

PŁEĆ

MIĘDZY CIAŁEM, UMYSŁEM I SPOŁECZEŃSTWEM



PŁEĆ

MIĘDZY CIAŁEM, UMYSŁEM I SPOŁECZEŃSTWEM

pod redakcją Katarzyny Palus



Poznań 2011

KOMITET NAUKOWY
Jerzy Brzeziński, Zbigniew Drozdowicz (przewodniczący),
Rafał Drozdowski, Piotr Orlik, Jacek Sójka

RECENZENT
prof. dr hab. Jolanta Miluska

PROJEKT OKŁADKI
Adriana Staniszevska

REDAKCJA
Adriana Staniszevska

KOREKTA
Adriana Staniszevska
Michał Staniszevski

© Copyright by Wydawnictwo Naukowe
Wydziału Nauk Społecznych UAM, 2011

Publikacja finansowana z funduszy
organizacji Network of East-West Women (NEWW)
oraz Instytutu Psychologii UAM

ISBN 978-83-62243-32-7

WYDAWNICTWO NAUKOWE WYDZIAŁU NAUK SPOŁECZNYCH
UNIwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
60-568 Poznań, ul. Szamarzewskiego 89c

DRUK: ZAKŁAD GRAFICZNY UAM
61-712 Poznań, ul. Wieniawskiego 1

SPIIS TREŚCI

WSTĘP	7
-------------	---

część pierwsza

PŁEĆ I GENDER – MIĘDZY SPOŁECZEŃSTWEM A RODZINĄ

ANNA MARIA WRÓBLEWSKA	
Polityka gender mainstreaming w Unii Europejskiej	15
ŁUKASZ BUDZICZ	
Niski udział kobiet wśród menedżerów wysokiego szczebla – konkurujące modele wyjaśniające	27
ŁUKASZ SKOCZYŁAS	
Konstrukcja męskości w polskiej prasie dla mężczyzn	41
GRAŻYNA GŁĘBOCKA	
Znaczenie ojcostwa z perspektywy mężczyzny i dziecka	61
KATARZYNA PALUS	
Związki miłosne a różnice płciowe	73
MICHAŁ KANONOWICZ	
Płciowość i seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną Tabuizacja <i>versus</i> edukacja seksualna	87

część druga
PŁEĆ I GENDER A ZDROWIE FIZYCZNE I PSYCHICZNE

MONIKA MARCZAK	
Różnice rodzajowe w psychopatologii	105
 ALEKSANDRA PILARSKA	
<i>Chłopaki nie płaczą...</i> , czyli specyfika depresji u mężczyzn	117
 ANNA KUBIAK	
Samouszkodzenia kobiet i mężczyzn	
– spojrzenie na podobieństwa i różnice	131
 EDYTA CHARZYŃSKA	
Mieć raka piersi i wciąż czuć się kobietą – doświadczenia pacjentek	
o różnych orientacjach psychoseksualnych	149
 EWA MISTERSKA	
Psychologiczne aspekty młodzieńczej skoliozy idiopatycznej	
jako choroby przewlekłej a różnice płciowe	171
 ŻANETA KRAWCZYK	
W świecie binarnych kategorii	
Problemy przystosowawcze osób transseksualnych	185
 NOTY O AUTORACH	197

Wstęp

Płeć jest główną kategorią pojmowania świata, której uczymy się już od okresu niemowlęcego (Brannon 2002)*, a kategoryzacja na podstawie płci jest jedną z najwcześniej dokonywanych przez człowieka w rozwoju osobniczym (Pankowska 2005). Już we wczesnym okresie życia dzieci rozwijają schematy dziewczynki i chłopca, co wiąże się, po pierwsze, z wrodzoną tendencją dzieci do organizowania i klasyfikowania informacji, po drugie, z wpływem środowiska, które dąży do wyraźnego różnicowania płciowego jednostek (Vasta i in. 2001). To właśnie w okresie przedszkolnym (od 4. do 6. roku życia) ustala się tożsamość płciowa dziecka – zaczyna ono rozumieć istotę kategorii płci oraz zdobywa wiedzę na temat tego, że płeć jest czymś stałym i nie zmienia się nawet pod wpływem zewnętrznych zmian, np. ubrania czy wyglądu (ibidem; Brannon 2002). U osób dorosłych aktywizacja schematów płci następuje w sposób automatyczny bądź spontaniczny. Wynika to m.in. z nieustannej obecności w naszym życiu przedstawicieli obu płci i konieczności interakcji z nimi, a także z łatwości dokonywania rozróżnień między kobietami i mężczyznami chociażby na podstawie ich cech zewnętrznych. Potwierdzają to badania Gordona Bowera i Martina Karlina (1974, za: Cross, Markus 2002) nad spontanicznością stosowania kategorii płci – szybciej i łatwiej tworzymy sądy na podstawie płci niż cech osobowości. Oczywiście, mowa o względnej spontaniczności uruchamiania postrzegania siebie oraz innych w kategoriach płci i rodzaju, bowiem istnieją sytuacje, w których znaczenia nabierają inne cechy osobnicze niż płeć.

Teorie biologiczne i etologiczne akcentują udział genetycznych oraz biologicznych procesów w rozwoju ról płciowych. Współczesne modele biopsychospołeczne wyrastają z idei współoddziaływania czynników z poziomu biologicznego (geny, hormony) i środowiskowego. Pierwsza grupa czynników zapoczątkowuje proces różnicowania międzypłciowego, lecz warunkiem jego zakończenia jest zaistnienie pewnych środowiskowych okoliczności. Idea ta pojawia się również w koncepcjach poznawczo-rozwojowych oraz teoriach społecznego uczenia się. Płeć (sex) jest rozumiana jako „ograniczony zestaw wrodzonych strukturalnych i fizjologicznych cech związanych z reprodukcją,

* Literatura cytowana we Wstępie jest podana w rozdziale K. Palus.

dzielących świat na osobniki żeńskie (samice) i męskie (samce), natomiast rodzaj (*gender*) jest kategorią charakterystyczną tylko dla ludzi i oznacza wszystkie złożone atrybuty kulturowo przypisywane mężczyznom i kobietom” (Lott, Maluso 2002, s. 97). Rodzaj bywa ujmowany jako „środek dla społecznej kategoryzacji jednostek. Pojęcie rodzaju odnosi się do poznawczych i percepcyjnych mechanizmów, poprzez które biologiczne różnicowanie zostaje przełożone na społeczne różnicowanie” (Hoffman, Pasley 1998, s. 190). Różnice między kobietami i mężczyznami wykraczają daleko poza różnice biologiczne – istnieją one również w sferze polityki, kultury oraz życia rodzinnego. By uzmysłowić sobie ich obecność, wystarczy wskazać kilka problemów społecznych, takich jak odmienna socjalizacja obu płci, odmienne oczekiwania wobec kariery zawodowej, dyskryminacja przy zatrudnieniu czy konieczność godzenia przez kobiety życia zawodowego z życiem rodzinnym.

Niniejsza książka jest zbiorem tekstów wygłoszonych na czterech kolejnych konferencjach organizowanych na Wydziale Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu pod hasłem „Płeć – między ciałem, umysłem i społeczeństwem”. Tytuł konferencji, zaproponowany przez dwie studentki socjologii – Justynę K. Ochędzan oraz Annę Klingsporn, został jednogłośnie i z entuzjazmem przyjęty przez członków Koła Naukowego Psychologii Płci działającego przy Instytucie Psychologii oraz Koła Naukowego Studentów Socjologii UAM. Do dziś hasło konferencji jest kojarzone z aktywnością konferencyjną studentów i doktorantów Wydziału Nauk Społecznych. Idea interdyscyplinarnej konferencji poświęconej problematyce płci oraz gender zrodziła się w maju 2007 r. wśród studentów zrzeszonych w obu kołach naukowych. Od 2007 r. studenci i doktoranci z różnych ośrodków uniwersyteckich w Polsce spotykają się corocznie w Poznaniu, gdzie mają możliwość wymiany poglądów i refleksji na temat zagadnień związanych z płcią i rodzajem. Tym, co zasługuje na szczególne uznanie, jest to, że studenci oraz młodzi, początkujący badacze odczuwają potrzebę udziału w szerszym dyskursie społecznym nad zachowaniami i postawami, które mają związek z płcią i rodzajem, oraz krytycznego przeglądu badań w tym zakresie.

Pierwsza część książki obejmuje zagadnienia związane z funkcjonowaniem kobiet i mężczyzn w obszarze życia politycznego, społecznego i rodzinnego. Rozważania dotyczące znaczenia płci i gender w tym kontekście otwiera tekst Anny Marii Wróblewskiej, w którym analizuje ona politykę gender mainstreaming, czyli włączania do głównego nurtu polityki problematyki związanej z płcią. Autorka omawia m.in. dwa podejścia do polityki równości płci, genezę strategii gender mainstreaming oraz jej znaczenie dla polityki równości płci i mechanizmów instytucjonalnych, wskazując jednocześnie, iż należy odróżnić strategię gender mainstreaming od tradycyjnych działań na rzecz równości płci, które rozwiązują konkretny problem wynikający z nierówności.

Opracowanie Łukasza Budzicza nawiązuje do tematyki pierwszego tekstu, dotyczy bowiem niskiego udziału kobiet wśród menedżerów wysokiego szczebla. Autor podejmuje próbę wyjaśnienia tego zjawiska, odwołując się do modeli osadzonych w perspektywie feministyczno-kulturowej oraz ewolucyjnej. Analizując wyniki wielu badań, wskazuje, iż kobiety menedżerki, poprzez realizację istotnych dla siebie wartości, mogą pozytywnie wpływać na organizacje i społeczeństwo, m.in. dbać o bardziej harmonijne relacje międzyludzkie, zmniejszać nierówności społeczne oraz zagrożenia dla środowiska wpływające z nie zrównoważonego rozwoju.

Tekst autorstwa Łukasza Skoczylasa jest poświęcony mężczyznom. Autor analizuje w nim tradycyjny oraz nowy wzór męskości, a także prezentuje badania własne, których celem było uchwycenie wzorców męskości w polskiej prasie dla mężczyzn. Wyniki badań ujawniają, że polskie czasopisma w różny sposób konstruują model męskości, a niektóre z nich zwracają uwagę swoich czytelników na związki z dziećmi. Radzą, jak pogłębiać relacje ojców z dziećmi oraz jak spełniać się w roli ojca.

Wątek relacji ojciec – dziecko został podjęty przez Grażynę Głębocką, która ukazuje znaczenie ojcostwa zarówno z perspektywy mężczyzny, jak i z perspektywy dziecka. Autorka, wychodząc od definicji pojęcia *ojciec*, omawia kwestie związane z pełnieniem roli ojca, która obecnie wydaje się mocno zachwiana. Podsumowując prezentowane treści, stwierdza, że osoba ojca jest koniecznym elementem systemu rodzinnego i społecznego, którego nie można zastąpić, ale zmieniająca się rzeczywistość zmusza nas do poszukiwania odpowiedzi na pytanie, jak ma wyglądać nowoczesna rola ojca w rodzinie.

Tekst Katarzyny Palus prezentuje różnice płciowe w sferze związków intymnych i miłosnych, ujawniających się m.in. w takich aspektach, jak style relacyjne oraz oczekiwania społeczne wobec ról w związkach partnerskich. Autorka wskazuje również na przeobrażenia dokonujące się w obszarze relacji damsko-męskich, w tym zjawisko upodabniania się mężczyzn do kobiet w zakresie stylu formowania bliskich związków oraz zmiany we wzorcach małżeńskiego doboru i motywów zawierania małżeństw.

Rozważania części pierwszej zamyka tekst Michała Kanonowicza poświęcony płciowości i seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną. Autor omawia w nim pojęcie tożsamości płciowej i seksualności, sposoby jej przeżywania przez osoby niepełnosprawne intelektualnie oraz postawy społeczeństwa wobec ich seksualności, wskazując na towarzyszące temu zjawisko tabuizacji.

Druga część książki zawiera teksty dotyczące płci i gender w obszarze zdrowia i choroby. „Zdrowie w najszerszym biopsychospołeczno-ekologicznym znaczeniu jest procesem dynamicznego równoważenia wzajemnych powiązań między systemami we wszechświecie [...]. Proces ten gwarantuje, że

człowiek [...] może zaspokajać potrzeby, rozwijać swoje potencjały (biologiczne, psychologiczne i społeczne) w zgodzie z wymaganiami otoczenia” (Sęk 2001, s. 49). I człowiek może to czynić bez względu na to, czy jest kobietą, czy mężczyzną. Jak wskazują Tomasz Pasikowski i Helena Sęk (2006), badacze zainteresowani problematyką zdrowia podejmują m.in. zagadnienie roli płci i gender w kontekście zdrowia i choroby w tym najszerszym, biopsychosocjalnym rozumieniu. Wśród kobiet odnotowuje się wyższą zachorowalność, tj. wyższy współczynnik zachorowań, ale niższy współczynnik zgonów (umieralność) w takich przypadkach, jak choroby sercowo-naczyniowe, nowotwory oraz wypadki (Brannon 2002). Mężczyźni znacznie rzadziej niż kobiety poszukują rady i pomocy medycznej w razie dolegliwości. Niewątpliwie wiąże się to ze społeczną rolą męską, która nie pozwala mężczyznom manifestować słabości, a zatem i chorób (ibidem).

Różnice rodzajowe ujawniają się nie tylko w zakresie zdrowia fizycznego, ale również psychicznego i dotyczą zaburzeń lękowych, depresji i uzależnień. Ich źródłem mogą być takie uwarunkowania, jak zniekształcenie procesu diagnostycznego przez uprzedzenia rodzajowe w wyniku uznawania mężczyzny za standard zdrowia psychicznego oraz czynniki stresogenne i strategie radzenia sobie ze stresem, który jest wyższy u kobiet z uwagi na pełnione przez nie role kobiece. Zadania kobiety tradycyjnie bowiem definiuje się w odniesieniu do relacji z innymi ludźmi, z których największe znaczenie przypisuje się małżeństwu (Mandal 2003, 2004). Wyraża się to w tym, że dziewczynki i kobiety uczone są przede wszystkim interpersonalnych umiejętności oraz takich uczuć, jak przywiązanie, bliskość, empatia, troska czy odpowiedzialność za związki (Jacoby 1995, za: Brannon 2002; Mandal 2004). Konsekwencją różnicowanej ze względu na płeć socjalizacji jest to, że kobiety uczone są podejmowania odpowiedzialności za relacje i pełnienia w nich funkcji opiekunek (Fitzpatrick, Sollie 1999), a mężczyźni postrzegają sytuacje związane z bliskością w kategoriach zagrożenia ich władzy oraz słabości (Mandal 2003, 2004).

Rozważania dotyczące znaczenia płci i gender oraz różnic płciowych i rodzajowych w obszarze zdrowia i choroby otwiera tekst Moniki Marczak poświęcony różnicom płciowym w psychopatologii. Omawia ona występowanie zaburzeń psychicznych (depresja, zaburzenia lękowe, zaburzenia odżywiania, uzależnienia) oraz przyczyny obserwowanych różnic płciowych w zakresie zachorowalności. Analizując badania w tym zakresie, autorka ukazuje, iż coraz częściej źródeł owych różnic poszukuje się w społecznych konstruktach kobiecości i męskości oraz ich konsekwencjach, a nie jedynie we właściwościach biologicznych kobiet i mężczyzn.

Tekst Aleksandry Pilarskiej dotyczy depresji, na którą dwukrotnie częściej chorują kobiety niż mężczyźni (Brannon 2002). Autorka podejmuje próbę przybliżenia zagadnienia budzącego wiele niejasności i kontrowersji wśród

teoretyków i badaczy, to znaczy depresji u mężczyzn. Omawia źródła różnic płciowych w epidemiologii zaburzeń depresyjnych oraz charakteryzuje różnice rodzajowe w klinicznych manifestacjach stanów depresyjnych, uwzględniając specyficzne dla mężczyzn czynniki ryzyka depresji, jej symptomy oraz sposoby leczenia.

Anna Kubiak analizuje kontekst społeczny oraz kulturowy samouszkodzeń kobiet i mężczyzn. Autorka, przyjmując za punkt wyjścia swych rozważań definicję samouszkodzeń jako zachowań angażujących celowe (tj. o uświadamianej intencji) zadanie swojemu ciału bezpośredniej (tj. dającej natychmiastowy efekt), fizycznej krzywdy bez intencji samobójczej, charakteryzuje różnice płciowe w tym obszarze, wskazując ich hipotetyczne determinanty oraz czynniki sprzyjające dokonywaniu samouszkodzeń przez kobiety i mężczyzn.

Edyta Charzyńska podejmuje w niewielkim dotychczas stopniu zbadaną kwestię poczucia kobiecości wśród pacjentek o różnych orientacjach psychoseksualnych z rakiem piersi. Autorka koncentruje się na takich wątkach, jak zmiany w postrzeganiu kobiecości wśród pacjentek z rakiem piersi, wpływie stereotypów płciowych na efektywność programów skierowanych do kobiet z rakiem piersi, a także akcji społecznych nakierowanych na walkę z tym nowotworem.

Ewa Mistowska ukazuje w swoim tekście różnice płciowe w zakresie psychologicznych aspektów młodzieńczej skoliozy idiopatycznej, która występuje u ok. 2-3% osób w wieku rozwojowym. Uznając, że wpływ choroby i związanych z nią metod leczenia ma wielowymiarowy charakter i obejmuje, subiektywnie postrzegane, zmiany w fizycznym, psychologicznym i społecznym funkcjonowaniu chorego, autorka omawia i wyjaśnia różnice płciowe w zakresie reakcji na związaną ze skoliozą deformację ciała i stosowane metody leczenia.

Kolejne opracowanie jest poświęcone środowisku osób transseksualnych. Żaneta Krawczyk prezentuje badania własne o charakterze eksploracyjnym, których celem było udzielenie odpowiedzi na następujące pytania badawcze: w jakim stopniu sposób postrzegania osób transseksualnych przez innych ludzi wpływa na ich definicję samych siebie; jak przebiega proces ich adaptacji do grup społecznych, w których funkcjonują oraz jakie problemy pojawiają się podczas interakcji z innymi?

Zebrane w tym tomie opracowania dotyczą funkcjonowania kobiet i mężczyzn w różnych obszarach życia społecznego i rodzinnego. Tym, co je łączy, jest odniesienie do problematyki płci i gender. Mam nadzieję, że dokonany przeze mnie wybór tekstów okaże się interesujący i zachęcający do refleksji nad złożoną kwestią płci i rodzaju oraz że będzie stanowił kolejną cegiełkę w budowaniu rzetelnej psychologicznej wiedzy na temat różnic płciowych i rodzajowych.

Pragnę złożyć szczególne podziękowania organizacji Network of East-West Women (NEWW) – międzynarodowemu stowarzyszeniu współpracy kobiet, funkcjonującemu w Europie Środkowej i Wschodniej oraz w krajach byłego Związku Radzieckiego i USA. Jest to organizacja działająca na rzecz budowy i rozwoju współpracy, wymiany i edukacji kobiet. Misją NEWW jest wspieranie obywatelskich ruchów i niezależnych organizacji kobiecych oraz pomoc kobietom w oddziaływaniu na politykę. NEWW sfinansowała niemal w całości niniejszą publikację.

Podziękowania kieruję także do Prorektora do spraw studenckich Pana Profesora dr. hab. Zbigniewa Pilarczyka, który umożliwił opublikowanie tekstów pokonferencyjnych, przekazując nam środki finansowe z Funduszu na działalność kulturalną studentów.

Wyrazy wdzięczności składam Dyrektorowi Instytutu Psychologii UAM Panu Profesorowi dr. hab. Jerzemu Brzezińskiemu za życzliwość i wsparcie naukowych oraz publikacyjnych inicjatyw pracowników, doktorantów i studentów Instytutu Psychologii.

Pragnę także podziękować Recenzentowi – Pani Profesor dr hab. Jolancie Miluskiej za cenne uwagi i sugestie, które w znaczący sposób wpłynęły na poziom merytoryczny publikacji.

Chciałabym również gorąco podziękować Monice Marczak, która niestrudzenie od 2007 r. pomaga mi w organizacji kolejnych konferencji i zawsze jest w pełnej gotowości do działania w kryzysowych sytuacjach organizacyjnych.

Poznań, luty 2011 r.

Katarzyna Palus

część pierwsza

PŁEĆ I GENDER

MIĘDZY SPOŁECZEŃSTWEM A RODZINĄ

ANNA MARIA WRÓBLEWSKA

Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu
Wydział Prawa i Administracji, Katedra Teorii Prawa i Państwa

Polityka gender mainstreaming w Unii Europejskiej

Wprowadzenie

Zasada równości i zakaz dyskryminacji m.in. ze względu na płeć stanowi obecnie pewnego rodzaju standard w aktach prawnych o różnej randze, poczynając od prawa międzynarodowego, przez prawo wspólnotowe, na krajowym kończąc. Chciałabym się skupić przede wszystkim na prawie Unii Europejskiej, a zwłaszcza na gender mainstreamingu, czyli włączaniu do głównego nurtu polityki problematyki związanej z płcią. Gender mainstreaming wywodzi się z prawa międzynarodowego, stanowi też jedną z polityk horyzontalnych Unii Europejskiej.

1. Równość płci

O równości płci (ang. *gender equality*) można mówić wtedy, gdy kobietom i mężczyznom przypisuje się taką samą wartość społeczną, równe prawa i równe obowiązki oraz gdy mają oni równy dostęp do zasobów (środków finansowych, szans), z których mogliby korzystać (Mażewska, Zakrzewska 2007, s. 15). Pojęcie to zakłada, że ludzie mogą w sposób wolny rozwijać osobiste zdolności i dokonywać wyborów bez ograniczeń związanych z ich społeczno-kulturowymi rolami płciowymi oraz że odmienne zachowania, ambicje i potrzeby kobiet i mężczyzn są traktowane i oceniane w oparciu o zasadę równości (*Sto haseł o równości*, 2000). Zasada równości kobiet i mężczyzn, jak wskazuje Rada Europy, jest fundamentalną i uniwersalną zasadą praw człowieka. Oznacza to, że żadne państwo członkowskie Rady Europy nie może odmówić uznania tego

prawa, powołując się na odmienne tradycje społeczno-kulturowe i religijne albo systemy ekonomiczne i prawne (Borowska, Branka 2005, s. 63). Równość płci oznacza równe uwidocznienie, uwłasnowolnienie (ang. *empowerment*) i uczestnictwo obydwu płci we wszystkich sferach życia publicznego i prywatnego. Równość płci to przeciwieństwo nierówności płci, nie zaś nieuznawanie różnic między płciami. Różnice między płciami istnieją. Rzecz w tym, by nie wpływały one negatywnie na warunki życia kobiet i mężczyzn, by nie były przyczyną dyskryminacji. Raz jeszcze podkreślę: nie chodzi o jednakowość (Z *perspektywy równości płci*, 2005, s. 13), wszak w idei równości płci zawarte jest prawo do bycia innym (ibidem, s. 14), ale o promocję pełnego uczestnictwa kobiet i mężczyzn w życiu społecznym (ibidem, s. 13), o akceptację i równe wartościowanie mimo różnych ról, jakie kobieta i mężczyzna pełnią w społeczeństwie (ibidem, s. 14), a także o dyskusję nad tym, w jaki sposób można zmienić struktury społeczne, które przyczyniają się do podtrzymywania nierównych relacji władzy między kobietami i mężczyznami (ibidem, s. 15).

2. Zasady równego traktowania i równych szans

Z równością płci nierozzerwalnie związane są dwie zasady: zasada równego traktowania i zasada równych szans. Pierwsza z nich (ang. *equal treatment for women and men*) stanowi jedną z naczelnych zasad prawnych Wspólnot Europejskich. Jest ona związana z ekonomicznym i socjalnym wymiarem praw człowieka. Równe traktowanie ma być rozumiane dosłownie – jako jednakowość traktowania kobiet i mężczyzn i brak zróżnicowania ze względu na płeć we wszystkich przejawach życia społecznego, zwłaszcza w stosunkach pracy. Równe traktowanie oznacza nie tylko równą płacę za równą pracę (i pracę o tej samej wartości), ale także równe warunki pracy, równy dostęp do szkoleń i awansów (Mażewska, Zakrzewska 2007, s. 15) oraz eliminację bezpośredniej i pośredniej dyskryminacji ze względu na płeć (*Sto haseł o równości*, 2000). Drugą zasadą jest zasada równych szans (ang. *equal opportunities for women and men*). Równe szanse to brak barier (przede wszystkim prawnych) utrudniających udział w życiu gospodarczym, politycznym i społecznym z powodu przynależności do określonej płci (Mażewska, Zakrzewska 2007, s. 15).

3. Dwa podejścia do polityki równości płci

Polityka równości płci ma na celu zapewnienie równego statusu kobietom i mężczyznom poprzez:

- określenie przyczyn występowania nierówności między płciami,
- wypracowanie sposobów zapobiegania powstawaniu nierówności,
- stworzenie metod likwidacji już istniejących nierówności.

Analizując całokształt tej polityki, można dostrzec dwa podejścia, które opierają się na nieco innych założeniach, w związku z czym kładą akcent na inne elementy problematyki, stawiając sobie odmienne cele do zrealizowania. Pierwsze z nich nastawione jest wyłącznie na kobiety – podkreśla brak udziału kobiet w różnych sferach życia, zwłaszcza w przestrzeni publicznej, drugie zaś jest oparte na zasadzie równości obu płci i koncentruje się zarówno na kobietach, jak i na mężczyznach. Różnice pomiędzy tymi sposobami myślenia obrazuje tabela 1.

Tabela 1. Analiza dwóch podejść do polityki równości płci

	Podejście nastawione wyłącznie na kobiety	Podejście koncentrujące się na ludziach
Przedmiot zainteresowania	Kobiety	Relacje między kobietami i mężczyznami
Problem	Wykluczenie kobiet (z życia społecznego, zawodowego itd.)	Nierówne relacje, które uniemożliwiają zrównoważony rozwój oraz pełne w nim uczestnictwo kobiet i mężczyzn
Cel	Bardziej sprawny i efektywny rozwój	Zrównoważony rozwój, z równomiernym udziałem kobiet i mężczyzn w podejmowaniu decyzji i sprawowaniu władzy oraz w korzystaniu z możliwości i zasobów
Rozwiązanie	Integracja kobiet w istniejących strukturach	Przekształcenie relacji i struktur opartych na nierówności, zaangażowanie w działania osób marginalizowanych i kobiet
Strategie	Projekty realizowane wyłącznie z myślą o kobietach (zwiększenie wydajności dochodów i umiejętności kierowania gospodarstwem domowym)	Określenie i podjęcie działań wobec praktycznych oraz strategicznych potrzeb określonych przez kobiety i mężczyzn w celu poprawy ich sytuacji

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Polityka równości płci. Przewodnik Inicjatywy wspólnotowej EQUAL* (2005, s. 9).

4. Geneza strategii gender mainstreaming

Przykładem podejścia opartego na zasadzie równości kobiet i mężczyzn, które koncentruje się na ludziach (przedstawicielach obu płci) jest polityka gender mainstreaming. Ma ona stanowić receptę na poprawę dysproporcji w traktowaniu kobiet i mężczyzn. Gender oznacza płeć kulturową, zwaną także społeczno-kulturową tożsamością płci. Płeć biologiczna (ang. *sex*) odnosi się do anatomicznych i fizjologicznych różnic między ciałem kobiety i mężczyzny, czyli cech determinowanych przez biologię. Gender skupia się na tych cechach,

które przyswajamy w procesie socjalizacji. To kultura określa bowiem, jakie role mają sprawować w społeczeństwie przedstawiciele obu płci i jakie mają być relacje między płciami biologicznymi. System taki nie jest narzucony raz na zawsze, może podlegać przemianom historycznym, np. kiedyś miejsce kobiet było wyłącznie w domu, dziś coraz częściej angażują się w pracę zawodową (MacDonald 1997, za: Callamard 2001, s. 8). Mainstreaming oznacza natomiast włączenie danej tematyki do głównego nurtu. Ów nurt (ang. *mainstream*) to zbiór głównych i dominujących idei, postaw, praktyk oraz trendów (*Polityka równości płci*, 2005, s. 12). Główny nurt kształtuje rzeczywistość, decyduje o tym, kto co otrzymuje, oraz dostarcza uzasadnienia dla określonego dostępu do możliwości i podziału zasobów.

Połączenie gender i mainstreaming daje zatem włączenie problematyki płci do głównego nurtu polityki. Strategia ta polega na włączaniu wymiaru równości kobiet i mężczyzn we wszelkie działania, w tym ustawodawstwo, politykę, projekty we wszystkich dziedzinach i na wszystkich poziomach. Podejmując jakiegokolwiek działania, powinno się oceniać ich wpływ na sytuację kobiet i mężczyzn. Ich problemy i doświadczenia powinny więc być integralnym elementem planowania, wdrażania, monitorowania i ewaluacji wszelkich polityk i programów we wszystkich sferach życia politycznego, społecznego i ekonomicznego, aby kobiety i mężczyźni odnosili równe korzyści, a nierówności nie były utrwalane. Ostatecznym celem jest osiągnięcie równości płci (ECOSOC 1997, za: *Polityka równości płci*, 2005, s. 13). Należy bowiem mieć na uwadze to, że wszelkie decyzje i działania podejmowane na rzecz społeczności mają wpływ na wchodzące w jej skład jednostki, a one zawsze mają płeć. Jest to często wpływ odmienny, nierówny. Gender mainstreaming zakłada natomiast, że podejmowane decyzje i prowadzone działania realizują w równym stopniu różne potrzeby obu płci. Stosowanie zasady gender mainstreaming w praktyce sprawia, że dostrzegamy te różnice, uwzględniamy je w planowanych i realizowanych działaniach i staramy się je w jednakowym stopniu zaspokajać.

Koncepcja gender mainstreaming po raz pierwszy pojawiła się w dokumentach międzynarodowych opracowanych podczas Trzeciej Światowej Konferencji ONZ w Sprawach Kobiet (Nairobi, 1985), gdzie przyjęto „Perspektywiczne strategie na rzecz awansu kobiet (FLS)”. Dziesięć lat później, na kolejnej konferencji przyjęto Deklarację Pekińską, która wskazuje na trzy podstawowe cele (Sycz 2004):

- uwłasnowolnienie, wzmocnienie pozycji kobiet (ang. *empowerment*),
- promocję i ochronę praw kobiet i potwierdzenie podstawowej zasady, że prawa kobiet stanowią integralną i niepodzielną część powszechnych praw człowieka,
- promocję równości poprzez włączanie aspektu równości do wszystkich dziedzin życia.

Strategia gender mainstreaming została również włączona bezpośrednio do Platformy Działania przyjętej wówczas w Pekinie – rządy i inne zainteresowane strony powinny promować czynną i widoczną politykę włączania perspektywy kulturowej tożsamości płci (gender) w zasadniczy nurt wszystkich strategii i programów, aby każda decyzja była poprzedzona analizą jej skutków odpowiednio dla kobiet i mężczyzn (*Z perspektywy równości płci*, 2005, s. 21 n.). Przygotowując się do konferencji w Pekinie, Rada Europy powołała Grupę Specjalistów ds. strategii włączania do głównego nurtu kulturowej tożsamości płci. W efekcie powstała definicja gender mainstreaming:

Polityka równości płci to (re)organizacja, doskonalenie, rozwój i ocenianie procesów politycznych tak, aby podmioty zazwyczaj uczestniczące w jej tworzeniu włączały perspektywę równości płci w każdy jej rodzaj, na wszystkich szczeblach i etapach (Rada Europy, 1998, za: *Polityka równości płci*, 2005, s. 13).

Definicja ta ma charakter wieloaspektowy, gdyż:

- strategia ma na celu włączanie do głównego nurtu działań politycznych perspektywy równości płci, co ma służyć zrównaniu statusu kobiet i mężczyzn;
- wymieniane są funkcjonalne i strukturalne skutki (np. ulepszanie, rozwój procesów politycznych), zatem włączanie perspektywy równości płci jest procesem zarówno politycznym, jak i technicznym;
- nie jest to działanie cząstkowe, nie ogranicza się tylko do wybranych aspektów i technik, lecz zakłada pełne uczestnictwo kobiet we wszystkich aspektach życia oraz analizę z perspektywy równości płci wszystkich propozycji i programów politycznych ogólnych i branżowych (*Z perspektywy równości płci*, 2005, s. 23 n.).

Unia Europejska, która ma status obserwatora przy ONZ, uczestniczyła w Konferencji Pekinńskiej oraz w opracowywaniu dokumentów końcowych. Zaowocowało to zobowiązaniem się przez Radę Komisji Europejskiej do informowania o postępach w realizacji Platformy Działania w krajach członkowskich Unii w postaci Raportów Rocznych na temat równych szans kobiet i mężczyzn w Unii Europejskiej. Raporty takie są publikowane od 1996 r. Komisja wydała też specjalny komunikat [COM (96)67, za: *Polityka równości płci*, 2005, s. 13] dotyczący włączania zagadnień równych szans kobiet i mężczyzn do polityki i inicjatyw Wspólnoty, w którym czytamy, że polityka równości płci nie ogranicza się do promowania działań mających na celu pomoc kobietom. Polega ona na stymulowaniu ogólnej polityki oraz podejmowaniu konkretnych działań zmierzających do osiągnięcia równości poprzez uwzględnianie na etapie planowania ewentualnego wpływu na sytuację mężczyzn i kobiet (perspektywa równości płci). Oznacza to systematyczne analizowanie prowadzonych działań i polityki oraz uwzględnianie ich potencjalnych rezultatów na etapie ich konstruowania i wdrażania.

Podstawową cechą przyjętej przez Komisję Europejską (ibidem) zasady włączania w główny nurt polityki jest systematyczne rozpatrywanie w polityce, a także we wszystkich działaniach wspólnotowych, różnic między warunkami, położeniem oraz potrzebami kobiet i mężczyzn. Nie oznacza to ułatwiania dostępu kobiet do programów lub zasobów wspólnotowych, ale raczej jednocześnie mobilizowanie instrumentów prawnych, zasobów finansowych oraz możliwości analitycznych i organizacyjnych Wspólnoty, prowadzących w efekcie do budowania zrównoważonych relacji między kobietami i mężczyznami. Pod tym względem jest konieczne i istotne, aby polityka równości między kobietami i mężczyznami była oparta na solidnej analizie statystycznej sytuacji kobiet i mężczyzn w różnych obszarach życia oraz zmian zachodzących w społeczeństwach.

Gender mainstreaming to systematyczne włączanie polityki płci do wszystkich strategii i działań politycznych na etapie planowania, wdrażania, monitorowania, ewaluacji oraz formułowanie ogólnej polityki pod tym kątem i wykorzystywanie w tym celu specjalnych środków (Solik i in. 2007, s. 7 n.). Warto przypomnieć, że od momentu wejścia w życie Traktatu Amsterdamskiego gender mainstreaming stanowi jedną z polityk horyzontalnych Unii (obok ochrony środowiska, zrównoważonego rozwoju i społeczeństwa informacyjnego), a więc jest jedną z priorytetowych kwestii, i musi być realizowana we wszystkich państwach członkowskich, we wszystkich instytucjach administracyjnych. Ponadto przyznawanie środków finansowych z funduszy unijnych jest w coraz większym stopniu zależne od tego, czy dany projekt uwzględnia perspektywę genderową (por. Branka i in. 2010).

