, self-esteem, and self-silencing behavior*, „Journal of Social and Clinical Psychology” 1996, nr 15, s. 381-396.

<sup>24</sup> S.E. Cutler, S. Nolen-Hoeksema, *Accounting for sex differences in depression through female victimization: Childhood sexual abuse*, „Sex Roles” 1991, nr 24, s. 425-438.

<sup>25</sup> Ibidem.

towana jako konsekwencja przekazywania kobietom wzorców uległości, a mężczyznom wzorców agresji.

Kolejna hipoteza wiąże większą częstotliwość występowania depresji u kobiet niż u mężczyzn ze stosowaniem odmiennych strategii poznawczych w sytuacjach stresowych. Zgodnie z nią, wśród kobiet dominuje odpowiadający oczekiwaniom społecznym styl zorientowany na szczegółowe analizowanie problemów i towarzyszących im uczuć. Przyczynia się on do nasilenia negatywnych emocji i zwiększa ryzyko depresji. Wśród mężczyzn miałby natomiast dominować, zgodny ze stereotypowymi oczekiwaniami styl nastawiony na konkretne działanie, które nawet jeśli nie przynosi rozwiązania problemów, pozwala odwrócić od nich uwagę. Różnice strategii poznawczych stosowanych przez kobiety i mężczyzn są de facto efektem przyswojenia odmiennych spolaryzowanych wzorców socjalizacyjnych. Istnieje przypuszczenie, iż wskaźniki męskich zachorowań na depresję są niedoszacowane, ponieważ mężczyźni rzadziej zgłaszają się do specjalistów. Jako przyczynę tego stanu rzeczy wskazuje się tradycyjny model męskości i niechęć mężczyzn go realizujących do okazywania jakiegokolwiek słabości. Kryteria diagnostyczne depresji zostały opracowane głównie na podstawie badań depresji wśród kobiet, które częściej się leczą i z tego powodu są bardziej dostępne. W związku z tym dostrzeżono potrzebę pogłębionych badań nad depresją mężczyzn, w celu ustalenia czy depresja u przedstawicieli obu płci ma taki sam, czy też odmienny przebieg i objawy.

Niektórzy badacze, m.in. Nolen-Hoeksema czy Tarvis, przyjmują założenie, że pomimo częstszego rozpoznawania depresji u kobiet, rozpowszechnienie złego nastroju jest jednakowe u obu płci<sup>26</sup>. Oznacza to, że mężczyźni i kobiety równie często doświadczają negatywnych emocji, stanowiących podłoże depresji, lecz wyrażają te uczucia w odmienny sposób, zgodny z męską lub żeńską płcią społeczno-kulturową. Reagując zgodnie ze stereotypem, kobiety są skłonne kierować negatywne emocje do wewnątrz, natomiast mężczyźni wyładowują się w działaniu. U mężczyzn chorujących na depresję charakterystyczne są takie objawy, jak: rozdrażnienie, poirytowanie, wybuchy złości, kompulsywna aktywność seksualna, skłonność do podejmowania ryzyka czy stosowania przemocy, pracoholizm, lecz także działanie na szkodę własnej kariery zawodowej, wycofanie się emocjonalne i ucieczka od ludzi, chłodny stosunek do otoczenia oraz odcinanie się od świata<sup>27</sup>. Odmienne objawy depresji u kobiet i mężczyzn są w tym kontekście postrzegane jako efekt socjalizacji związanej z płcią. W przebiegu „ko-

<sup>26</sup> S. Nolen-Hoeksema, *Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory*, "Psychological Bulletin" 1987, nr 101, s. 259-282; C. Tarvis, op. cit.

<sup>27</sup> Ibidem. Zob. też T. Real, *Nie chcę o tym mówić: jak przerwać dziedziczenie męskiej depresji*, tłumaczenie P. Luboński, Wydawnictwo „Czarna owca”, Warszawa 2009.

biecej depresji” społecznie lub osobiście nieakceptowana złość jest maskowana smutkiem i lękiem. W przypadku „męskiej depresji” smutek i lęk są maskowane złością<sup>28</sup>.

#### ZABURZENIA LĘKOWE. LĘK JAKO ELEMENT KONSTRUKCJI GENDER I DOŚWIADCZENIE ZRÓŻNICOWANE PŁCIOWO

Do zaburzeń lękowych należą: napady paniki, fobie, zaburzenie obsesyjno-kompulsywne, zaburzenia stresu pourazowego, agorafobia i uogólnione zaburzenia lękowe. Wspólnymi elementami wszystkich tych problemów są: dezorganizujący codzienne funkcjonowanie i nieadekwatny do sytuacji lęk oraz unikanie sytuacji wzbudzających niepokój. Z danych epidemiologicznych wynika, że niektóre zaburzenia lękowe występują równie często u kobiet i mężczyzn, a część z nich jest znacznie powszechniejsza u kobiet.

U kobiet objawy zaburzeń lękowych pojawiają się później niż u mężczyzn. Przeciętny wiek ujawniania się zaburzeń to koniec drugiej dekady życia – u kobiet i okres dzieciństwa i adolescencji – u mężczyzn (chłopców). Ponadto, u kobiet zaburzenia lękowe mają większe natężenie niż u mężczyzn. Badania Mehrabian z 1968 roku wykazały również, że kobiety doświadczają więcej lęku w codziennych sytuacjach i utrzymują bardziej napiętą postawę ciała podczas spoczynku<sup>29</sup>. Z danych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego wynika, że wśród kobiet częściej niż wśród mężczyzn występują takie zaburzenia lękowe, jak: fobie specyficzne, fobia społeczna i panika z agorafobią. Wydarzeniem poprzedzającym rozwój agorafobii i fobii społecznej jest najczęściej stres małżeński<sup>30</sup>.

Podczas gdy większość fobii rozwija się w dzieciństwie lub wczesnym okresie dojrzewania, agorafobia (irracjonalny lęk przed światem zewnętrznym) oraz fobia społeczna (lęk przed konkretnymi lub uogólnionymi sytuacjami społecznymi) zazwyczaj ma swój początek w okresie wczesnej dorosłości. Najczęściej występują u kobiet, które wybierają tradycyjny model życia i są mężatkami od około pięciu lat. Atak paniki z agorafobią jest zwykle poprzedzony kryzysem rozwojowym, np. opuszczeniem domu rodzinnego czy rozwodem. Według zwolenników paradygmatu psychodynamicznego, lęk paniczny oraz agorafobia wiążą się z konfliktem między zależnością

<sup>28</sup> Co istotne, objawy te mogą być u konkretnej osoby zgodne bądź nie z jej płcią biologiczną.