5. Po co nam płeć w głównym nurcie?

Po bliższym zapoznaniu się z metodologią włączania perspektywy równości płci do głównego nurtu działań politycznych (*Z perspektywy równości płci*, 2005, ss. 30-32) można wskazać liczne argumenty przemawiające za zasadnością tej strategii, m.in.:

- w centrum tworzenia polityki plasuje człowieka – uwzględnia wpływ decyzji politycznych zarówno na sytuację kobiet, jak i mężczyzn, biorąc pod uwagę ich specyficzne cechy i potrzeby,
- sprzyja lepszemu rządzeniu – kwestionuje neutralność polityk ze względu na płeć, nakazuje analizę polityk pod tym kątem,
- pełniej wykorzystuje zasoby ludzkie, gdyż angażuje zarówno kobiety, jak i mężczyzn oraz czyni obie płcie odpowiedzialnymi za zwalczanie nierównowagi w społeczeństwie,

– uwidacznia i podkreśla kwestie równości – stają się one zauważalne, podczas gdy dotąd znajdowały się na marginesie spraw społecznych i politycznych; rodzi także dyskusję nad równością płci z innej perspektywy,

– uwzględnia różnice między ludźmi – istoty ludzkie nie są abstrakcyjnymi podmiotami, lecz mają konkretną tożsamość, a grupy kobiet i mężczyzn nie tworzą homogenicznych grup – różnią się w wielu aspektach.

Autorzy i autorki podręcznika *Polityka równości płci. Przewodnik Inicjatywy Wspólnotowej EQUAL* (2005, s. 10 n.) wyliczają, czym nie jest, a czym jest strategia gender mainstreaming. Podkreślają, że polityka równości płci nie jest wyłącznie sprawą kobiet, nie polega na podejmowaniu działań i odnoszeniu korzyści tylko przez kobiety. Jej celem nie jest ani wstrzymanie, ani radykalna zmiana polityki i projektów kierowanych do kobiet lub mężczyzn. Nie polega również na obwinianiu kogokolwiek za istniejące nierówności. Nie koncentruje się jedynie na poprawie statystyk, lecz na rzeczywistej poprawie sytuacji kobiet i mężczyzn. Polityka równości płci uznaje, że płeć jest jedną z najbardziej elementarnych systematyzujących cech w społeczeństwie, wpływającą na nasze życie od chwili narodzin. Zakłada poszanowanie tożsamości mężczyzn i kobiet, będąc równocześnie świadomą różnic między życiem kobiet i mężczyzn, uznaje ich zróżnicowane potrzeby, doświadczenia i priorytety.

Polityka równości płci:

– oznacza ograniczanie ubóstwa, pobudzanie rozwoju gospodarczego i wzmacnianie postaw obywatelskich,

– jest aktywnym procesem nastawionym na przewyżczanie nierówności, które są przyczyną dyskryminacji ze względu na płeć,

– jest ukierunkowana na ważne dziedziny polityki gospodarczej i społecznej,

– jest uzasadniona ekonomicznie, ponieważ zapewnia aktywność zarówno kobiet, jak i mężczyzn, przy stuprocentowym wykorzystaniu siły roboczej w wieku produkcyjnym,

– stanowi dalszy krok na drodze do osiągnięcia równości,

– zakłada ustanowienie zrównoważonego podziału obowiązków między kobietami i mężczyznami,

– wymaga zdecydowanego działania i wsparcia świata polityki, przy jasnym określeniu przejrzystych wskaźników i celów,

– nie może zostać zrealizowana natychmiast – jej wdrażanie jest procesem.

Strategia gender mainstreaming oznacza:

– różnice między kobietami i mężczyznami nie mogą być powodem nierównego traktowania,

– radykalne zweryfikowanie sposobu funkcjonowania rynków pracy oraz kwestii zatrudnienia kobiet i mężczyzn,

- długofalowe zmiany w społeczeństwie, zmiany w podziale ról rodzicielskich, modelu rodziny oraz organizacji pracy, modelu wykorzystania czasu, a nawet zmiany instytucjonalne,
- raczej przekształcanie głównego nurtu polityki niż podejmowanie kolejnych działań na rzecz kobiet w oderwaniu od jej założeń,
- partnerstwo między kobietami i mężczyznami zapewniające ich pełnoprawny udział w rozwoju społeczeństwa oraz korzystaniu z jego zasobów,
- reagowanie na zasadnicze przyczyny nierówności i podejmowanie działań naprawczych,
- podejmowanie działań nie tylko uwzględniających zróżnicowanie płci, ale również zmniejszających nierówności w ich traktowaniu,
- właściwe formułowanie zagadnień – tak, by dostrzec, gdzie najlepiej skierować ograniczone zasoby,
- poświęcanie większej uwagi mężczyznom oraz ich roli w tworzeniu społeczeństwa opartego na równości.

Istnieją jednak kwestie odnoszące się do polityki równości płci, które mogą budzić kontrowersje. Po pierwsze, gender mainstreaming zakłada, iż mężczyźni i kobiety różnią się nie tylko pod względem biologicznym, ale również kulturowym, w związku z czym mają odmienne potrzeby, które powinny być w równym stopniu uwzględniane. Jak czytamy w *Faktach i mitach* na temat gender mainstreaming, w dążeniu do osiągnięcia równości płci nie chodzi o to, by mężczyźni rodzili dzieci i byli przepuszczani w drzwiach, a wszystkie kobiety pracowały w kopalniach. Zasada równości płci nie pomija rzeczywistości istniejących różnic między kobietami a mężczyznami, nie neguje ich ani im nie zaprzecza. Po drugie, polityka gender mainstreaming nie dotyczy tylko i wyłącznie kobiet. Odnosi się do kobiet i mężczyzn oraz do relacji między nimi. Mężczyźni tak samo jak kobiety spotykają się z dyskryminacją, padają ofiarą uproszczonych sposobów myślenia, tyle że zazwyczaj w innych obszarach życia. Po trzecie, strategia gender mainstreaming ma zastosowanie wszędzie tam, gdzie pracują ludzie: kobiety i mężczyźni, i tam, gdzie podejmowane są decyzje (Balejko, Matuszak 2005). Przy każdej wprowadzanej zmianie należy zastanowić się, jakie będzie miała skutki i dla kobiet, i dla mężczyzn. Ważne jest, aby przestać się kierować rzekomo neutralnym męskim wzorcem, by rozróżniać potrzeby ludzi w zależności od płci, wieku, kultury czy możliwości fizycznych. Polityka równości płci nie może zastąpić debaty politycznej, która jest niezbędna, by określić, jak powinny się układać relacje pomiędzy płciami. Pomaga jednak w lepszej realizacji celów określonych w wyniku tej debaty. Chodzi zatem o to, by uwzględnić perspektywę kobiet w polityce wszystkich instytucji państwowych, gdyż perspektywa mężczyzn jest w nich obecna od zawsze (Plakwicz 2005, s. 20).

6. Kłopoty z gender mainstreamingiem

Polityka gender mainstreaming spotyka się z szeroką krytyką różnych środowisk, które w odmienny sposób definiują ten termin bądź też dostrzegają związane z nim zagrożenia (por. Bajda 2007; Loužek 2006; Kowalski 2008). W środowiskach feministycznych wytyka się brak radykalizmu, możliwość rozmijania się celów strategii i łatwość nadużyć. Jak pisze Jolanta Plakwicz (2005, s. 21), działania w ramach tej polityki opierają się na założeniu, że obie płcie są w sytuacji symetrycznej, dlatego mogą w praktyce prowadzić do pogłębienia zależności kobiet od mężczyzn. Trzeba więc zawsze dobrze się zastanowić, czym chcemy się zajmować w ramach tej polityki – czy harmonizowaniem relacji pomiędzy płciami, czy wzmacnianiem kobiet.

Marek Loužek (2006) porównuje wyznaczony poprzez Strategię Lizbońską cel Komisji Europejskiej, jakim jest osiągnięcie 60% zatrudnienia kobiet do roku 2010, do socjalistycznego planowania. Twierdzi też, że mówiąc o niższych o 15% pensjach kobiet od mężczyzn, automatycznie zakłada się, iż różnica ta jest wynikiem bezpośredniej dyskryminacji kobiet oraz strukturalnych nierówności, takich jak „zaszeregowywanie płci do pewnych gałęzi produkcji, zawodów i systemów pracy”. Ignoruje się zarazem fakt, że o pracę w poszczególnych zawodach ubiegają się ludzie wolni, których nikt nigdzie nie umieszcza na siłę. Loužek konstatuje, że plan genderowy Unii Europejskiej to jeden z najsmutniejszych wytworów brukselskiej biurokracji. Zamiast szacunku dla wolności, rynku i tradycji, Komisja Europejska przygotowuje rewolucję kulturalną, której nie powstydziliby się Chiny Mao Tse Tung. Nie pozostawi za sobą co prawda milionów ofiar, ale stara się regulować i kontrolować życie ludzi w sposób bardzo przypominający działania komunistów. Powinniśmy stawiać czoła takim eksperymentom.

Środowiska przychylne polityce równości płci nie traktują tej strategii jako sposobu na rozwiązanie wszystkich problemów związanych z równością płci. W literaturze podkreśla się zagrożenia płynące z niewłaściwego zastosowania zasady gender mainstreaming (*Z perspektywy równości płci*, 2005, ss. 27-29). Zagrożenia te mogą wynikać z:

- niezrozumienia koncepcji włączania perspektywy równości i sposobu, w jaki ta strategia odnosi się do szczegółowych działań na rzecz równości płci – może być pretekstem do zaprzestania wspierania specyficznej polityki równości;
- niewłaściwego rozumienia równości płci (ograniczone i zbyt wąskie założenia) – równość to nie tylko przeciwdziałanie dyskryminacji, należy promować równość jako prawo pozytywne, zasadę, że kobiety i mężczyźni są wolnymi jednostkami, a różnice i odmienności wymagają szacunku;

- **podejścia do kształtowania polityki** – do tej pory kwestiami równości płci zajmowali się eksperci, teraz muszą je podjąć osoby zaangażowane w kształtowanie polityki na każdym z jej etapów;
- **stosowania niepasujących do tej strategii narzędzi i technik politycznych**, co wymaga opracowania nowych i adaptowania już istniejących (np. analiza danych statystycznych z uwzględnieniem zmiennej, jaką jest płeć);
- **niedostatku wiedzy na temat perspektywy równości** – sprawy związane z równością płci nie będą należały do wyspecjalizowanych komórek na szczeblu centralnym, lecz będą obowiązywały pracowników we wszystkich jednostkach organizacyjnych;
- **tego, że o perspektywie równości będzie się mówić, a nic w tej sprawie nie robić** – potrzebna jest wola polityczna i zaangażowanie na rzecz zniesienia nierówności i przezwyciężenia ich przyczyn.

Podsumowanie

Gender mainstreaming nie może zastąpić wszystkich dotychczasowych działań w dziedzinie równości szans kobiet i mężczyzn. Strategia ta powinna owe działania jedynie uzupełniać. Nie można zatem zaprzestać ani ograniczać aktywności i działań skierowanych przede wszystkim lub wyłącznie do kobiet jako grupy, której interesy były dotychczas marginalizowane. Istnieje bowiem ryzyko, że pod pozorem wyrównywania szans obu płci specyficzne interesy kobiet znowu zostałyby pominięte (Juranova 2002, s. 71). Należy odróżnić strategię gender mainstreaming od tradycyjnych działań na rzecz równości płci, które rozwiązują konkretny problem wynikający z nierówności i mogą znacznie szybciej przynieść oczekiwane rezultaty w konkretnym wymiarze. Gender mainstreaming zaś jako ogólna zasada przy właściwym rozumieniu tej koncepcji, odpowiednim podejściu do kształtowania polityki oraz dostatecznej wiedzy na temat perspektywy równości będzie te działania harmonizować i uzupełniać. W żadnym wypadku natomiast nie może zastąpić ani unieważnić specyficznej polityki równości płci i mechanizmów instytucjonalnych.

Literatura

- Bajda, J. (2007). Terroryzm z ludzką twarzą. *Nasz Dziennik*, 12 V.
- Balejko, D. K., Matuszak, J. (2005). Trenujemy gender. *Zadra – pismo feministyczne*, 4(25).
- Borowska, M., Branka, M. (2005). Alfabet równości płci. W: M. Tański (red.). *Polityka równości płci na poziomie lokalnym*. Warszawa: Fundacja Ośrodek Informacji Środowisk Kobietych Ośka.

- Branka, M., Rawłuszko, M., Siekiera, A. (2010). *Zasada równości szans kobiet i mężczyzn w projektach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Poradnik*. Warszawa: Ministerstwo Rozwoju Regionalnego.
- Callamard, A. (2001). *Metodologia badań nacechowanych wrażliwością na społeczno-kulturową tożsamość płci*. Stowarzyszenie Amnesty International w Polsce.
- Fakty i mity. [http://www.gm.undp.org.pl/aktualnosci.php?news=43&wid=2&wai=\(11.06.2006\)](http://www.gm.undp.org.pl/aktualnosci.php?news=43&wid=2&wai=(11.06.2006)); [http://www.gm.undp.org.pl/aktualnosci.php?news=56&wid=2&wai=\(11.06.2006\)](http://www.gm.undp.org.pl/aktualnosci.php?news=56&wid=2&wai=(11.06.2006)).
- Juranova, J. (2002). GM – nowa polityka równościowa. W: M. Grabowska (red.). *W drodze do Unii Europejskiej. Przewodniczka nie tylko dla kobiet*. Warszawa: Fundacja im. Heinricha Bolla.
- Kowalski, E. Wprowadzenie. http://homodei.com.pl/upload/File/Wprowadzenie_ok.htm (22.02.2008).
- Loužek, M. (2006). Plan polityki genderowej Unii Europejskiej. *Międzynarodowy Przegląd Polityczny*, 4, 160-164.
- Mażewska, M., Zakrzewska, M. (2007). *ABC równości – podręcznik samorządowca*. Gdańsk: Stowarzyszenie Współpracy Kobiet NEWW Polska.
- Plakwicz, J. (2005). O potrzebie gender mainstreaming w polityce. W: M. Tański (red.). *Polityka równości płci na poziomie lokalnym*. Warszawa: Fundacja Ośrodek Informacji Środowisk Kobiety Ośka.
- Polityka równości płci. Przewodnik Inicjatywy wspólnotowej EQUAL* (2005). Przekład dokumentu Komisji Europejskiej: *EQUAL. Guide on Gender Mainstreaming*. Warszawa: Fundacja Fundusz Współpracy.
- Z perspektywy równości płci. Ramy koncepcyjne, metodologia i przykłady dobrych praktyk* (2005). Warszawa: Sekretariat Pełnomocnika Rządu ds. Równego Statusu Kobiet i Mężczyzn.
- Solik, A., Lohmann, K., Kamiński, T., Kostyra, B. (2007). *Gramy fair. Równość płci w instytucjach rynku pracy*. Warszawa.
- Sto haseł o równości* (2000). Warszawa: Publikacja Stowarzyszenia Kobiet na rzecz Równego Statusu Płci – Pekin 1995.
- Sycz, S. (2004). *Gender mainstreaming – strategia działań UE na rzecz równości płci*. http://www.ism.uni.wroc.pl/publikacje/teksty/gender_mainstreaming.pdf (27.05.2008).

ŁUKASZ BUDZICZ

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Instytut Psychologii

Niski udział kobiet wśród menedżerów wysokiego szczebla – konkurujące modele wyjaśniające

Wprowadzenie

Współcześnie kobiety stanowią znaczącą część siły roboczej. Według najnowszych danych (Cheung, Halpern 2010), w Stanach Zjednoczonych 45% wszystkich pracowników stanowią kobiety, natomiast na stanowiskach kierowniczych jest ich 40% (Eagly, Carli 2007). Niestety, rozkład płci w puli najwyższych stanowisk dowodzi, że kobiety są wyraźnie niedoreprezentowane. W grupie 1000 największych amerykańskich spółek tylko w 24 (2,4%) dyrektorem generalnym jest kobieta (oraz ok. 6% stanowisk w ścisłych zarządach tych spółek; ibidem). W Polsce rozkład wyników jest podobny. Spośród 182 dużych spółek notowanych na warszawskiej Giełdzie Papierów Wartościowych głównego prezesa kobietę posiada 11 firm (6%; wyliczenie własne).

Psychologowie, socjologowie i ekonomiści poświęcają wiele czasu i uwagi próbom wyjaśnienia tego zjawiska. Temat ma duże znaczenie praktyczne, jest naukowo złożony i, co wymaga szczególnego podkreślenia, kontrowersyjny. W literaturze przedmiotu istnieją dwie najbardziej wpływowe teorie wyjaśniające ten stan rzeczy. Jedna – społeczno-kulturowa – przyczyn braku dostępu kobiet do najwyższych stanowisk upatruje w dyskryminacji, stereotypach płciowych, wzorcach kulturowych i odmiennych sposobach socjalizacji kobiet i mężczyzn. Druga – ewolucyjna – zwraca uwagę przede wszystkim na historię ewolucyjną człowieka i to, jak różne presje selekcyjne odmiennie kształtowały fenotyp psychologiczny kobiet i mężczyzn w zakresie motywacji do dążenia do wysokiego statusu, skłonności do podejmowania ryzyka i cenionych war-

tości. Stanowiska te są po części komplementarne, a po części wykluczające się nawzajem.

Najbardziej znaczącą przedstawicielką pierwszego podejścia jest psycholog społeczna Alice Eagly (np. Eagly, Carli 2007). W moim przekonaniu wyznawanie go jest swego rodzaju polityczną poprawnością. Specjalne wydanie flagowego czasopisma psychologicznego „American Psychologist” (z kwietnia 2010 roku), poświęcone (nie)różnorodności wśród przywódców, było zdominowane przez popleczników Eagly. W literaturze w języku polskim przykładem tego podejścia jest książka Lindy Brannon (2002, rozdz. 13). Z kolei stanowisko ewolucyjne prezentują tacy badacze, jak David Geary (1998), Kingsley Browne (2002) czy Linda Mealey (2000). Polski czytelnik może się z nim szerzej zapoznać poprzez książki Anne Campbell (2004), Stevena Pinkera (2005, rozdz. 18) i Susan Pinker (2009).

Analizę głównych tez zwolenników jednego i drugiego podejścia, wskazanie ich słabości i próbę syntezy poprzedzi hipoteza, że ogromne zróżnicowanie liczebności kobiet i mężczyzn na wysokich stanowiskach kierowniczych wynika z tego, iż kobiety są przeciętnie gorszymi menedżerami. Warto sprawdzić, co mówią na ten temat systematyczne badania.

1. Skuteczność kobiet na stanowiskach kierowniczych

Na pytanie: „Czy kobiety są dobrymi szefami?” każdy może mieć gotową odpowiedź, a nawet podeprzeć ją anegdotycznymi przykładami. Metoda naukowa polega jednak na tym, że pytania empiryczne są weryfikowane na drodze empirycznej, a postawione wyżej pytanie jest bez wątpienia empirycznie weryfikowalne. Skuteczność przywództwa można badać na dwa sposoby. Pierwszym z nich są eksperymenty laboratoryjne, w których arbitralnie przydzielamy kobiecie lub mężczyźnie przywództwo grupy i oceniamy jakość pracy grupy na podstawie pewnych względnie obiektywnych kryteriów (np. stopnia wykonania jakiegoś zadania). Drugą metodą są badania terenowe, w których mierzy się różnice kobiet i mężczyzn menedżerów na podstawie obiektywnych (np. wielkość zysków) lub subiektywnych wskaźników (np. satysfakcja współpracowników z pracy z określonym menedżerem).

Tego typu badań w literaturze są setki. Badania w różnych kontekstach i różnych grupach dają jednak różne wyniki. Dlatego przeprowadza się metaanalizy, aby wykazać, jaki ogólny wniosek wypływa z opublikowanych badań. W ten sposób zmniejsza się ryzyko wyciągania nietrafnych wniosków w oparciu o jedną metodę, niereprezentatywną próbę lub błędy metodologiczne. W dalszej części wszędzie tam, gdzie to możliwe, będę opierał się na wynikach metaanaliz.

Na podstawie przeglądu 76 badań obejmujących łącznie tysiące uczestników stwierdzono, że różnica w wielkości efektu skuteczności przywództwa w zależności od płci wynosi $d = -0,02$ (w przypadku wielkości efektów będą stosował arbitralnie podział: liczby dodatnie oznaczają wyższy wynik mężczyzn, a ujemne – wyższy wynik kobiet; „d” oznacza statystykę „d Cohena”, tj. różnicę średnich dwóch grup podzieloną przez wielkość odchylenia standardowego całości danych; por. Coe 2002). Oznacza to, że nie ma żadnego znaczącego efektu, badania empiryczne nie wskazują, aby generalnie kobiety były mniej skutecznymi przywódcami (Eagly i in. 1995).

Szczegółowa analiza rodzajów badań ujawnia, że różnice między płciami są zwykle niewielkie. Przykładowo, nie znaleziono znaczącej różnicy między badaniem laboratoryjnym ($d = 0,07$) a dotyczącym rzeczywistych menedżerów ($d = -0,03$). Kobiety minimalnie lepiej kierowały w organizacjach komercyjnych, edukacyjnych i rządowych (odpowiednio: $d = -0,07$, $d = -0,11$, $d = -0,15$), a mężczyźni w wojsku ($d = 0,42$). Mężczyźni nieco lepiej wypadali jako menedżerowie liniowi (tj. bezpośrednio nadzorujący prace szeregowych pracowników: $d = 0,19$), natomiast kobiety były nieznacznie lepszymi menedżerami średniego szczebla ($d = -0,18$). Warto odnotować, że kobiety były oceniane jako lepsi menedżerowie (lub kierownicy grupy powołanej do eksperymentu), gdy ich oceny dokonywali podwładni ($d = -0,12$) lub zewnątrzni sędziowie ($d = -0,19$), natomiast mężczyźni przodowali, gdy ich pracę oceniali współpracownicy ($d = 0,25$) lub przełożeni ($d = 0,14$). Generalnie metaanaliza (Eagly i in. 1995) nie daje podstaw do uznania przedstawicieli jednej z płci za potencjalnie lepszy materiał na menedżera, na ogół bowiem wykazywała brak różnic lub bardzo niewielkie różnice.

Poważnym ograniczeniem przytoczonej metaanalizy jest to, że – siłą rzeczy – nie przedstawia wyników badań nad skutecznością przywódców najwyższego szczebla. Organizacje niechętnie pozwalają badać swoich dyrektorów, i takie badania bardzo rzadko mają miejsce. A jest to o tyle poznawczo ważne, że kobiety w bardzo niewielkim stopniu są dyskryminowane, jeśli chodzi o dostęp do stanowisk kierowniczych. Szczególnie interesujące jest to, jak sobie radzą tam, gdzie jest ich najmniej. Pewne wyjaśnienie przynosi analiza korelacyjna przeprowadzona przez Hemę A. Krishnan i Daewoo Park (2005). Wykazały one, że w największych amerykańskich korporacjach występowała umiarkowana korelacja ($r = 0,15$) pomiędzy procentowym udziałem kobiet w zarządach spółek a ich rentownością.

Ważnym uzupełnieniem tych rozważań są badania dotyczące stylu przywództwa. Kobiety i mężczyźni różnią się nieznacznie w tym zakresie. Kobiety nieco częściej przyjmują demokratyczny (partycypacyjny) styl sprawowania władzy ($d = -0,22$), a mężczyźni autokratyczny (Eagly, Johnson 1990). Zaskakujące jest to, że w badaniach prowadzonych w organizacjach nie znaleziono

różnicy pomiędzy płciami w zakresie orientacji na zadania a orientacji na ludzi. Takie różnice pojawiały się jedynie w badaniach laboratoryjnych. Może to świadczyć o tym, że sytuacje eksperymentalne wyzwalały w badanych zachowania zgodne z płcią albo też kobiety, które są menedżerami w organizacjach, mają podobny styl przewodzenia jak mężczyźni.

Psychologowie organizacji wyróżniają jeszcze inną typologię sposobów zarządzania ludźmi, która zakłada istnienie trzech stylów: transformacyjnego, transakcyjnego i nieingerującego. Przywódcy transformacyjni komunikują swoją postawą wartości organizacji, wzbudzają optymizm i zaangażowanie w cele, stymulują intelektualnie oraz dbają o indywidualny rozwój pracowników. Przywódcy transakcyjni budują relację z pracownikami w oparciu o wymianę – za realizację celów organizacji przyznają nagrody, poza tym wychwytyują i korygują błędy. Przywódcy nieingerujący unikają brania odpowiedzialności, nie wykazują zainteresowania problemami i odkładają je na później (por. Chmiel 2003, ss. 321-323). Przegląd 45 badań (Eagly i in. 2003) wskazuje, że kobiety minimalnie częściej wykazywały zarówno transformacyjny ($d = -0,10$), jak i transakcyjny styl przywództwa ($d = -0,13$), natomiast mężczyźni częściej cechowali się stylem nieingerującym ($d = 0,16$). Ponadto kobiety częściej dbały o indywidualne traktowanie i rozwój pracowników ($d = -0,19$), zaś mężczyźni częściej zarządzali przez krytykę, tj. profilaktyczne poszukiwanie błędów ($d = 0,12$) i naprawianie ich, gdy się pojawią ($d = 0,27$).

Menedżerowie bardzo często angażują się w negocjacje, zarówno z wewnętrznymi, jak i zewnętrznymi podmiotami. Warto zaznaczyć, że żadna z metaanaliz nie wykazała, że kobiety i mężczyźni różnią się pod względem umiejętności negocjacyjnych (Walters i in. 1998), co wykazano także, przeprowadzając eksperymenty psychologiczne (Stuhlmacher, Walters 1999). Brak fundamentalnych różnic w skuteczności przywództwa w zależności od płci wydaje się więc być empirycznie dobrze udokumentowany. Spory zaczynają się, gdy dyskusja dotyczy przyczyn niskiego udziału kobiet na szczytach organizacji.

2. Perspektywa społeczno-kulturowa

Zdaniem części badaczy (bardzo często badaczek), przyczyn niedostatecznej reprezentacji kobiet należy poszukiwać w czynnikach społeczno-kulturowych. Mężczyźni, którzy zdobyli władzę, niechętnie dzielą się nią z kobietami. W społeczeństwie pokutuje stereotyp, że kobiety nie nadają się do zarządzania. Jego skutki są takie, że kobiety obniżają swoje ambicje, a osoby oceniające potencjalne kandydatki na menedżerów nieświadomie kierują się ich płcią przy ocenie. Mężczyźni od najwcześniejszych lat są zachęcani do rywalizacji i osiągnięć, natomiast kobiety mają być przede wszystkim układne i wchodzić w harmonijne relacje społeczne. Efekt wywierają również role związane

z płcią – znacznie częściej to kobiety zajmują się dzieckiem, przez co muszą sobie robić dłuższe przerwy w karierze, lub pracując, nie mogą poświęcać tyle czasu organizacji, ile mężczyźni. Alice Eagly i Linda Carli (2007) proponują zastąpienie metafory „szklanego sufitu” metaforą „labiryntu”. Wskazują, że nieproporcjonalnie dużo kobiet na każdym etapie kariery jest eliminowana lub wycofuje się z wyścigu o wysokie stanowiska.

Dobrze udokumentowanym faktem jest to, że bycie menedżerem kobietą często wiąże się z istotnymi kompromisami w życiu osobistym. W pewnym badaniu uczestniczyło ponad 1000 menedżerów (w tym 223 kobiet) wszystkich szczebli z największych amerykańskich korporacji. Średnia wieku badanych kobiet wynosiła 34 lata, a mężczyzn 37 lat. Kobiety były znacznie rzadziej zamężne niż ich koledzy na podobnych stanowiskach (45% vs. 86%), a także znacznie rzadziej miały dzieci (20% vs. 62%) (Stroh 1992). Podobne różnice można zaobserwować w przypadku prawników i prawniczek prestiżowych kancelarii (Browne 1998) oraz naukowców (Cheung, Halpern 2010).

Efektem nierówności w opiece nad dziećmi jest to, że kobiety znacznie częściej podejmują zajęcia na niepełny etat (Mealey 2000, s. 348; Lubinski, Benbow 2006). A. Eagly i L. Carli (2007) zwracają uwagę na to, że ograniczenia związane z macierzyństwem mogą być bardziej paradoksalne, np. mające dzieci kobiety menedżerowie mogą być rzadziej proszone o podejmowanie się dodatkowych zadań, gdyż ich przełożeni nie chcą zajmować im czasu, który mogłyby poświęcić swoim pociechom. Tym samym kobiety mogą mieć mniejsze możliwości wykazania się. Wydaje się też, że firmy mogą z tego powodu nie chcieć powierzać kobietom najwyższych stanowisk dyrektorskich, na których najtrudniej zastąpić daną osobę.

Twierdzenie, że kobiety, starając się o stanowiska menedżerskie, padają ofiarą stereotypów związanych z płcią, spotyka umiarkowane poparcie w badaniach. Przeprowadzono wiele eksperymentów, w których badanym prezentowano CV kandydata do pracy, dokonując manipulacji płcią. Niektórzy badani oceniali rzekomo CV kobiet, inni mężczyzn, w rzeczywistości jednak były one takie same. Heather Davison i Michael Burke (2000) przeprowadzili metaanalizę takich badań. Wykazali, że ogólny efekt związany z płcią był praktycznie zerowy (średnia korelacja na poziomie $r = 0,07$), tak więc badani nie faworyzowali mężczyzn. Jeśli jednak oceniane CV dotyczyło zawodów typowo kobiecych lub typowo męskich, dała się zauważyć umiarkowana korelacja na korzyść osób o płci pasującej do danego zawodu. Nie znaleziono natomiast efektu „zmowy mężczyzn” – mężczyźni w porównaniu do kobiet wcale nie oceniali korzystniej CV innych mężczyzn, wprost przeciwnie – metaanaliza dowiodła, że to kobiety nieznacznie faworyzowały mężczyzn. Jednak co najważniejsze, wykazano, że im więcej informacji o kandydacie badani posiadali, tym efekt płci był mniejszy.

Osobną grupę stanowią badania, w których ocenia się menedżerów na podstawie opisów, manipulując eksperymentalnie pomiędzy grupami płci opisywanej osoby (Eagly i in. 2003). Wykazano minimalny ($d = 0,05$) efekt faworyzowania mężczyzn. Szczególnie faworyzowano mężczyzn autokratycznie zarządzających w stosunku do zarządzających w ten sposób kobiet ($d = 0,30$). Nieznacznie faworyzowano także mężczyzn wykazujących zorientowany na zadanie styl zarządzania ($d = 0,08$). Jednakże nie stwierdzono faworyzowania osobników jednej z płci, gdy prezentowano styl demokratyczno-partycypacyjny lub styl zorientowany na ludzi. Metaanaliza wykazała również, że kobiety minimalnie lepiej oceniały menedżerów mężczyzn niż mężczyźni. Na podstawie tych wyników A. Eagly i L. Carli (2007) wysunęły hipotezę, że kobiety są podwójnie związane: są negatywnie oceniane przez podwładnych za zachowania typowo męskie (autokratyczne), natomiast mężczyźni, którzy są „kobięcy” tj. zorientowani na ludzi i demokratyczni, nie są oceniani gorzej. Wyniki zdają się potwierdzać tę teorię, choć warto zaznaczyć, że poziom sukcesów kobiet menedżerów jest do pewnego stopnia skorelowany z przyjmowaniem zachowań „męskich”, takich jak asertywność, dominacja i skłonność do rywalizacji (Wong 1985, za: Browne 1998).

Na korzyść stanowiska społeczno-kulturowego zauważmy, że kobiety istotnie zdają się być mniej pewne swoich zdolności przywódczych w porównaniu do mężczyzn. W badaniu Paula Daviesa i in. (2005) kobietom i mężczyznom prezentowano materiały filmowe przedstawiające reklamy neutralne lub oparte na stereotypach płci (np. dziewczyna ciesząca się, że kupiła sobie nowy żel na trądzik). Następnie badani oceniali, jak chętnie przyjęliby rolę lidera w pewnym zadaniu. Rodzaj reklam nie wpływał na gotowość do przeprowadzenia mężczyzn, jednakże kobiety oglądające reklamy stereotypowo przedstawiające ich płć były mniej skore do przyjęcia tej roli wobec grupy kontrolnej (ok. 1 pkt na 7-punktowej skali). W innym, klasycznym już, badaniu Edwina Megargee (1969) za pomocą metod kwestionariuszowych zmierzono skłonność do dominacji, a następnie utworzono pary, w skład których zawsze wchodziła jedna dominująca i jedna niedominująca osoba. Pary były tej samej płci lub mieszane. Badani po pewnym czasie interakcji mieli wybrać spośród siebie lidera do następnego zadania. W przypadku par jednej płci liderem częściej zostawał dominujący mężczyzna (69%) lub dominująca kobieta (72%). W przypadku pary dominujący mężczyzna – niedominująca kobieta liderem był znacznie częściej mężczyzna (89%). Jednak gdy parę tworzyli dominująca kobieta i niedominujący mężczyzna, to mężczyzna w 78% przypadków był dezygnowany na lidera!

Zdaniem Wendy Wood i Alice Eagly (2002), powyższe obserwacje można wytłumaczyć w ramach teorii biospołecznej. Wychodzi ona z założenia, że kobiety i mężczyźni różnią się do pewnego stopnia anatomicznie, np. w zakresie

siły fizycznej i zdolności do porodu, z czego z kolei wywodzą się uniwersalne różnice w podziale pracy w tradycyjnych społecznościach (np. mężczyźni na ogół polują na duże zwierzęta, kobiety zajmują się przygotowywaniem posiłków). W toku historii różnice te przekładały się na nierówny dostęp przedstawicieli obydwu płci do zasobów i władzy. Kultura konsekwentnie socjalizuje młodych mężczyzn i kobiety do spełniania swojej roli płciowej – w przypadku mężczyzn jest to przede wszystkim rywalizacja, agresywność, asertywność oraz dążenie do sukcesów i wysokiego statusu, a w przypadku kobiet – tworzenie harmonijnych relacji społecznych, zajmowanie się dziećmi i domem, a także uległość wobec mężczyzn. Badaczki zakładają, że kobiety i mężczyźni mają podobny psychologiczny potencjał do bycia osobami asertywnymi, dążącymi do sukcesów i rywalizującymi, natomiast obserwowalne różnice to wynik oddziaływań społecznych, a nie wrodzonych różnic biologicznych.

3. Perspektywa ewolucyjna

W ciągu ostatnich 20 lat daje się zauważyć znaczący wzrost znaczenia perspektywy ewolucyjnej w psychologii i naukach zajmujących się zachowaniem człowieka (Buss 2005; Dunbar, Barrett 2007). Jej podstawowym założeniem jest to, że dobór naturalny kształtuje nie tylko fenotyp anatomiczny i fizjologiczny, ale również psychologiczny. Zwierzęta, a także ludzie, posiadają gatunkowo specyficzne adaptacje psychologiczne, które w toku doboru naturalnego zostały wyselekcjonowane, gdyż zwiększały sukces reprodukcyjny. Co ważne, takie adaptacje podlegają zmianom znacznie wolniejszym niż środowisko, w którym żyjemy. Przykładowo, ludzie miewają fobie dotyczące pajaków, węży, wysokości czy otwartych przestrzeni, choć współcześnie nieporównywalnie większym zagrożeniem są samochody, broń palna czy gniazdka elektryczne, ale lęków przed nimi raczej się nie spotyka (Öhman, Mineka 2001).

W dziedzinie różnic międzypłciowych psychologowie ewolucyjni zwracają uwagę na to, że kobiety i mężczyźni rozwiązywali do pewnego stopnia różne problemy adaptacyjne, np. mężczyźni częściej polowali i badania systematyczne wykazują wyższy poziom umiejętności rotacji mentalnych u mężczyzn, nawet jeśli dziś w ogóle nie polują (Voyer i in. 1995). Należy podkreślić, że psychologia ewolucyjna nie zakłada, że różnice międzypłciowe są zero-jedynkowe, lecz to, że średnie wartości cech mogą się mniej lub bardziej różnić.

Jedną z różnic międzypłciowych jest dążenie do statusu społecznego. Status w toku naszej historii naturalnej odgrywał całkiem inną rolę u mężczyzn niż u kobiet. Mężczyźni o wysokim statusie mieli dużo większy dostęp seksualny do kobiet (Low 1990; Betzig 1992). Jest to związane z tym, że mężczyźni, którzy posiadali dostęp do zasobów lub potrafili je zdobywać, mogli znacząco zwiększyć szanse swoich dzieci na przeżycie (np. w grupach łowiecko-zbie-

rackich Ache 42% dzieci bez ojca nie dożywa 15. roku życia, dla porównania umiera tylko 20% dzieci wychowywanych z ojcem; za: Campbell 2004, s. 74), dlatego kobiety pragnęły takich mężczyzn jako partnerów. Mężczyźni dążyli więc do zdobycia wysokiej pozycji społecznej, aby wzbudzić zainteresowanie atrakcyjniejszych kobiet i/lub większej ich liczby (liczba partnerów nie przekładała się na sukces reprodukcyjny kobiet, ale przekłada się na sukces mężczyzn).

Współcześnie kobiety wciąż oczekują, by ich długoterminowy partner był społecznie poważany i dobrze sytuowany (Gangestad i in. 2007). David Buss (1989) przebadał przedstawicieli 37 kultur i we wszystkich kobiety większą wagę niż mężczyźni przykładali do przedsiębiorczości i dobrych perspektyw finansowych potencjalnego partnera. Zdaniem niektórych feministek (np. Eagly, Wood 1999), ma to związek z tym, że kobiety mają zwykle mniejszy dostęp do zasobów, więc ich oczekiwania są raczej odzwierciedleniem ich sytuacji społeczno-ekonomicznej. Takie wyjaśnienie jest jednak problematyczne w świetle badań, które wykazują, że kobiety bardzo dobrze sytuowane są zainteresowane partnerami jeszcze lepiej sytuowanymi od siebie (np. Ellis 1992). Jest więc wysoce prawdopodobne, że dobór naturalny kształtował specyficzne adaptacje u mężczyzn związane z dążeniem do statusu, np. agresywność i skłonność do rywalizacji. U kobiet te adaptacje nie są tak wyraźne, gdyż ich sukces reprodukcyjny w niewielkim stopniu wiązał się z ich własnym statusem (Campbell 2004, ss. 116-121), ponadto kobiety ze względu na ciążę, laktację i opiekę nad dziećmi miały ograniczone możliwości, aby walczyć o pozycję społeczną.

Różnice te ujawniają się w badaniach preferencji zawodowych. Przykładowo mężczyźni poszukujący pracy większą wagę niż kobiety przykładają do zarobków (0,42), a mniejszą do dobrej atmosfery ($d = -0,37$) i elastycznych godzin pracy ($d = -0,16$), co stwierdzono, badając preferencje 2 tysięcy młodych ludzi szukających doradztwa w wyborze kariery (Gati i in. 1995). Gdy jednak porównać, dla jak wielu osób dany aspekt pracy jest „bardzo ważny”, wtedy różnice międzypłciowe są jeszcze wyraźniejsze. Dużo więcej mężczyzn niż kobiet przywiązuje wielką wagę do zarobków (30% vs. 17%), prestiżu (12% vs. 8%) i możliwości awansu (31% vs. 22%). Mężczyźni preferują zazwyczaj te branże, które wiążą się z potencjalnie wyższymi zarobkami (np. praca w biznesie, firmach technologicznych), natomiast kobiety wyrażają większe zainteresowanie pracą w ośrodkach kultury i organizacjach pomagających innym (ibidem).

Warto wspomnieć o badaniu Davida Lubinskiego i Camilli Benbow (2006), którzy śledzili przez 35 lat losy ponad 1,5 tysiąca wybitnie utalentowanych matematycznie kobiet i mężczyzn. Przedstawiciele obydwu płci mieli podobną liczbę możliwości edukacyjnych i zawodowych, byli jednakowo wspierani przez rodzinę i nie różnili się osiągnięciami w młodym wieku. Jednakże w do-

rośłym życiu dla mężczyzn większe znaczenie miało zarobienie dużych pieniędzy (0,36), wynalezienie lub odkrycie czegoś ($d = 0,21$) oraz odnoszenie sukcesów w pracy ($d = 0,21$). Kobiety podkreślały, że ważne jest dla nich życie blisko krewnych i rodziców ($d = -0,27$), posiadanie bogatego życia duchowego ($d = -0,21$) oraz bliskich przyjaciół ($d = -0,32$). Największa różnica dotyczyła preferowanego trybu pracy – kobiety znacznie częściej wolały pracę w niepełnym wymiarze godzin ($d = -0,76$), natomiast mężczyźni w pełnym ($d = 0,71$) (Benbow i in. 2000). Prawie dwukrotnie więcej mężczyzn (40% vs. 20%) wyrażało chęć pracy ponad 60 godzin w tygodniu (Lubinski, Benbow 2006). Kobiety zatem nie tylko mniej pracują, ale i deklarują, że wolą utrzymywać zdrową równowagę między pracą a życiem osobistym.

Linda Mealey (2000) zwraca uwagę, że mężczyźni przyciągają zawody o wysokim prestiżu. W Stanach Zjednoczonych zawód lekarza cieszy się wysokim prestiżem i wysoki odsetek lekarzy stanowią mężczyźni. Takiego społecznego poważania nie mają lekarze w Chinach i tam częściej wykonują ten zawód kobiety (ibidem, s. 348). Badaczka zauważa, że zawód psychologa klinicznego stracił nimb zawodu elitarnego, gdy dostęp do niego stał się względnie otwarty i coraz więcej kobiet zaczęło go wykonywać (ibidem, s. 349). Te różnice można wyjaśnić tym, że zawody męskie są postrzegane jako prestiżowe lub tym, że bardziej przyciągają one mężczyzn. Drugie wytłumaczenie wydaje się bardziej prawdopodobne, jeśli weźmiemy pod uwagę, że to mężczyźni dominują w zawodach mało prestiżowych, choć przyzwicie opłacanych, np. taksówkarzy, pracowników wysypisk śmieci czy rybaków (Pinker 2009, s. 266).

Mężczyźni dla wysokiej pozycji społecznej są również gotowi ryzykować życiem. Najbardziej ryzykowne zawody są zdominowane przez mężczyzn (ibidem, s. 266). Ulegają oni 90% wszystkich śmiertelnych wypadków w miejscu pracy (Browne 1998). Metaanaliza 150 badań (Byrnes i in. 1999) również wyraźnie wskazuje na to, że mężczyźni chętniej ryzykują, a różnice ujawniają w prawie wszystkich badanych kategoriach. Można wnioskować, że dobór naturalny wykształcił w kobietach większą awersję do ryzyka, gdyż zdrowie i życie matki miało większe znaczenie dla przetrwania jej dzieci niż zdrowie i życie ojca (Campbell 2004, ss. 89, 115). Wyniki tych badań mają o tyle znaczenie, że w toku historii naturalnej rywalizacja o pozycję społeczną wiązała się z ryzykiem, można więc przypuszczać, że różnice te wciąż ujawniają się w przeciętnych zachowaniach kobiet i mężczyzn w korporacjach (nawet jeśli rywalizacja w korporacji nie wiąże się już z zagrożeniem życia lub zdrowia). Może to też wyjaśniać, dlaczego w badaniu Edwina Megargee (1969) dominujące kobiety w parze z niedominującym mężczyzną przyjmują postawę bardziej uległą.

Istnieją również uniwersalne (międzykulturowo stałe) różnice między kobietami a mężczyznami w zakresie deklarowanych istotnych życiowych war-

tości. Dla kobiet większe znaczenie mają harmonijne relacje z innymi ludźmi ($d = -0,36$), dążenie do dobrostanu wszystkich ludzi (tzw. uniwersalizm; $d = -0,25$) oraz bezpieczeństwo osobiste ($d = -0,20$). Dla mężczyzn ważniejsze są władza nad innymi ($d = 0,29$) i osiągnięcia ($d = 0,24$) (Schwartz, Rubel 2005). Kobiety wolą pracować w organizacjach pożytku publicznego i rzeczywiście częściej znajdują tam zatrudnienie (Brannon 2002, s. 406), a także wyrażają większą satysfakcję z pracy, w której mogą realizować swoje wartości (Pinker 2009, s. 97). Uzdolnione matematycznie młode kobiety chętniej niż mężczyźni wybierały karierę w służbie zdrowia lub naukach społecznych (Lubinski, Benbow 2006).

Choć przytoczone badania dotyczyły przede wszystkim różnic międzypłciowych w ogólnej populacji, a nie populacji menedżerów wysokiego szczebla, mogą rzucać światło na to, czemu mniej kobiet decyduje się ubiegać o wysokie stanowiska. Awans na stanowisko dyrektora wymaga wielu lat intensywnej pracy, kosztuje dużo stresu i wymaga poważnych poświęceń w życiu prywatnym. Prawdopodobnie kobiety mają porównywalne z mężczyznami kompetencje, by sprawować takie funkcje, ale bycie na szczycie drabiny organizacyjnej ma dla nich na ogół mniejsze znaczenie. Wolą one raczej życie bardziej zrównoważone pomiędzy aktywnością zawodową i pozazawodową, być może również wolą budować relacje ze współpracownikami oparte na współpracy, a nie rywalizacji (Pinker 2009, rozdz. 3, 6, 8). Menedżerki w największych amerykańskich korporacjach tak samo często jak ich koledzy dostawały propozycje awansu, jednak częściej je odrzucały (Stroh 1992). Susan Pinker (2009, ss. 80-111) przytacza liczne anegdotyczne historie kobiet, które pomimo bardzo dobrych zarobków i perspektyw porzucały pracę, aby prowadzić życie poświęcone ważniejszym w ich odczuciu wartościom.

Podsumowanie

Niewątpliwą słabością stanowiska feministyczno-społecznego jest odrzucanie wpływów biologicznych. Takie myślenie ma bardzo długą tradycję w naukach humanistycznych i społecznych (Pinker 2005), ale wydaje się, że jest już całkowicie nie do obrony. Kobiety różnią się od mężczyzn nie tylko anatomicznie, ale również psychologicznie, czasami są to różnice duże, czasami niewielkie (Hyde 2005). Znaczna część tych różnic jest wynikiem wrodzonych czynników. Świadczy o tym przede wszystkim ich uniwersalność, tj. występowanie we wszystkich kulturach (Brown 1991, za: ibidem), spójny wzór niektórych zachowań wyłaniający się z porównań międzygatunkowych, a także korelacja pomiędzy ilością niektórych hormonów a wzorem męskich lub kobiecych zachowań niezależnie od rzeczywistej płci biologicznej (Pinker 2005, ss. 490-497). Koronnym dowodem na to są przypadki chłopców, którzy wskutek wypadków

lub chorób deformujących narządy płciowe mieli chirurgicznie kształtowane pochwy i byli wychowywani jako dziewczynki, jednakże ujawniali tożsamość i zachowania typowo męskie (Colapinto 2000, za: ibidem; Reiner, Gearhart 2004). Za ortodoksyjnym odrzucaniem wpływów biologicznych stoi prawdopodobnie błąd naturalizmu, tj. założenie, że jakiegokolwiek wrodzone różnice oznaczają przyzwolenie na dyskryminację i gorsze traktowanie. Takie rozumowanie jest jednak niesłuszne, gdyż decyzja o tym, by nie dyskryminować osób określonej płci, rasy lub religii, jest decyzją moralną, a nie deklaracją identyczności (przypomnijmy jednak, że badania nie ujawniają różnic w skuteczności przywództwa).

Wiara we wpływ socjalizacji również wydaje się być mocno przesadzona. Metaanaliza Hugh Lyttona i Davida Romneya (1991) oparta na 172 badaniach z udziałem 28 tys. dzieci wykazała, że rodzice traktują bardzo podobnie dzieci obydwu płci. Nie wykazano przy tym, by rodzice znacznie częściej zachęcali chłopców do osiągnięć (wielkość efektu $d = 0,01$), w tym osiągnięć z matematyki ($d = 0,04$).

Niewątpliwie jednak, nawet jeśli za mniejszą reprezentację kobiet na wysokich stanowiskach odpowiadają motywacja i wartości kobiet, nie wyklucza to wpływu dyskryminacji i uprzedzeń. W XIX wieku w skład zarządów amerykańskich spółek, rządu, parlamentu i stowarzyszeń naukowców wchodziło prawie wyłącznie biali mężczyźni. Dziś ich udział jest mniejszy, choć ciągle znaczący. Z pewnością jednak od XIX wieku ani nie zwiększył się wrodzony potencjał kobiet, ani nie zmalał mężczyzn. Choć nie wydaje się rozsądne postulować, aby każdy możliwy zawód był wykonywany przez kobiety i mężczyzn w proporcji 50 : 50, warto jednak zastanowić się, czy reprezentacja kobiet na stanowiskach dyrektorskich na poziomie 5% lub mniejszym jest czymś pożądanym. Czy można ją tylko wytłumaczyć różnicami w motywacji? Nie sądzę.

Wydaje się, że kobiety menedżerki, urzeczywistniając ważne dla siebie wartości, mogą pozytywnie wpływać na organizacje i społeczeństwo, np. dbając o bardziej harmonijne relacje międzyludzkie, zmniejszając nierówności społeczne oraz niwelując zagrożenia środowiska wynikające z nie zrównoważonego rozwoju, dlatego warto wspierać większy ich udział w zarządzaniu. Natomiast otwartą kwestią pozostaje, czy parytety są dobrym rozwiązaniem.

Aby projektować rozsądne działania, należy przede wszystkim przeprowadzać badania bez ideologicznych założeń, szczególnie takich, które nie znajdują oparcia w rzeczywistości. Postulowałbym, po pierwsze, rozpoczęcie badań od pytania, ile kobiet – biorąc pod uwagę wszystkie koszty społeczne i psychologiczne – rzeczywiście chce się znajdować na szczytach drabiny korporacyjnej, i na tej podstawie szacować prawdziwą wielkość dyskryminacji. Po drugie, styl zarządzania kobiet ma pewne niewątpliwe zalety. Być może czasami to te zalety są – paradoksalnie – przeszkodą do awansu. Może rady

nadzorcze spółek w jakimś stopniu dyskryminują menedżerki, gdyż te dbają o bardziej sprawiedliwy rozdział zysku między akcjonariuszy a pracowników? Z badań wartości wynika, że zaletą dyrektora mężczyzny jest to, że łatwiej go motywować, zwłaszcza dobrami materialnymi i władzą. Prawdopodobnie to, co motywowałoby najbardziej kobiety, często stoi w sprzeczności z interesem akcjonariuszy.

Warto również dociekać, czy szerszy kontekst społeczno-ekonomiczny nie premiuje sposobu zarządzania mężczyzn. Jeśli konkurencja w gospodarce ma charakter gier zero-jedynkowych („wyeliminuj przeciwnika lub zgiń”), niewykluczone, że kobiety gorzej czują się na takich stanowiskach i nie chcą o nie zabiegać. Gdyby tak było, to samo wprowadzenie parytetów nie wystarczy, natomiast jeśli tak rzeczywiście jest, parytety tym bardziej nie pomogą.

Jestem przekonany, że wyjaśnienie niskiej reprezentacji kobiet na szczytach korporacyjnej władzy wymaga uwzględnienia interakcji wrodzonych średnich różnic międzypłciowych, mechanizmów dyskryminacji i szerszego kontekstu społeczno-ekonomicznego. Tylko na podstawie takiej rzetelnej wiedzy bez ideologicznych założeń wstępnych można budować skuteczne programy zmiany rzeczywistości.

Literatura

- Benbow, C., Lubinski, D., Shea, D., Eftekhari-Sanjani, H. (2000). Sex Differences in Mathematical Reasoning Ability at Age 13: Their Status 20 Years Later. *Psychological Science*, 11(6).
- Betzig, L. (1992). Roman polygyny. *Ethology and Sociobiology*, 13(5-6), 309-349.
- Brannon, L. (2002). *Psychologia rodzaju*. Tłum. M. Kacmajo. Gdańsk: GWP.
- Browne, K. (1998). An Evolutionary Account of Women's Workplace Status. *Managerial and Decision Economics*, 19(7/8), 427-440.
- Browne, K. (2002). *Biology at work: Rethinking sexual equality*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Buss, D. M. (red.) (2005). *The Handbook of Evolutionary Psychology*. New York: John Wiley and Sons.
- Buss, D. M. (1989). Sex differences in human mate preferences: Evolutionary hypotheses tested in 37 cultures. *Behavioral and Brain Sciences*, 12(1), 1-49.
- Byrnes, J., Miller, D., Schafer, W. (1999). Gender differences in risk taking: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125(3), 367-383.
- Campbell, A. (2004). *Jej niezależny umysł. Psychologia ewolucyjna kobiet*. Tłum. J. Kantor-Martynuska. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Cheung, F., Halpern, D. (2010). Women at the top: Powerful leaders define success as work + family in a culture of gender. *American Psychologist*, 65(3), 182-193.
- Chmiel, N. (2003). *Psychologia pracy i organizacji*. Gdańsk: GWP.
- Coe, R. (2002). It's the Effect Size, Stupid. What effect size is and why it is important. <http://www.leeds.ac.uk/educol/documents/00002182.htm> (24.03.2011).

- Davies, P., Spencer, S., Steele, C. (2005). Clearing the Air: Identity Safety Moderates the Effects of Stereotype Threat on Women's Leadership Aspirations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(2), 276-287.
- Davison, H., Burke, M. (2000). Sex discrimination in simulated employment contexts: A meta-analytic investigation. *Journal of Vocational Behavior*, 56(2), 225-248.
- Dunbar, R., Barrett, L. (2007). *The Oxford Handbook of Evolutionary Psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Eagly, A., Carli, L. (2007). Women and the Labyrinth of Leadership. *Harvard Business Review*, 85(9), 63-71.
- Eagly, A., Johannesen-Schmidt, M., Engen, M. van (2003). Transformational, transactional, and laissez-faire leadership styles: A meta-analysis comparing women and men. *Psychological Bulletin*, 129(4), 569-591.
- Eagly, A. H., Johnson, B. T. (1990). Gender and leadership style: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 108(2), 233-256.
- Eagly, A., Karau, S., Makhijani, M. (1995). Gender and the effectiveness of leaders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 117(1), 125-145.
- Eagly, A. H., Makhijani, M. G., Klonsky, B. G. (1992). Gender and the evaluation of leaders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 111(1), 3-22.
- Eagly, A. H., Wood, W. (1999). The origins of sex differences in human behavior: Evolved dispositions versus social roles. *American Psychologist*, 54, 408-423.
- Ellis, B. (1992). The evolution of sexual attraction: evaluative mechanisms in women. W: J. Barkow, L. Cosmides, J. Tooby (red.). *The Adapted Mind: evolutionary psychology and the generation of culture*. Oxford: Oxford University Press.
- Gangestad, S., Garver-Apgar, C., Simpson, J., Cousins, A. (2007). Changes in women's mate preferences across the ovulatory cycle. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(1), 151-163.
- Gati, I., Osipow, S., Givon, M. (1995). Gender differences in career decision making: The content and structure of preferences. *Journal of Counseling Psychology*, 42(2), 204-216.
- Geary, D. (1998). *Male, female: The evolution of human sex differences*. Washington: American Psychological Association.
- Hyde, J. (2005). The Gender Similarities Hypothesis. *American Psychologist*, 60(6), 581-592.
- Krishnan, H. A., Park, D. (2005). A few good women – on top management teams. *Journal of Business Research*, 58(12), 1712-1720.
- Low, B. (1990). Reproductive life in Nineteenth Century Sweden: An Evolutionary Perspective on Demographic Phenomena. *Ethology and Sociobiology*, 11, 411-448.
- Lubinski, D., Benbow, C. (2006). Study of Mathematically Precocious Youth After 35 Years: Uncovering Antecedents for the Development of Math-Science Expertise. *Perspectives on Psychological Science*, 1(4), 316-345.
- Lytton, H., Romney, D. (1991). Parents' differential socialization of boys and girls: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 109(2), 267-296.
- Mealey, L. (2000). *Sex Differences, Developmental and Evolutionary Strategies*. San Diego: Academic Press.

- Megargee, E. (1969). Influence of sex roles on the manifestation of leadership. *Journal of Applied Psychology*, 53(5), 377-382.
- Öhman, A., Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychological Review*, 108(3), 483-522.
- Pinker, S. (2005). *Tabula Rasa. Spory o naturę ludzką*. Tłum. A. Nowak. Gdańsk: GWP.
- Pinker, S. (2009). *Paradoks płci*. Tłum. E. Smoleńska. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Reiner, W., Gearhart, J. (2004). Discordant Sexual Identity in Some Genetic Males with Cloacal Exstrophy Assigned to Female Sex at Birth. *New England Journal of Medicine*, 350(4), 333-341.
- Schwartz, S., Rubel, T. (2005). Sex differences in value priorities: Cross-cultural and multimethod studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(6), 1010-1028.
- Stroh, L. (1992). All the Right Staff: A Comparison of Female and Male Managers' Career Progression. *Journal of Applied Psychology*, 77(3), 251-260.
- Stuhlmacher, A., Walters, A. (1999). Gender differences in negotiation outcome: a meta-analysis. *Personnel Psychology*, 52(3), 653-677.
- Voyer, D., Voyer, S., Bryden, M. (1995). Magnitude of sex differences in spatial abilities: A meta-analysis and consideration of critical variables. *Psychological Bulletin*, 117(2), 250-270.
- Walters, A., Stuhlmacher, A., Meyer, L. (1998). Gender and negotiator competitiveness: A meta-analysis. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 76(1), 1-29.
- Wood, W., Eagly, A. (2002). A cross-cultural analysis of the behavior of women and men: Implications for the origins of sex differences. *Psychological Bulletin*, 128(5), 699-727.

ŁUKASZ SKOCZYLAS

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Instytut Socjologii

Konstrukcja męskości w polskiej prasie dla mężczyzn

Wprowadzenie

Przez lata obecności w refleksji naukowej – socjologicznej, psychologicznej, filozoficznej, politologicznej i innych – kategoria płci kulturowej stała się podstawą do sformułowania wielu doniosłych tez dotyczących życia społecznego, była inspiracją dla rzeszy badaczy, przedstawicieli różnych dyscyplin, szkół, również kultur. Najczęściej jednak termin ten kojarzony jest tylko z pojęciem kobiecości, z badaniami feministycznymi oraz pewnym upolitycznieniem życia naukowego. Nie można zaprzeczyć, że *gender studies*, a więc studia nad płcią kulturową, zostały zapoczątkowane jako dyscyplina naukowa właśnie przez kobiety badaczki i dotyczyły wówczas głównie kobiecości. Od wielu lat jednak badania nad płcią kulturową nie są jednoznaczne z badaniami nad kobiecością. Literatura dotycząca męskości staje się coraz bogatsza, a liczne badania – podstawą do wyciągania coraz to nowych wniosków na temat naszej kultury i społeczeństwa. Można więc powiedzieć, że badania nad męskością „wyszły z cienia” i są dziś prężną dziedziną badań społecznych.

Rozwojowi badań nad męskością towarzyszy przekonanie, iż we współczesnym społeczeństwie można obserwować jej zmiany. Według niektórych są to zmiany gwałtowne, wynikające w dużej mierze z działań ludzi, którzy nie znajdują dla siebie miejsca w społeczeństwie tradycyjnych norm i wartości. Według innych, zmiany te są powodowane przez czynniki ekonomiczne i demograficzne. Zwykle rozważaniom nad zmianami męskości towarzyszy szersza refleksja historyczna, będąca podstawą analizy stanu współczesnego. Kategoria płci kulturowej staje się więc przedmiotem analiz interdyscyplinar-

nych, w których swój udział mają przedstawiciele zapewne wszystkich nauk społecznych, humanistycznych, a także sporej części nauk przyrodniczych, z medycyną i biologią na czele. Skutkuje to pojawieniem się sporów na temat tego, czym jest „płeć kulturowa”, a co za tym idzie – czym jest „męskość”. Aby ich uniknąć, „płeć kulturowa” będzie rozumiana jako stereotypowy zestaw cech osobowościowych charakteryzujących jednostki uznawane za należące do danej płci, nadawany jednostkom niezależnie od cech, które posiadają one w rzeczywistości. „Męskość” będzie zaś zestawem cech przypisywanym jednostkom zaliczanym do kategorii mężczyzn.

Badania, których wyniki zostaną przedstawione, są częścią szerszych badań dotyczących prezentacji wzorów męskości w prasie dla mężczyzn. Pozwolą one na wyróżnienie charakterystycznych sposobów konstrukcji męskości.

1. Tradycyjny wzór męskości i nowy wzór męskości

Podział na tradycyjny i nowy wzór męskości w pewnej mierze jest zgodny z obiegowymi opiniami na temat męskości, choć istnieją także jego naukowe opracowania, wśród których na szczególną uwagę zasługuje praca Krzysztofa Arcimowicza (2003, ss. 25-57).

Charakterystyczną cechą tradycyjnego wzorca męskości jest skupianie się na sukcesie w sferze publicznej (rozumianej jako sfera zawodowa, polityczna, religijna itp.). Sfera publiczna, kojarzona z kulturą i cywilizacją, jest zastrzeżona dla mężczyzn, podczas gdy sfera domowa pozostaje areną działań kobiecych. Istotnym rysem tradycyjnego wzorca męskości jest uznawanie mężczyzn za reprezentantów kultury, kobiet zaś – za reprezentantki natury. Stąd kobiety skupione są na swojej cielesności, mężczyźni natomiast odwrotnie – nie zwracają na nią uwagi lub nawet nią gardzą (por. Kaschak 2001, s. 46). Jednocześnie męskość łączona jest z wieloma cechami uznawanymi za zwierzęce (Brannon 2002, s. 213), takimi jak agresywność czy nieumiejętność opanowania własnych popędów. Różnice pomiędzy mężczyznami a kobietami są tłumaczone jako wynik ewolucji (por. ibidem, s. 61), budowy mózgu (ibidem, ss. 107-122; Moir, Jessel 2008; Pankowska 2005) czy świadomego założenia Stwórcy (Arcimowicz 2003, ss. 145-168; Katechizm Kościoła Katolickiego, 1994, ss. 66, 440). Mężczyzna jest lepszy, a wynika to z czynników, na które jednostka nie ma wpływu. Jednocześnie mężczyzna musi w swoim życiu udowadniać, że jest godny uznania go za męskiego, poprzez angażowanie się w aktywności uznawane za męskie.

W tradycyjnej męskości zawierają się różne, często sprzeczne cechy i zachowania. Istotne jest jednak to, że funkcjonują one w opozycji do tego, co kobiece, i są zewnętrzne wobec jednostki. Mężczyzna nie może swobodnie tworzyć swojej tożsamości płciowej, lecz musi ją zawsze dostosowywać do

zewnątrznych norm. W tym sensie tradycyjny wzór męskości, choć bardzo pojemny, jest równocześnie wyjątkowo sztywny i odporny na zmiany¹.

Nowy wzór męskości powstał w dużej mierze jako wyraz sprzeciwu wobec wzorca tradycyjnego. Sprzeciw ten jest podyktowany zarówno przesłankami natury filozoficzno-etycznej, jak i praktyką życia społecznego oraz indywidualnego jednostek ludzkich. Próby dostosowania się do tradycyjnego wzorca okazywały się bowiem często nieefektywne i wiązały z ogromnymi kosztami psychicznymi, a często i fizycznymi. Aspektem tradycyjnego wzorca, który spotkał się z szeroką krytyką, jest ograniczenie roli mężczyzny jako ojca w procesie wychowawczym jego dzieci. Dlatego jednym z najważniejszych elementów nowego wzoru męskości jest zaangażowanie w wychowywanie dzieci na każdym etapie ich rozwoju (Arcimowicz 2003, s. 189). Mężczyzna posiadający dzieci nie musi być jednak głową rodziny z kilku powodów. Po pierwsze, fakt istnienia kogoś, kto pełniłby w rodzinie funkcję kierowniczą, został zanegowany w nowym wzorze męskości. Mężczyzna i kobieta powinni równo dzielić się obowiązkami domowymi, wspólnie podejmować decyzje i formować partnerską relację, w której interesy obydwu stron są reprezentowane w takim samym stopniu. Po drugie, mężczyzna z dzieckiem niekoniecznie musi mieć żonę i tworzyć z nią wspólne gospodarstwo domowe.

Okazywanie uczuć swoim dzieciom idzie w parze w nowym wzorze męskości z samowiedzą i akceptacją własnych emocji. „Męski mężczyzna” nie musi już kierować się tylko i wyłącznie myśleniem racjonalnym, może także dawać upust swoim uczuciom. Takie zachowanie pozwala mu na wyższy stopień empatii i zrozumienia innych, co zmniejsza tendencję do agresywnych zachowań i ucisza pragnienie niezależności. Mężczyzna nie tylko nie tłumi już swoich emocji, ale także rozumie je, potrafi je nazwać i wyrazić. Ocenia również świat na podstawie wewnętrznych odczuć, analizuje sytuacje, w jakich się znalazł, pod kątem emocji, jakie biorą w nich udział. Akceptuje swoją zależność emocjonalną od innych i nie próbuje nikomu udowodnić, że jest samowystarczalny. Za źródło satysfakcji uważa zdrowe relacje z innymi, przede wszystkim ze swoją partnerką i dziećmi, ale także z przyjaciółmi i współpracownikami. Sukces materialny i zawodowy nie jest już dla niego równoznaczny z osobistym spełnieniem.

¹ Pogląd o sztywności i oporności na zmiany tradycyjnej męskości nie jest jednak powszechnie przyjmowany. Na przykład w społecznej teorii płci kulturowej Roberta Connella (1990) nie ma podziału męskości na nową i tradycyjną. Connell wyróżnia m.in. męskość hegemoniczną, a więc zbiór praktyk, które uosabiają akceptowane społecznie wyjaśnienia istnienia patriarchy, zapewniając tym samym pewnej grupie mężczyzn dominację nad kobietami, homoseksualistami, przedstawicielami mniejszości narodowych i etnicznych czy osobami ubogimi. Hegemoniczna męskość jest podatna na zmiany i przez to trudna do obalenia jako całość, a jej współczesną odmianę Connell postrzega jako przystosowaną do krytyki wysuwanej przez różne nurty feminizmu (por. Connell 1990; Demetriou 2001; Donaldson 1993).

Nowy model męskości, w porównaniu z modelem tradycyjnym, dodaje mężczyznom wiele cech i zachowań, poszerzając sferę tego, co może być uznane za „męskie”, wiele cech i zachowań jednak odrzuca. Za niemęskie może być z pewnością uznawane okazywanie agresji i zachowania nieodpowiedzialne, które w tradycyjnym modelu mogły uchodzić za dozwolone młodemu mężczyźnie. Odrzucona jest także, i to w całości, mizoginia wraz z androcentryzmem. Łączy się z tym daleko posunięta tolerancja wobec indywidualnych przeżyć i opinii na to, czym jest męskość i jak się ona objawia. Nowa męskość nie jest również tylko i wyłącznie heteroseksualna. W przeciwieństwie do tradycyjnego modelu nie jest ona tak sztywna, a jej granice w stosunku do np. kobiecości często się zacierają.

Kobiecość nie jest przeciwstawna męskości, trudno jednak jednoznacznie zdefiniować wzajemną relację tych dwóch pojęć. Męskość nie ma charakteru globalnego, lecz indywidualny. Istotnym elementem nowego wzoru męskości jest zainteresowanie mężczyzny własnym ciałem, uznawane za „feminizację” ciała męskiego (Melosik 2002, ss. 21-35). Łączy się to z rozwojem społeczeństwa konsumpcyjnego i idzie w parze z seksualizacją męskiego ciała (ibidem). Nowy mężczyzna jest również świadomym konsumentem dóbr i usług, sama konsumpcja jest zaś wartościowana przez niego pozytywnie (por. Baudrillard 2006, ss. 117-120).

Nowy wzór męskości znosi zatem podział cech i zachowań na „męskie” i „kobiece”, dając poszczególnym jednostkom dużo większą swobodę w konstruowaniu swoich tożsamości płciowych. Oczywiście wolność ta nie jest całkowita. Mężczyzna spełniający wymogi nowego wzoru męskości powinien dbać o swoje dzieci, nawiązywać partnerskie relacje intymne, akceptować własne emocje i zabiegać o jak najlepszy wygląd zewnętrzny. Nie powinien być natomiast agresywny i przekonany o swojej wyższości w jakiegokolwiek dziedzinie, która wynikałaby tylko z faktu bycia mężczyzną.

2. Prasa dla mężczyzn

Sposoby konstruowania wyżej opisanych wzorów męskości mogą być analizowane na podstawie prasy dla mężczyzn, która nie oferuje treści pornograficznych. Do gatunku tego można zaliczyć wszelkie czasopisma definiowane przez swoich twórców jako „męskie”. Równocześnie większość ich czytelników powinni stanowić mężczyźni.

Małgorzata Lisowska-Magdżiarz (2008, s. 305) twierdzi, iż pisma tego typu trwale wpisały się w krajobraz polskiego rynku prasowego dopiero pod koniec XX wieku. W Polsce, podobnie jak we Francji czy w Niemczech, zdobyły one przychylność większego grona czytelników dopiero wtedy, gdy zmiany w kulturze na to pozwoliły, a w systemie gospodarczym pojawiło się wystarczająco

dużo dóbr konsumpcyjnych uznawanych za typowo męskie. Wcześniej w państwach zachodnich pisma te nie były w ogóle wydawane albo pozostawały tytułami niszowymi, przeznaczonymi dla bardzo wąskiego grona odbiorców. W tym czasie w Polsce w ogóle nie występował ten gatunek mediów. M. Lisowska-Magdżiarz uznaje ten stan za wynik specyfiki życia w państwie, w którym oficjalnie obowiązywała ideologia socjalistyczna, dlatego za czasopisma dla mężczyzn uważano wyłącznie te, które zawierały treści pornograficzne. Były one sprowadzane z zagranicy nielegalnie i niezależnie od tego, czy zawierały przewagę treści publicystycznych, czy pornograficznych, były przez władze traktowane w taki sam sposób (ibidem). Warto zwrócić uwagę na doniosłe implikacje rozważań M. Lisowskiej-Magdżiarz. Czasopisma dla mężczyzn nie tylko bowiem prezentują wzorce męskości, lecz samo ich istnienie jest wynikiem dyskusji nad wzorcami i zmiany światopoglądowej dotyczącej pojmowania męskości we współczesnej kulturze. Czasopisma dla mężczyzn są więc w tym rozumieniu szczególnie istotne dla badań nad wzorami męskości.

3. Metodologia badań

W badaniach zastosowano metodę analizy treści, zarówno jawnych, jak i ukrytych. W celu wykonania analizy sporządzono klucz kategoryzacyjny, a więc system klasyfikacji (Pisarek 2008, s. 247), składający się z ogólnych kategorii kodowych, do których przydzielono poszczególne artykuły. Oprócz treści posłużono się dodatkowymi danymi o artykule, takimi jak: tytuł, podtytuł, zamieszczone w jego ramach zdjęcia, pogrubione fragmenty tekstu, miejsce artykułu w danym dziale czasopisma. Dane graficzne (zdjęcia, rysunki) wykorzystano tylko jako dane dodatkowe, mające pomóc w kategoryzacji tekstu. Po zakwalifikowaniu artykułów do odpowiednich kategorii w toku analizy jakościowej wyróżniono zastosowane w nich sposoby konstrukcji wzorca męskości.

W badaniach posłużono się celowym doбором próby, wybierając do analizy po dwa egzemplarze następujących magazynów skierowanych do mężczyzn: „Men’s Health”, „Gentleman” i „Male Men”. Przyjęto, iż są one charakterystyczne dla prasy skierowanej do mężczyzn na podstawie następujących kryteriów:

- samookreślenia czasopism tworzonego przez redakcje za pomocą tytułu, podtytułu lub hasła reklamowego,
- czytelnictwa określonych tytułów wśród płci (według badań udostępnianych przez wydawców),
- nieobecności treści o charakterze jednoznacznie erotycznym.