<sup>29</sup> A. Mehrabian, *Relationship of attitude to seated posture, orientation and distance*, "Journal of Personality and Social Psychology" 1968, nr 10, s. 26-30.

<sup>30</sup> L. Brannon, op. cit., s. 496-497.



a autonomią. Zaburzenia te pozwalają jednostce pozostać w stosunku zależności i uniknąć zajmowania się własnym lękiem przed autonomią. Osoby ich doświadczające mogą nadal poddawać się czyjejś opiece i nie przyznawać, że jest to ich wybór<sup>31</sup>.

W przypadku zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego uzyskano niejednoznaczne dane dotyczące proporcji płci. Zauważono jednak różnice w obrazie klinicznym tego zaburzenia u kobiet i u mężczyzn. U kobiet częstsze są obsesje (automatyczne, natrętne myśli), a u mężczyzn kompulsje (czynności przymusowe). U mężczyzn częściej występuje „sprawdzanie”, u kobiet „czyszczenie”<sup>32</sup>.

Ellyn Kaschack, w pracy *Nowa psychologia kobiety. Podejście feministyczne* stawia tezę, że wiele kobiet żyje w nieustannym, choć zmieniającym intensywność napięciu – od chronicznego niepokoju do silnego strachu, który wywołuje objawy somatyczne. Nie mogą świadomie zidentyfikować grożącego im niebezpieczeństwa i jego źródła, kobiety przeważnie traktują swoje problemy jako sprawę indywidualną i próbują poradzić sobie z nimi za pomocą własnych, intuicyjnie wybieranych strategii. Jedną z nich jest obsesyjne zainteresowanie swoim wyglądem, wagą i ubiorem. Kobiety, zdając sobie sprawę z nadwyżki znaczeń przypisywanych ich wyglądowi, poświęcają mu wiele uwagi, czasu i wysiłku, gdyż wierzą, że w ten sposób będą mogły wpłynąć na to, jak będą traktowane oraz na to, jak rozwinie się ich życie. W tym kontekście obsesyjna koncentracja na ciele i wyglądzie zewnętrznym jest traktowana jako próba przejęcia kontroli nad własnym życiem. U jej podłoża może również znajdować się lęk przed utratą aprobaty społecznej oraz poczucia własnej wartości<sup>33</sup>. Podobne mechanizmy są obserwowane w patogenezie zaburzeń odżywiania (anoreksji i bulimii).

Wyjaśnienia powodów dysproporcji płci wśród osób z rozpoznaniem zaburzeń lękowych 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 w związku z tym częściej doświadczają objawów zespołu stresu pourazowego). Druga kwestia jest związana z obciążeniami wynikającymi z tradycyjnych ról kobiecych. Oba rodzaje czynników mogą oddziaływać równocześnie. Ponadto wpływają one również na podwyższone ryzyko zachorowań na depresję<sup>34</sup>.

M. Seligman i D. Rosenhan podają, że w stosunkowo bezpiecznej kulturze zachodniej prawdopodobieństwo zaburzeń stresu pourazowego wynosi

<sup>31</sup> E. Kaschack, op. cit., s. 178.

<sup>32</sup> M. Seligman, E. Walker, D. Rosenhan, op. cit., s. 225.

<sup>33</sup> E. Kaschack, op. cit., s. 171 i dalsze.

<sup>34</sup> Istotny w tym kontekście jest fakt relatywnie częstego współwystępowania depresji i zaburzeń lękowych.

w ciągu życia 7-8%, z dwukrotną przewagą kobiet w stosunku do mężczyzn. Szczególnym przypadkiem zdarzenia traumatycznego będącego zdecydowanie częściej doświadczeniem kobiet niż mężczyzn jest gwałt. W 1991 roku w ramach Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego powołano Specjalną Komisję do spraw Męskiej Przemocy Wobec Kobiet. Według jej ustaleń od 21 do 34% kobiet w Stanach Zjednoczonych doświadcza napaści ze strony mężczyzn, a od 14 do 25% dorosłych kobiet pada ofiarą gwałtu<sup>35</sup>. Z polskich badań przeprowadzonych przez Centrum Badań Opinii Społecznej w 2009 roku wynika, że 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 średnio 33%. Dane z wielu źródeł (w tym sondaże CBOS, statystyki Komendy Głównej Policji i organizacji pozarządowych zajmujących się problemem przemocy wobec kobiet) pozwalają szacować, że około jedna trzecia kobiet doznaje ze strony mężczyzn przemocy fizycznej, seksualnej lub obu rodzajów jednocześnie<sup>36</sup>.

Jak wspomniano już w części poświęconej depresji, wiktymizacja kobiet doświadczających przemocy jest z reguły szczególnie traumatyczna, ponieważ to one częściej padają ofiarą agresji ze strony członków rodziny, partnerów czy przyjaciół. U kobiet konsekwencje doświadczania przemocy są częstsze i poważniejsze. Na przykład kobiety częściej odnoszą obrażenia fizyczne na skutek bezpośrednich ataków. Ponadto, średnio dwa razy częściej niż mężczyźni cierpią na różne dolegliwości psychosomatyczne, objawy depresyjne, chroniczne napięcie i niepokój. Wśród czynników ryzyka wystąpienia przemocy w bliskim związku wymienia się znaczną różnicę statusu społeczno-ekonomicznego partnerów. Gdy sprawca ma znacząco wyższy status społeczny niż ofiara, przemoc jest narzędziem kontroli, gdy niższy – przemoc jest wyrazem frustracji i pełni funkcje kompensacyjne. Czynnik ten nie działa jednak w sposób wyizolowany, lecz współwystępuje z wzorcami stosowania przemocy dziedziczonymi społecznie w otoczeniu sprawcy. Ponadto ryzyko stosowania przemocy w związku wzrasta w specyficznych momentach w cyklu życia pary: w okresie narzeczeństwa i wczesnym okresie małżeństwa, w czasie ciąży partnerki oraz w okresie rozvodu i separacji.

Analizując kobiece i męskie strategie radzenia sobie z traumą przemocy, Ellyn Kaschack stawia tezę, iż źle traktowane dzieci płci męskiej wykazują tendencję do identyfikacji z agresorem i w dorosłym życiu powtarzają jego

<sup>35</sup> CBOS, *Przemoc i konflikty w domu*, Komunikat z badań, Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa 2009. Zob. też L. Brannon, op. cit., s. 471.