W analizie pominięto czasopisma zawierające jakiegokolwiek treści jednoznacznie pornograficzne. Choć część magazynów erotycznych ma także rozbudowaną warstwę nieerotyczną, ich analizowanie z pominięciem prezento-

wanych tam wzorów kobiecości byłoby wyrwaniem informacji z ważnego kontekstu, co być może miałyby wpływ na wyniki badań.

Do badań wybrano egzemplarze ww. czasopism dostępne w sklepach w czerwcu 2009 r., a więc odpowiednio: nr 6(59) (czerwiec) i 7-8(60) (lipiec-sierpień) „Men’s Health”, nr 5 (15 maja – 15 czerwca) i 6 (15 czerwca – 15 lipca) „Gentlemana” oraz nr 4(2) (maj-czerwiec) i 5(3) (lipiec-sierpień) „Male Men”. O ich wyborze zadecydowała więc dostępność w czasie przeprowadzania badań. Podstawowe dane dotyczące czasopism prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Podstawowe dane dotyczące badanych czasopism

Nazwa czasopisma	„Gentleman”	„Men’s Health”	„Male Men”
Rok ukazania się pierwszego numeru	1997	2004	2008
Redaktor naczelny	Mariusz Pujszo	Krzysztof Komar	Olivier Janiak
Nakład (w egz.)	15 000	106 958	60 000
Sprzedaż (procent nakładu)	68%	67%	b.d.
Cena podstawowa (w PLN)	9,70	9,95	19,00
Liczba numerów w roku	11	11	6
Liczba stron w badanych egzemplarzach	108	116/126	148
Wydawca	NuMedia	Motor Presse Polska	Andrzej Miękus
Czytelnicy mężczyźni (%)	75	79	b.d.

Źródło: strony internetowe czasopism: <http://www.gentleman.com.pl>, <http://www.menshealth.pl>, <http://www.malemen.pl>.

Celem badań był opis i próba zrozumienia pewnego wycinka rzeczywistości, bez zagłębiania się w kwestię zmiany tejże rzeczywistości w czasie. Innymi słowy, chodziło o niemal fotograficzne uchwycenie stanu wzorców męskości w prasie dla mężczyzn.

4. Konstrukcja tradycyjnego wzoru męskości w prasie dla mężczyzn

W wyniku analizy treści wybranych do badań egzemplarzy czasopism „Gentleman”, „Male Men” i „Men’s Health” wyróżniono łącznie siedem charakterystycznych sposobów, w jakie konstruowano na ich łamach tradycyjny wzorzec męskości (por. tabela 2).

By lepiej zilustrować wyniki, warto przywołać konkretne przykłady. W „Gentlemanie” zwraca uwagę artykuł Izabeli Lipnickiej o wyścigach małych jachtów

Tabela 2. Sposoby prezentacji tradycyjnego wzorca męskości

Czasopisma	Wzorzec męskości
„Gentleman”	Ukazywanie życia jako ciągłej walki Pozytywne wartościowanie ryzyka i dominacji Różnice między płciami przedstawiane w kontekście utożsamienia kobiecości z naturą, męskości zaś – z kulturą
„Male Men”	Ukazywanie życia jako ciągłej walki, ograniczonej jednak do najważniejszych kwestii, takich jak walka dobra ze złem, posługiwanie się przy tym modelami w postaci fikcyjnych bohaterów kultury popularnej Różnice między płciami przedstawiane są wraz z religijnymi argumentami na ich istnienie
„Men’s Health”	Ukazywanie życia jako ciągłej walki Pozytywne wartościowanie ryzyka i dominacji Różnice między płciami wynikają z ewolucji i odmiennej budowy mózgu Zachęcanie mężczyzn do samodzielnego radzenia sobie z problemami zdrowotnymi

Źródło: opracowanie własne.

pt. *Micro fanatycy* (G1²), która w główce artykułu pisze: „Balansują na granicy bezpieczeństwa i wytrzymałości sprzętu. Wtedy adrenaliny jest najwięcej. Nie ma strachu, liczy się tylko wynik. Zdeteterminowani, bezwzględni i waleczni. Indywidualiści i fanatycy. Podczas wyścigu nie ma mowy o wyrozumiałości i uprzejmości”. Śródtytuły jej artykułu to: „Z adrenaliną po drodze”, „Wyścig zbrojeń”, „Mordercza rywalizacja”. Wydarzenia opisywane przez I. Lipnicką nie są z pewnością czystą zabawą, gdyż „każdy sukces i porażka tych regat na długo pozostaną w twojej pamięci”. Jak widać, męczyzna się nie bawi, nawet hobby jest dla niego sprawą śmiertelnie poważną. Zważywszy na fakt porównania regat do walki, a warunków panujących w ich trakcie do poligonu, taka konkluzja na pewno nie jest przesadzona.

Innym przykuwającym uwagę artykułem jest tekst dotyczący żeglugi po Wiśle, zatytułowany *Rzeka dzika jak kobieta* (G2). W główce artykułu czytamy o Wiśle: „Ta rzeka jest jak kobieta. Dzika, trudna do ujarzżenia, nieprzewidywalna. Ale Łukasz wie, jak radzić sobie z kobietami. Szczególnie z tymi pięknymi. Udało mu się poskromić złośnicę i zostać panem największej z polskich rzek”. Mamy tu do czynienia z porównywaniem natury do kobiety. Wzajemne relacje męczyzny i kobiety są więc przedstawiane jako relacje pomiędzy naturą a kulturą. Męczyzna to reprezentant kultury, posiadający siłę, aby dominować nad naturą, a tym samym – nad kobietą. Dominacja ta jest źródłem satysfakcji. Na końcu artykułu czytamy: „I wtedy jest czas na delektowanie się męską dumą. W końcu dzięki piękności nie poddają się łatwo”. Pokona-

² Cytowane materiały prasowe będą oznaczane symbolami: G – pochodzące z „Gentlemana”, MH – „Men’s Health” i MM – „Male Men”.

nie „dzikiej piękności” daje mężczyznom, według „Gentlemana”, powód do dumy, a relacja z nią jest męcząca (potrzeba wszak odpoczynku). Trudno byłoby chyba o bardziej jaskrawy przykład przedstawiania idei mężczyzny jako reprezentanta kultury, charakterystycznej dla tradycyjnego wzorca męskości.

W „Male Men” uwagę zwraca przede wszystkim artykuł przedstawiający członków pewnego zespołu rajdowego (MM1). Zostali oni opisani w sposób kojarzący się z bohaterami komiksów lub filmów dla dzieci. Sam tytuł artykułu *Super heroes (Superbohaterowie)* odsyła do typowego dla kultury popularnej motywu współczesnych bohaterów, posiadających nadnaturalne moce. I tak o jednym z rajdowców czytamy, że „Pielęgniarki i lekarze w jednym z olsztyńskich szpitali dali mu przezwisko »Robocop« z szacunku dla tego, co potrafi znieść”, o innym zaś dowiadujemy się, iż „należy do następców antycznych herosów”. W artykule podkreśla się zaangażowanie bohaterów w sport, rajd zaś przyrównuje się do misji oraz walki ze złem. Oprócz porównania do Robocopa w artykule pojawiają się również porównania do innego bohatera kultury popularnej – Luke’a Skywalker’a; jednego z rajdowców określa się zaś mianem nadczłowieka, który „może pokonać armię wrogów”.

Kolejnym przykładem prezentacji tradycyjnego modelu męskości na łamach „Male Men” jest artykuł dotyczący stosunku różnych religii do kwestii męskości oraz roli, jaką mężczyzna powinien odgrywać w świecie. *Stworzył Bóg mężczyznę* (MM2) to opis poglądów pięciu kapłanów: imama, pastora (nazywanego w tekście „reformowanym księdzem ewangelickim”), zakonnika katolickiego, rabina oraz lamy. Przedstawiają oni poglądy reprezentowanych przez siebie wyznań na kwestię męskości oraz wzajemnych relacji między mężczyznami a kobietami. Cytowany w artykule zakonnik zwraca uwagę na męski indywidualizm („W praktyce pobożności jednak mężczyzna szuka raczej indywidualnej drogi i łatwiej odnajdzie się sam przed Bogiem, podczas gdy kobietom często lepiej we wspólnocie i chętniej modlą się razem”), akcentuje też „szczególną rolę mężczyzny” widoczną przede wszystkim w kapłaństwie. Ponadto „mężczyzna ma upodobnić się we wszystkim do Chrystusa”. Jak pisze autor artykułu, według zakonnika mężczyźni są szczególnie powołani do tego zadania: „Z racji zbieżności płci jeszcze bardziej mają starać się iść śladami Mistrza. Mężczyzna powinien starać się być najbardziej podobny do Chrystusa”.

Opinie pastora, rabina oraz imama są do poglądów tych podobne, choć oczywiście występują pomiędzy nimi pewne znaczące rozbieżności. Duchowni akcentują fasadową równość kobiet i mężczyzn, przy jednoczesnym uwypuklaniu różnic, jakie wedle ich religii występują pomiędzy płciami. Najbardziej konserwatywne poglądy ma w tym względzie imam. Najbardziej równościową postawę prezentuje natomiast duchowny buddyjski, który twierdzi, że nad-reprezentacja mężczyzn wśród lamów jest kwestią przypadku, a proporcje te w Polsce się wyrównują.

Omawiany artykuł jest szczególnie ciekawy, gdyż jednoznacznie włącza on religię w dyskusję nad tym, co oznacza „bycie mężczyzną”. Autor artykułu podsumowuje: „Duchowość. Jak ją mierzymy? Czy może mężczyzna, a nie kobieta, złapał gen duchowości? Czy jesteśmy lepsi? Czy mamy bliżej do Boga, niezależnie od tego jak go nazywamy i w jaki sposób mu służymy? Kilka wywiadów później wciąż nie znam odpowiedzi na te pytania”. Ciekawe jest połączenie w jednej myśli duchowości oraz przekonania o biologicznych determinantach zachowania człowieka.

Sposoby konstruowania tradycyjnego wzorca męskości obecne w poprzednio analizowanych czasopismach są także wykorzystywane w „Men’s Health”. Pojawia się tu jednak nowy aspekt – pisząc o wzajemnych relacjach damsko-męskich, redakcja „Men’s Health” powołuje się na badania naukowe. Przedstawia czytelnikom tezę, że kobieta i mężczyzna mają zupełnie inne cechy oraz potrzeby, gdyż zostali w odmienny sposób ukształtowani biologicznie. Odpowiada za to ewolucja, a potwierdzeniem tego są zamieszczone wyniki dwóch badań. Pierwsze z nich dotyczy subiektywnego postrzegania atrakcyjności fizycznej mężczyzn siedzących za kierownicą samochodów. Okazało się, że kobiety oceniały mężczyzn znajdujących się w samochodach luksusowych jako bardziej atrakcyjnych. Prawidłowości takiej nie zauważono jednak u mężczyzn, którzy wzięli udział w badaniu. Dziennikarz „Men’s Health” konkluduje: „Kobiety, jak widać, nadal szukają facetów zaradnych – tak je ukształtowała ewolucja. Praw fizyki nie zmienisz i nie bądź pan głąb” (MH1). Drugie badania wykazało, iż kobiety w czasie spotkań towarzyskich wysyłają sygnały, które mężczyźni błędnie odbierają jako zachęcające do odbycia stosunku seksualnego. W komentarzu „Men’s Health” cytuje autora badań, Skylera Place’a, mówiącego: „Ale to nie jest tak, że kobiety flirtują tylko po to, żeby Cię zrobić w balona. Flirt to ewolucyjnie wypracowany kobiecy sposób na to, aby dowiedzieć się od mężczyzny tak dużo, jak to możliwe”.

Redakcja „Men’s Health” używa argumentów naukowych nie tylko w stosunku do kobiet. W artykule *News Mózg* (MH2) czytamy, że męskie zachowania zgodne z tradycyjnym wzorcem męskości są naturalnym wynikiem budowy męskiego mózgu. Mężczyznom, którym w ramach eksperymentu pokazywano zdjęcia nagich kobiet, monitorując przy tym aktywność ich mózgu, uaktywniała się część tego organu odpowiedzialna za używanie narzędzi. Jak podsumowuje badanie dziennikarz gazety: „Mózg męskiego samca, choćby nie wiem jak dobrze wychowanego, reaguje na nagą kobietę jak na przedmiot i nie obchodzi go jej wnętrze”. To jedno zdanie odsłania aż kilka charakterystycznych cech tradycyjnego wzoru męskości. Zakłada, że kategoria „samiec” nie jest równoznaczna z kategorią „mężczyzna”. Samczość, kojarząca się z uwarunkowaniami biologicznymi, jest niewystarczająca. Ciekawe jest także złączenie w jednej myśli kulturowego nacisku na budowanie własnej męskości z biolo-

gicznym uzasadnieniem męskiego zachowania. Ponadto omawiany fragment artykułu neguje wpływ wychowania na człowieka.

Niezwykle interesującym przykładem prezentacji tradycyjnego wzoru męskości jest artykuł *Samopomoc chłopska* (MH3). Traktuje on o różnego rodzaju dolegliwościach, na jakie mogą cierpieć czytelnicy czasopisma. Choć sam temat nie pasuje do tradycyjnego wzorca męskości, w którym o zdrowiu mężczyzn się nie mówi, gdyż ich siła i sprawność nie powinna podlegać dyskusji, to jednak treść artykułu potwierdza, czego tradycyjny wzorec od mężczyzn wymaga. Czytelnik uzyskuje w nim praktyczne rady, jak bez uciekania się do wizyty u lekarza radzić sobie z najczęstszymi urazami, jakie mogą go spotkać. W główce artykułu zamieszczono dwa charakterystyczne zdania: „Zamiast więc pędzić do szpitala, spróbuj pomóc sobie sam. A fachowców wzywaj, gdy są naprawdę konieczni”. Według „Men’s Health”, fachowcy nie są konieczni m.in. przy poparzeniu drugiego stopnia i pogryzieniu przez psa. Jak widać, mężczyzna powinien być samowystarczalny również w sytuacjach zagrażających jego zdrowiu, nie powinien także okazywać słabości.

5. Konstrukcja nowego wzoru męskości w prasie dla mężczyzn

Analiza badanych czasopism wykazała, iż wszystkie one prezentują nowy wzór męskości. Czynią to zaś na dziesięć sposobów (por. tabela 3).

W „Gentlemanie” prezentacja nowego wzorca męskości miała miejsce głównie w artykułach dotyczących urody i szeroko pojętej problematyki zdrowia. Do nielicznych wyjątków należy m.in. wywiad z trzema komikami, tworzącymi zespół kabaretowy (G3). W rozmowie z nimi dziennikarka poruszyła bezpośrednio temat męskości, pytając, który z nich jest największym dżentelmenem. Satyrycy z początku bronili się przed nazywaniem ich w ten sposób, uznając, że cechami dżentelmena są przede wszystkim elegancja i bogactwo. W rozmowie pojawiły się również opinie, że dżentelmen jest człowiekiem znającym się na kuchni i dbającym o higienę osobistą. Ostatecznie satyrycy uznali, iż są „umiarkowanymi dżentelmenami” oraz że nie pokazują tego po sobie. W wywiadzie został przede wszystkim obśmiany tradycyjny wzór męskości, choć nie zostały skrytykowane jego cechy składowe.

Inny satyryk, z którym przeprowadzono wywiad w numerze 5/2009 (G4), mówił o pomocy, jaką w życiu osobistym otrzymuje od żony, o tym, jak wiele jej zawdzięcza. Porażkę na polu działalności zawodowej uważa za doświadczenie pozytywne, ponieważ dała mu ona czas na doświadczenie miłości w życiu osobistym. Mówiąc o swoim związku, satyryk odwoływał się również do wiary w Boga i wartości religijnych. Stwierdził, iż Bóg dopuszcza do rzeczy złych, ale w zamian za to daje człowiekowi jakieś wielkie dobro. Dobrem jest w tym

Tabela 3. Sposoby prezentacji nowego wzorca męskości

Czasopisma	Wzorzec męskości
„Gentleman”	Pozytywne wartościowanie partnerskich związków damsko-męskich Krytyka tradycyjnego wzorca męskości Przyznawanie się do słabości Ukazanie ciała męskiego jako materii, którą trzeba w odpowiedni sposób kształtować (za pomocą zabiegów kosmetycznych, stroju, ćwiczeń fizycznych itp.), aby osiągnąć męskość Opisywanie modnych ubrań i akcesoriów
„Male Men”	Pozytywne wartościowanie partnerskich związków damsko-męskich Zachęcanie do pogłębiania więzi ojca z dziećmi Krytyka tradycyjnego wzorca męskości Ukazanie ciała męskiego jako materii, którą trzeba w odpowiedni sposób kształtować (za pomocą zabiegów kosmetycznych, stroju, ćwiczeń fizycznych itp.), aby osiągnąć męskość Opisywanie modnych ubrań i akcesoriów Opisywanie mężczyzny jako pobłażającego sobie konsumenta Zachęcanie do wykonywania obowiązków domowych Prezentowanie treści o tematyce jawnie homoseksualnej
„Men’s Health”	Pozytywne wartościowanie partnerskich związków damsko-męskich Zachęcanie do pogłębiania więzi ojca z dziećmi Pozytywne wartościowanie nowego wzorca męskości Ukazanie ciała męskiego jako materii, którą trzeba w odpowiedni sposób kształtować (za pomocą zabiegów kosmetycznych, stroju, ćwiczeń fizycznych itp.), aby osiągnąć męskość Opisywanie modnych ubrań i akcesoriów

Źródło: opracowanie własne.

przypadku jego relacja z żoną. Ponadto satyryk mówił o tym, że w przeszłości chodził do psychologa i robił to z własnej woli. Skupienie się na relacji z innymi, przyznanie do słabości i wyrażanie wdzięczności z otrzymanej pomocy to z pewnością cechy charakterystyczne dla nowego wzorca męskości. W przeciwieństwie do wywiadu z grupą mężczyzn tworzących zespół kabaretowy ten wywiad był utrzymany w poważnym tonie.

Do słabości przyznaje się również aktor, przygotowujący się do zagrania w scenie katastrofy lotniczej (G5). Na pytanie dziennikarki: „Boi się pan?”, odpowiada: „Przyznaję, że mam pietra! I powiem pani, że wolałbym zostać na ziemi”.

Empatyczne cechy nowego mężczyzny wychwala w wywiadzie (G6) aktorka i piosenkarka, jedna z niewielu kobiet, z którymi wywiady ukazały się w analizowanych czasopismach. Mówi ona o swoim mężu, iż jest to „idealny mężczyzna – o bogatym wnętrzu, prawdziwy towarzysz. Kiedy go o coś pytam, zawsze mnie słucha i nawet jeśli nie ma o czymś pojęcia, stara się z całych sił mnie zrozumieć. Martwi się o mnie, dba o moje zdrowie i na dodatek świet-

nie gotuje". Słowa takie wypowiedziane przez sławną kobietę mają ogromne znaczenie, szczególnie w magazynach dla mężczyzn, w których niewiele miejsca poświęca się kobietom.

Pozostałe artykuły prezentujące nowy model męskości skupiają się przede wszystkim na kwestii urody i zdrowia. W numerze 7-8/2009 znajdziemy teksty dotyczące sposobów pielęgnacji włosów, wraz z radami, jak je stylizować, jak o nie dbać, jak radzić sobie z typowymi problemami (łysienie, łupież) oraz w jaki sposób problemy te łączą się ze stresem, dietą, genami itp. Gazeta zamieszcza także wywiad ze znanym fryzjerem (G7), który – zapytany przez dziennikarkę o radę dla czytelników – mówi: „Mężczyźni nie powinni bać się dbania o siebie i o swój wygląd [...]. Kobiety są tak piękne w Polsce, że panowie wręcz powinni o siebie bardziej dbać, aby dorównać poziomowi pań”. Inny fryzjer, autor kolejnego artykułu o włosach (G8), wprost odnosi się do stereotypu męskości: „Często mężczyźni nie wiedzą, że można zaradzić ich problemom, wręcz uważają, że nie powinni stosować odżywki do włosów (ponieważ to niemęskie). To błędne myślenie, odżywki nie są przeznaczone tylko dla kobiet, kosmetyki dobieramy indywidualnie, w miarę potrzeb”.

Z wyróżnionych w „Gentlemanie” sposobów konstruowania nowego wzorca męskości „Male Men” prezentuje tylko dwa. Również tutaj czytelnik dowiaduje się, że ciało można świadomie zmieniać i kształtować tak, by zostało ono uznane za piękne według norm estetycznych społeczeństwa konsumpcyjnego. Czytelnikowi ponadto dostarcza się informacji o modzie męskiej. Poza tym jednak w „Male Men” możemy zobaczyć całą gamę innych sposobów prezentacji nowego wzoru męskości, a samo czasopismo wydaje się pod tym względem najbardziej przychylne nowej męskości ze wszystkich trzech analizowanych tytułów.

Niezwykle istotne jest to, że w „Male Men” już artykuł wprowadzający do numeru 5/2009, autorstwa redaktora naczelnego, odwołuje się do nowego wzorca męskości (MM3). W pierwszym zdaniu czytamy: „Przez ostatnie dni byłem kobietą. Perfekcyjną. Boginią, rzekłbym. Niestety, tylko domowego ogniska. Byłem – powiedzmy sobie wprost – »kogutem domowym«”. Autor zachęca czytelników do wykonywania obowiązków domowych, do przejmowania ich od kobiet. Obowiązki takie mają, jego zdaniem, zbawienny wpływ na umysł człowieka, dostarczają nowych wrażeń i doznań, pozwalają odkryć nowe drogi myślenia; zostały one porównane do wybrukowanej drogi, którą wbrew pozorom zajechać można dużo dalej niż „zakorkowaną myślowo autostradą”. Jak widać, już na samym początku numeru otrzymujemy informacje podważające stereotypowy podział obowiązków oraz traktujące nieco ironicznie stereotypy płciowe.

Interesujące jest podejście „Male Men” do zagadnień cielesności męskiej. Oprócz artykułu dotyczącego technik odchudzania (MM4) gazeta przed-

stawia najnowsze trendy w dziedzinie tatuażu (MM5). „Male Men” porusza też temat męskiej mody. Nie ograniczając się do prostych opisów modnych produktów, redakcja przedstawia sylwetki mężczyzn, będących aktywnymi, pociągającymi sobie konsumentami. W jednym z artykułów redaktor naczelny przyznaje się do swojego zamiłowania do butów i posiadania ogromnej ich liczby (MM6). Inny tekst poświęcony jest prezentacji rzeczy, które jego autor kupił na internetowym portalu aukcyjnym Allegro (MM7). Przywołuje przy tym postać Pawła Paliwody, publicysty, który jest zwolennikiem konserwatywnego modelu męskości (Paliwoda 2010). Dziennikarz „Male Men” stwierdza, że po przeczytaniu jego tekstu o szkodliwości pornografii zamówił sobie film dokumentalny o jednym z najstławniejszych dzieł pornograficznych w historii amerykańskiej kinematografii. Wyraża jednocześnie żal, że nigdy nie widział samego filmu, bo „to przecież klasyka”. Stając jednoznacznie w opozycji do poglądów Paliwody, dziennikarz „Male Men” pośrednio krytykuje także prezentowany przez niego model męskości.

„Male Men” w ciekawy sposób ujmuje charakterystyczne dla nowego wzorca męskości zagadnienie więzi łączących dzieci z ojcem. W numerze 2/2009 czytelnik znajdzie artykuł *Dziecko – mój doradca* (MM8) o trzech mężczyznach, którzy w pracy zawodowej zainspirowali się własnymi dziećmi. W artykule mężczyźni wspominają o rodzinie i przyjaciółach, którzy udzielili im wsparcia i o zadowoleniu, jakie czerpią ze swojej pracy, choć nie zawsze jest ona dochodowa. Artykuł przedstawia relacje z rodziną i przyjaciółmi zgodne z nowym wzorcem męskości. Opieka nad dzieckiem staje się źródłem satysfakcji, także w zawodowej sferze aktywności mężczyzny. O ile samo wychwalanie związków ojca z dziećmi należy uznać za prezentację nowego wzorca męskości, o tyle zwraca uwagę praktyczne podejście do tej kwestii. Uderzające jest to, że wzajemne kontakty są oceniane przez pryzmat korzyści, jakie może z nich odnieść ojciec, a nie dziecko. Dzieci są w tym kontekście źródłem inspiracji, a zajmowanie się nimi jest wartościowane pozytywnie, ponieważ zmienia mężczyznę. Korzyści, jakie ma mieć z tego dziecko, schodzą na dalszy plan. Można wysnuć wniosek, że posiadanie dzieci nie jest przedstawiane w tym przypadku jako wartość autoteliczna, lecz – do pewnego przynajmniej stopnia – praktyczna.

Modelowe dla nowego wzorca męskości podejście do relacji międzyludzkich prezentuje również w wywiadzie znany piłkarz (MM9), który skutki swojej popularności rozważa w kontekście wpływu, jaki może ona mieć na jego bliskich: „Bardziej przejmuję się, że może być przykro tym, którzy są ze mną blisko. Rodzinie, przyjaciołom”. Piłkarz podkreśla, że poza życiem zawodowym ma także inne zajęcia. Lubi swoją pracę, ale nie stanowi ona dla niego jedyne źródło satysfakcji.

Do nowego wzorca męskości z pewnością pasują również reportaże Michała Witkowskiego (MM10, MM11). Analizowane teksty jego autorstwa za-

wierały opis kontaktów homoseksualnych. Zamieszczenie tego typu treści w magazynie dla mężczyzn, który nie ma charakteru pornograficznego, jest jednoznaczne z wysokim stopniem tolerancji, a to nierozzerwalnie łączy się z nowym wzorcem męskości.

Kolejną charakterystyczną dla „Male Men” cechą jest odwoływanie się do autorytetów naukowych z dziedziny psychologii (MM12, MM13).

O wiele skromniej, jeśli chodzi o sposoby konstruowania nowego wzorca męskości, prezentuje się „Men’s Health”. Jednak i tutaj warto zwrócić uwagę na kilka artykułów. „Men’s Health” pozytywnie wartościuje głębokie uczuciowe związki mężczyzny z dzieckiem. Z artykułu *12 rzeczy, których ojcowie mogą nauczyć się od swoich dzieci* (MH4) czytelnicy dowiadują się, jak wiele może im dać dziecko, jak wiele może zmienić i jak bardzo opłaca się naśladować pewne jego cechy (bezinteresowność, prostotę, obojętność na rzeczy nieistotne itd.). Wychwalanie dzieci i zwracanie na nie uwagi jest z pewnością integralną częścią nowego wzorca męskości. Po raz kolejny jednak w analizowanych gazetach zwraca uwagę utylitarny aspekt opisywanych związków. W „Men’s Health”, tak samo jak w „Male Men”, kontakt z dzieckiem ma dać mężczyźnie określone korzyści. Pogłębianie relacji ojciec – dziecko jest motywowane potencjalnymi zyskami ojca, a nie dziecka.

Nowy wzorzec męskości jest propagowany również w kontekście związków damsko-męskich. Artykuł *Wojna o pokój* (MH5), choć używa terminologii wojskowej do opisu związku uczuciowego, zawiera mnóstwo porad, jak radzić sobie z nieprzyjemnymi sytuacjami w relacjach z kobietą. Porady te odzwierciedlają podejście do związku charakterystyczne dla nowego wzorca męskości. Mężczyzna powinien więc pocieszać swoją partnerkę, gdy ta zostanie źle potraktowana w pracy („to się nazywa w psychologii emocjonalne współbrzmienie i jest dla kobiety dowodem, że ją rozumiesz”), zapewniać o całkowitej akceptacji dla jej cielesności, przeproszać za swoje błędy, akceptować sytuacje, w których partnerka nie ma ochoty na seks itd. Należy jednak zaznaczyć, że w artykule znajduje się również sugestia, jakoby to mężczyzna miał zawsze odpowiadać za finansowanie randek, co jest zgodne z tradycyjnym wzorcem męskości.

Prawidłowe relacje emocjonalne w związku sprawią też, według „Men’s Health”, iż oboje partnerzy będą odczuwać więcej przyjemności ze zbliżenia seksualnego (MH6). W numerze 7-8/2009 czytamy z kolei, że „nieudawane zainteresowanie jej zdaniem i poglądami działa lepiej niż najlepszy afrodyzjak” (MH7).

„Men’s Health” zajmuje się także modą męską. W artykułach przedstawia się historię danego produktu; daje przykłady znanych osób, które go noszą; opisuje wiele jego odmian, aby umożliwić czytelnikowi wybór najodpowiedniejszej. Charakterystyczny jest artykuł o białych butach (MH8), opatrzone ha-

słēm „To warto kupić tego lata”, w którym przedstawiono zdjęcia, ceny oraz historię trzech modeli butów. Warto podkreślić, że nie są one nowościami na rynku (zostały wprowadzone w latach 1908, 1932 i 1936). Również w przypadku artykułu o okularach słonecznych (MH9) przedstawia się czytelnikom nie tylko sam produkt, ale także jego historię i ciekawostki z nim związane. Z artykułu można się m.in. dowiedzieć, jaki jest ulubiony model okularów Jacka Nicholsona, jaką markę uwielbiają Madonna, Tom Cruise czy Will Smith.

W „Men’s Health” znajdziemy również dużą liczbę artykułów, których głównym tematem jest estetyka męskiego ciała, promocja zdrowego odżywiania i ćwiczenia fizyczne. Redakcja namawia swoich czytelników np. do depilacji całego ciała, dostarczając także praktycznych wskazówek, jak to zrobić. Podkreśla przy tym, iż również kobiety poddają się zabiegom depilacyjnym. „Najdłużej działa woskowanie, chociaż jest trochę bolesne, ale w końcu Twoja dziewczyna jakoś to znosi. Golarka jest przeznaczona tylko dla systematycznych i na dodatek przy pierwszych podejściach skóra swędzi. Dlatego polecam Ci krem do depilacji, który znajdziesz w każdej drogerii” odpowiada dziennikarz czytelnikowi pytającemu w liście, czy powinien zacząć depilować swoje ciało (MH10). W komentarzu do tej informacji znajdziemy słowa: „Jeśli nie lubisz swoich włosów, to je usuń: na szczęście minęły już czasy, kiedy depilacja facetów wzbudzała dwuznaczny uśmiech”. Jak widać, zastąpienie tradycyjnego wzorca męskości przez nowy jej wzór jest oceniane przez gazetę pozytywnie. Wśród innych porad znajdziemy również odpowiedź na pytanie, jakie kosmetyki mężczyzna powinien wziąć ze sobą na obóz surfingowy (oprócz wody kolońskiej i dezodorantu także balsam do ciała z filtrem, balsam do ust, balsam na noc i krem nawilżający do twarzy) oraz definicję słowa „sebum”. Przy okazji gazeta wyjaśnia, co należy robić, jeśli sebum jest za dużo: „Kup w drogerii specjalne chusteczki matujące, które możesz nosić w kieszeni. Łyknij witaminę B6 (największe jej stężenie jest w drożdżach), przeemywaj twarz tonikiem z cynkiem, kup sobie maseczkę z zieloną gliną. Raz w tygodniu korona Ci z głowy nie spadnie”. Również wtedy, gdy czasopismo zachęca do uprawiania sportu lub wykonywania ćwiczeń fizycznych, bardzo często odwołuje się do dbałości o piękny wygląd lub estetykę męskiego ciała. W ćwiczeniach niekoniecznie chodzi o praktyczne zastosowanie siły, jaką dają mięśnie, ani o zdrowie; chodzi o to, aby mężczyzna dobrze wyglądał (MH11): „Jeszcze nie jest za późno, by dobrze wyglądać na wakacyjnych zdjęciach”; „Unoszenie tułowia, oprócz wzmocnienia dolnego odcinka pleców, może poprawić też siłę i kształt Twoich ud, łydek i pośladków”. Męskie ciało w „Men’s Health” jest podatne na ocenę i krytykę. Efekt ten wzmacniają opisy ćwiczeń fizycznych, mających na celu poprawę wyglądu męskiego ciała.

Czytelnik może odnieść wrażenie, że niezależnie od tego, jak bardzo będzie się starał, jego ciało wciąż będzie odbiegało od idealnego wizerunku. Można

połączyć przekaz licznych tekstów bezpośrednio dotyczących ćwiczeń fizycznych i uprawiania sportu z artykułami o żywieniu oraz materiałami przedstawiającymi słynnych ludzi (lub osoby, których cechy przedstawiane są jako pożądane i pozytywnie wartościowane). W ten sposób na łamach „Men’s Health” jest ukazywany sposób na bycie pięknym poprzez posiadanie umięśnionego ciała. Sposobem tym jest życie niemal całkowicie podporządkowane ćwiczeniom fizycznym, w którym żywienie, rytm snu czy nawet metody relaksu muszą współgrać z zapewniającymi piękny wygląd praktykami. W połączeniu z umiejętnym korzystaniem z licznych kosmetyków mężczyzna zbliża się do ideału, wedle którego oceniany jest w nowym wzorze męskości. Atrakcyjność fizyczna mężczyzny jest tu tworem świadomej działalności, nie wynika zaś z natury. Jest to temat, na który można dyskutować, również w wyłącznie męskim gronie.

Bardzo ciekawy jest artykuł z numeru 6/2009 pt. *Czytelnik na okładkę „Men’s Health” 2009. Finał konkursu* (MH12). Przedstawia on wyniki konkursu rozpisanego przez redakcję czasopisma, którego celem było wyłonienie czytelnika godnego umieszczenia na pierwszej stronie magazynu. Poza zwycięzcą czytelnik poznaje 10 pozostałych finalistów, szczegółowe informacje otrzymując o trzech z nich: zwycięzcy całego konkursu oraz mężczyznach wyróżnionych w kategoriach „Optymalny trening” i „Najciekawsza historia”. Finaliści prezentowani są również podczas sesji zdjęciowej, w którą zaangażowano stylistkę i fotografa. Autor artykułu, podkreślając wspólne cechy mężczyzn, którzy zgłosili się do konkursu, używa nawet określenia „Rodzina MH”. Konkurs oraz przedstawienie finalistów są niezwykle ciekawe dla prezentacji nowego wzorca męskości. Przede wszystkim, mimo że jest to konkurs, nie zwracano uwagi na rywalizację. Podkreślano za to, iż wszystkie osoby zgłoszone do udziału miały ze sobą wiele wspólnego, że ich wygląd jest na bardzo wysokim poziomie itd. Oprócz informacji dotyczących typu ćwiczeń fizycznych i diety artykuł zawiera też historie o życiu osobistym finalistów – czytelnik np. dowiaduje się, że zwycięzca konkursu był grubym dzieckiem, którego rodzice postanowili odchudzić, zachęcając do uprawiania sportu; tak zostało zapoczątkowane jego zainteresowanie ćwiczeniami fizycznymi. Sposób opisu konkursu nasuwa skojarzenia z opisami kobiecych konkursów piękności.

Średni wiek 10 finalistów (wieku zwycięzcy nie podano) wynosi 29 lat. Według informacji zawartych na stronie internetowej „Men’s Health”, 29 lat to również średni wiek wszystkich czytelników magazynu. Warto zwrócić uwagę, że chociaż wśród bohaterów artykułu dominują ludzie w wieku dwudziestu kilku lat, to najstarszy z finalistów miał lat 50. Można z tego wnioskować, iż w zamierzeniu twórców „Men’s Health” jest magazynem dla mężczyzn w każdym wieku. Starzenie się społeczeństwa spowodowane wzrastającą długością życia oraz spadkiem diety sprawia, że rynek dóbr konsumpcyjnych

(w tym rynek czasopism) musi zwracać się również do osób dojrzałych. Okazuje się, iż nowy sposób pojmowania męskości znajduje swoje odzwierciedlenie również w osobach 50-letnich. Jak widać, wiek nie zwalnia od wymogu spełniania najwyższych kryteriów dotyczących cielesności. Opisując najstarszego finalistę konkursu, autor artykułu zamieścił informację dotyczącą jego zdrowia: „To niewątpliwie jeden z najlepiej zbudowanych dojrzałych facetów w Polsce. Trening pozwala mu normalnie funkcjonować, mimo urazu kręgosłupa”. Zdrowie jako motywacja do ćwiczeń nie pojawiło się u żadnego innego finalisty, pojawiły się natomiast motywy estetyczne (zbyt duży brzuch, zbyt niska waga). O jednym z mężczyzn napisano również, że jako absolwent Akademii Wychowania Fizycznego pomaga innym odzyskać zdrowie.

Ważna jest także nagroda, o jaką walczyli mężczyźni, którzy zgłosili się do konkursu – zdjęcie zwycięzcy na okładce czasopisma. Mężczyźni rywalizowali więc po to, aby zostać zobaczonym. Ważna była nie tylko sylwetka, figura i muskulatura, ale także umiejętność pozowania i ukazania na zdjęciu wszystkich swych zalet. „»Sztuka dobrego zdjęcia na okładkę polega na tym, by mięśnie były napięte tak mocno, jak tylko się da, ale na twarzy był pełny luz« – instruował Andrzej Tyszko, który wszystkich fotografował”, czytamy w artykule. A stylistka dbała, aby „w obiektywie świeciły się tylko mięśnie”.

Podsumowanie

Podsumowując wyniki analizy „Gentlemana”, „Male Men” i „Men’s Health” pod względem zawartego w nich tradycyjnego modelu męskości, trzeba stwierdzić, że wszystkie badane tytuły w różnorodny i odmienny sposób konstruują tenże model.

„Gentleman” i „Men’s Health” przedstawiają życie jako walkę, w którą mężczyzna powinien angażować wszystkie swoje możliwości i całą osobowość. Tylko w ten sposób może zostać zwycięzcą, co powinno być jego jedynym celem. „Male Men” również przedstawia motyw walki, lecz łączy go z kwestią moralności, przyrównując swoich bohaterów do fikcyjnych herosów kultury popularnej, takich jak Robocop. Mężczyzna powinien więc walczyć, ale tylko wtedy, gdy jest to walka w słusznej sprawie. Ponadto motyw ten jest przedstawiany tylko w odniesieniu do konkretnych osób, zawodowo zajmujących się sportem. W pozostałych analizowanych czasopismach językiem walki posługiwano się także w opisie codziennych zajęć oraz zajęć hobbystycznych.

Również „Gentleman” i „Men’s Health” pozytywnie wartościują podejmowanie ryzyka i uznają, że ryzykowne zadania mogą dostarczać mężczyznom ogromną satysfakcję. „Male Men”, jako jedyny wśród badanych tytułów, posługuje się argumentami o charakterze religijnym, prezentując czytelnikowi m.in. osoby o bardzo konserwatywnym podejściu do stosunków rodzinnych.

Czasopismo to, również jako jedyne, bezpośrednio stawia pytania o to, czym jest męskość i jej tradycyjna forma.

„Men’s Health” odróżnia się natomiast od pozostałych analizowanych czasopism zachęcaniem czytelników do samodzielnego radzenia sobie z problemami zdrowotnymi.

Wszystkie trzy gazety podkreślają, iż pomiędzy płciami występują bardzo wyraźne różnice. Każda z nich czyni to jednak w inny sposób. „Gentleman” utożsamia kobiecość z naturą, którą mężczyzna – przedstawiciel kultury – ujarzmi, odczuwając z tego faktu dumę. „Male Men” posługuje się argumentami religijnymi, dopatrując się różnic pomiędzy płciami przede wszystkim w kulturze. „Men’s Health” opisuje odmiennosć płci jako wynik różnic w ewolucji oraz różnic w budowie mózgu.

Wspólne dla wszystkich badanych czasopism są trzy sposoby prezentacji nowego wzorca męskości. Przede wszystkim „Gentleman”, ale także „Male Men” i „Men’s Health” pozytywnie wartościują związki damsko-męskie oparte na partnerstwie, wzajemnym szacunku i otwartym wyrażaniu swoich uczuć. Dla czasopism tych charakterystyczne są również treści dotyczące mody męskiej oraz prezentacja męskiego ciała jako przedmiotu świadomych zabiegów – kosmetycznych, medycznych, ćwiczeń fizycznych.

Zarówno „Male Men”, jak i „Men’s Health” zwracają uwagę swoich czytelników na związki z dziećmi. Radzą, jak pogłębiać relacje ojców z dziećmi oraz jak spełniać się w roli ojca. Uczą również, jak czerpać radość z obcowania ze swoimi dziećmi, a nawet jak wyciągać z tego korzyści dla własnej psychiki.

Cechą wspólną „Gentlemana” oraz „Male Men” jest krytyka tradycyjnego wzorca męskości, podczas gdy charakterystyczne tylko dla „Men’s Health” jest pozytywne wartościowanie nowego wzorca. Charakterystyczne tylko dla „Gentlemana” jest ukazywanie słabości mężczyzn opisywanych na łamach tego czasopisma. W „Male Men” natomiast wyróżniono aż trzy sposoby prezentowania cech zgodnych z nowym wzorcem męskości, których nie odnaleziono w pozostałych analizowanych czasopismach. Przede wszystkim więc „Male Men” opisuje mężczyznę jako pobłażającego sobie konsumenta, który – podobnie jak stereotypowa kobieta – może nie potrafić lub nie chce oprzeć się zakupom, nie wstydzi się również przyznać do tego, iż zakupy dają mu satysfakcję i pełnią w jego życiu funkcję relaksacyjną. Ponadto „Male Men” zachęca swoich czytelników do podejmowania obowiązków domowych. Ma to otwierać przed mężczyzną nowe możliwości, przede wszystkim intelektualne. Jest to także kolejne doświadczenie, mogące wzbogacić jego osobowość. „Male Men” jako jedyne spośród analizowanych czasopism zamieszcza na swoich łamach opisy kontaktów homoseksualnych. Akceptacja dla homoseksualizmu jest jedną z głównych cech nowego wzorca męskości, który odróżnia go od wzorca tradycyjnego, homofobicznego.

We wszystkich badanych czasopismach męskość jest więc konstruowana zgodnie ze wzorem tradycyjnym, jak również zgodnie z nowym wzorem. Istnieją jednak pewne różnice w zakresie sposobów konstruowania męskości tradycyjnej i nowej męskości. Trudno jednoznacznie stwierdzić, dlaczego tak się dzieje. Być może różnica ta wynika z odmienności w zakresie grup docelowych odbiorców badanych czasopism. Nie ma jednak wystarczających danych, aby uznać taką hipotezę za słuszną. Kwestia ta wymaga z pewnością dalszych analiz i badań.

Literatura

- Arcimowicz, K. (2003). *Obraz mężczyzny w polskich mediach. Prawda – Fałsz – Stereotyp*. Gdańsk: GWP.
- Baudrillard, J. (2006). *Spółczesność konsumpcyjna. Jego mity i struktury*. Tłum. S. Królak. Warszawa: Sic!
- Brannon, L. (2002). *Psychologia rodzaju*. Tłum. M. Kacmajor. Gdańsk: GWP.
- Connell, R. W. (1990). A whole New World: Remaking masculinity in the context of the Environmental Movement. *Gender and Society*, Vol. 4, No. 4.
- Demetriou, D. Z. (2001). Connell's concept of hegemonic masculinity: A critique. *Theory and Society*, Vol. 30, No. 3.
- Donaldson, M. (1993). What is hegemonic masculinity? *Theory and Society*, Vol. 22, No. 5.
- Kaschak, E. (2001). *Nowa psychologia kobiety. Podejście feministyczne*. Tłum. J. Węgródzka. Gdańsk: GWP.
- Katechizm Kościoła Katolickiego (1994). Poznań: Pallotinum.
- Lisowska-Magdziarz, M. (2008). *Media powszednie. Środki komunikowania masowego i szerokie paradygmaty medialne w życiu codziennym Polaków u progu XXI wieku*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Melosik, Z. (2002). *Kryzys męskości w kulturze współczesnej*. Poznań: Wolumin.
- Moir, A., Jessel, D. (2008). *Płeć mózgu. O prawdziwej różnicy między mężczyzną a kobietą*. Tłum. N. Kancewicz-Hoffman. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Paliwoda, P. (2010). Kobieta jako hegemon. *Nowe Państwo*, 1.
- Pankowska, D. (2005). *Wychowanie a role płciowe*. Gdańsk: GWP.
- Pisarek, W. (2008). *Wstęp do nauki o komunikowaniu*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

Materiały prasowe

- G1: Lipnicka, I. (2009). Micro fanatycy. *Gentleman*, 5, 48-51.
- G2: Kałuża, P. (2009). Rzeka dzika jak kobieta. *Gentleman*, 7-8, 68-69.
- G3: Chaczko, R. (2009). Z przymrużeniem oka. *Gentleman*, 7-8, 70-73.
- G4: Chaczko, R. (2009). Picasso w żółtym golfie. *Gentleman*, 5, 16-21.
- G5: Brzozowska, E. (2009). Komisarz Blond... i wszystko jasne. Ostatni klaps. *Gentleman*, 5, 86-87.

- G6: Odrzywałek, R., Aranowski, R. (2009). Ciało ludzkie jest piękne. *Gentleman*, 5, 30-35.
- G7: Chaczko, R. (2009). Każdy może wyglądać modnie. *Gentleman*, 7-8, 80.
- G8: Czajka, L. (2009). Uroda męskiej fryzury. *Gentleman*, 7-8, 81.
- MH1: News Seks. *Men's Health*, 6, 16.
- MH2: News Mózg. *Men's Health*, 6, 20.
- MH3: Pfliegel, P. (2009). Samopomoc chłopska. *Men's Health*, 7-8, 57-59.
- MH4: 12 rzeczy, których ojcowie mogą nauczyć się od swoich dzieci (2009). *Men's Health*, 6, 33.
- MH5: Osobnik Alfa. Wojna o pokój (2009). *Men's Health*, 6, 22-24.
- MH6: Dżugar, B. (2009). Slow Job. *Men's Health*, 6, 46-47.
- MH7: Szecht, M. (2009). Summer love. *Men's Health*, 7-8, 46-51.
- MH8: Styl. Mężczyzna Alfa. Udane łowy (2009). *Men's Health*, 6, 32.
- MH9: Furyk, A. (2009). W cieniu chwały. *Men's Health*, 6, 99-102.
- MH10: MH Styl. Pytanie & odpowiedź (2009). *Men's Health*, 6, 103.
- MH11: Dudziński, M. (2009). Mięśnie last minute. *Men's Health*, 7-8, 60-65.
- MH12: Dudziński, M. (2009). Czytelnik na okładkę „Men's Health” 2009. Finał konkursu. *Men's Health*, 6, 63-69.
- MM1: Łabędziewski, G. (2009). Super heroes. *Male Men*, 3, 36-41.
- MM2: Mladen, P. (2009). Stworzył Bóg mężczyznę. *Male Men*, 3, 76-79.
- MM3: Janiak, O. (2009). Welcome. *Male Men*, 2, 15.
- MM4: Nojszewska, J. (2009). Belly Doctors. *Male Men*, 2, 72-75.
- MM5: Zańczak, J. (2009). Samo ciało to za mało. *Male Men*, 3, 62-65.
- MM6: Janiak, O. (2009). Naczelna szafa. *Male Men*, 2, 76-77.
- MM7: Kędryna, M. (2009). Allegro. *Male Men*, 3, 72-74.
- MM8: Nojszewska, J. (2009). Dziecko – mój doradca. *Male Men*, 2, 68-71.
- MM9: Szelańska, D. (2009). Grzech drugi: Odurzenie. *Male Men*, 3, 46-58.
- MM10: Witkowski, M. (2009). Skandynawia. Świat na opak. *Male Men*, 2, 54-56.
- MM11: Witkowski, M. (2009). Ilha de Itamaraca. *Male Men*, 3, 92-94.
- MM12: Bucki, P. (2009). Szczęście dla zuchwałych. *Male Men*, 2, 42-46.
- MM13: Bucki, P. (2009). Tim Kasser. Świat uzależniony. *Male Men*, 3, 14-17.

Strony internetowe

<http://www.gentleman.com.pl>
<http://www.malemen.pl>
<http://www.menshealth.pl>

GRAŻYNA GŁĘBOCKA

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Instytut Psychologii

Znaczenie ojcostwa z perspektywy mężczyzny i dziecka

Wprowadzenie

Wystarczy sięgnąć do literatury pięknej, by zobaczyć, że nieporównanie więcej pisano o matce i dla matki niż o ojcu. Można odnieść wrażenie, że z podobną asymetrią mamy do czynienia w codziennej rzeczywistości – znaczenie ojcostwa jest współcześnie marginalizowane, co więcej, pojawiają się idee uzasadniające wartość niepełnej, tj. pozbawionej ojca, rodziny. Mówi się, że dzisiejsze społeczeństwa zachodnie doświadczają swoistego kryzysu rodziny. Obok modelu tradycyjnego dopuszcza się inne możliwości tej formy życia społecznego, niektóre bardzo kontrowersyjne.

Interesuje mnie znaczenie ojcostwa w życiu współczesnego mężczyzny i w życiu dziecka, zwłaszcza chłopca. Obie perspektywy tak dalece się splatają, że całkowite ich rozdzielenie nie jest możliwe. Zagadnienie ojcostwa wiąże się z dzisiejszym wizerunkiem męskości, z istnieniem stereotypów ról społecznych mężczyzny i kobiety oraz z problematyką rozwoju i wychowania dziecka.

1. Ojciec i jego miejsce w rodzinie

Ojciec to „mężczyzna mający własne dziecko (dzieci), w stosunku do tego dziecka (lub ze względu na nie): Czuły, kochający, troskliwy ojciec [...] Wyrodny ojciec” (*Słownik języka polskiego*, 1979, s. 496). Być dla kogoś ojcem oznacza „być czymś troskliwym opiekunem, wychowawcą” (ibidem, s. 497). Inne określenia, takie jak: „Ojcowska miłość, czułość, dobroć, surowość, tros-

kliwość, wola” (ibidem) przypisują roli ojca uczuciowość, a zarazem bycie wymagającym, stanowczym. Wiąże się z tym w powszechnym wyobrażeniu podział na miłość bezwarunkową, którą daje dziecku matka, i miłość warunkową, realizowaną poprzez konkretne wymagania i cele, które ojciec stawia przed dzieckiem (oczywiście w granicach zdrowego rozsądku i kierując się właściwie pojmowanym dobrem dziecka; chodzi o bycie dobrym nauczycielem i przewodnikiem, a nie treserem). Z definicji pojęcia „ojciec” wyłania się obraz zdecydowanie pozytywny, przeważają określenia dodatnio wartościujące. Ciekawie na temat etymologii pojęcia ojca i bogatej frazeologii pisze Bogdan Walczak (2000, s. 51), który stwierdza, że „w języku polskim zakodowany jest obraz ojca – dawcy życia, troskliwego i kochającego opiekuna, mądrego i doświadczonego, który lepiej od dziecka wie, gdzie leży jego dobro, i który w swoim skutecznym oddziaływaniu wychowawczym musi się nieraz dla dobra dzieci uciekać do surowości i kar, któremu wreszcie ze strony dzieci należy się posłuszeństwo, szacunek, wzajemna miłość i opieka w starości”.

W przeszłości pozycja ojca w rodzinie różnie się kształtowała w zależności od czasu i obszaru kulturowego. W niektórych społeczeństwach pierwotnych panował system matrylinearny, który polegał na tym, że kwestie związane z pokrewieństwem i dziedziczeniem rozstrzygano po linii żeńskiej. Taki porządek był m.in. konsekwencją niewiedzy dotyczącej roli mężczyzny w płodzeniu dzieci; zgodnie z pierwotnymi wyobrażeniami „dzieci dostawały się do łona matki za sprawą duchów zmarłych z linii matki” (Cebernik 2000, s. 125). Dzieci „podlegały władzy brata matki. Był on opiekunem, który ustanawiał prawa, wprowadzał dzieci w świat obyczajów plemiennych” (ibidem). Ojciec biologiczny spełniał inną funkcję – chronił kobietę przed codziennymi niebezpieczeństwami i podczas porodu, a dla dzieci „był najbliższym przyjacielem – pierwszym, który brał je w ramiona po narodzinach, pieścił i otaczał czułą opieką” (ibidem).

Inaczej ojcostwo pojmowano w czasach starożytnych. Na przykład w wyższych warstwach społeczeństwa rzymskiego ojciec pełnił swą funkcję nie tylko w wymiarze prywatnym, ale i społecznym. Powołując się na pisma Pliniusza, Aldona Ossowska (2000, s. 109) pisze o ideale „ojca ojczyzny” dbającego o całe społeczeństwo jak o własne dzieci. Troska o potomstwo była obowiązkiem obywatelskim. Ojciec, wychowując dzieci, miał kierować się dobrem państwa: „Wychowanie oraz wiedza ojca, uświadamiane wartości budowały poczucie związku z tradycją pokoleń i ideałami rzymskimi [...] sprawiedliwego życia, a więc postępowania zgodnego z zasadami rozumu, prawdy i bezinteresowności wobec innych” (ibidem, s. 111). Myśliciele starożytni wskazywali ponadto na pewien istotny element – bycie ojcem budowało poczucie tożsamości mężczyzny i rozwijało jego osobowość: „wychowanie dzieci nie jest postrzegane jako [...] poświęcenie, a raczej jako możliwość doskonalenia się

i rozwijania cnoty (gr. *areté*)” (ibidem). „Zaangażowanie ojca w bezpośrednią opiekę nad dzieckiem, naturalny kontakt domowy, pełnienie funkcji nauczyciela i autorytetu rozbudowują sferę życia prywatnego mężczyzny. [...] Powodzenie życiowe i prestiż, decydujące w dużym zakresie o szczęściu mężczyzny, mogą być osiągnięte w wychowaniu potomstwa” (ibidem, s. 117). W rodzinie średniowiecznej wychowaniem dzieci zajmowała się matka; tylko synowie po osiągnięciu odpowiedniego wieku przechodzili pod opiekę ojca: „Młodzi chłopcy byli przyuczani przez ojca do władania bronią, łowiectwa i pracy w gospodarstwie domowym” (Dowiat 1985, za: Cebernik 2000, s. 130).

2. Męski mężczyzna i kobieca kobieta albo...

Ze współczesnych uwag na temat ojcostwa można przytoczyć słowa Ericha Fromma (1991), według którego ojciec reprezentuje „świat myśli, przedmiotów, które są dziełem rąk ludzkich, świat prawa i ładu, dyscypliny, podróży i przygody. Ojciec jest tym, który uczy dziecko i który wskazuje mu drogę w świat” (za: Cebernik 2000, s. 122). Słowa te wyraźnie nawiązują do tradycyjnego myślenia o roli społecznej mężczyzny w ogóle; to, co męskie kojarzone jest z porządkiem, moralnością, wolą, trwałością, odwagą i niezależnością. W opozycji do tego rysuje się obraz kobiecości jako tego, co chaotyczne, instynktowne, emocjonalne, kruche, lękliwe, bierne; matka jest więc tą, która opiekuje się, obdarza miłością, chroni, zapewnia bezpieczne przetrwanie, ale i ogranicza. Takie myślenie sprzyja niestety stereotypowemu postrzeganiu rzeczywistości i może stwarzać poważne problemy w społecznym funkcjonowaniu kobiet i mężczyzn.

Przez stulecia ideałem kobiecości, przynajmniej w naszym kręgu kulturowym, była kobieta uległa, cnotliwa, delikatna. Od mężczyzny zaś wymagano siły, mądrości i stanowczości. Ona miała być wrażliwa i uczuciowa, on – zaradny i nieugięty. „Kobieta zależna potrzebowała mężczyzny silnego, a nie wrażliwego” (Brannon 2002, s. 214). Ten stereotyp utrzymuje się do dziś w powszechnej świadomości, zwłaszcza stereotyp „prawdziwego mężczyzny”. Zakaz „bycia babą” jest wśród mężczyzn bardzo silny. Okazywanie emocji uznawanych za kobiece, jak lęk czy wstyd, jest piętnowane; dopuszcza się jedynie ujawnianie gniewu czy złości. „Chłopaki nie płaczą” i zawsze panują nad sytuacją. Taki wizerunek męskości naraża mężczyzn na życie „niedostosowanych, nieszczęśliwych ludzi – przyjęta przez nich rola zabrania nawiązywania bliskich relacji, nawet z żoną czy dziećmi, a ponadto wymaga ciągłego rywalizowania i dążenia do sukcesu w pracy” (ibidem, s. 215).

Wymagania społeczne wobec mężczyzn oraz obraz ojca, jaki wyłania się z przytoczonej definicji, są często trudne do pogodzenia. Jak można być zara-

zem serdecznym, kochającym, opiekuńczym, troskliwym i twardym, zdystansowanym, niewzruszonym? Poza tym bycie ojcem wymaga zaangażowania, a „prawdziwy mężczyzna” nie ma na to czasu, skoro ma zarabiać na rodzinę i osiągać sukcesy zawodowe.

Intensywnie prowadzone ostatnio badania w obszarze psychologii i innych nauk o człowieku pokazują, jak wiele powszechnie podzielanych przekonań o naturze kobiet i mężczyzn jest bezzasadnych, np. mit instynktu macierzyńskiego czy agresywnych mężczyzn (por. Brannon 2002, ss. 249-265). Z jednej strony dążenie do poznania tego, co jest, a nie poprzestawanie na tym, co nam się wydaje, jest słuszne, z drugiej – wymaga to wysiłku, przystosowania się do nowej sytuacji. Stereotypy ograniczają, ale też ułatwiają funkcjonowanie – podsuwając gotowy wzorzec zachowania. Skoro się je odrzuci, trzeba wytworzyć inne procedury postępowania. Dawniej, zgodnie z tzw. Kultem Prawdziwej Kobiecości oraz Modelową Męską Tożsamością, zarówno kobieta, jak i mężczyzna wiedzieli, czego się od nich oczekuje, co mają robić, ich role były definitywnie wyznaczone: kobieta zajmuje się domem i dziećmi, mężczyzna – pracą i utrzymaniem rodziny (ibidem, s. 213). Dzisiaj, choć wpływ stereotypów rodzaju nadal jest ogromny, człowiek funkcjonuje w sytuacji nie-dookreślonej, zmiennej. Ma możliwość wyboru pomiędzy różnymi scenariuszami i większą swobodę, ale też bardziej jest narażony na ryzyko zbłądzenia i poczucia zagubienia. We współczesnej rzeczywistości społecznej przeplatają się różne, często przeciwstawne sugestie, oczekiwania, jakie są kierowane ku jednostce; choć dysponuje ona dziś nieporównanie większą swobodą, to nadal musi liczyć się z wymaganiami otoczenia.

3. Mężczyzna na bezdrożu

Sprzeczne żądania i brak jednoznacznych kierunkowskazów stanowią tło zjawiska, które Zbyszko Melosik (2002) nazwał „kryzysem męskości”. Wiąże się to również z dążeniami kobiet do równouprawnienia i wyzwolenia spod tradycyjnego dyktatu mężczyzn. „Współczesna sytuacja zmieniła się radykalnie, a to zarówno z uwagi »zacierania się« różnicy płciowej, jak i wskutek zasadniczego zamieszania w kwestii odpowiedzi na pytanie, co oznacza być mężczyzną, a co kobietą i jakie role (społeczne i seksualne) są odpowiednie dla osób odrębnej płci” (ibidem, s. 51). Dziś tradycyjne męskie cechy są uważane za przejaw seksizmu i sztywności w myśleniu, a promowane są „miękkie” cechy kobiece, świadczące o elastyczności. Powoduje to, że „współczesny mężczyzna – szczególnie nastoletni »miota się« między »macho« a istotą delikatną i empatyczną” (ibidem, s. 181). W świecie coraz bardziej niezależnych kobiet mężczyzna okazuje się nie tak konieczny, jak dawniej (nawet w zakresie prokreacji; ibidem, s. 11). W rezultacie słyszy się, że rodziny nieraz lepiej funk-

cjonują bez mężczyzn, „kobiety nie potrzebują ich, a dzieci miałyby się lepiej bez nich” (ibidem). Mężczyźni są w defensywie, ojciec pozostaje w cieniu i nie bardzo wie, co powinien robić.

Zbyszko Melosik, szeroko opisując współczesną sytuację mężczyzn w świecie Zachodu, wskazuje wiele jej przyczyn, przede wszystkim upadek idei „męskości tradycyjnej” jako efekt społeczno-kulturowych przemian ostatnich 50 lat. Wskutek emancypacji kobiet i wymieszania się ról społecznych obu płci brak wyraźnego standardu bycia mężczyzną czy bycia kobietą. Jednak w odróżnieniu od nowej sytuacji kobiet mężczyźni zostali bez wyraźnego pozytywnego wzorca, według którego mogliby budować swoją tożsamość. Dotychczasowe cechy typowo męskie, takie jak siła, dominacja, bezkompromisowość, są obecnie uznawane za wady i anachronizm (ibidem, s. 10). W świecie, w którym promuje się cechy tradycyjnie kobiece, jak: komunikatywność, umiejętność wyrażania uczuć i empatii, elastyczność i gotowość do współpracy, mężczyźni okazują się słabszą płcią. Może to powodować poczucie niedostosowania i zagubienia. Przybiera to postać wręcz „społeczno-kulturowej epidemii”, której konsekwencją ma być „koniec męskości” (ibidem, s. 7).

Melosik pisze o braku wyraźnego standardu, a równocześnie o relatywizacji kategorii męskości. Pojawia się wiele często sprzecznych wersji, co powoduje, że „coraz więcej młodych chłopców ma problemy z integracją swojej tożsamości” (ibidem, s. 8).

Autor opisuje proces powszechnej feminizacji – tożsamości, ciała, przestrzeni publicznej. Feminizacja tożsamości przejawia się w narzuceniu mężczyźnie „roli nieodpowiedzialnego konsumenta”, którego głównym celem jest pogoń za przyjemnością nabywania dóbr i zaspokajania sztucznych, „reklamowych” potrzeb (ibidem, ss. 13-14). Jest to rola pasywna, w którą wkomponowane jest poczucie ciągłego braku i bycia zależnym (a nawet uzależnionym). Dalece różni się ona od dotychczasowych ról, które pełnił mężczyzna – poważnych i decyzyjnych: „wchodził w rolę polityka, przedsiębiorcy czy właściciela ziemskiego, względnie pracownika – wytwórcy, dostarczającego rodzinie środków do życia” (ibidem).

Feminizacja ciała sprowadza się do „niemęskiej” obsesji na jego punkcie – pielęgnacji, stylizacji, modyfikacji. Staje się ono obiektem seksualnym, a tradycyjnie męska inicjatywa seksualna staje się domeną kobiet. Melosik oprócz „ciałocentryczności kultury współczesnej” zwraca uwagę na problem utraty panowania nad rzeczywistością zewnętrzną i „wycofania się w ciało”, które można kontrolować (ibidem, ss. 23, 25).

Istotnym osłabieniem dotychczasowej pozycji mężczyzny jest też zmiana sytuacji na rynku pracy. Wprawdzie mężczyźni nadal zdobywają lepiej płatną i o wyższym prestiżu pracę, jednak kobiety zyskały szansę na ekonomiczną niezależność. Zdarza się nawet, że to kobieta, jako lepiej wykształcona i bardziej

elastyczna, więcej wnosi do domowego budżetu. Czasem mężczyzna pozostaje na utrzymaniu kobiety, ponieważ coraz częściej musi zmagać się z sytuacją utraty pracy, a nawet długotrwałym bezrobociem (por. wyniki badań z lat 1994-2003 opublikowane przez GUS, 2004). To powoduje u mężczyzn narastający niepokój, a nawet „poczucie porażki” (Melosik 2002, s. 10).

Ciekawym i zarazem niepokojącym przykładem mężczyzny „w kryzysie” jest popularny w Japonii *otaku*. Jak pisze Joanna Bator (2006, ss. 14, 16), jest to mężczyzna między 20. a 40. rokiem życia, uzależniony od produktów japońskiej popkultury, „dziecko mediów”. Nie zakłada on rodziny ani nie żyje w związku z drugą osobą, kolekcjonuje plastikowe figurki kobiet, a perspektywa relacji z realną kobietą przeraża go. To „osobnik płci męskiej”, który wybiera żeńską formę „ty” (autorka pisze o specyfice języka japońskiego, który dysponuje wieloma określeniami „ty”; ibidem, s. 16). *Otaku* „tworzą alternatywną rzeczywistość, gdzie bycie małym niegrzecznym chłopcem jest jedynym sposobem na horror świata bez kierunku, sensu i wartości” (ibidem).

4. Ojciec potrzebny od zawsze i od zaraz

Jaki zatem ma być współczesny ojciec i czy w ogóle jest potrzebny? Odpowiedź nie jest prosta. Zgodnie z większością koncepcji psychologicznych i pedagogicznych, ojciec w rodzinie jest niezbędny, pełni istotną funkcję w rozwoju potomstwa. Cokolwiek by nie powiedzieć o patriarchalnych korzeniach większości tych koncepcji, zasadność roli ojca w rodzinie wydaje się niepodważalna, chodzi jedynie (albo aż) o sposób pełnienia tej roli. Współczesność wymaga ponownego zdefiniowania męskości i ojcostwa, z uwzględnieniem radykalnych zmian, jakie zaszły w społeczeństwie.

Odwołując się do tego, co zostało powiedziane w psychologii na temat ojcostwa, przytaczam opinię Wojciecha Eichelbergera dotyczącą szczególnie (ale nie tylko, jak podkreśla autor w swoich publikacjach) relacji ojciec – syn:

W dzisiejszym świecie synowie są emocjonalnie opuszczani przez ojców, są pozostawiani matce. Stąd ojcowie nie wiedzą, jak nawiązywać więzi emocjonalne ze swoimi dziećmi. Potrafią tylko wymagać. Wymagają, a nie kochają. Taka sytuacja sprzyja kształtowaniu się tzw. narcystycznej osobowości [...] sposobem na życie stają się władza i pozycja, tak silne, żeby na zawsze chroniły przed upokorzeniem. Skutkiem jest emocjonalne nieprzygotowanie do wchodzenia w głębokie relacje. Tacy mężczyźni są niezdolni do kochania, gdyż nieświadomie boją się odrzucenia, którego za wszelką cenę pragną uniknąć (Bielas 1996, s. 33).

[...] niezdolność do miłości jest psychologicznie dziedziczna. Trzeba podjąć świątomy trud, aby tę zdolność odzyskać. [...] Zawód rodzica jest najbardziej odpowiedzialny na świecie i zupełnie nie licencjonowany. Nawet żeby móc pracować jako goniec, trzeba się czymś wykazać. Tymczasem rodzicem może zostać każdy. Nie może być inaczej. Tylko zdajmy sobie sprawę, jaka to ogromna odpowiedzialność” (ibidem, s. 34).

Dion Chryzostom, moralista z przełomu I i II wieku, również mówi o specyfice stosunku ojca do syna: „Podkreśla znaczenie przede wszystkim mężczyzny w wychowaniu rodzinnym potomstwa, wpływie na zainteresowania, manieri, charakter i osobowość chłopca. Ten wpływ, determinowany przez płć, nie może być zastąpiony przez oddziaływania wychowawcze matki” (Ossowska 2000, s. 113). Także „Plutarch zalecał ojcu osobiście troszczyć się o wychowanie, zwłaszcza syna” (ibidem, s. 112). Serdeczność i troskę ojciec okazywał również córce, która jednakże musiała być mu całkowicie posłuszna; ale ojciec dbał także o jej edukację (ibidem, s. 113).

O szczególnym wpływie ojca na przyszłe dorosłe życie dzieci ciekawie pisze John Selby (1999): „Czy ojciec jest, czy też już go nie ma, obecność jego pozostaje odcisnięta w naszym ja i wpływa na to, jak odnosimy się do naszych rodzin, dzieci, przyjaciół i współpracowników” (ibidem, s. 9). Choć dzisiaj często matka pracuje, mając swój wkład w utrzymanie rodziny, to w większości przypadków „ojciec, jeśli mieszkał razem z nami, miał decydujący wpływ na nasze wyobrażenia o życiu zawodowym” (ibidem, s. 69). Wpływ ten wywierał „poprzez okazywane emocje, rozmowy, stan fizyczny i psychiczny” w sytuacji wychodzenia do pracy i powrotu do domu (ibidem, s. 70). Wiąże się to również z czasową obecnością lub brakiem „męskiej energii” w domu, z oczekiwaniami powrotu ojca i z wyobrażeniami na temat ojca podczas pracy (ibidem, ss. 70-77). Książka J. Selby’ego jest podręcznikiem pełnym praktycznych wskazówek odnajdywania obrazu naszego ojca utrwalonego w nas i nawiązania z nim kontaktu; dzięki temu możemy uświadomić sobie istotną część prawdy o nas samych oraz pogłębić naszą relację z ojcem.

O tym, że po rodzicach dziedziczymy nie tylko materiał biologiczny, ale też nawyki emocjonalne i skłonności do określonych sądów, postrzegania siebie i otoczenia, pisze również Małgorzata Sitarczyk (2002). Przedstawione wyniki badań empirycznych nad genezą postaw rodzicielskich u mężczyzn wskazują, że ogromne znaczenie ma tutaj doświadczenie wyniesione z rodziny pochodzenia (ibidem, s. 7), a szczególnie obraz ojca i rodzaj relacji z ojcem w dzieciństwie (ibidem, s. 80). Wyniki tych badań potwierdzają także hipotezę Talcotta Parsonsa, która mówi, że „identyfikacja z ojcem jest podstawowym czynnikiem kształtowania się roli płciowej zarówno u chłopców, jak i u dziewcząt” (ibidem). Autorka równocześnie mocno podkreśla wpływ bieżących doświadczeń na restrukturyzację doświadczeń minionych, dlatego człowiek może aktywnie uczestniczyć w kształtowaniu własnej postawy rodzicielskiej (ibidem, s. 9). Wśród postaw ojcowskich wyodrębniono cztery podstawowe kategorie: bliskość uczuciowa, dystans uczuciowy, kontrola, autonomia. Kategoria pierwsza i czwarta obejmują właściwe postawy rodzicielskie, natomiast pozostałe dwie – nieprawidłowe (ibidem, s. 50). Na przykład postawa ojcowska typu bliskość uczuciowa oznacza okazywanie dziecku czułości, akceptacji,

życzliwości, zainteresowania jego sprawami oraz posiadanie sporej wiedzy o dziecku i chęć bycia z dzieckiem; ojciec daje wówczas dziecku wsparcie, szanuje je, akceptuje jego potrzeby i predyspozycje (ibidem, s. 52). Taka postawa ojca sprzyja kształtowaniu prawidłowej osobowości i dobrego przystosowania dziecka do życia, również do właściwego pełnienia przez nie w przyszłości roli rodzicielskiej (ibidem, s. 50). Warto zaznaczyć, że „w badaniach nad wpływem postaw macierzyńskich i ojcowskich na cechy osobowości dziecka pojawia się wniosek, że postawy matek oddziałują słabiej na osobowość syna niż postawy ojców” (ibidem, s. 67). Potwierdza to słuszność wcześniej przytoczonych poglądów starożytnych moralistów na temat niemożności zastąpienia wychowawczego wpływu ojca na syna przez oddziaływanie matki.

Wiedza potoczna zawarta w przysłowiach również wskazuje na swoisty związek ojca i syna: „Ojca dobrego dobry syn”, „Syn ojcu pospolicie podobny”, czy wreszcie: „Jaki ojciec taki syn”, a w wersji rozszerzonej: „[...] jaki grzmot, taki huk; jaki dziadek, taki wnuk” oraz powiedzenie ogólniej odnoszące się do kształtującego wpływu rodziców: „Życie ojca, matki stanie dziatkom za przepis skuteczny i rzadki” (Walczak 2000, s. 50).