<sup>36</sup> CBOS, op. cit.

zachowania, a dziewczynki i kobiety stosują bierne strategie i dążą do pozostawania w ukryciu. Styl męski (edypalny) to szukanie bezpieczeństwa przez wzbudzanie strachu, bycie większym, silniejszym i bardziej widocznym oraz zapewnianie sobie ochrony przed ewentualnym urazem przez odcięcie od emocji, w tym niewrażliwość na uczucia i obawy potencjalnych ofiar. Kobięcy (antygonalny) styl radzenia sobie z lękiem polega na poszukiwaniu bezpieczeństwa przez ukrywanie się, czynienie się niewidoczną oraz kompulsywne poszukiwanie relacji zapewniającej opiekę i poczucie bezpieczeństwa<sup>37</sup>.

Kobiety częściej niż mężczyźni doświadczają również specyficznego rodzaju stresu związanego z funkcjonowaniem w tradycyjnych rolach polegających na opiekowaniu się bliskimi, mogą zatem odczuwać lęk o kogoś (dziecko, czy inną osobę będącą pod opieką kobiety)<sup>38</sup>.

Kolejne wyjaśnienie większej częstotliwości występowania zaburzeń lękowych u kobiet dotyczy kulturowych oczekiwań kierowanych do kobiet i mężczyzn. Niepokój i lęk wyrażane wprost stanowią element stereotypowej roli kobiecej. Nie oznacza to jednak, że mężczyźni nie odczuwają lęku. Różnice płci w diagnozach zaburzeń lękowych wskazują, że kobiety i mężczyźni dysponują odmiennymi sposobami manifestowania lęku, przyswojonymi w procesie socjalizacji. Kobiety są uczone otwartego wyrażania lęku, natomiast mężczyźni ukrywania i odreagowywania go w zastępczy sposób. Istnieje większe przyzwolenie społeczne na okazywanie lęku i poszukiwanie wsparcia przez kobiety oraz większa tolerancja dla odreagowywania lęku przez mężczyzn w postaci zachowań impulsywnych czy agresywnych.

Analiza zaburzeń lękowych z perspektywy makroprocesów społeczno-kulturowych i ekonomicznych wskazuje na zmieniające się zagrożenia i obszary ryzyka, z jakimi konfrontują się kobiety i mężczyźni w społeczeństwach tradycyjnych, nowoczesnych i ponowoczesnych. W społeczeństwach tradycyjnych (preindustrialnych), opartych na patriarchalnych wzorcach rodzinnych, kobiety stawały m.in. wobec ryzyka pozostania bez środków do życia, których nie były w stanie samodzielnie zdobyć. W praktyce oznaczało to lęk przed nieznalezieniem partnera życiowego bądź opuszczeniem przez kobietę. Tradycyjne wzorce kobiecości podporządkowanej męskiej władzy i skoncentrowanej na zaspokajaniu potrzeb mężczyzny miały zapewnić kobietom lojalność i opiekę ze strony mężczyzny, a co za tym idzie - poczucie bezpieczeństwa. Bezpieczeństwo to było jednak iluzoryczne, z uwagi na trwałe uzależnienie kobiet od mężczyzn. Bycie mężczyzną w społeczeństwie tradycyjnym wiązało się z ryzykiem utraty

<sup>37</sup> E. Kaschack, op. cit., s. 112.

<sup>38</sup> L. Brannon, op. cit., s. 468 i nast.

wskaźników przypisanych uprzywilejowanej pozycji (m.in. siły, majątku itd.). Zagrożeniem byli najczęściej inni mężczyźni konkurujący o ograniczoną pulę dóbr. Sposobem radzenia sobie z lękiem przed utratą status quo były zachowania o charakterze obronnym i agresywnym.

Wkroczenie kobiet w sfery zarezerwowane wcześniej dla mężczyzn spowodowało, że tradycyjne wzorce wyniesione z poprzednich pokoleń przestały zapewniać możliwość dostosowania do realiów zmieniających się wraz z postępującymi procesami modernizacji. Nieadekwatność schematów wypracowanych przez poprzednie pokolenia spowodowała, że kobiety w modernizujących się społeczeństwach musiały wytworzyć nowe wzorce funkcjonowania w społeczeństwie. Poszukiwania nowych strategii adaptacyjnych nie zagwarantowały jednak bezpieczeństwa, ze względu na brak możliwości określenia ich efektu. W szczególnie lękotwórczej sytuacji znalazły się kobiety, które utraciły dostęp do tradycyjnych form społecznej gratyfikacji: (m.in. zapewnienia podstaw materialnej egzystencji oraz społecznego szacunku w zamian za skrupulatne wywiązywanie się z ról żony i matki), a zdobycze emancypacji okazały się niewystarczające, by zapewnić im możliwość w pełni autonomicznego decydowania o swoim życiu. Na przykład, kobiety uzyskały dostęp do rynku pracy, lecz są gorzej niż mężczyźni opłacane za pracę tej samej wartości. Są także zatrudniane na niskopłatnych i mało prestiżowych stanowiskach, nie gwarantujących bezpieczeństwa ekonomicznego. Wraz z procesami modernizacji transformacji zaczęły ulegać również role męskie. Mężczyźni, podobnie jak kobiety zdają sobie sprawę z nieadekwatności dawnych wzorów pełnienia ról płciowych, lecz nowe wzorce nie zawsze są czytelne. Perspektywa utraty dominującej pozycji może u niektórych mężczyzn wywoływać reakcje defensywne przybierające postać zaburzeń psychicznych.

W społeczeństwach ponowoczesnych źródłem nasilonych niepokojów i lęków zarówno kobiet, jak i mężczyzn są dalsze trudności w określeniu własnej tożsamości i drogi życiowej wobec wydawałoby się nieograniczonych możliwości wyboru. Lęk egzystencjalny doświadczany przez przedstawicielki i przedstawicieli współczesnych społeczeństw można interpretować między innymi jako reakcję na presję, by dokonać wyboru, przy braku możliwości przewidywania jego długofalowych konsekwencji. Lęk stanowi ponadto reakcję na sprzeczne komunikaty socjalizacyjne płynące z odmiennych, choć w porównywalnym stopniu ważnych źródeł (z rodzin pochodzenia, mediów, grup rówieśniczych, środowisk zawodowych itd.). We współczesnych społeczeństwach obok lęku egzystencjalnego obecne są także inne jego formy. Podobnie jak w każdym typie społeczeństw, jednostki odczuwać mogą lęk przed zagrożeniem fizycznego oraz ekonomicznego bezpieczeństwa.