5. Sztuka bycia ojcem

W jaki sposób współcześni ojcowie powinni wychowywać dzieci? W rozmowach z młodzieżą często można usłyszeć, że chcieliby mieć tatę kumpla, który nie rozkazuje, nie zrządzi, jest fajny. Dla młodego ojca, któremu często niełatwo odnaleźć się w nowej roli, bycie kumplem może również wydać się atrakcyjne – dzięki temu ma bezpośredni kontakt z dzieckiem. Ale rolę ojca jest wychowywać, wspierać rozwój dziecka również poprzez stawianie wymagań, co trudno zrealizować, będąc kumplem. Dorosły jest potrzebny dziecku jako opiekun i przewodnik, dzięki któremu może ono w poczuciu bezpieczeństwa prawidłowo się rozwijać. Bycie uważnym na potrzeby dziecka, wychowanie poprzez rozmowę, objaśnianie, ale także dawanie dziecku prawa do doświadczania i błędów stwarza szansę na zbudowanie relacji partnerskiej, a nie opartej na przemocy i podporządkowaniu. Istotne jest odnoszenie się do siebie nawzajem z szacunkiem, co zakłada uznawanie pewnych granic, posiadanie praw, ale i powinności w relacji z drugą osobą oraz uświadamianie konsekwencji własnych zachowań, co wyklucza samowolę i bezkarność. Dotyczy to oczywiście obu stron relacji rodzic – dziecko. Niestety często rzeczywistość jest inna: „Na ogół mężczyźni nie wychowują dzieci. W najlepszym wypadku oddają raz na miesiąc pewną ilość pieniędzy na ten cel. Nic dziwnego, że potem masakra wydaje im się zajęciem nie tylko chwalebny i lubym, ale także pożytecznym” (Mrozek 1996, s. 49).

Znaczenie zaangażowania ojca w wychowanie i bliski emocjonalny kontakt z dzieckiem podkreślali już myśliciele starożytni: „Bezpośredni kontakt ojca z dziećmi sprzyja ich wzajemnemu poznaniu. [...] ojciec towarzysząc zabawom dziecka – jak stwierdza Plutarch – może poznać cechy charakteru, skłonności, a także wady potomstwa” (Ossowska 2000, s. 112). W rodzinie, pomimo formalnej nadrzędności ojca, istniały silne więzi uczuciowe: „relacje z żoną i dziećmi wyróżniają się zdecydowanie intymnością, przechodnim charakterem szacunku, respektu, opieki” (ibidem, s. 117). Jak sądził Pliniusz, małe dzieci, wbrew powszechnym opiniom, „w równym stopniu odczuwają przywiązanie do ojca, jak i do matki. W takim samym też zakresie odczuwają nieobecność ojca i wynikający z tego brak zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa” (ibidem, s. 112).

Wiedząc o tym, ojcowie powinni angażować się w opiekę nad dzieckiem już od pierwszych dni jego życia, tym bardziej że – jak dowiedziono empirycznie – mężczyźni wcale nie są mniej zdolni do zachowań opiekuńczych niż kobiety (obserwowalne różnice nie są zdeterminowane biologicznie, lecz społecznie; Brannon 2002, ss. 249, 253, 256).

Szacuje się, że współcześnie mniej więcej co trzecie dziecko wychowuje się bez ojca, w niepełnych związkach (*Informacje o Centrum Ojcostwa – wprowadzenie*). Nieobecność ojca w rodzinie (także mężczyzny, który pełniłby jego funkcję, np. wuja) przyczynia się, jak twierdzą niektórzy, do zmniejszenia zaangażowania młodych w sferze publicznej i do zaniku autorytetów. Dlatego najistotniejszym zadaniem staje się dzisiaj pomoc mężczyznom w stawianiu się świadomymi swej roli ojcami. „Obecnie niewiele instytucji podejmuje ten problem – są to przede wszystkim placówki akademickie i duszpasterskie (Instytut Studiów nad Rodziną w Łomiankach, Instytut Teologii Rodziny przy Katolickim Uniwersytecie Lubelskim) – uwidacznia się wyraźny brak organizacji skupiających ojców” (ibidem). W ramach funkcjonowania Fundacji Św. Cyryla i Metodego wyodrębniono program „Centrum Ojcostwa”, którego misją jest inspirowanie prac badawczych nad rolą ojca w rodzinie oraz organizowanie co roku warsztatów pod nazwą „Tydzień dla rodzin – 7 sekretów najlepszych ojców” (pierwszy odbył się w sierpniu 2001; ibidem). U podstaw organizowania takich spotkań leżą dwa założenia:

- ojcostwa można się nauczyć, a nawet trzeba, ponieważ bycie ojcem to odpowiedzialne zadanie, które wymaga uświadomionej i rzetelnej wiedzy o tym, jak to robić,
- ojcowie mogą się skutecznie wspierać w wypełnianiu swojej roli; pewne problemy są typowe, dlatego warto spotkać się i wymienić doświadczeniami.

„Siedem sekretów bycia dobrym ojcem” można w skrócie ująć jako:

1. szacunek dla matki dziecka,
2. zaangażowanie,
3. znajomość dziecka (jego problemów i zainteresowań),
4. stanowczość i konsekwencja,
5. ochrona i przywództwo,
6. aktywne słuchanie,
7. wyposażenie duchowe (które może być rozumiane szeroko – nie tylko z perspektywy wiary katolickiej).

Podsumowanie

Na zakończenie rozważań nad ojcostwem odwołam się do świata popkultury. Potrzeba przywołania pozytywnych wzorców ojcostwa w ostatnich latach znalazła swoją ekspresję w produkcji pełnometrażowych filmów rysunkowych dla najmłodszych. Motyw relacji między ojcem i synem w sposób wzruszający i zabawny zarazem ilustrują przygody zwierząt. „Król Lew”, „Gdzie jest Nemo?”, „Kurczak Mały” czy „Bambi 2” opowiadają o trudnych kwestiach wychowawczych: jak mądrze uczyć odpowiedzialności, stawiać wymagania, zaufać i dać odpowiednią ilość swobody w samodzielnym poznawaniu świata, jak okazywać uczucia i jak je przyjmować. To właśnie decyduje o tym, że filmy te są wartościowe również przez widzów dorosłych. Bycie rodzicem to chyba najtrudniejsza rola spośród społecznego repertuaru ról, warto więc wykorzystać każdą okazję, by zastanowić się nad jej znaczeniem. Szczególnie rola ojca w rodzinie wydaje się obecnie mocno zachwiana i niewyraźna. Jest to bardzo niekorzystne dla poczucia jakości życia zarówno dorosłych, jak i dzieci. Warto więc zacząć myśleć o postaci ojca jako koniecznym elemencie systemu rodzinnego i społecznego, którego nie można zastąpić. Zmieniająca się szybko i ciągle rzeczywistość wymusza natomiast odpowiedź na pytanie, jak ma wyglądać nowoczesne wypełnianie roli ojca w rodzinie, czy szerzej – mężczyzny w świecie. Przeformułowanie tradycyjnego modelu nie powinno jednak oznaczać jego degeneracji czy eliminacji.

Literatura

- Bator, J. (2006). Dzień świra po japońsku. *Duży Format*, 15 V, 14-16.
- Bielas, K. (1996). Jak przełamać klątwę pokoleń (rozmowa z Wojciechem Eichelbergerem). *Magazyn Gazety Wyborczej*, 32-34.
- Brannon, L. (2002). *Psychologia rodzaju*. Tłum. M. Kacmajor Gdańsk: GWP.

- Ceberník, R. (2000). *Pozycja i znaczenie mężczyzny – ojca w rodzinie i społeczeństwie na przestrzeni dziejów – od społeczeństwa pierwotnego do XV wieku*. W: S. Jabłoński (red.). *Ojciec...* Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Informacje o Centrum Ojcostwa – wprowadzenie*, <http://www.tato.net> (marzec 2007).
- Kobiety i mężczyźni na rynku pracy*, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_1532_PLK_HTML.htm (maj 2009).
- Melosik, Z. (2002). *Kryzys męskości w kulturze współczesnej*. Poznań: Wydawnictwo Wolumin.
- Mrożek, S. (1996). *Tango*. Warszawa: Oficyna Literacka Noir sur Blanc.
- Ossowska, A. (2000). *Poglądy moralistów I wieku n.e. na znaczenie wychowawcze ojca w rodzinie rzymskiej*. W: S. Jabłoński (red.). *Ojciec...* Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Selby, J. (1999). *Ojcowie*. Tłum. M. Mroszczak-Glińska. Warszawa: Wydawnictwo Wilga.
- Sitarczyk, M. (2002). *Międzypokoleniowa transmisja postaw wychowawczych ojców*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Słownik języka polskiego* (1979), t. II. Pod red. M. Szymczaka. Warszawa: PWN.
- Walczak, B. (2000). *Ojciec w języku polskim na tle porównawczym*. W: S. Jabłoński (red.). *Ojciec...* Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

KATARZYNA PALUS

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Instytut Psychologii

Związki miłosne a różnice płciowe

Wprowadzenie

Powstanie więzi między ludźmi, która cechuje się długotrwałością oraz zróżnicowanym stopniem seksualnej wyłączności, uznaje się w ewolucji społecznej człowieka za jedno z najważniejszych wydarzeń (Washburn, Lancaster 1968, za: Smuts 2002), które zarazem odróżnia nas od innych naczelnych (Rodseth i in. 1991, za: ibidem). Uznanie znaczenia biologicznych i ewolucyjnych podstaw kształtowania się więzi między ludźmi oraz preferencji w doborze partnera nie oznacza negowania znaczenia czynników społeczno-kulturowych czy też osobistych decyzji człowieka. Wybór partnera jest bowiem, z jednej strony, podyktowany oczekiwaniami wobec przyszłego partnera/małżonka (Welon i in. 1999), a z drugiej – ma charakter społecznego procesu selekcji (Kotlarska-Michalska 1994), który opiera się na czynnikach społeczno-demograficznych, takich jak: wiek, status społeczny (poziom wykształcenia i wykonywany zawód), wyznanie, siła przekonań religijnych, miejsce zamieszkania (region i klasa miejscowości) (Kałuża 2007).

Z perspektywy rozwojowej tworzenie związków romantycznych z osobami przeciwnej płci jest wyrazem głęboko zakorzenionego dążenia do nawiązywania i utrzymywania bliskich relacji oraz znaczącym etapem w rozwoju społecznym na przestrzeni całego życia (Ainsworth 1989; Baumeister, Leary 1995; Wehner 1994, za: Collins, Sroufe 1999). Szczęólnego znaczenia w rozwoju społecznym nabiera wczesna dorosłość, która jest okresem podejmowania ważnych decyzji dotyczących stabilizacji emocjonalnej, to znaczy poszukiwania stałego partnera (Beisert 1991) i poszukiwania intymności z innymi, zwłaszcza ze współmałżonkiem, przy czym kobiety i mężczyźni są w różnym stopniu motywowani do nawiązywania intymnych relacji (Plopa 2002; Mandal 2004).

Moim celem jest wskazanie najważniejszych ustaleń badawczych dotyczących różnic płciowych w sferze związków miłosnych, w tym przedstawienie stylu relacyjnego kobiet i mężczyzn, modeli miłości oraz oczekiwań społecznych w sferze życia małżeńskiego i rodzinnego wobec przedstawicieli obu płci.

1. Style relacyjne kobiet i mężczyzn

Odmienne style relacyjne kobiet i mężczyzn, które zaczynają kształtować się już we wczesnych etapach rozwoju, ujawniają się w relacjach przyjacielskich i miłosnych, zarówno między osobami tej samej, jak i przeciwnej płci (Brannon 2002). Dziewczeta szybciej niż chłopcy realizują na przełomie późnej adolescencji i wczesnej dorosłości zadania rozwojowe w obszarze budowania nowych, dojrzałych relacji z rówieśnikami obu płci, osiągania roli społecznej, zdobywania emocjonalnej niezależności od rodziców i innych dorosłych, przygotowania do życia w rodzinie oraz do małżeństwa (Waldowski 2002; Głuchowska-Bogacka 2002), co można wiązać z ich niejednakowym tempem rozwoju fizycznego i odmiennym procesem socjalizacji ze względu na płeć. Potwierdzeniem tego są także badania Zbigniewa Izdebskiego (2008) przeprowadzone w 2004 r., w których dziewczeta znacznie częściej niż chłopcy deklarowały, że kiedyś były lub aktualnie są w stałym związku partnerskim (63% dziewcząt i 58% chłopców); natomiast dwóch na pięciu chłopców przyznawało, że nie mieli dotąd stałej partnerki (w porównaniu do 36% takich dziewcząt).

W tym okresie młodzież traktuje często randki jako rozrywkę lub możliwość podniesienia społecznego statusu (Roscoe i in. 1987, za: Brannon 2002), dlatego część badaczy uznaje ten wzorzec spotkań za przejaw egocentryzmu i większej troski o pozycję, akceptację oraz wygląd zewnętrzny. Sam fakt posiadania dziewczyny lub chłopaka wydaje się bowiem ważniejszy niż natura i jakość łączącej ich relacji. Im bardziej popularny i atrakcyjny jest partner, tym większe ma szanse na zdobycie prestiżu i szacunku u rówieśników. Dla dziewcząt randki mają większe znaczenie prestiżowe – podnoszą ich popularność i status w grupie rówieśniczej. W porównaniu z chłopcami dziewczeta zaczynają też wcześniej chodzić na randki i wykazują większe emocjonalne zaangażowanie wobec swoich partnerów (ibidem). W okresie dorastania są one postrzegane przez swych rówieśników przede wszystkim przez pryzmat swej atrakcyjności, np. chłopcy wybierają na swe przyjaciółki atrakcyjne dziewczeta, które z kolei wybierają mniej atrakcyjnych chłopców (Strommen 1977, za: Mandal 2004).

Należy jednak podkreślić, iż atrakcyjność fizyczna partnera jest tym aspektem, któremu mężczyźni pochodzący z różnych kultur przypisują większe znaczenie niż kobiety (Pratto 2002; Myers, Vetere 2003). Michael R. Cunningham (1986, za: ibidem) twierdzi, że dla atrakcyjnych kobiet mężczyźni są bardziej skłonni do poświęceń, ponoszenia ryzyka oraz inwestowania. Starsi adole-

scencji przywiązują jednak mniejszą wagę do powierzchowności partnera (np. jego ubioru), a większego znaczenia nabierają dla nich cechy jego osobowości, przy czym pewność siebie, uprzejmość, solidność i abstynencja oraz akceptacja ze strony rodziców okazują się ważniejsze dla dziewcząt niż dla chłopców (Roscoe i in. 1987, za: Brannon 2002).

2. Teoretyczne modele miłości

Jak wskazują Jeffrey Turner i Donald Helms (1999), miłość to złożone i wielowymiarowe ludzkie uczucie, które odgrywa istotną rolę w związkach intymnych. W procesie socjalizacji przygotowujemy się do możliwości zakochania się, dlatego naturalne i powszechne jest oczekiwanie na przeżycie miłości (Henslin 1992, za: ibidem). Istnieje kilka teoretycznych modeli miłości, wśród których warto zwrócić uwagę na typologię miłości w ujęciu Johna Lee (1973, 1976, 1988, za: ibidem) i trójkątną teorię miłości Roberta Sternberga (1986, za: Wojciszke 2010).

Tabela 1. Typologia miłości w ujęciu Lee

Typy miłości	Charakterystyka
Podstawowe	
Miłość eros	Pragnienie seksualnej intymności Zaabsorbowanie fizycznymi aspektami kontaktu z drugą osobą Silny wzajemny pociąg, intensywne uczucia ekscytacji partnerem i oczekiwania na niego
Miłość ludus	Ludyczni (swawolni) kochankowie są często kokieteryjni, ale od swoich partnerów nie oczekują dłuższego przywiązania i emocjonalnego uzależnienia. Postrzegają miłość jako grę, w której nierzadko koncentrują się jedynie na własnej osobie
Miłość storge	To zrównoważona, czuła miłość, spokojne zaangażowanie i przyjaźń. Kochankowie storgiczni cieszą się ze wspólnego wykonywania różnych rzeczy, ale zwykle nie akcentują swego emocjonalnego zaangażowania
Wtórne	
Miłość maniakalna	Miłość jest intensywna i obsesyjna. Wielu maniakalnych kochanków jest tak silnie przytłoczonych przez myśli o partnerze, że pozostaje w stanie ciągłego lęku. Odczuwają stałą potrzebę podtrzymywania uczuć i uwagi przez partnerów oraz nieustannego rozpraszania wątpliwości co do ich wierności i zaangażowania
Miłość pragmatyczna	Ten typ miłości charakteryzuje rozsądek i logika. Pragmatyczni kochankowie są realistami, wchodzi w związki z takim partnerem, który odpowiada im ze względu na pochodzenie i warunki życiowe
Miłość agape	To miłość altruistyczna. Kochankowie troszczą się głęboko o swoich partnerów i starają się w serdeczny, miły sposób zapewnić im dobre samopoczucie, nie oczekując niczego w zamian

Źródło: opracowanie na podstawie Turner, Helms (1999).

John Lee wyróżnił trzy podstawowe typy miłości: eros, ludus i storge oraz trzy typy wtórne: miłość maniakalna, pragmatyczna i agape (por. tabela 1). Uważa on, że u każdej osoby dominuje jeden styl miłości, ale na ogół jesteśmy w stanie doświadczać każdego typu (Turner, Helms 1999). Badania ujawniają, że choć ludzie mogą doświadczać każdego typu miłości (Lee 1973, za: ibidem; Mandal 2004), to mężczyźni w większym stopniu niż kobiety poszukują miłości typu ludus (miłość jako gra), kobiety natomiast pragną miłości typu storge (miłość jako spokojne zaangażowanie i przyjaźń), miłości pragmatycznej (miłość z rozsądkiem i logiką) oraz miłości maniakalnej (miłość intensywna i obsesyjna). Z kolei miłość typu eros (pragnienie seksualnej intymności) oraz miłość agape (miłość altruistyczna) ma podobne znaczenie zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn. Mężczyźni czują się ponadto bardziej nieszczęśliwi w sytuacji porzucenia i rozpadu związku (Deaux, Hanna 1984; Wojciszke 1993, za: Mandal 2004). Jak ujawniają badania kliniczne, mężczyźni w sytuacji zakończenia przez nich związku z kobietą mają poczucie winy, natomiast kobiety zwykle w sposób mniej zahamowany dają odczuć mężczyźnie, iż ich miłość do niego wygasła (Kernberg 1998). Z kolei mężczyźni zazwyczaj kontynuują swą seksualną relację z kobietą, nawet gdy są emocjonalnie związani są z inną, co świadczy o ich zdolności do oddzielania erotycznego i emocjonalnego zaangażowania (Alberoni 1987, za: ibidem). Badania dowodzą, że kobiety bardziej niż mężczyźni cenią emocjonalną i seksualną monogamię oraz częściej wskazują na miłość i emocjonalne potrzeby jako usprawiedliwienie zaangażowania się w hipotetyczny romans (Boekhout i in. 1999, za: Schmookler, Bursik 2007) w odróżnieniu od mężczyzn, którzy bardziej aprobują romanse mające na celu zaspokojenie seksualnych potrzeb (Thompson 1984, za: ibidem).

Z kolei według Roberta Sternberga, w miłości można wyróżnić trzy podstawowe komponenty: intymność, namiętność i zobowiązanie, których różne kombinacje tworzą siedem form miłości (por. tabela 2).

Tabela 2. Formy miłości w ujęciu Sternberga

Forma miłości	Składniki miłości		
	Intymność	Namiętność	Zobowiązanie
Lubienie	x		
Zadurzenie		x	
Pusta miłość			x
Romantyczna miłość	x	x	
Niedorzeczna miłość		x	x
Partnerska miłość	x		x
Miłość doskonała	x	x	x

Źródło: opracowanie na podstawie Turner, Helms (1999).

Zdaniem R. Sternberga, siedem konfiguracji trzech składników miłości pozwala zrozumieć relacje międzyludzkie, przy czym współwystępowanie trzech elementów stanowi miłość doskonałą, niosącą partnerom szczególnie nagradzające doświadczenia w ramach funkcjonowania w związku (Turner, Helms 1999). Każdy z trzech wyróżnionych elementów miłości podlega swoistej dynamice w rozwoju relacji (Wojciszke 2010). Intensywność uczuć oraz działań będących wyrazem intymności rośnie powoli i wolno opada; w przeciwieństwie do przemian intymności namiętność cechuje szybki wzrost i osiągnięcie szczytowego natężenia; z kolei zobowiązanie na początku związku rośnie wolno, ale na kolejnych etapach rozwoju relacji obserwujemy coraz szybszy jego wzrost, co sprawia, że zobowiązanie stanowi najbardziej stabilny element udanego związku.

Dynamikę rozwoju relacji z uwzględnieniem różnic płciowych wyraźnie ukazuje koncepcja zachowań wiążących Alicji Kuczyńskiej (1998). Relacje kobiet i mężczyzn z nieznanymi sobie wcześniej osobami przeciwnej płci można opisać w kategoriach występowania zachowań pojednawczych, których celem jest inicjowanie i utrzymywanie więzi oraz łagodzenie agresji oraz zachowań imponujących (jedynie u mężczyzn), które służą zwróceniu uwagi odbiorcy na osobę prezentującą zachowanie (ibidem). Dla początkowej fazy intymnego związku między kobietą i mężczyzną najbardziej charakterystyczne są zachowania pojednawcze, ale także zachowania seksualne (wtórnie wzmacniają więź między kobietą i mężczyzną, posiadanie potomstwa i doznawanie przyjemności seksualnej) oraz bliskości fizycznej, zapewniające utrzymanie bliskości, poczucia bezpieczeństwa i przyjemności. W fazie intymnego, bliskiego związku obserwuje się natomiast wzrost znaczenia zachowań seksualnych oraz zachowań na rzecz partnera i wspólnoty, których celem jest udzielanie wsparcia partnerowi w sytuacji zewnętrznego zagrożenia, wyrażanie gotowości wspólnej walki i obrony związku; na tym etapie rozwoju relacji zmniejsza się natomiast rola zachowań pojednawczych przy utrzymaniu znaczenia zachowań bliskości fizycznej i zachowań imponujących.

W heteroseksualnych związkach intymnych, zarówno na etapie ich inicjowania, jak i podtrzymywania, obie płcie prezentują odmienne zachowania. Na przykład zachowania seksualne, pojednawcze i imponujące postrzega się jako bardziej typowe dla mężczyzn niż dla kobiet, dla których bardziej charakterystyczne są zachowania bliskości fizycznej oraz zachowania na rzecz wspólnoty i partnera (Kuczyńska 1998). Różnice płciowe dotyczą nie tylko dynamiki relacji, ale także pewnych jej aspektów, np. otwartości, która sprzyja zdobywaniu akceptacji i miłości (Mandal 2004).

Otwartość mężczyzn w znacznej mierze ujawnia się w kwestiach dotyczących zainteresowań, postaw i opinii, natomiast otwartość kobiet jest bardziej związana z osobistymi tematami (Skarżyńska 1979; Niebrzydowski 1992, za:

ibidem; Dindia, Alen 1992, za: Adler i in. 2006). Stopień otwartości zależy jednak nie tylko od płci, ale także, po pierwsze, od rodzaju interakcji: jeżeli mają one zabarwienie społeczno-emocjonalne, to kobiety chętniej się ujawniają, z kolei jeżeli relacje mają charakter instrumentalny, to częściej odsłaniają się mężczyźni (Shaffer i in. 1992, za: ibidem) oraz, po drugie, od tego, jakiej płci jest partner interakcji – kobiety chętniej odsłaniają się wobec innych kobiet (matek, przyjaciółek); już nastoletnie dziewczęta nie tylko nawiązują intymniejsze relacje z przyjaciółkami, ale i szybciej osiągają bliskość z chłopcami niż chłopcy z dziewczętami (Sharabany i in. 1981, za: Brannon 2002). W tym okresie dziewczętom w większym stopniu niż ich rówieśnikom zależy na bliskości emocjonalnej, której poszukują w grupach składających się z małej liczby dziewcząt, chłopcy wolą przyjaźnie oparte na wspólnej aktywności i nawiązują je z większą liczbą kolegów. Mężczyznom natomiast łatwiej zbudować bliskość emocjonalną z kobietami niż innymi mężczyznami (ibidem). Generalnie relacje kobieta – kobieta cechują się najwyższym poziomem ilości i głębokości wymienianych informacji (Mandal 2004; Adler i in. 2006), mają charakter przyjacielski. Można je opisać w takich kategoriach, jak intymność, empatia, zaufanie, lojalność i przywiązanie. Są one obszarem, w którym kobiety poszukują wsparcia, prowadzą intymne rozmowy i cenią sobie kontakt fizyczny (Mandal 2004). Dla kobiet współpraca i wsparcie niejednokrotnie stanowią cele podejmowanych interakcji, zaś mężczyźni zwykle dążą do zdobycia przewagi nad innymi (Tannen 1991, za: Cross, Markus 2002).

Należy zaznaczyć, że ekspresja emocjonalna nie jest jedyną formą nawiązywania i budowania bliskich związków (Johnson 1996, za: Adler i in. 2006). W przypadku mężczyzn, którzy czują się niezręcznie, gdy inni mężczyźni okazują im swe uczucia (lęk przed homoseksualizmem) (Berndt 1982; Nardi 1992, za: Brannon 2002; Mandal 2004), osiąganie intymności w relacjach opiera się na wspólnej aktywności i działaniach. Różnice w preferowaniu bliskości emocjonalnej znajdują swe odzwierciedlenie także w sferze aktywności seksualnej. Dla wielu kobiet seks jest wyrazem już istniejącej intymności, mężczyźni traktują go jako środek do budowania intymności (Reissman 1990, za: Adler i in. 2006). Ta odmienność motywów podejmowania współżycia zaznacza się już w okresie adolescencji, to znaczy dla dziewcząt dominującym motywem rozpoczęcia aktywności seksualnej jest gotowość do okazania miłości, czemu towarzyszy napięcie seksualne, natomiast dla chłopców – silny popęd seksualny, a w dalszej kolejności miłość i fascynacja drugą osobą, ciekawość oraz poczucie prestiżu (Wąż 2006). W większości przypadków więc dziewczęta, kierując się zaufaniem, uczuciem, sympatią lub silną więzią emocjonalną, dążą do zwiększenia bliskości poprzez zmniejszenie dystansu fizycznego; dla połowy z nich uzasadnieniem podjęcia współżycia jest miłość (silna więź emocjonalna) do chłopaka (Beisert 1991). Należy jednak podkreślić, że choć

chłopcy preferują kontakty oparte na fizycznej intymności (ibidem; Cavanagh 2007), traktują ją jako równorzędną wobec intymności emocjonalnej, a nie jako jej zamiennik (Beisert 1991, 2006).

3. Oczekiwania społeczne w sferze życia małżeńskiego i rodzinnego

Różnice płciowe w sferze miłosnych relacji znajdują swe odzwierciedlenie w odmiennych dla kobiet i mężczyzn społecznych oczekiwaniach co do podejmowania przez nich ról małżeńskich i rodzicielskich (Miluska 2001; Brannon 2002). Zadania kobiety tradycyjnie definiuje się w odniesieniu do relacji z innymi ludźmi, z których największe znaczenie przypisuje się małżeństwu (Mandal 2003, 2004). Znajduje to wyraz w tym, że dziewczynki i kobiety uczone są przede wszystkim interpersonalnych umiejętności oraz takich uczuć, jak przywiązanie, bliskość, empatia, troska oraz odpowiedzialność za związki (Jacoby 1995, za: Brannon 2002; Mandal 2004). Od mężczyzn natomiast nie wymaga się skupienia na bliskich relacjach, lecz na pracy zawodowej i zapewnianiu bytu rodzinie (Jacoby 1995, za: Brannon 2002), a zarazem oczekuje się, by raczej ukrywali swe emocje niż je ujawniali (Mandal 2003, 2004). Konsekwencją tak zróżnicowanej ze względu na płeć socjalizacji jest to, że kobiety uczone są przejmowania odpowiedzialności za relacje i pełnienia w nich funkcji opiekunek (Fitzpatrick, Sollie 1999), a mężczyźni postrzegają sytuacje związane z bliskością w kategoriach zagrożenia dla ich władzy oraz ich słabości (Mandal 2003, 2004). W rezultacie potrzeba nawiązywania bliskich więzi u mężczyzn nie ma takiej siły jak u kobiet (ibidem; Plopa 2002), co sprawia, że kobiety bardziej inwestują w romantyczne związki (Gilligan 1996; Joyner, Udry 2000, za: Cavanagh 2007).

W ciągu całego życia kobieta definiuje siebie przez relacje z innymi, a jej tożsamość skupia się wokół opieki nad innymi i wspierania rozwoju mężczyzn. Myśl ta przyjmuje konkretny wyraz w poglądach Daniela Levinsona (1978, za: Powell 1983, s. 33), który uznaje, że młody dorosły mężczyzna, aby się „rozwijać”, potrzebuje relacji ze „szczególną kobietą”. Kobięca tożsamość jest zatem określana w kategoriach „ja związanego”, natomiast męska „ja niezależnego” (Cross, Markus 2002; Mandal 2003). Jak zauważa Anthony Giddens (2007), nawet na etapie planowania związku mężczyźni zazwyczaj mówią o sobie w kategoriach „ja”, natomiast kobiety opowiadają o sobie w liczbie mnogiej. Najbardziej znaczący przedstawiciele psychologii *life-span* (Jean Piaget, Erik Erikson i Lawrence Kohlberg) formułowali swe koncepcje na podstawie badań dotyczących kwestii specyficznych dla mężczyzn (niezależność, rywalizacja, osiągnięcia i definiowanie zasad kierujących zachowa-

niem)¹, a pominęli zagadnienia znaczące dla kobiet (empatię, przywiązanie i opiekę) (Gilligan 1982, za: Powell 1983). Carol Gilligan uważa, że Erikson mówi kobietach w kontekście ich powiązania z mężczyznami, którzy dopiero po osiągnięciu tożsamości mogą poszukiwać z nią i z innymi intymności. Rozwój mężczyzny przebiega odmiennie niż rozwój kobiety, której zdolność do intymności poprzedza kształtowanie się tożsamości bazującej właśnie na relacji z mężczyzną.

Choć podkreśla się większą emocjonalność kobiet (Mandal 2003, 2004), to mężczyźni łatwiej i silniej zakochują się oraz intensywniej odczuwają pragnienie bycia zakochanym (Mandal 2004; Brannon 2002), hołdują bardziej tradycyjnym poglądom na miłość i małżeństwo, a także, wbrew stereotypom, są bardziej romantyczni niż kobiety (Peplau, Gordon 1985, za: Brannon 2002). Kobiety bowiem nie wykluczają wstąpienia w związek małżeński bez miłości, natomiast dla mężczyzn taka sytuacja jest niedopuszczalna (Brannon 2002). Okazuje się, że w sferze miłości kobiety cechują się większym pragmatyzmem i ostrożnością niż mężczyźni, a wybierając przyszłego małżonka, kierują się także jego statusem społecznym i ekonomicznym (Rostowski 1987). Takie zachowanie badacze ewolucji (np. Kenrick i in. 1993, za: Pratto 2002) wyjaśniają, odwołując się do teorii inwestycji rodzicielskiej, której główne założenie jest takie, iż płeć, która najwięcej inwestuje w potomka, powinna być najbardziej wybredna w kwestii łączenia się w pary (ibidem). Zgodnie z tą tezą to kobiety zazwyczaj z większą starannością wybierają partnera, uwzględniając także jego warunki fizyczne, rodzinne oraz ekonomiczne. Potwierdzeniem tego jest obserwowany w wielu kulturach (np. w USA, Niemczech, Francji) wyższy poziom wymagań kobiet niż mężczyzn w zakresie preferencji co do cech potencjalnego partnera (ibidem).

Mimo znacznego zindywidualizowania życia, zegar biologiczny i społeczny określa jego normatywny bieg, a „ludzie wcale nie rezygnują z poszukiwania towarzysza do grobowej deski, lecz nie są gotowi godzić się na źle funkcjonujące związki. Oczekiwania wobec małżeństwa są wysokie, a jakość związku stanowi najważniejszy jego test” (Jamieson 2008, ss. 129-130). Wysoka ranga małżeństwa i rodziny w hierarchii wartości młodych Polaków oraz Amerykanów sprawia, że osoby nieposiadające partnera są postrzegane w kategoriach odchylenia od powszechnej normy, jaką jest, czy raczej było, małżeństwo w kulturze europejskiej i amerykańskiej (Tymicki 2001; DePaulo 2006). Doty-

¹ Carol Gilligan (1982, za: Powell 1983) mówi o „męskim zorientowaniu teorii cyklu życia człowieka”, a Sandra Bem (2000, za: Brannon 2002) wskazuje na „błąd androcentryzmu”, polegający na porównywaniu kobiet z męskimi standardami, przez co wykazywane w badaniach różnice między płciami zawsze są interpretowane na niekorzyść kobiet. Ponieważ rozwój kobiet w cyklu życia ma inną ścieżkę niż rozwój mężczyzn, to traktuje się go jako odbiegający od normy (normy teoretycznej), tj. rozwoju wyznaczanego przez osiągnięcia rozwojowe mężczyzn (Gilligan 1982, za: Powell 1983).

czy to szczególnie kobiet, którym społeczeństwo wyznacza granicę wieku, po przekroczeniu której mogą zostać uznane za starą pannę (Zubrzycka 1993). Wydaje się to zrozumiałe, ponieważ poczynawszy od adolescencji dziewczęta przypisują większe znaczenie relacjom interpersonalnym i przynależności niż chłopcy, którzy cenią sobie autonomię (Mandal 2003). Od wieków przyjmowano, że każda kobieta pragnie wyjść za mąż, a jeżeli jej się to nie udało, zaczynano traktować ją jako osobę mającą jakieś deficyty (Duch-Krzystoszek 1995) lub „nieatrakcyjną kobietę” (Cotts-Watkins 1984, za: Tymicki 2001, s. 78). W przeciwieństwie do niezamężnych kobiet, mężczyźni pozostających w stanie bezżennym traktuje się z większą pobłażliwością, uznając, że żyją tak np. z powodu „braku czasu na założenie rodziny lub poświęcenie się nauce, ojczyźnie” (Duch-Krzystoszek 1995, s. 176). Z drugiej jednak strony, kobiety, mimo większej potrzeby afiliacji, częściej wybierają samodzielne życie, ponieważ w porównaniu z mężczyznami bardziej cenią sobie indywidualny sukces i niezależność (Żurek 2005).

Wraz ze zmianami w zakresie form nawiązywania znajomości w latach 20. XX wieku narodził się zwyczaj umawiania się na randki, który w kulturach zachodnich obejmował odwiedzanie przez mężczyznę kobiety w domu, zwykle na jej zaproszenie, by mogła ujawnić swe gospodarskie talenty pod czujnym okiem rodziców (Koller 1951, za: Whitty 2003). Z czasem reguły zalotów uległy zmianie: nastąpiło przejście od randek w domu do randek poza domem (ibidem), zmieniły się także ich funkcje – ich celem stała się rozrywka, zdobywanie społecznego prestiżu, uczenie się bliskości (także seksualnej) oraz poszukiwanie towarzystwa (Santrock 1993, za: Brannon 2002). Miało to wpływ na sposób inicjowania kontaktów damsko-męskich (Mongeau i in. 1993, za: Whitty 2003), które cechowały się dotąd znacznym stopniem zrytualizowania z uwagi na odmienny charakter społecznych ról płciowych, np. tradycyjnie inicjatywę w nawiązywaniu znajomości i planowaniu spotkania przypisuje się mężczyznom, kobiecie pozostawiając możliwość zgody lub odmowy (Mandal 2004). Współczesny model zalotów, obejmujący również wzorzec grupowych spotkań w gronie różnopłciowym, pozwala dziewczynie zaprosić chłopaka na spotkanie, zaplanować je i zapłacić za oboje (Brannon 2002). Choć dopuszcza się dziś przejście przez kobiety inicjatywy w nawiązywaniu kontaktów, to kobieta proponująca mężczyźnie spotkanie jest narażona na negatywną ocenę (Green, Sandos 1983, za: Mandal 2004).

Podsumowanie

Badania dowodzą, że w sferze związków miłosnych istnieją różnice płciowe, które ujawniają się m.in. w takich wymiarach, jak style relacyjne kobiet i mężczyzn, których odmiennność oddziałuje na relacje zarówno przyjacielskie, jak

również miłosne, oraz oczekiwania wobec ról w związkach partnerskich. Kobiety i mężczyźni pełnią w nich zróżnicowane, odmienne role: zadaniem kobiety jest pielęgnowanie więzi emocjonalnej i bliskości między partnerami, zadaniem mężczyzny – praca zawodowa i zapewnienie bytu rodzinie (Jacoby 1995, za: Brannon 2002). Ponadto od mężczyzn oczekuje się, że „będą uciekali przed małżeństwem i uważali je za pułapkę”, natomiast kobiety rzekomo snują plany i intrygi, żeby złapać męża (ibidem, s. 294). Stwierdzenie to jest jednak fałszywe, ponieważ mężczyźni na ogół czerpią większe korzyści ze związku niż kobiety (Bernard 1972, za: ibidem). Zwłaszcza że oczekuje się od kobiet, iż będą nie tylko pełnić rolę żony i matki, ale i pracować zawodowo. Dlatego mówi się często, że kobiety pracują na dwie zmiany (Hochschild 1989, za: ibidem). W ostatnich latach obserwujemy jednak zjawisko upodobniania się mężczyzn do kobiet w zakresie stylu formowania bliskich związków, co oznacza, że standardem dla obu płci staje się coraz częściej typowo kobiecy styl zorientowany na bliskość (ibidem).

Wyrazem przeobrażeń w tym obszarze jest współcześnie swobodny dobór partnerski (Rostowski 1987; Strzelecki 1993). W społeczeństwie klasowym XIX wieku miał on charakter zamknięty społecznie (istotne były takie kryteria, jak miejsce w hierarchii społecznej, majątek, dobór wewnątrz własnej klasy/warstwy/grupy społecznej) i był w znacznej mierze zależny od decyzji rodziców (Strzelecki 1993). Taki wzorzec małżeńskiego doboru uległ zasadniczym zmianom wraz z przemianami w sferze stosunków społecznych w okresie międzywojennym (ibidem), które doprowadziły do przekształcenia systemu aranżowania małżeństw w systemy autonomiczne, w których o zawarciu małżeństwa zaczęli decydować przyszli małżonkowie wybierający siebie nawzajem na zasadzie interpersonalnej atrakcyjności (Rostowski 1987). Na przestrzeni dziejów zmianom dotyczącym poszukiwania i doboru partnerskiego/małżeńskiego towarzyszyły także zmiany motywów zawierania małżeństw (Janicka, Niebrzydowski 1994). O ile w poprzednich wiekach małżeństwa zawierano na zasadzie społecznej umowy między dwiema rodzinami, zakładając, iż miłość rozwinie się w trakcie wspólnego pożycia, to w XX wieku dokonała się wielka zmiana w sposobie wybierania obiektu miłości (Fromm 1997). W początkach XIX wieku zrodziło się przekonanie, że romantyczna miłość to nieodzowna część małżeństwa (Evans 2008) i w naszym kręgu kulturowym zaczęła ona stanowić jedyną i pełnoprawną jego podstawę (Rostowski 1987). Dziś natomiast zarówno kobiety, jak i mężczyźni w znacznie mniejszym stopniu niż kiedyś traktują małżeństwo, seks i prokreację jako nierozłączne elementy (Duch-Krzyszczek 1998). Zdaniem Anthony’ego Giddensa (2007), to właśnie narodziny romantycznej miłości stały się punktem zwrotnym dla kształtowania się „czystej relacji”, opartej na równości płci i równowadze uczuciowej oraz „plastycznej seksualności”, bez nakazu reprodukcji. Zgoda na poszukiwanie miłości, jaką

przyniósł XXI wiek, nadała nowy wymiar relacjom mężczyzn i kobiet (Evans 2008), dla których wyjście z domu było dawniej utożsamiane z zamążpójściem, a obecnie oznacza rozpoczęcie własnego życia, niekoniecznie u boku męża (Giddens 2007).

Literatura

- Adler, R. B., Rosenfeld, L. B., Proctor II, R. (2006). *Relacje interpersonalne. Proces porozumiewania się*. Tłum. G. Skoczylas. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Beisert, M. (1991). *Seks twojego dziecka*. Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke.
- Beisert, M. (2006). Trud dorastania seksualnego. W: M. Beisert (red.). *Seksualność człowieka w cyklu życia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 145-169.
- Brannon, L. (2002). *Psychologia rodzaju*. Tłum. M. Kacmajor. Gdańsk: GWP.
- Cavanagh, S. E. (2007). The social construction of romantic relationships in adolescence: examining the role of peer networks, gender, and race. *Sociological Inquiry*, 4, 572-600.
- Collins, W. A., Sroufe, L. A. (1999). Capacity for Intimate Relationship. A Developmental Construction. W: Furman, B. B. Brown, C. Feiring (red.). *The development of romantic relationships in adolescence*, Cambridge: Cambridge University Press, 125-174.
- Cross, S. E., Markus, H. R. (2002). Płeć w myśleniu, przekonaniach i działaniu: podejście poznawcze. W: B. Wojciszke (red.). *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenia na różnice*. Gdańsk: GWP, 48-80.
- DePaulo, B. (2006). *Singled out: how singles are stereotyped, stigmatized, and ignored, and still live happily ever after*. New York: St. Martin's Press.
- Duch-Krzystoszek, D. (1995). Małżeństwo, seks, prokreacja. W: A. Titkow, H. Romański (red.). *Co to znaczy być kobietą w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, 175-188.
- Duch-Krzystoszek, D. (1998). *Małżeństwo, seks, prokreacja: analiza socjologiczna*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- Evans, M. (2008). Czym jest uczucie zwane miłością? W: P. Sztompka, M. Boguni-Borowska (red.). *Socjologia codzienności*. Kraków: Wydawnictwo Znak, 98-113.
- Fitzpatrick, J., Sollie, D. (1999). Unrealistic gender and relationships to investments and commitment in dating relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 6, 852-867.
- Fromm, E. (1997). *O sztuce miłości*. Tłum. A. Bogdański. Warszawa: Wydawnictwo Literackie Muza.
- Giddens, A. (2007). *Przemiany intymności. Seksualność, miłość i erotyzm we współczesnych społeczeństwach*. Tłum. A. Szulżycka. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Głuchowska-Bogacka, O. (2002). Pozom realizacji zadań rozwojowych w okresie wczesnej adolescencji (13-17 rok życia). W: A. Brzezińska, M. Bardziejewska, B. Ziółkowska (red.). *Szanse rozwoju w okresie dorastania*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, 27-53.

- Hoffman, R., Pasley, K. (1998). Thinking about the sexes: the relation between cognitions and gender stereotypes. *The American Journal of Family Therapy*, 26, 189-202.
- Izdebski, Z. (2008). Czego doświadczają polscy nastolatkwie. W: Z. Izdebski (red.). *Zagrożenia okresu dorastania*. Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, 45-66.
- Jamieson, L. (2008). Od rodziny do intymności. W: P. Sztompka, M. Boguni-Borowska (red.). *Socjologia codzienności*. Kraków: Wydawnictwo Znak, 115-141.
- Janicka, I., Niebrzydowski, L. (1994). *Psychologia małżeństwa*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Kałuża, D. (2007). Otwartość doboru terytorialnego małżonków we współczesnej Polsce. *Roczniki Socjologii Rodziny*, t. XVIII, 143-161.
- Kernberg, O. F. (1998). *Związki miłosne: norma i patologia*. Tłum. E. Lipska. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Kotlarska-Michalska, A. (1994). Ważność problematyki „doboru małżeńskiego” w socjologicznych badaniach małżeństwa. *Roczniki Socjologii Rodziny*, t. VI, 221-233.
- Kuczyńska, A. (1998). *Sposób na bliski związek. Zachowania wiążące w procesie kształtowania się i utrzymywania więzi w bliskich związkach*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Lott, B., Maluso, D. (2002). Społeczne uczenie się męskości i kobiecości. W: B. Wojciszke (red.). *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenia na różnice*. Gdańsk: GWP, 97-115.
- Mandal, E. (2003). *Kobiecość i męskość. Popularne opinie a badania naukowe*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Mandal, E. (2004). *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Miluska, J. (2001). Rola płci w sposobie funkcjonowania małżeństwa i rodziny. W: H. Liberska, M. Matuszewska (red.). *Małżeństwo. Męskość – kobiecość, miłość, konflikt*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, 47-73.
- Myers, L. B., Vetere, A. (2003). Adult romantic attachment styles and health-related measures. *Psychology, Health & Medicine*, 2, 175-180.
- Pankowska, D. (2005). *Wychowanie a role płciowe*. Gdańsk: GWP.
- Pasikowski, T., Sęk, H. (red.) (2006). *Psychologia zdrowia: teoria, metodologia i empiria*. Poznań: Bogunki Wydawnictwo Naukowe.
- Plopa, M. (2002). Doświadczanie intymności a satysfakcja z małżeństwa. *Małżeństwo i Rodzina*, 3, 22-26.
- Powell, D. H. (1983). *Human adjustment. Normal adaptation through the life cycle*. Boston: Little, Brown and Company.
- Pratto, F. (2002). Polityka płci: różnice między kobietą a mężczyzną w sypialni, kuchni i gabinecie. W: B. Wojciszke (red.). *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenia na różnice*. Gdańsk: GWP, 146-194.
- Rostowski, J. (1987). *Zarys psychologii małżeństwa. Psychologiczne uwarunkowania dobrego związku małżeńskiego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Schmookler, T., Bursik, K. (2007). The value of monogamy in emerging adulthood: A gendered perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 6, 819-835.

- Sęk, H. (2001). *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Smuts, B. (2002). Agresja mężczyzn wobec kobiet: perspektywa ewolucyjna. W: B. Wojciszke (red.). *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenia na różnice*. Gdańsk: GWP, 195-227.
- Strzelecki, Z. (1993). Dobór małżeństw w Polsce według cech demospołecznych. *Problemy Rodziny*, 3, 5-8.
- Turner, J. S., Helms, D. B. (1999). *Rozwój człowieka*. Tłum. S. Lis. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Tymicki, K. (2001). Starokawalerstwo i staropanieństwo. Analiza zjawiska. *Studia Socjologiczne*, 4, 77-106.
- Vasta, R., Haith, M., Miller, S. (2001). *Psychologia dziecka*. Tłum. M. Babiuch. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Waldowski, K. (2002). Realizacja zadań rozwojowych na przełomie później adolescencji i wczesnej dorosłości. W: A. Brzezińska, K. Appelt, J. Wojciechowska (red.). *Szanse i zagrożenia rozwoju w okresie dorosłości*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, 55-84.
- Wąż, K. (2006). Poglądy nastolatków na temat prokreacji. *Rocznik Lubuski*, 32, 2, 138-148.
- Welon, Z., Szklarska, A., Bielicki, T. (1999). Wybór partnera do małżeństwa ze względu na wykształcenie w Polsce w latach 1946-1985. *Studia Demograficzne*, 2, 141-162.
- Whitty, M. T. (2003). Cyber-flirting. Playing at love on the Internet. *Theory and Psychology*, 3, 339-357.
- Wojciszke, B. (2010). *Psychologia miłości*. Gdańsk: GWP.
- Zubrzycka, E. (1993). *Narzeczёнstwo, małżeństwo, rodzina, rozwód?* Gdańsk: GWP.
- Żurek, A. (2005). Relacje łączące młodych singli z ich rodzicami. W: W. Wrzesień, A. Żurek, I. Przybył (red.). *Rodzice i ich dzieci w tańcu pokoleń*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN, 71-121.

MICHAŁ KANONOWICZ

Uniwersytet Wrocławski
Instytut Pedagogiki

Płciowość i seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną Tabuizacja *versus* edukacja seksualna

Wprowadzenie

Zagadnienie seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną¹ budzi wiele kontrowersji i to nie tylko wśród rodziców tych osób, lecz także wśród ludzi zajmujących się zawodowo różnorodnymi upośledzeniami. Stereotypy wyrosłe przez lata, mimo równoległe powstającej, coraz bardziej odmitologizowanej polskiej literatury fachowej, nadal obowiązują. Będąc pracownikiem Warsztatu Terapii Zajęciowej², a następnie wolontariuszem i współpracownikiem placówek zajmujących się osobami upośledzonymi umysłowo, przekonałem się osobiście, jak ważnym dla niepełnosprawnych, a równocześnie tabuizowanym tematem jest ich seksualność.

¹ Osoba niepełnosprawna intelektualnie to osoba, której wynik w skalach wechslerowskich wynosi poniżej 70 IQ. Wyróżniamy upośledzenie intelektualne w stopniu lekkim (55-69 IQ), umiarkowanym (40-54), znacznym (25-39) i głębokim (poniżej 25) (WHO, 1980). W pracy będą używane określenia: osoba z niepełnosprawnością intelektualną, z upośledzeniem umysłowym, osoba niepełnosprawna intelektualnie oraz osoba upośledzona umysłowo, bez jakichkolwiek pejoratywnych konotacji.

² Warsztat Terapii Zajęciowej – instytucja przeznaczona dla osób powyżej 16. roku życia o znacznej niepełnosprawności, niekwalifikujących się do pracy, którym zaleca się rehabilitację w formie terapii zajęciowej. WTZ funkcjonują na podstawie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 30 września 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad tworzenia, działania, finansowania Warsztatów Terapii Zajęciowej (Dz. U. nr 167, poz. 1376) (Misztal 2005).

1. Mityzacja seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną

Opinie na temat seksualności osób niepełnosprawnych umysłowo są często skrajne. Niektórzy uważają, że osoby upośledzone są opętane nieograniczonym popędem. W odczuciu społecznym seksualność ta jawi się jako coś wynaturzonego i odstrasającego czy wręcz dewiacyjnego (Jaczewski 1981; Molicka 1995). Choć, jak podaje Ewelina Głowacz (1997, s. 194), zachowania dewiacyjne „nie wynikają z tego, że upośledzeni są dewiantami, tylko z warunków ich życia”, czego egzemplifikacją mogą być zachowania homoseksualne w niekoedukacyjnych Domach Pomocy Społecznej lub znane mi przypadki wychowywania się osoby niepełnosprawnej w domu, w którym sfera seksualna miała charakter patologiczny (np. akty seksualne podczas libacji alkoholowych na oczach osoby upośledzonej).

Można także spotkać opinie, że dorosłe osoby z niepełnosprawnością intelektualną są jak dzieci. Uważa się je za aseksualne, a jakakolwiek ujawniająca się seksualność uznawana jest za problem – należy ją więc wyhamować i wyeliminować. Remigiusz Kijak (2004, s. 59) podaje, że „seksualizm jawi się jako płaszczyzna życia dostępna tylko ludziom zdrowym”. Opinie, w których osoby niepełnosprawne intelektualnie są traktowane jako aseksualne, ujawniają się w badaniach i raportach na ten temat (por. Korzon 2003, ss. 5-9; Grütz 2005, ss. 99-113).

Przyczyn takich postaw docieka w swoim artykule Monika Karwacka, wskazując trzy najważniejsze nurty. Pierwszym jest siła oddziaływania Darwinowskiej teorii ewolucji. Zgodnie z teorią doboru płciowego, wybieramy partnerów, którzy mają najlepsze cechy, dobry genotyp, który zapewni sukces reprodukcyjny. Osoby z upośledzeniem intelektualnym są postrzegane jako ludzie ze słabym materiałem genetycznym, który mógłby być powielony w kolejnym pokoleniu, a więc jako osoby nieatrakcyjne, a dalej aseksualne. Drugi nurt stanowi kreowana przez media wizja człowieka sukcesu – młodego, wysportowanego, silnego i pięknego – jako człowieka najbardziej wartościowego, o dużym potencjale seksualnym. Skoro osoba z niepełnosprawnością intelektualną nie kojarzy się z atrakcyjnością zewnętrzną i zdrowiem, to tym samym obdziera się ją z seksualności w ogóle. Trzecia teoria związana jest z postrzeganiem niepełnosprawnych przez pryzmat norm religijnych (Karwacka 2005, s. 128). W myśl nauki Kościoła katolickiego akt seksualny jest wyrazem miłości i ma na celu prokreację oraz jest dopuszczalny jedynie w małżeństwie. Należy też mieć na uwadze to, że Katechizm Kościoła Katolickiego akceptuje wyłącznie małżeństwo zawarte między kobietą i mężczyzną (KKK, 1994), a Kodeks Prawa Kanonicznego w rozdziale IV wyraźnie wskazuje, że niezdolni do zawarcia małżeństwa są ci, którzy „są pozbawieni wystarczającego używania

rozuemu; mają poważny brak rozeznania oceniającego co do istotnych praw i obowiązków małżeńskich wzajemnie przekazywanych i przyjmowanych; z przyczyn natury psychicznej nie są zdolni podjąć istotnych obowiązków małżeńskich” (KPK, 1983, Kan. 1095; por. Węgrzyn 2004, ss. 76-81).

Dodatkową przyczyną, a zarazem największym mitem jest wiara w to, że nieporuszanie tematu seksu i brak edukacji seksualnej są najlepszym rozwiązaniem problemu seksualności upośledzonych, gdyż poruszanie tematu tabu może ich seksualnie rozbudzić.

2. Rozwój płciowy, tożsamość płciowa i kształtowanie seksualne

Tożsamość płciową (ang. *gender identity* lub *sexual identity*) należy rozumieć jako kulturową i psychologiczną płęć, z którą dana jednostka się identyfikuje. Wprawdzie płęć to „kwestia wyboru i zawsze można zmienić swoje zdanie” (Baker 1995, s. 52), to u większości populacji tożsamość płciowa jest zgodna z fizycznymi cechami płciowymi. Składają się na nią:

- wiedza o własnej płciowości,
- wiedza o właściwościach przynależnych konkretnej płci,
- akceptacja bądź jej brak w odniesieniu do własnej płciowości lub niektórych jej przejawów,
- stosunek do płci odmiennej, dostrzeganie odmienności i związane z tym zainteresowanie lub lęk (Wojtczak-Grzesińska, Jaglińska, s. 23).

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną w znaczący sposób różnią się od osób pełnosprawnych w kwestii kształtowania tożsamości płciowej. Z powodu braku informowania i edukowania w tym zakresie widoczny jest niedostatek wiedzy o anatomii i fizjologii. Daria Mejnartowicz (2000, s. 7) podkreśla, że „wielu rodziców nie potrafi przyznać, że zmiany fizyczne i hormonalne związane z dojrzałością płciową są naturalną częścią cyklu życia, także dziecka upośledzonego umysłowo”. Brak wiedzy nie wynika z niekompetentnego informowania, niedostosowania języka i szczegółowości danych, co mając na względzie ograniczone możliwości poznawcze upośledzonej intelektualnie osoby mogłoby wydawać się zasadne, lecz jest efektem chęci „nierozbudzania seksualnego” własnego, często dorosłego dziecka.

W kształtowaniu tożsamości płciowej mogą występować następujące deficyty:

- zaprzeczanie potrzebom seksualnym bądź odkładanie ich zaspokojenia na odległą przyszłość,
- ograniczenia w możliwości hamowania impulsów seksualnych,
- zastępcze formy osiągania zaspokojenia,
- trudności w rozpoznaniu własnych emocji (ibidem, s. 24).

Mimo to proces dojrzewania płciowego przebiega w sposób prawidłowy. Nie jest on ani opóźniony, ani przyspieszony w porównaniu z nastolatkami pełnosprawnymi. Ponadto pojawiające się zmiany somatyczne następują zwykle w tej samej kolejności (por. Harwas-Napierała, Trempała 2004, 2005):

Można wyróżnić pewne odstępstwa w przebiegu rozwoju i występują one u osób, których upośledzenie spowodowane jest czynnikami genetycznymi. Daria Mejnartowicz, opisując osoby z zespołem Downa, podaje, że u dziewcząt występuje opóźnienie menstruacji o ok. 1 rok oraz opóźnienie rozwoju piersi. Kobiety z tą wadą genetyczną mają małe i zniekształcone kości łonowe, co może mieć znaczenie przy wydawaniu na świat potomstwa – istnieje duże prawdopodobieństwo urodzenia dziecka upośledzonego umysłowo lub/i fizycznie (Mejnartowicz 1995b, ss. 13-17; 2002, s. 13). Jednakże są one zdolne do posiadania potomstwa, co podkreślają autorzy licznych raportów, zaznaczając, iż w większości przypadków jajowody oraz komórki jajowe wykształcają się prawidłowo, występuje owulacja, odnotowuje się również prawidłowe działanie hormonów w czasie ciąży (ibidem; Angelopoulou i in. 1999, ss. 15-21; Katz, Lazcano-Ponce 2008, s. 246). W związku z konsekwencjami fizjologiczno-anatomicznymi, jak również z powodu zwiększonego ryzyka urodzenia dziecka z trisomią chromosomu 21, odnotowuje się jednak małą liczbę urodzeń. U chłopców z zespołem Downa nie ma istotnych różnic w kolejności pojawiania się cech płciowych. Jednakże dość częstym defektem jest niezstępowanie jąder do worka mosznowego oraz zmniejszona wielkość zewnętrznych narządów płciowych. Pojawiają się także wady układu moczowego i płciowego. Z kolei rozwój trzeciorzędowych cech płciowych jest mocno zróżnicowany, np. owłosienie łonowe jest w normie, natomiast można zaobserwować opóźnienie pojawienia się zarostu twarzy, który jest zwykle dość rzadki, miękki i delikatny.

Można przyjąć, że u większości osób upośledzonych rozwój płciowy jest analogiczny jak u osób pełnosprawnych. Jednak reakcje na zmiany somatyczne i fizjologiczne mogą być zdecydowanie odmienne. Im głębszy stopień upośledzenia, tym poważniej ujawniają się negatywne reakcje na obserwowane przez młodzież zmiany. Może im towarzyszyć niepewność, lęk, rozpacz, a nawet złość, a w skrajnych przypadkach reakcja na zmiany może prowadzić do regresu.

Przyczyną takich zachowań jest najczęściej brak zrozumienia przemian zachodzących we własnym organizmie oraz negatywne postawy rodziców czy opiekunów. Na przykład niepełnosprawne dziewczęta, które nie zostały przygotowane na pojawienie się miesiączki, często interpretują to jako chorobę, zranienie, coś brudnego i niepożądanego, co może z kolei prowadzić do zachowań agresywnych i autoagresywnych. Natomiast młodzi mężczyźni mogą negatywnie reagować na pierwszą ejakulację – jako coś wstydliwego bądź ja-

ko niekontrolowane oddanie moczu (Wojtczak-Grzesińska, Jaglińska, ss. 8-9). Nietrudno więc wywnioskować, że brak zrozumienia zachodzących zmian w organizmie może wynikać z braku lub niewystarczającej edukacji seksualnej osób niepełnosprawnych, czy z niedostosowanej do wieku nauki z zakresu higieny osobistej. Tabuizacja tematu przez rodziców i opiekunów jeszcze bardziej upośledza te osoby.

Choć wielu wciąż nie chce dostrzegać, iż osoby niepełnosprawne intelektualnie mają potrzeby seksualne, to pojawiają się one w okresie adolescencji podobnie jak u osób sprawnych. Dyskusja może dotyczyć jedynie siły tych potrzeb, gdyż w literaturze przedmiotu zauważalne są dwa dość odległe stanowiska. Pierwsze z nich, reprezentowane przez Hannę Olechnowicz, a nawiązujące do aseksualności, mówi, iż im głębsze upośledzenie, tym bardziej zaburzone są psychobiologiczne podstawy seksualności, a więc siła potrzeb seksualnych i dążenie do ich realizacji są mniejsze (Wojtczak-Grzesińska, Jaglińska, s. 9). Podobnego zdania jest Jean Vanier (1988, s. 42), który przekonuje, że odczytywane przez otoczenie sygnały jako wyraz potrzeb seksualnych najczęściej wyrażają potrzebę macierzyńskiej czułości. Odmienne zdanie ma Andrzej Jaczewski, który twierdzi, iż potrzeby seksualne upośledzonych są silniejsze i pojawiają się wcześniej. Jest to związane z często występującym u osób upośledzonych uszkodzeniem mechanizmów korowych, czego efektem jest przewaga podkorowych mechanizmów kierujących wrodzonymi reakcjami seksualnymi. Stąd popęd, którym się kierują, nie jest ograniczany i hamowany wpływem intelektu i wychowania. Ponadto im głębsze upośledzenie, tym seksualizm jest silniejszy (Obuchowska, Jaczewski 1982, s. 42 n.).

Te przeciwstawne tezy można pogodzić odwieczną prawdą nauk humanistycznych i społecznych, która mówi, że „różni ludzie w różnych sytuacjach zachowują się różnie”, co potwierdzają moje kilkuletnie obserwacje zachowań osób upośledzonych umysłowo. Osoby te, podobnie jak ludzie pełnosprawni, mają zróżnicowane potrzeby emocjonalne i seksualne, przejawiające się z różnym natężeniem i wyrażane na różne sposoby. Należy do nich wiele dążeń i zachowań, począwszy od platonicznej miłości, wzajemnego kupowania słodyczy i kwiatów, skończywszy na pragnieniu posiadania wielu partnerek bądź partnerów i prokreacji.

Analogicznie do osób pełnosprawnych wykazują zainteresowanie płcią odmienną, rzadziej tą samą. Swoje przywiązanie i bliskość chcą manifestować dotykaniami twarzy, dłoni, obejmowaniem, głaskaniem, przytulaniem i chodzeniem za rękę. Ich fizyczność jest bardzo silnie związana ze sferą emocjonalną. Nie można więc w pełni zgodzić się z Ewelina Głowacz (1997, s. 174), która twierdzi, że „w przypadku życia w swoistym getcie, jakim są domy opieki i zakłady opiekuńczo-lecznicze, jeśli są one dla obu płci, tworzą się najdziwniejsze pary, przy czym wymiana partnerów jest rzeczą normalną i niebudzącą niczy-

jego zdziwienia, bowiem wszystkie te pary nie są związane emocjonalnie, nie ma mowy o uczuciach ze względu na ich poziom intelektualny”. W rozmowach z upośledzonymi można odkryć ich pragnienia, które przybierają nierzadko nierealne kształty, niezwykle trudne do osiągnięcia, choć teoretycznie możliwe. Myśląc o swojej przyszłości, osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym i znacznym marzą o założeniu rodziny, urodzeniu i wychowaniu dziecka.

Opisywane rozwarstwienie siły potrzeb oraz specyfika zachowań emocjonalnych i seksualnych jest związana przede wszystkim ze stopniem upośledzenia umysłowego, choć na danym poziomie potrzeby, reakcje na zmiany somatyczne czy zachowania mogą się dość znacznie różnić. Tabela 1 prezentuje ogólną charakterystykę zagadnienia seksualności w zależności od stopnia upośledzenia umysłowego.

Tabela 1. Charakterystyka seksualności
a stopień niepełnosprawności intelektualnej

Stopień upośledzenia	Charakterystyka
Lekkie	Rozwój płciowy (anatomiczno-fizjologiczny) nieodbiegający od normy Potrzeby, zachowania seksualne oraz kontrola popędu seksualnego na poziomie podobnym jak u osób sprawnych Częste kontakty seksualne, występują także kazirodce – często wymuszane (wykorzystanie seksualne) Działania bardziej instynktowne niż racjonalne Rozumienie i umiejętność wykorzystania informacji w ramach edukacji seksualnej, gotowość do korzystania z poradnictwa i terapii seksualnej
Umiarkowane	Rozwój płciowy (drugorzędowe cechy płciowe) może być nieznacznie opóźniony Częściowe rozumienie treści przekazywanych w ramach edukacji seksualnej Pewne trudności w kontroli i zmianie swoich zachowań seksualnych Większość zdolna jest do przestrzegania podstawowych norm regulujących zachowania seksualne
Znaczne	Bardzo słaba kontrola zachowań seksualnych Ograniczona zdolność przeciwdziałania konsekwencji zachowań seksualnych Brak rozumienia właściwych zasad regulujących tę sferę życia
Głębokie	Autoerotyka zasadniczym sposobem zaspokajania potrzeb seksualnych Dominacja zachowań impulsywnych Wysoka częstotliwość zachowań nieakceptowanych społecznie Znacznie ograniczona możliwość przewidywania konsekwencji zachowań seksualnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie Mejnartowicz (2002, s. 12).

Charakterystyka seksualności w obrębie czterech stopni niepełnosprawności intelektualnej pokazuje, że im głębszy stopień upośledzenia, tym częściej realizacja potrzeb seksualnych manifestuje się autoerotyką. To z kolei, wraz ze zmniejszaniem kontroli nad własnymi reakcjami i nierozpoznawaniem działań poprawnych, powoduje pojawianie się nieakceptowanych społecznie zachowań. Zatem rodzice i opiekunowie, a także ludzie zawodowo zajmujący się upośledzonymi powinni poruszać tematy dotyczące życia erotycznego, edukować seksualnie niepełnosprawnych i uczyć prawidłowych (akceptowanych) zachowań.

Należy podkreślić, że autoerotyka, poza funkcją zastępczej realizacji potrzeby seksualnej, pełni również inne zadania w życiu osoby niepełnosprawnej intelektualnie. Masturbacja stanowi rozwojową aktywność, staje się też czasem jedyną formą sprzeciwu i zwrócenia na siebie uwagi otoczenia. Bywa także przykrą konsekwencją wykorzystania seksualnego. Izabela Fornalik (2007), przytaczając badania amerykańskie, wskazuje, iż autoerotykę stosuje 90% męskiej i 50-60% żeńskiej młodzieży z niepełnosprawnością. Najczęściej dokonują tego w domu w sytuacjach intymnych, ale także przy innych członkach rodziny lub w szkole w obecności uczniów i nauczycieli.

Zachowania autoerotyczne przybierają różne formy, przy czym można zaobserwować tendencję, że im głębszy stopień niepełnosprawności, tym częściej autoerotyka realizowana pieszczotami dłonią (pocieranie, dotykanie) jest zastępowana prymitywnymi sposobami (pocieranie ciałem o podłogę, meble i zabawki). Zatem im niższy iloraz inteligencji, tym zachowania autoerotyczne nabierają wymiaru stereotypowego i automatycznego, wpisując się w definicję niewłaściwej masturbacji, która ma charakter publiczny, zajmuje maksymalnie dużo czasu, dominując nad innymi sferami życia, często towarzyszy jej uszkodzenie genitaliów i problemy z higieną, wywołuje wzrost agresji i frustracji bądź nasilone napięcie psychofizyczne i poczucie winy u osoby masturbującej się, a dyskomfort u osób postronnych z powodu wydawania niestosownych odgłosów czy kradzieży rzeczy służących jako fetysze przy masturbacji (Wojtczak-Grzesińska, Jaglińska, s. 11).

Omawiając zagadnienie seksualności osób niepełnosprawnych, a w szczególności aktów autoerotycznych, nie sposób przemilczeć stanowiska Kościoła katolickiego w tej kwestii. Często bowiem rodziny osób niepełnosprawnych, a także sami upośledzeni deklarują, że są osobami wierzącymi, praktykującymi katolikami, nierzadko zaangażowanymi w życie swoich parafii. Według Katechizmu Kościoła Katolickiego, masturbacja jest utożsamiana z grzechem jako „akt wewnętrznie i poważnie nieuporządkowany” ze względu na poszukiwanie przyjemności cielesnej poza relacją płciową, a tym samym jako jedno z wykroczeń przeciw czystości (KKK, 1994, s. 530). Dlatego „wiele osób odczuwa moralne wątpliwości związane ze zgodą na uwalnianie nagroma-

dzonych napięć i realizacji potrzeb na drodze aktu autoerotycznego” (Grütz 2005, s. 100). Jednak takich wątpliwości nie powinien mieć pedagog czy psycholog lub inne osoby profesjonalnie zajmujące się osobami upośledzonymi. Obowiązkiem kadr zaangażowanych w pracę z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie winna być edukacja seksualna dostosowana do poziomu intelektualnego i emocjonalnego wychowanków.

3. Wychowanie seksualne *versus* tabuizacja

Kwestia wychowania seksualnego w Polsce jest regulowana takimi aktami prawnymi, jak:

- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 sierpnia 1999 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego (Dz. U. nr 67, poz. 756 z późn. zm.: z 2001 r. nr 79, poz. 845, z 2002 r. nr 121, poz. 1037);

- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 12 lutego 2002 r. w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych (Dz. U. nr 15, poz. 142) wraz z załącznikami.

Według pierwszego z rozporządzeń, treści dotyczące edukacji seksualnej powinny być prezentowane w ramach przedmiotu „Wychowanie do życia w rodzinie”. Jednakże z drugiego rozporządzenia wynika, że w polskim szkolnictwie zajęcia te przewiduje się jedynie dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, pomijając uczniów głębiej upośledzonych (Malik 2006, s. 257). Kazimiera Nowak-Lipińska (1996, za: ibidem, s. 206) podkreśla, że brak edukacji seksualnej bądź jej ignorowanie powodują, że:

- dziecko upośledzone umysłowo przejawia negatywne opinie na temat życia seksualnego człowieka w ogóle,
- nie rozumie poprawnych i niepoprawnych zjawisk w sferze seksualnej,
- nie ma świadomości praw i umiejętności zachowania się w sytuacji problemowej, wymagającej asertywności i zdecydowania,
- oczekuje się odpowiedzialnego zachowania od osoby, której nigdy nie uczono zasad obowiązujących w społeczeństwie.

Brak edukacji seksualnej oraz znikoma umiejętność określenia norm i zasad w postępowaniu seksualnym sprawia, że upośledzeni umysłowo stają się nierzadko osobami wykorzystywanymi seksualnie, jak również osobami dokonującymi nadużyć. Dzieje się tak dlatego, że przez stereotyp swoistej aseksualności i często nieatrakcyjności fizycznej wydaje się, że te osoby wykluczone

są z grona osób narażonych na przemoc seksualną. W rzeczywistości niepełnosprawni intelektualnie są postrzegani jako łatwe ofiary, które nie są zdolne przeciwstawić się sprawcy i opowiedzieć o swoich traumatycznych przeżyciach, stając się ofiarą gwałtów, kazirodczych stosunków, zaczepek i perwersji (Mejnartowicz 1995a, s. 10).

Niejasne wydaje się zatem pominięcie w edukacji seksualnej osób głębiej upośledzonych. Dostępne, choć rzadkie badania pokazują, że poziom wiedzy dotyczącej sfery seksualnej człowieka jest niski wśród osób z niepełnosprawnością intelektualną (Leutar, Mihokovic 2007; Cuskelly, Gilmore 2007).

Patrząc na efekt ministerialnych rozporządzeń, a więc brak edukacji seksualnej dla osób głębiej upośledzonych, zasadne wydaje się odnotowanie słów Krzysztofa M. Lauscha twierdzącego, że problemy wychowania seksualnego młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie w stopniu lekkim niewiele się różnią od analogicznych, związanych z wychowaniem osób pełnosprawnych, jednakże w przypadku upośledzonych w stopniu umiarkowanym i głębszym owo wychowanie seksualne jest zdecydowanie trudniejsze, „choćby właśnie z tego powodu, że ów punkt »docelowy« tego procesu, nawiązanie kontaktów heteroseksualnych usankcjonowanych sakramentem małżeństwa – po prostu nie istnieje” (sic!) (Lausch 1987, za: Kustra 2004, s. 175).