## ZABURZENIA JEDZENIA – AUTODESTRUKCJA JAKO STRATEGIA ADAPTACYJNA Kobiet WE WSPÓŁCZESNEJ KULTURZE I RODZINIE

Obecnie anoreksja psychiczna jest traktowana jako zespół kliniczny uwarunkowany biologicznie, psychologicznie, rodzinnie i społecznie. Anoreksja najczęściej rozpoczyna się w okresie adolescencji, choć nie jest to bezwzględna reguła. Według danych epidemiologicznych 90-95% chorujących na anoreksję to kobiety i dziewczęta. Powszechność tego zaburzenia wzrasta. Obecnie cierpi na nie średnio jedna na sto kobiet<sup>39</sup>. Początkowo chorowały głównie kobiety białe, wywodzące się z wyższej lub średniej klasy społecznej<sup>40</sup>. Pomimo iż przedstawicielki tych grup nadal chorują najczęściej, to ryzyko anoreksji rozprzestrzenia się także na inne grupy etniczne (zwłaszcza na dziewczęta azjatyckie) oraz niższe warstwy społeczne.

Wśród społeczno-kulturowych czynników ryzyka zachorowania na anoreksję wymienia się społeczne kanony piękna oraz specyficzne wzorce relacji rodzinnych. Naomi Wolf wprowadziła termin tyrania szczupłego ciała na określenie mechanizmów presji, jakiej ulegają kobiety drobiazgowo kontrolujące i dyscyplinujące swe ciała<sup>41</sup>. Kobiety dążą do przekształcenia ciała naturalnego w ciało kulturowe, starając się realizować wzorce wyznaczone przez przesadnie wychudzone modelki, których fotografie są często dodatkowo poddane obróbce komputerowej.

Wśród czynników rodzinnych mających wpływ na występowanie anoreksji wymienia się: przypisywanie jedzeniu szczególnej roli, w tym okazywanie uczuć przez jedzenie i karmienie oraz relacje utrudniające osiągnięcie autonomii w okresie dorastania, przejawiające się nadmiernie kontrolującą postawą rodziców oraz włączaniem dzieci w konflikty między rodzicami. W wielu społeczeństwach córki są w większym stopniu niż synowie poddawane rodzicielskiej kontroli i (lub) wikłane w skomplikowane relacje emocjonalne. W tym kontekście ilość spożywanego pokarmu, wygląd i waga ciała mogą stać się jednym z niewielu obszarów, nad którym anorektyczka może sprawować drobiazgową kontrolę. Analiza związków pomiędzy rodzinnymi a kulturowymi determinantami anoreksji prowadzi do wniosku, że pomimo iż zdecydowana większość współczesnych kobiet ma kontakt z wizerunkami szczupłego bądź przesadnie szczupłego ciała, na

<sup>39</sup> M. Goryniak, *Anoreksja. Diagnostyka i epidemiologia*, [w:] *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*, red. A. Suchańska, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2000, s. 20.

<sup>40</sup> B. Józefik, *Epidemiologia zaburzeń odżywiania się*, [w:] *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, red. B. Józefik, Wydawnictwo UJ, Kraków 1999, s. 22 i nast.

<sup>41</sup> N. Wolf, *The Beauty Myth. How Images of Beauty Are Used Against Women*, Vintage, London 1990.

anoreksję chorują tylko niektóre z nich, a mianowicie te, u których przekaz kulturowy nałożył się na specyficzne doświadczenia rodzinne.

Bulimia, podobnie jak anoreksja, może być traktowana jako przejaw zachowań autodestrukcyjnych. Dostępnych jest niewiele danych dotyczących występowania bulimii na podstawie badań obejmujących szerszą populację. Większość badań przeprowadzono do tej pory w łatwo dostępnych grupach pacjentów szpitali, licealistów lub studentów. W zależności od konkretnych badań wskaźniki zachorowalności wahają się od 0,1% do 1,4% wśród mężczyzn i od 0,3% do 9,4% wśród kobiet<sup>42</sup>. Wśród mechanizmów psychologicznych bulimii wymienia się dążenie do wypełnienia pustki emocjonalnej oraz zaburzenia w zakresie samoregulacji i kontroli emocji. Osoby chorujące na bulimię z reguły utrzymują wagę ciała w dolnych granicach normy. W przeciwieństwie do anoreksji, której objawy stają się szybko widoczne dla otoczenia, bulimia rozwija się w ukryciu. Podczas gdy osoby chorujące na anoreksję w początkowej fazie choroby doświadczają dumy czy wręcz euforii związanej ze złudzeniem przejęcia kontroli nad własnym życiem i ciałem, dominującym uczuciem w całym przebiegu bulimii jest lęk i wstyd. Zarówno anorektyczki (anorektycy), jak i bulimiczki (bulimicy) wykazują z reguły objawy depresji w zaawansowanej fazie choroby.

Analizy przekazów medialnych wskazują, że pojawiające się w nich modelki i aktorki są szczuplejsze niż zdecydowana większość populacji kobiet. Wizualne standardy wyznaczone przez kulturę popularną odbiegają od rzeczywistości, tworząc jednocześnie jej iluzję. Norma konstruowana kulturowo odbiega w tym przypadku od normy rozumianej jako stan rzeczy charakterystyczny dla większości populacji. Analizując konsekwencje propagowania odbiegających od realiów wizerunków kobiecego ciała, Susan Bordo zwróciła uwagę na fakt, iż tyrania szczupłości wywołuje u kobiet poczucie nieadekwatności własnego ciała do kulturowych standardów.

Jean Kilbourne, analizując wzorce kobiecego ciała w reklamie od lat 60. wieku XX do czasów współczesnych, stawia tezę, iż paradoksalnie, im więcej władzy zdobywają kobiety w sferze publicznej i im wyższe pozycje społeczne są dla nich dostępne, tym silniejsze jest kulturowe oczekiwanie, by ich ciała zajmowały coraz mniej przestrzeni i były obdarzone mniejszą siłą (*less powerfull*)<sup>43</sup>.

Osiowym objawem anoreksji jest drobiazgowa samokontrola, która przejawia się także w innych obszarach niż kontrolowanie wagi i ilości spożywanego pokarmu. Najistotniejsze z nich dotyczą emocji i seksualności,

<sup>42</sup> B. Józefik, op. cit.

<sup>43</sup> J. Kilbourne, *Killing Us Softly 3: Advertising's Image of Women*, 2000, film dokumentalny, dystrybucja w Polsce: Stowarzyszenie Kobiet KONSOLA.

czyli sfer tradycyjnie konotowanych jako kobiece. Według Susan Bordo brak kontroli nad emocjami i impulsami seksualnymi stwarza zagrożenie dla porządku panującego w sferze publicznej, do której dostęp zyskały kobiety aktywne zawodowo i nastawione na robienie kariery. Ponadto współczesny ideał urody kobiecej zawiera w sobie negację cech wiązanych z kobiecością tradycyjną i macierzyństwem. W tym kontekście kluczowe dla anoreksji wzorce samodyscypliny i samokontroli są ściśle powiązane z wkroczeniem kobiet do świata zarezerwowanego wcześniej dla mężczyzn, a wizerunki przesadnie szczupłego ciała – z odchodzeniem od tradycyjnych aspektów ról kobiecych<sup>44</sup>.

### MĘSKIE I ŻEŃSKIE WZORCE UZALEŻNIEŃ

Badania nad patomechanizmami uzależnień prowadzą do wniosków o odmiennych wzorcach uzależniania się kobiet i mężczyzn<sup>45</sup>. Kluczem do ich zrozumienia jest analiza kobiecych i męskich wzorców przeżywania stresu i kulturowych źródeł obciążeń psychicznych zawartych w konstrukcjach ról społecznych.

Dane epidemiologiczne wskazują na liczebną przewagę uzależnionych od alkoholu mężczyzn. Pijące nałogowo kobiety rzadziej niż pijący mężczyźni trafiają do specjalistów i rzadziej są diagnozowane. W związku z tym można przypuszczać, że ich udział w statystykach psychiatrycznych dotyczących uzależnień jest nieoszacowany. Różnice we wzorcach uzależnień kobiet i mężczyzn dotyczą kontekstu społecznego, rodzinnego oraz schematów reagowania emocjonalnego. Mężczyźni częściej niż kobiety piją w miejscach publicznych. W związku z tym rzadziej piją samotnie. Częściej też piją ekscesywnie<sup>46</sup>.

Socjologiczne interpretacje nadmiernego używania alkoholu koncentrują się wokół manifestowania pozycji społecznej przez jawną, niepohamowaną, czy wręcz ostentacyjną konsumpcję. Według E. Morrissey „dostępność i łatwość nabywania alkoholu przez poszczególne grupy stanowi

---

<sup>44</sup> S. Bordo, *Unbearable Weight. Feminism, Western Culture and the Body*, University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London 1993.

<sup>45</sup> *Kobiety i alkohol*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1997, s. 7-22 i 75; *Alkohol i zdrowie*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1995, s. 245-267; B. McConrille, *Women Under the Influence*. Schoken Book, New York 1983, s. 53-54.

<sup>46</sup> C.M. Renzetti, D.J. Curran, *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo*, przekład A. Gromkowska-Melosik, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 557.

symboliczny wyraz pozycji posiadanej przez nie w hierarchii”<sup>47</sup>. Na przełomie XIX i XX wieku Thorstein Veblen twierdził, że brak społecznego przyzwolenia na picie alkoholu przez kobiety był sposobem eksponowania przez mężczyzn wyższego statusu. Dawniej uprzywilejowana pozycja społeczna dawała mężczyznom łatwiejszy otwarty dostęp do alkoholu, czego skutkiem było między innymi uzależnianie się<sup>48</sup>. Kobięce wzorce używania alkoholu obejmowały picie w ukryciu. Przemiany społeczne związane z wkroczeniem kobiet w sfery zarezerwowane wcześniej dla mężczyzn, podwyższenie ich statusu, a co za tym idzie, bardziej otwarta konsumpcja alkoholu, spowodowały, że uzależnienia kobiet stały się bardziej widocznym problemem społecznym.

Pomimo przemian społecznych, które zaszły w ciągu ostatnich kilku dekad, w dalszym ciągu funkcjonują zakorzenione w przeszłości schematy. R. Lemle stawia tezę, iż konsumpcja alkoholu stanowi część istniejącego stereotypu męskości<sup>49</sup>. W dwóch niezależnych badaniach stwierdzono, że wśród mężczyzn, którzy przesadnie eksponują swoją męskość („hipermęskość”) uzależnienie od alkoholu bądź narkotyków występuje częściej niż u innych<sup>50</sup>. Badania przeprowadzone wśród młodzieży studiującej w amerykańskich college’ach wykazały, że wśród studentek, które przejęły wartości typowe dla bractw studenckich (mających zazwyczaj hierarchiczną strukturę opartą na stereotypowo męskim typie władzy i dominacji), uzależnienie od alkoholu występowało w takim samym stopniu, jak u mężczyzn. Poza tym zauważono, że na poziomie college’u sportowcy w większym stopniu nadużywali alkoholu niż osoby nie uprawiające sportu<sup>51</sup>. Wynik ten można interpretować w kontekście specyficznych wzorów zachowań i wartości obowiązujących wśród uczelnianych sportowców. Należy do nich koncentracja na sile i tężyznie fizycznej oraz ponadprzeciętne nastawienie na rywalizację.

Elementy stereotypowych ról płciowych znajdują również wyraz w uzasadnieniach nadużywania alkoholu przez kobiety i mężczyzn. Mężczyźni znacząco częściej niż kobiety wskazują trudności w pracy bądź problemy ze znalezieniem pracy, a kobiety – komplikacje w obrębie bliskich

<sup>47</sup> E. Morrisey, *Power and control through discourse: The case of drinking and drinking problems among women*, „Contemporary Crisis” 1986, nr 10, s. 159; cyt. za: C.M. Renzetti, D.J. Curran, op. cit., s. 558.

<sup>48</sup> C.M. Renzetti, D.J. Curran, op. cit.

<sup>49</sup> Ibidem.

<sup>50</sup> D.L. Mosher, M. Sirkin, *Measuring a macho personality constellation*, [w:] „Journal of Research Personality” 1984, nr 18; cyt. za: Renzetti, Curran, op. cit., s. 558.

<sup>51</sup> H. Wechsler, G.W. Dowdall, A. Davenport, S. Castillo, *Correlates of college student binge drinking*, w: „American Journal of Public Health” 1995, nr 85; cyt. za: C.M. Renzetti, D.J. Curran, s. 558.



relacji interpersonalnych (w związkach, w rodzinie itd.). Zależności te odnoszą się do tradycyjnego podziału na sferę publiczną (tradycyjnie konotowaną jako męską) oraz prywatną (kobiecą). Równocześnie z badań klinicznych wynika, że grupami podwyższonego ryzyka uzależnień są kobiety pracujące w środowiskach zdominowanych przez mężczyzn oraz mężczyźni, którzy z różnych powodów nie mogą realizować schematu roli męskiej<sup>52</sup>. W tym kontekście można postawić hipotezę, że kobiety i mężczyźni, zażywając substancje psychoaktywne dążą do łagodzenia napięć związanych z odgrywaniem ról związanych z płcią – zarówno stereotypowych, jak i wykraczających poza stereotyp.

Przebieg alkoholizmu i czynniki towarzyszące uzależnieniu są u kobiet odmienne niż u mężczyzn. Kobiety zwykle zaczynają pić w późniejszym wieku niż mężczyźni. Kobiety rzadziej niż mężczyźni tracą pracę z powodu picia alkoholu, mimo że częściej przyznają się do stosowania alkoholu jako środka dopingującego, służącego do uzyskiwania lepszych wyników zawodowych. Ponadto, następstwa finansowe alkoholizmu kobiet są mniej drastyczne. U alkoholiczek powszechne są zaburzenia psychiczne – głównie pod postacią depresji i niepokoju, a także obniżonej samooceny, uczucia wyobcowania lub samotności. Częściej także zdarzają się u nich próby samobójcze. Kobiety z problemami alkoholowymi częściej też nadużywają środków psychotropowych<sup>53</sup>.

Fakt uzależnienia inaczej oddziałuje na sytuację rodzinną kobiet i mężczyzn. Żony (partnerki) są bardziej tolerancyjne wobec uzależnionych mężów (partnerów) niż odwrotnie. Około 90% żon żyje nadal ze swoimi mężami alkoholikami, a tylko 10% mężów nie porzuca swoich żon alkoholiczek<sup>54</sup>. Według badań Uniwersytetu w Göteborgu, kryzys małżeński sześciokrotnie zwiększa ryzyko alkoholizmu u kobiet, w porównaniu z osobami niedoświadczającymi komplikacji w relacjach intymnych<sup>55</sup>. Picie dużych ilości alkoholu i problemy związane z piciem obserwuje się relatywnie najczęściej wśród kobiet, które nigdy nie były zamężne, rozwiedzionych oraz żyjących w separacji, natomiast najrzadziej wśród wdów, a umiarkowanie często u mężatek. Stosunkowo dużą grupę ryzyka stanowią osoby kohabujące: w tej grupie odnotowano najwyższe odsetki kobiet pijących w ogóle, relatywnie dużo pijących, upijających się, mających problemy z alkoholem i uzależnionych. Wśród kobiet-alkoholiczek znacznie wyższy jest wskaźnik alkoholizmu rodziców niż wśród mężczyzn uzależnionych od alkoholu.

<sup>52</sup> PARPA, *Kobiety i alkohol*, op. cit.

<sup>53</sup> Ibidem.

<sup>54</sup> Ibidem. Zob. też: C.M. Renzetti, D.J. Curran, s. 558 – 563.

<sup>55</sup> J. Podgórska, *Raport: Alkoholiczki*, „Polityka” 2003, nr 30 (2411), s. 3-9.

Często też wchodzą one w trwałe związki z alkoholikami<sup>56</sup>. Zauważono korelację pomiędzy doświadczaniem przez kobiety przemocy oraz wykorzystania seksualnego a uzależnieniem. Nie wykryto natomiast istotnych statystycznie różnic w częstości picia dużych ilości alkoholu lub występowania niepożądanych następstw picia pomiędzy kobietami pracującymi zawodowo a zajmującymi się wyłącznie prowadzeniem domu<sup>57</sup>.

Okresy szczególnego ryzyka uzależnienia to u kobiet wiek 21-30 lat, czyli okres podejmowania nowych ról społecznych (zawodowych i rodzinnych) oraz 49-59 lat, będący okresem stopniowego wycofywania się z intensywnego pełnienia ról zawodowych i macierzyńskich. W pierwszym okresie dochodzi do konfrontowania wyobrażeń i planów z rzeczywistością, w drugim – pojawia się konieczność akceptacji zmian związanych z upływem czasu, co w społeczeństwie, w którym cenioną wartością jest młodość i aktywność nie zawsze jest łatwe<sup>58</sup>. Z obserwacji polskich terapeutów i terapeutek uzależnień wynika, że często picie zaczyna się niedługo po urodzeniu dziecka, sprzyjają temu nowe obowiązki, zamknięcie w domu, poczucie odcięcia od świata. U pijących matek częściej też występują objawy psychopatologiczne: depresja, lęki, paranoidalne myśli. Z drugiej strony częściej niż bezdietne kończą terapię, ponieważ motywacja, by wyjść z choroby jest u nich bardzo silna<sup>59</sup>.

W omawianym kontekście istotne znaczenie mają również dane dotyczące nadużywania substancji chemicznych innych niż alkohol. Wśród osób uzależnionych od narkotyków również przeważają mężczyźni. Jak podają Ranzetti i Curran, mężczyźni zwykle zażywają narkotyki dla ekscytacji lub przyjemności, z kolei kobiety uważają, że mogą im one pomóc uwolnić się od problemów osobistych<sup>60</sup>. Odmienne są także wzorce reagowania emocjonalnego uzależnionych kobiet i mężczyzn. Uzależnieni od substancji chemicznych mężczyźni częściej niż kobiety mają problemy z kontrolowaniem zachowań agresywnych, natomiast kobiety – częściej nie potrafią wyrażać złości<sup>61</sup>. Wśród przeżywanych przez kobiety emocji na pierwszy plan wysuwa się smutek i lęk. Okazuje się więc, że zbliżone czynniki leżą u podłoża uzależnień oraz innych zaburzeń psychicznych diagnozowanych częściej u kobiet (depresji i zaburzeń lękowych) oraz u mężczyzn (zaburzeń osobowości antisocjalnej i schizoidalnej). W tym kontekście znaczenia nabiera fakt, iż kobiety częściej niż mężczyźni uzależniają się od leków –

<sup>56</sup> Ibidem.

<sup>57</sup> Ibidem.

<sup>58</sup> Ibidem.

<sup>59</sup> Ibidem.

<sup>60</sup> C.M. Ranzetti, D.J. Curran, s. 561.

<sup>61</sup> W obu przypadkach potrzebne jest odmienne postępowanie terapeutyczne.

głównie antydepresantów i środków uspokajających. Środki te łącznie z alkoholem są przez kobiety traktowane jako antidotum na zaburzenia nastroju oraz podwyższony poziom lęku.

### KONKLUZJE

Powyższe rozważania zdają się potwierdzać tezę, iż proces konstruowania kategorii zdrowia psychicznego oraz chorób i zaburzeń psychicznych pozostaje w istotnym związku z normami kulturowymi określającymi ramy płci społeczno-kulturowej. Analizując najpowszechniej diagnozowane choroby i zaburzenia psychiczne przez pryzmat *gender*, stwierdzić można, że u podłoża wielu zaburzeń występujących znacząco częściej u kobiet bądź u mężczyzn leżą podobne czynniki. Najogólniej mówiąc, stanowią one swoisty „efekt uboczny” socjalizacji do ról płciowych. Wzorce stresu doświadczanego przez kobiety i mężczyzn są uwarunkowane kulturowo i wspierane odmiennymi treściami socjalizacyjnymi przekazywanymi w rodzinie. Ponadto, sztywne traktowanie norm wyznaczających funkcjonowanie kobiet i mężczyzn w społeczeństwie może ograniczać możliwości konstruktywnej adaptacji jednostki do warunków społecznych oraz przyczyniać się do ukonstytuowania się autodestruktywnych strategii adaptacyjnych określanych mianem chorób i zaburzeń psychicznych. Można w tym kontekście przywołać starą tezę Freuda o kulturze stanowiącej źródło cierpień.

Zarówno zdrowie psychiczne oraz choroba psychiczna, jak i kobiecość oraz męskość w znaczeniu *gender* są konstrukcjami społeczno-kulturowymi. Oznacza to, że są zależne od kontekstu kulturowego i ulegają przekształceniom w czasie, jednak przez przedstawicieli danego społeczeństwa są przyjmowane w sposób arbitralny i rzadko stanowią przedmiot świadomej refleksji. Społeczeństwo zawiera systemom eksperckim (psychologom klinicznym, psychiatrom stawiającym diagnozę w określonych ramach instytucjonalnych), dlatego też etykiety klasyfikacyjne stanowiące efekt postępowania diagnostycznego w relatywnie trwałą sposób określają status jednostki.

Obowiązujące obecnie systemy diagnostyczne (DSM IV i ICD 10) stanowią fenomeny kulturowe, współdeterminujące to czy dana jednostka zostanie uznana za zdrową, czy chorą psychicznie. Pomimo iż są to systemy międzynarodowe, stanowią one wytwór społeczeństw zachodnich. Mogą więc być rozpatrywane wyłącznie w odniesieniu do kluczowych wartości Zachodu. Próby uwzględnienia kontekstu międzykulturowego w ICD 10 i DSM IV mają na razie ograniczony charakter<sup>62</sup>. Badacze zorientowania na

<sup>62</sup> Zarówno w ICD 10, jak i w DSM IV zaburzenia opisywane jako specyficzne kulturowo znalazły się w aneksach. Większość z nich jest określana mianem zaburzeń powiązanych z kulturą (*culture related*) bądź psychoz etnicznych lub egzotycznych.

pleć społeczno-kulturową stawiają tezę, że obowiązujące współcześnie systemy diagnostyczne i sam proces diagnozowania odzwierciedlają i utrwalają pewne cechy kultury dominującej (w tym przypadku – patriarchalnej czy androcentrycznej). Traktując tę kwestię szerzej, można stwierdzić, że systemy te uwzględniają przede wszystkim perspektywę uprzywilejowanych kategorii społecznych.

Analiza literatury przedmiotu pokazuje, że stosunkowo dobrze rozpoznane są mechanizmy leżące u podłoża zaburzeń psychicznych. Ze względu na specyfikę nauk zajmujących się chorobami psychicznymi uwaga badaczy koncentruje się głównie na czynnikach patogenetycznych, lokowanych bądź to na poziomie biologicznym (genetycznym i neuropsychologicznym), bądź w bliskich relacjach w obrębie rodziny, bądź też w kulturze i szerszym otoczeniu społecznym. Można w związku z tym postawić tezę, że obszar związany ze zdrowiem psychicznym jest mniej rozpoznany niż obszar związany z chorobą. W tym kontekście interesujące i istotne wydają się dwie kwestie, które mogłyby stać się przedmiotem systematycznych badań empirycznych. Pierwsza z nich sprowadza się do pytania, które z elementów życia rodzinnego (uwzględniając zarówno tradycyjne, jak i alternatywne wzory życia małżeńsko-rodzinnego) mają szczególne znaczenie w procesie budowania zdrowia psychicznego i odporności na urazy psychiczne? Przy czym nie chodzi tu jedynie o wskazanie cech będących negacją elementów patogenetycznych, lecz o wskazanie czynników pozytywnych. Druga kwestia dotyczy ram społeczno-kulturowych i sprowadza się do pytania, które z elementów współczesnej kultury można traktować jako czynniki wzmacniające zdrowie psychiczne?

#### LITERATURA

- Alkohol i zdrowie* (1995), Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa
- Bateson G., Jackson D., Haley I., Weakland I. (1978), *Wstęp do teorii schizofrenii*, [w:] *Przełom w psychologii*, (red.) K. Jankowski, Czytelnik, Warszawa
- Bordo S. (1993), *Unbearable Weight. Feminism, Western Culture and the Body*, University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London
- Brannon L. (2002), *Psychologia rodzaju. Kobiety i mężczyźni: podobni czy różni*, przekład: M. Kacmajor, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk
- Caplan P. J. (1991), *How do they decide who is normal? The bizarre, but true tale of the DSM process*. "Canadian Psychology", nr 32
- Chesler Ph. (1972), *Women and madness*, Avon, New York
- Cierpiałkowska L. (2000), *Alkoholizm - przyczyny, leczenie, profilaktyka*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań
- Cleary P.D., Mechanic D. (1983), *Sex differences in psychological distress among married people*, "Journal of Health and Social Behavior", nr 24

- Connell R.W. (1987), *Gender and Power. Society, the Person and Sexual Politics*, Polity, Cambridge
- Connell R.W. (1995), *Masculinities*, Polity, Cambridge
- Culbertson F.M. (1997), *Depression and gender: An international review*, "American Psychologist", nr 52
- Cutler S.E., Nolen-Hoeksema S. (1991), *Accounting for sex differences in depression through female victimization: Childhood sexual abuse, "Sex Roles"*, nr 24, *European Pact for Mental Health and Well-being*. Bruksela, 13 czerwca 2008
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2000), wydanie 4 poprawione, American Psychiatric Association, DC, American Psychiatric Association, Washington.
- Frąckowiak-Sochańska M. (2009), *Preferencje ról normatywnych w postawach kobiet wobec wartości w Polsce na przełomie XX i XXI wieku*, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań
- Friedan B. (1963), *The Feminine Mystique*, Norton, New York
- Friedan B. (1983), *The Second Stage*, Abacus, New York
- Goldenberg H., Goldenberg I. (2006), *Terapia rodzinna*, Wydawnictwo UJ, Kraków
- Goryniak M. (2000), *Anoreksja. Diagnostyka i epidemiologia*, [w:] *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*, (red.) A. Suchańska, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań
- Gove W.R. (1984), *Gender differences in mental and physical illness: The effects of fixed roles and nurturant roles*, "Social Science and Medicine", 19 (2)
- Gratch L.V., Basset M.F., Attra S.L. (1995), *The relationship of gender and ethnicity to self-silencing and depression among college students*, "Psychology of Women Quarterly" nr 19
- Hansen-Shaevitz M. (1984), *The superwoman syndrome*, Warner Books, New York
- Huges D.L., Galinsky E. (1994), *Gender, job and family conditions and psychological symptoms*, "Psychology of Women Quarterly", nr 18
- Józefik B. (1999), *Epidemiologia zaburzeń odżywiania się*, [w:] B. Józefik (red.) *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, Wydawnictwo UJ, Kraków
- Kaschack E. (1996), *Nowa psychologia kobiety. Podejście feministyczne*, przekład J. Węgrodzka, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10. Opisy kliniczne i wskaźniki diagnostyczne* (2000), wydanie 2, uzupełnione, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa
- Kobiety i alkohol* (1997), Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa
- Lerman H. (1996), *Pigeonholing women's misery: A history and critical analysis of the psycho-diagnosis of women in the twentieth century*, Basic Books, New York
- Maslach Ch. (1988), *Wypalenie się: utrata troski o człowieka*, [w:] *Psychologia i życie*, (red.) Ph. Zimbardo, F. Ruch, przekład: J. Radzicki, PWN, Warszawa
- McConrille B. (1983), *Women Under the Influence*. Schocken Book, New York
- Mehrabian A. (1968), *Relationship of attitude to seated posture, orientation and distance*, "Journal of Personality and Social Psychology", nr 10
- Mental Health Report 2001. Mental Health: new understanding, new hope* (2001), World Health Organization, WHO, Geneva
- Morrisey E. (1986), *Power and control through discourse: The case of drinking and drinking problems among women*, "Contemporary Crisis" nr 10

- Mosher D.L., Sirkin M. (1984), *Measuring a macho personality constellation*, "Journal of Research Personality" nr 18
- Namysłowska I. (2000), *Terapia rodzin*, Springer PWN (Instytut Psychologii Zdrowia) Warszawa
- Nolen-Hoeksema S. (1987), *Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory*, "Psychological Bulletin" nr 101
- Nolen-Hoeksema S. (1990), *Sex difference in Depression*, Stanford University Press, Stanford
- Page J.R., Stevens H.B., Galvin S.L. (1996), *Relationships between depression, self-esteem, and self-silencing behavior*, "Journal of Social and Clinical Psychology", nr 15
- Podgórska J. (2003), *Raport: Alkoholiczki*, „Polityka”, nr 30 (2411)
- Przemoc i konflikty w domu* (2009), Komunikat z badań, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa
- Real T. (2009), *Nie chcę o tym mówić: jak przerwać dziedziczenie męskiej depresji*, tłumaczenie P. Luboński, Wydawnictwo „Czarna owca”, Warszawa
- Renzetti C.M., Curran D.J. (2008), *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo*, przekład: A. Gromkowska-Melosik, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Scraf M. (1980), *Unfinished Business: Pressure Points in the Lives of Women*, Doubleday, New York
- Seligman M., Walker E., Rosenhan D. (2003), *Psychopatologia*, przekład: J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań
- Tarvis C. (1992), *The mismeasure of woman*, Simon & Schuster, New York
- Warren L.W., McEachren L. (1985), *Derived identity and depressive symptomatology in women differing in marital and employment status*, "Psychology of Women Quarterly" nr 9 (1)
- Wechsler H., Dowdall G.W., Davenport A., Castillo S. (1995), *Correlates of college student binge drinking*, "American Journal of Public Health", nr 85
- Wethington E., McLeod J.D., Kessler R.C. (1987), *The importance of life events for explaining sex differences in psychological distress*, [w:] *Gender and stress*, (red.) C.R. Barnett, L. Biener, G K. Baruch, Free Press, New York
- Wolf N. (1990), *The Beauty Myth. How Images of Beauty Are Used Against Women*, Vintage, London

#### Filmy dokumentalne:

- Katz J., (1999), *Maska twardziela. Przemoc, media i kryzys męskości*, film dokumentalny, dystrybucja w Polsce: Stowarzyszenie Kobiet KONSOLA
- Kilbourne J., (2000), *Killing Us Softly 3: Advertising's Image of Women*, film dokumentalny, dystrybucja w Polsce: Stowarzyszenie Kobiet KONSOLA

### FAMILY AND SOCIOCULTURAL FACTORS IN MENTAL DISORDERS. AN ANALYSIS FROM THE POINT OF VIEW OF THE SOCIOCULTURAL GENDER

#### Summary

This article deals with social, cultural and family context of mental disorders. The author carries out her research from the perspective of gender studies, which is crucial regarding epidemiological statistical data and clinical observation. According to these

two sources of information, there are several disorders "typical" for women (like: depression, anorexia, bulimia, anxiety disorders, histrionic personality disorder, dependent personality disorder and anxiety personality disorder) and for men (addictions to psychoactive substances, schizoid personality disorder, antisocial personality disorder). Symptoms of these mental diseases fit to stereotypes of men and women. That's why the symptoms can be interpreted in categories of "side effects" of socialization to nonflexible gender roles, which narrows opportunities of one's development.