W przypadku Kościoła katolickiego można zrozumieć, iż chciałby on widzieć edukację seksualną powiązaną jedynie z przysposobieniem do życia w rodzinie, heteroseksualnej i objętej sakramentem małżeńskim, gdzie zachowania seksualne prowadzą do prokreacji. Nie jest jednak jasne, dlaczego rozwinięte cywilizacyjnie państwo w zakresie edukacji seksualnej pomija osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną.

Przecież edukacja seksualna powinna dotyczyć m.in.: poznawania własnego ciała, higieny, poznawania własnych potrzeb i umiejętności ich zaspokajania w sposób dopuszczony społecznie czy poznawania norm regulujących tę sferę życia. W przedmowie do książki pod redakcją Janiny Graban pt. *Wieczne dzieci czy dorośli. Problem seksualności osób z niepełnosprawnościami intelektualnymi* Zbigniew Lew-Starowicz podaje, że w sierpniu 2002 r. Światowe Towarzystwo Seksuologiczne³ opublikowało „Deklarację Praw Seksualnych” rekomendowaną przez Światową Organizację Zdrowia, w której zamieszczono następujące prawa: do wolności seksualnej, odrębności seksualnej, prywatności seksualnej, emocjonalnego wyrażania seksualności, podejmowania wolnych i odpowiedzialnych decyzji co do posiadania potomstwa, informacji opierających się na badaniach naukowych, wyczerpującej edukacji seksualnej i seksualnej opieki zdrowotnej.

³ „Deklarację Praw Seksualnych” można znaleźć na stronie internetowej Światowego Towarzystwa Seksuologicznego (obecna nowa angielska nazwa: World Association for Sexual Health): www.worldsexology.org/about_sexualrights.asp (27.11.2007).

Na szczególną uwagę zasługuje prawo do edukacji seksualnej oraz prawo do seksualnej równości odwołujące się do wolności od wszelkich form dyskryminacji, także fizycznej i emocjonalnej niepełnosprawności. Równości oraz gwarancji dostępności do należytej edukacji, dostosowanych treści i form przekazu w Polsce nie ma, a zagadnienie seksualności jest tabuizowanym tematem, poruszany jedynie przez nielicznych naukowców czy praktyków. Fakt ten nie powinien budzić zdziwienia, gdyż w prześladowanych przeze mnie programach studiów czołowych polskich uczelni brak jest treści dotyczących seksualności upośledzonych dla przyszłych pracowników socjalnych, księży, a nawet psychologów i pedagogów (w szczególności rewalidacyjnych).

Ważne jest zatem, aby oprócz wprowadzania edukacji seksualnej na różnych stopniach kształcenia dla osób głębiej upośledzonych przygotowywać profesjonalne kadry pracujące w Domach Pomocy Społecznej, Warsztatach Terapii Zajęciowej lub innych tego typu instytucjach. Takie działania pozwolą na zbliżenie się do europejskich norm w zakresie działań wobec osób niepełnosprawnych intelektualnie.

Krajami, które wprowadzają najwięcej działań pomocowych dla osób niepełnosprawnych intelektualnie są Niemcy i Holandia. Joanna Kruk-Lasocka opisuje stosowany tam system małżeństw chronionych. Model ten zakłada kilka ewentualności: „rodzice mieszkają z dzieckiem we własnym mieszkaniu i otrzymują wsparcie; rodzice mieszkają w ośrodku, gdzie mają do dyspozycji mieszkanie, a dziecko może mieszkać z nimi albo w tym samym ośrodku, ale pozostawać pod opieką innych osób; rodzina z dzieckiem upośledzonym mieszka z rodziną pochodzenia” (Kruk-Lasocka 2005, s. 79). Należy także odnotować, iż rozwiązania takie nie zawsze okazują się idealnymi, gdyż problem wychowania potomstwa przez osoby upośledzone często wynika z ubóstwa, w jakim żyją pary małżeńskie, a co za tym idzie – niezabezpieczenia dzieciom warunków bytowych. Kolejną trudnością może być niewystarczająca wiedza, pomimo pomocy i edukacji, jak obchodzić się z niemowlęciem i małym dzieckiem, a w późniejszym okresie rozdzwięk pomiędzy ograniczeniami intelektualnymi rodziców a postępem w rozwoju dziecka.

W Holandii osoba zdrowa, która założy rodzinę z niepełnosprawną, może liczyć na pomoc państwa w postaci mieszkania i środków finansowych (Giedroyc 2007). Pojawiają się także inne rozwiązania wspomagające osoby upośledzone, które przewidują usługi wykwalifikowanej pielęgniarce prowadzącej terapię seksualną finansowaną ze środków publicznych, a zamożniejsze osoby niepełnosprawne mogą skorzystać z usług prostytutki (por. Kruk-Lasocka, 2005, s. 79).

Polskie doświadczenia w zakresie edukacji seksualnej są raczej niewielkie. Nie ma rozwiązań systemowych, a działania poszczególnych pedagogów czy psychologów w Warsztatach Terapii Zajęciowych czy Domach Pomocy Spo-

tecznej są wyjątkami odbiegającymi od „reguły przemilczania” problemu seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną. Należy podkreślić, iż taka edukacja powinna być prowadzona w sposób zindywidualizowany, zarówno z osobami upośledzonymi, jak i ich rodzinami. Konieczność intensywnej pracy z rodzicami wynika z tego, że to właśnie oni często nie dopuszczają do siebie myśli, że ich niepełnosprawne dziecko rozwija się pod względem płciowym i pojawienie się potrzeb seksualnych jest kwestią czasu. Praca z rodziną powinna odbywać się od wczesnych lat życia niepełnosprawnego dziecka. Początkowo należy koncentrować się na ukształtowaniu potrzeby intymności oraz kontroli zachowań. Nauka ta pojawiać się może w czasie nabywania wiedzy dotyczącej higieny i samoobsługi. Ważnym etapem edukacji seksualnej jest umiejętność rozpoznawania zachowań dopuszczalnych społecznie: jakie obszary własnego ciała należy chronić przed dotykiem innych osób, jak zachowywać się w różnych sytuacjach, np. do kogo można się przytulić, kogo i w jaki sposób można dotykać.

W swojej praktyce zawodowej spotykałem dorosłych ludzi z niepełnosprawnością intelektualną, którzy często nie byli objęci żadnymi profesjonalnymi działaniami edukacyjnymi w zakresie seksualności. Wtedy edukacja powinna koncentrować się na wypracowywaniu zachowań i rozładowywaniu napięcia seksualnego w sposób dopuszczalny społecznie, a także obejmować profilaktykę zdrowotną (w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową) oraz zapobieganie ciąży.

W literaturze przedmiotu trudno odnaleźć spójny i zaplanowany program edukacji seksualnej, którym można by objąć osoby niepełnosprawne i ich rodziny. Chlubną egzemplifikacją jest jednak projekt „Amor” Stowarzyszenia „Otwarte Drzwi”. Materiały szkoleniowe opracowały Iwona Wojtczak-Grześińska i Anna Jaglińska. Idea programu zakłada, że człowiek jest komplementarną strukturą, której integralną częścią jest seksualność. Działaniami objęte są zarówno osoby z niepełnosprawnością intelektualną, jak i ich rodziny. Autorki podkreślają, iż rodzina upośledzonego jest ważnym partnerem przy podejmowaniu oddziaływań psychokorekcyjnych i w tym procesie niezbędne jest „uwzględnienie systemu światopoglądowego oraz moralno-etycznego rodziny, poziomu jej funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego i stopnia komunikatywności” (Wojtczak-Grześińska, Jaglińska, s. 59).

Program składa się z sześciu części. Stanowią one systemową całość, mogą jednak tworzyć odrębne jednostki edukacyjno-terapeutyczne. W pierwszej części nacisk kładziony jest na zdobywanie elementarnej wiedzy na temat budowy i funkcjonowania organizmu człowieka, z uwzględnieniem dynamiki rozwojowej. W drugiej części przedstawione są prawidłowe zasady dbałości o siebie i własne ciało. Przede wszystkim podkreśla się rolę higieny osobistej, w tym stref intymnych. Ponadto uczy się znajomości i respektu dla własnych

potrzeb oraz właściwych sposobów ich regulowania. Trzecia część dotyczy seksualnego aspektu życia człowieka. Niepełnosprawni uczą się roli potrzeb seksualnych w ich życiu, poznają prawidłowości ich zaspokajania, standardy moralno-etyczne i społeczne oczekiwania normatywne. Czwarta część jest poświęcona profilaktyce. Podkreśla się tu zagrożenia zdrowotne oraz uczy nawyków obrony przed tymi zagrożeniami (choroby przenoszone drogą płciową, formy patologii seksualnej). Niepełnosprawni poznają także metody antykoncepcji i świadomego planowania potomstwa. W piątej części kładzie się nacisk na rozwijanie umiejętności osobistych, takich jak: radzenie sobie ze stresem, rozwijanie zdolności asertywnych, komunikacyjnych i decyzyjnych. Ponadto, nadal w kontekście seksualności, uczy się rozróżniania sytuacji prywatnych i publicznych oraz zachowań odpowiednich i nieodpowiednich. Szósta część poświęcona jest instytucji rodziny i jej wartości w życiu człowieka. Ukazuje się prawidłowości życia rodzinnego, wzajemne obowiązki poszczególnych członków, konieczność odpowiedzialności za partnera i potomstwo. W tym miejscu kształtuje się u osób niepełnosprawnych intelektualnie realistyczny wizerunek oczekiwań związanych z przyszłością (Wojtczak-Grzesińska, Jaglińska, ss. 58-60).

Podsumowanie

Obok prezentacji podobieństw w sferze płciowości osób pełnosprawnych i tych z upośledzeniem intelektualnym wskazałem, że wraz z rozwojem płciowym u osób z niepełnosprawnością intelektualną rozwija się również sfera seksualna oraz potrzeby seksualne. Dlatego też konieczne jest prowadzenie edukacji seksualnej. Mam jednak nadzieję, iż postulaty należytej edukacji dla osób głębiej upośledzonych nie zostaną odebrane wyłącznie jako chęć zapewnienia równości seksualnej. Edukacja w tym zakresie to również poznawanie własnego ciała i ochrona przed nadużyciami, poznawanie norm i zasad kierujących sferą seksualną człowieka. Przedstawione egemplifikacje rozwiązań stosowanych w Niemczech i Holandii z pewnością będą budzić wątpliwości. Można bowiem zadać pytania: Dlaczego osoba zdrowa szuka partnera niepełnosprawnego? Co z podatnikami, którzy są jedynie nieśmiali i nie mogą znaleźć partnera/partnerki? Czy im także należy finansować wykwalifikowaną pielęgniarkę, z którą odbędą stosunek płciowy? Problemów natury moralnej jest znacznie więcej (por. Spiecker, Steutel 2002).

Niewątpliwie osoby niepełnosprawne należy edukować w zakresie życia rodzinnego, nie wyłączając sfery seksualnej. Odpowiedniej edukacji wymagają także pozostali członkowie społeczeństwa, abyśmy nie stanęli przed dylematem, który wiele lat temu dostrzegł amerykański genetyk polskiego po-

chodzenia Teodozjusz Dobzhansky – „jeśli zapewnimy słabym i nieudolnym życie i możliwość rozmnażania się, mamy przed sobą perspektywę zmierzchu genetycznego, jeśli pozwolimy im umrzeć lub cierpieć, mimo że stać nas na ratunek i pomoc, będzie to zmierzch naszej moralności” (za: Lipkowski 1981, s. 63).

Literatura

- Angelopoulou, N., Souftas, V., Sakadamis, A., Matziari, C., Papameletiou, V., Mandroukas, K. (1999). Gonadal function in young women with Down syndrome. *International Journal Of Gynaecology And Obstetrics*, 67(1), 15-21.
- Baker, K. (1995). Disorientation. *IPA Review*, 47(4), 52.
- Cuskelly, M., Gilmore, L. (2007). Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability): Scale development and community norms. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 32(3), 214-221.
- Fornalik, I. (2007). *Trudne pytania – jak reagować? Co odpowiadać?*, www.bardziej-kochani.pl/konf/prog/konf_29.doc (28.11.2007).
- Giedroyc, A. (2007). *O sprawności seksualnej niepełnosprawnych*, http://www.dps.pl/home_new/index.php?rob=radar&drial=13&art=408 (29.11.2007).
- Głowacz, E. (1997). Specyfika seksualności osób upośledzonych umysłowo. *Auxilium Sociale. Wsparcie Społeczne*, 2, 173-174.
- Grabian, J. (red.) (2002). *Wieczne dzieci czy dorośli. Problem seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Warszawa: Stowarzyszenie Rodzin i Opiekunów Osób z Zespołem Downa „Bardziej Kochani”.
- Grütz, M. (2005). Między wiarą a wiedzą. Religijność i seksualność w życiu osób z niepełnosprawnością intelektualną. *Nasze Forum. Kwartalnik Pedagogiczno-Terapeutyczny*, 3-4(19-20), 99-113.
- Harwas-Napierała, B., Trempała, J. (red.) (2004). *Psychologia rozwoju człowieka. Rozwój funkcji psychicznych*. Warszawa: PWN.
- Harwas-Napierała, B., Trempała, J. (red.) (2005). *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*. Warszawa: PWN.
- Jaczewski, A. (1981). Wychowanie seksualne osób upośledzonych psychicznie. *Problemy Rodziny*, 3, 41.
- Karwacka, M. (2005). Przyczyny i następstwa ignorowania seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie. W: J. Rottermund, A. Klinik, S. Wrona (red.). *Wybrane uwarunkowania rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, 127-133.
- Katechizm Kościoła Katolickiego (1994). *Część trzecia: Życie w Chrystusie*. Poznań: Pallottinum.
- Katz, G., Lazcano-Ponce, E. (2008). Sexuality in subjects with intellectual disability: an educational intervention proposal for parents and counselors in developing countries. *Salud Pública De México*, 50, 239-254.
- Kijak, R. (2004). Etykietyzacja zachowań seksualnych osób z niepełnosprawnością intelektualną. *Auxilium Sociale. Wsparcie Społeczne*, 2, 54-64.

- Kodeks Prawa Kanonicznego (1983). *Rozdział IV. Zgoda małżeńska*, Kan. 1095.
- Korzon, A. (2003). Mity i stereotypy myślowe o niepełnosprawnych intelektualnie w środowisku społecznym. *Nasze Forum. Kwartalnik Pedagogiczno-Terapeutyczny*, 3-4(11-12), 5-9.
- Kruk-Lasocka, J. (2005). Seksualność osób upośledzonych umysłowo jako jeden z obszarów ich codziennego życia. W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.). *Sfery życia osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, 73-80.
- Kustra, C. (2004). Wychowanie seksualne młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie jako etap przygotowawczy do życia w małżeństwie. W: J. Bąbka (red.). *Człowiek niepełnosprawny w różnych fazach życia*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 169-182.
- Lausch, K. M. (1987). *Teoretyczne podstawy katechizacji osób głębiej upośledzonych umysłowo*. Warszawa: Wydawnictwo ATK.
- Leutar, Z., Mihokovic, M. (2007). Level of Knowledge about Sexuality of People with Mental Disabilities. *Sexuality & Disability*, 25, 93-109.
- Lew-Starowicz, Z. (1988). *O seksie, partnerstwie i obyczajach*. Warszawa: Wydawnictwo Współczesne.
- Lipkowski, O. (1981). *Pedagogika specjalna*. Warszawa: PWN.
- Malik, T. (2006). Edukacja seksualna uczniów z głębszą niepełnosprawnością intelektualną. W: B. Cytowska, B. Winczura (red.). *Dziecko z zaburzeniami w rozwoju. Konteksty diagnostyczne i terapeutyczne*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, 257-267.
- Mejnartowicz, D. (1995a). Problem wykorzystania seksualnego dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym. *Problemy Rodziny*, 6, 7-11.
- Mejnartowicz, D. (1995b). Rozwój seksualny, emocjonalny i społeczny młodzieży z zespołem Downa. *Problemy Rodziny*, 6, 13-17.
- Mejnartowicz, D. (2000). Seksualizm człowieka niepełnosprawnego. Fakty i mity. *Integracja*, 2, 10-18.
- Mejnartowicz, D. (2002). Seksualność osób z zespołem Downa. W: J. Graban (red.). *Wieczne dzieci czy dorośli. Problem seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Warszawa: Stowarzyszenie Rodzin i Opiekunów Osób z Zespołem Downa „Bardziej Kochani”.
- Misztal, M. (2005). *Warsztaty Terapii Zajęciowej. Prawo i praktyka*. Ostrołęka: Wydawnictwo Profesjonalne ALPHA pro.
- Molicka, M. (1995). Rozwój psychoseksualny upośledzonych umysłowo w świetle literatury i rozważań własnych. *Szkoła Specjalna*, 3, 147-153.
- Nowak-Lipińska, K. (1996). Pytania o miejsce edukacji seksualnej w systemie rehabilitacji u osób z głębszym upośledzeniem umysłowym. W: W. Dykcik (red.). *Społeczeństwo wobec autonomii niepełnosprawnych*. Poznań: Eruditus.
- Obuchowska, I., Jaczewski, A. (1982). *Rozwój erotyczny*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 12 lutego 2002 r. w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych, Dz. U. nr 15, poz. 142, wraz z załącznikami.

- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 sierpnia 1999 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego, Dz. U. nr 67, poz. 756, z 2001 r. nr 79, poz. 845 i z 2002 r. nr 121, poz. 1037.
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 30 września 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad tworzenia, działania, finansowania Warsztatów Terapii Zajęciowej, Dz. U. nr 167, poz. 1376.
- Spiecker, B., Steutel, J. (2002). Sex between people with „mental retardation”: an ethical evaluation. *Journal of Moral Education*, 31(2), 155-169.
- Światowe Towarzystwo Seksuologiczne (World Association for Sexual Health) (2007). *Deklaracja Praw Seksualnych*, www.worldsexology.org/about_sexualrights.asp (27.11.2007).
- Vanier, J. (1988). Rozwój uczuć osoby upośledzonej umysłowo i problemy życia seksualnego. W: D. Kornas-Biela (red.). *Osoba niepełnosprawna i jej miejsce w społeczeństwie*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Węgrzyn, G. (2004). Społeczne postawy wobec seksualności osób niepełnosprawnych. *Nasze Forum. Kwartalnik Pedagogiczno-Terapeutyczny*, 1-2, 76-81.
- WHO (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, Geneva: World Health Organization.
- Wojtczak-Grzebińska I., Jaglińska A. *Materiały szkoleniowe dla specjalistów w ramach warsztatów „Seksualność osób niepełnosprawnych intelektualnie”* (praca niepubl.).

część druga

PŁEĆ I GENDER

A ZDROWIE FIZYCZNE I PSYCHICZNE

MONIKA MARCZAK

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Instytut Psychologii

Różnice rodzajowe w psychopatologii

Wprowadzenie

Kobiety i mężczyźni niezaprzeczalnie różnią się między sobą pod względem biologicznym. Jednak różnice między płciami wykraczają daleko poza cielesność i fizjologię. Występują one także m.in. w sferze funkcjonowania poznawczego, zachowań interpersonalnych, sposobów komunikowania się czy w sferze zdrowia somatycznego i psychicznego. Rozpatrując zdrowie psychiczne, zauważamy, że między kobietami i mężczyznami istnieją różnice we wzorcach zaburzeń psychicznych. Ważne dla profilaktyki i terapii chorób psychicznych wydaje się znalezienie przyczyn obserwowanych różnic.

1. Płeć biologiczna a płeć kulturowa

Opisujemy siebie i innych na różne sposoby. Jednym z najbardziej podstawowych jest opis w kategoriach płci. Często mówimy czy myślimy: „jestem kobietą”, „jestem mężczyzną” lub „on jest mężczyzną”, „ona jest kobietą”. I nawet jeśli w danym momencie nie zdajemy sobie z tego sprawy, informacja zawarta w tych sformułowaniach wykracza daleko poza opis na podstawie cech biologicznych. Zawiera ona również odwołanie do określonych cech osobowości, temperamentu oraz sposobów zachowania (Renzetti, Curran 2008).

Pierwsza informacja, jaką rodzice spodziewający się dziecka uzyskują od lekarza o swoim potomku dotyczy właśnie jego płci. Wiadomość, czy ich pociecha będzie dziewczynką, czy chłopcem sprawia, że tworzą oni sobie wyobrażenie na temat swojego dziecka, np. jakie ubrania będzie nosić, jak będzie się zachowywać, co będzie robić w przyszłości. Jeśli okaże się, że to dziewczynka,

rodzice będą przekonani, że będzie bawić się lalkami, będzie grzeczna i raczej nie uderzy koleżanki, będzie utrzymywać porządek w pokoju i pomagać innym, a w przyszłości będzie kupować wciąż nowe sukienki, będzie emocjonalna, skromna, opiekuńcza i zainteresowana życiem innych ludzi. Natomiast jeśli okaże się, że to chłopiec, rodzice będą się spodziewać, że będzie bawił się w wojnę i chodził po drzewach, może się zdarzyć, że uderzy kolegę, a koleżankę pociągnie za kucyka, w przyszłości będzie pewny siebie, ambitny, zaradny i zorientowany na rywalizację, nie będzie płakał i okazywał swoich uczuć, będzie twardy i skoncentrowany na nauce i pracy oraz bardziej niż życiem innych ludzi będzie zainteresowany sportem i samochodami.

Biologicznie dana płeć (kobieta, mężczyzna) stanowi podstawę konstruowania społecznej kategorii, jaką jest płeć kulturowa (kobiecość, męskość). Niektórzy autorzy używają terminu „płeć” (*sex*) na określenie kategorii opartej na cechach biologicznych człowieka, natomiast termin „płeć kulturowa” zastępują określeniem „rodzaj” (*gender*). Rodzaj to według definicji kategoria oparta na społecznych wyznacznikach sposobu, w jaki mężczyźni i kobiety powinni się między sobą różnić. Różnice te są rozpatrywane na wielu płaszczyznach: fizycznej, psychologicznej, społecznej oraz sposobów zachowania (Russo, Green 2002). Jak pisze Adam Buczkowski (2005, s. 37):

[...] określenie „płeć kulturowa” jest stosowane do określenia społecznych, kulturowych i psychologicznych znaczeń nadbudowanych nad biologiczną tożsamością płciową, natomiast płeć biologiczną odnosi się do tożsamości biologicznej oraz płciowości, która determinuje orientację i preferencje seksualne jednostki.

Efektem rozróżnienia płci biologicznej i płci kulturowej jest wyodrębnienie tych elementów składających się na tożsamość człowieka, które są niezmiennie i stałe (płeć biologiczna) oraz tych, które są zmienne i zależne od kontekstu szeroko rozumianego jako kontekst społeczno-kulturowo-historyczny (płeć kulturowa).

Ludzie uważają, że przyjęte przez nich założenia na temat określonej płci kulturowej (męskości, kobiecości) są prawdziwe i słuszne. W ten sposób społecznie zdefiniowane cechy rodzajowe wpływają na odmienne traktowanie kobiet i mężczyzn, często nawet na zasadzie przeciwieństwa.

W codziennym funkcjonowaniu wiele osób korzysta ze stereotypów kobiecości i męskości. Stereotypy rodzaju to przekonania dotyczące cech psychicznych mężczyzn i kobiet, jak również działań odpowiednich dla danej płci (Brannon 2002). Można powiedzieć, że stereotypy to uproszczony i uogólniony opis grup czy jednostek. Stereotypy dotyczące płci kulturowej są uproszczonym opisem „męskiego mężczyzny” oraz „kobiecej kobiety”. Dotyczą one wszystkich aspektów kobiecości i męskości oraz są oparte na zasadzie dwubiegunowości. Zgodnie z tą zasadą uważamy, że „prawdziwy mężczyzna” jest pozbawiony jakichkolwiek cech kobiecych, a „prawdziwa kobieta” – cech mę-

skich (Deaux, Kite 1987, za: Renzetti, Curran 2008). Jak się jednak okazuje, rzeczywistość nie potwierdza ani prawdziwości tej zasady, ani niektórych aspektów stereotypowych wizerunków kobiet i mężczyzn. Twierdzi się, że płeć jest w każdym społeczeństwie podstawą określenia cech jednostek, akceptowanych i nieakceptowanych form zachowania oraz charakterystycznych dla nich interakcji. Założenia te widać nie tylko w sferze stosunków interpersonalnych, są one także wpisane w liczne instytucje społeczne. Społeczny system płci (zinstytucjonalizowane wzory przejawiania się kobiecości i męskości) ma ogromny wpływ na styl życia kobiet i mężczyzn. Funkcjonuje on jako system społecznej stratyfikacji, co oznacza, że kobiety i mężczyźni oraz cechy i zachowania postrzegane jako typowe dla nich są nierówno oceniane w społeczeństwie (ibidem). Badania wskazują na skłonność do faworyzowania cech kojarzonych z męskimi (Broverman i in. 1972, za: Brannon 2002).

Jest to istotne z uwagi na różnice między kobietami i mężczyznami w obszarze zdrowia psychicznego. Istnieje bowiem związek pomiędzy zdrowiem psychicznym a rolami płciowymi i rodzajowymi oraz związanymi z rodzajem warunkami życia, takimi jak przemoc czy bieda (Wojciszke 2002). W związku z tym przyczyn obserwowanych różnic częściej poszukuje się w społecznych konstrukcjach kobiecości i męskości i wynikających z nich konsekwencjach niż we właściwościach biologicznych kobiet i mężczyzn.

2. Występowanie zaburzeń psychicznych

Między kobietami i mężczyznami widoczne są różnice we wzorcach zaburzeń psychicznych. Nie udowodniono jednak dotąd, że któraś z płci jest bardziej narażona na występowanie chorób psychicznych. Nie we wszystkich zaburzeniach stwierdza się różnice rodzajowe, jednak w niektórych są one bardzo wyraźne. Największą rozbieżność obserwuje się w przypadku zaburzeń lękowych, depresji, uzależnień i zaburzeń odżywiania. W pozostałych różnice są niewielkie lub nie występują wcale.

2.1. Depresja

Depresja jako jednostka kliniczna jest bardzo zróżnicowana. Typowy epizod depresyjny może mieć postać łagodną, umiarkowaną lub ciężką. Charakteryzuje się m.in.: obniżonym nastrojem i utratą zainteresowań oraz obniżoną aktywnością, co jest związane ze zmniejszoną ilością energii (Cierpiałkowska 2009). Ponadto mogą wystąpić: utrata lub przyrost wagi, bezsenność lub nadmierna potrzeba snu, poczucie bezwartościowości lub nadmierne, nieuzasadnione poczucie winy, spadek zdolności myślenia i koncentracji oraz myśli na temat śmierci.

Depresja jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych. Według badań, cierpi na nią obecnie około 10-15% populacji (Mandal 2004). W wielu kulturach kobiety dwukrotnie częściej niż mężczyźni chorują na depresję (Brannon 2002; Seligman i in. 2003). Stosunek ten stwierdza się zarówno w badaniach klinicznych, jak i w całym społeczeństwie (Renzetti, Curran 2008). Eugenia Mandal (2004) podaje, że proporcja ta może być nawet większa. Szacuje się, że trzy i pół raza więcej kobiet niż mężczyzn cierpiało na depresję w pewnym momencie swojego życia (United Nations 1996, za: Renzetti, Curran 2008). Różnice płciowe w przypadku tego zaburzenia ujawniają się już w okresie dojrzewania (Algood-Merton i in. 1990; Rudolph, Hammen 1999, za: Renzetti, Curran 2008). Najwięcej przypadków zachorowania na depresję stwierdza się u kobiet, których sytuacja życiowa nie jest najlepsza. Kobiety, które mają niskie dochody, są bezrobotne, rozwiedzione lub w separacji, są bardziej narażone na depresję niż pozostałe. Najczęściej chorują kobiety młode oraz w średnim wieku (przed 35. rokiem życia) (Radloff 1975; Rothblum 1983; Kępiński 1985, za: Mandal 2004).

Typowo kobietą postacią depresji jest depresja poporodowa. Stwierdza się, że występuje ona u 10-30% kobiet, które rodziły, częściej u rodzących po raz kolejny oraz w starszym wieku (Reroń i in. 2004). Depresję poporodową należy rozumieć w całym kontekście sytuacji porodu oraz wchodzenia w nową rolę społeczną – rolę, która bardzo silnie wiąże się z kobiecością.

Trzeba pamiętać, że skala występowania depresji wśród przedstawicieli obu płci zależy także od ich pochodzenia rasowego i etnicznego, klasy społecznej i stanu cywilnego. Zamężne kobiety są bardziej podatne na depresję niż kobiety samotne. W przypadku mężczyzn obserwuje się zjawisko odwrotne. Kobiety, które zawsze były samotne, rzadziej niż kobiety zamężne, rozwódki czy wdowy zapadają na depresję (Radloff 1975; Black, Hill 1984, za: Mandal 2004).

2.2. Zaburzenia lękowe

Do zaburzeń lękowych zalicza się m.in.: fobie, zespół stresu pourazowego, lęk paniczny, uogólnione zaburzenia lękowe i zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Ich cechą wspólną jest to, że poziom strachu lub lęku towarzyszący zaburzeniom jest nieproporcjonalny do realnego zagrożenia i uruchamia nieadekwatne reakcje obronne, które znacznie utrudniają codzienne funkcjonowanie, a tym samym stają się przyczyną cierpienia jednostki. Szacuje się, że występowanie zaburzeń lękowych w populacji ogólnej wynosi 2-13% w zależności od rodzaju zaburzenia (Brannon 2002; Russo, Green 2002). Są to dane pochodzące z innych krajów. W Polsce nie przeprowadzono dotąd takiego badania (Rymaszewska i in. 2005).

Fobia jest stałą reakcją strachu, zwykle nieproporcjonalną do rzeczywistego zagrożenia (Seligman i in. 2003). Wyróżnia się pięć klas fobii specyficznych:

- przed zwierzętami,
- przed środowiskiem naturalnym,
- sytuacyjne (np. zamknięte pomieszczenia, mosty, windy),
- przed krwią, zastrzykiem, zranieniem,
- inne, np. przed śmiercią.

Na fobie częściej cierpią kobiety niż mężczyźni. Największe różnice płciowe są widoczne w zachorowalności na fobie przed zwierzętami – kobiety znacznie częściej cierpią na ten rodzaj zaburzenia. Tylko w przypadku ostatniej klasy fobii nie obserwuje się różnic pomiędzy mężczyznami i kobietami. Należy do niej np. nozofobia, czyli lęk przed zachorowaniem. W ogólnej liczbie doniesień o zachorowalności na ten rodzaj fobii nie stwierdza się różnic płciowych, jednak badania pokazują, że fobia przed rakiem występuje częściej u kobiet, a fobia przed chorobami wenerycznymi – u mężczyzn (Fredroksen i in. 1996, za: Seligman i in. 2003).

Fobia społeczna w klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) stanowi odrębne zaburzenie. Jest to nadmierny strach przed znalezieniem się w sytuacji bycia obserwowanym przez innych. Pacjent boi się, że jego zachowania spowodują upokorzenie lub zażenowanie. Zaburzenie to pojawia się najczęściej w wieku młodzieńczym, ale jego zwiastuny mogą być już widoczne we wczesnym dzieciństwie. Fobia społeczna dotyczy zarówno kobiety, jak i mężczyzn, jednak kobiety cierpią na nią częściej niż mężczyźni. U kobiet problemy tego typu pojawiają się najczęściej między 30. a 40., a u mężczyzn między 15. a 25. rokiem życia (Hirschfeld 1996, za: Cierpiałkowska 2009).

Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne stanowią połączenie dwóch elementów: obsesji i kompulsji. Obsesje to powracające uporczywie myśli, nad którymi nie można zapanować, a kompulsje to reakcje na obsesyjne myśli, czyli konieczność wykonywania tych samych czynności (Seligman i in. 2003; Cierpiałkowska 2009). Niektórzy autorzy (Gałuszko 2008) uważają, że zaburzenie to występuje jednakowo często u kobiet i u mężczyzn, natomiast inni (Seligman i in. 2003) podają, że przeważa ono u kobiet. U mężczyzn dominują kompulsje, a u kobiet obsesje (Karno i in. 1988; Mancini i in. 1999, za: Seligman i in. 2003). Przy czym zamężne kobiety z dziećmi są bardziej narażone na zaburzenia obsesyjno-kompulsywne niż matki samotnie wychowujące dzieci (Weissman i in. 1987, za: Russo, Green 2002).

Agorafobia to lęk przed przebywaniem w miejscach, z których ucieczka może być utrudniona lub niemożliwa. W klasyfikacji DSM-IV zaburzenie to jest traktowane jako odrębna jednostka kliniczna. Agorafobia nie jest chorobą rzadką, cierpi na nią około 3% populacji ogólnej (Seligman i in. 2003). Szacuje

się, że około 80% cierpiących na to zaburzenie to kobiety, najczęściej między 20. a 40. rokiem życia (Renzetti, Curran 2008). Agorafobia może występować wraz z napadami paniki. Również w takiej postaci dotyka częściej kobiety niż mężczyzn. Różnic rodzajowych nie stwierdza się natomiast w przypadku napadów paniki bez agorafobii (Brannon 2002).

PTSD, czyli zespół stresu pourazowego, był początkowo rozpoznawany głównie u mężczyzn, którzy doświadczyli długotrwałych skutków urazów wojennych. Z czasem jednak jego znaczenie uległo rozszerzeniu i diagnozę tego zaburzenia zaczęto stawiać w przypadku osób cierpiących na przewlekłe następstwa różnych typów urazów (przemoc fizyczna, seksualna, katastrofy naturalne, wypadki). Badanie losowo wybranych kobiet wykazało, że ponad 12% spełniało kryteria diagnostyczne PTSD (Resnick i in. 1993, za: Brannon 2002). Kobiety są średnio dwukrotnie bardziej narażone na PTSD niż mężczyźni (Cortina, Kubiak 2006). Badania pokazują (Breslau, Anthony 2007), że ryzyko powstania PTSD w następstwie traumy o charakterze przemocy jest wyższe u kobiet niż u mężczyzn. Ponadto jeśli doświadczenie traumy o charakterze przemocy poprzedza doświadczenie kolejnej traumy o innym charakterze, ryzyko rozwinięcia się PTSD w następstwie późniejszej traumy zdecydowanie wzrasta u kobiet. Podobnej zależności nie zaobserwowano u mężczyzn. Poza tym względne ryzyko zachorowania było istotnie wyższe u kobiet niż u mężczyzn. Wnioski te wskazują, że trauma o charakterze przemocy wywołuje u kobiet reakcję PTSD – zarówno bezpośrednio, jak też czyniąc je bardziej wrażliwymi na efekty kolejnej traumy, nawet takiej o mniejszej randze (o innym charakterze). Choć badania dowodzą, że kobiety rzadziej doświadczają zdarzeń potencjalnie traumatycznych, to obserwuje się u nich większe nasilenie objawów PTSD. Być może zależy to od rodzaju zdarzeń traumatycznych, których doświadczają kobiety – częściej niż mężczyzn dotyka ich np. przemoc seksualna w wieku dorosłym i w dzieciństwie (Tolin, Foa 2006). Inni badacze (Cortina, Kubiak 2006) pokazali, że płeć, analizowana osobno, ma niewielki, ale istotny wpływ na nasilenie symptomów PTSD. Jednakże gdy wziąć pod uwagę historię doświadczeń przemocy seksualnej, płeć staje się kluczowym czynnikiem warunkującym nasilenie objawów PTSD.

Objawy zaburzeń lękowych są ostrzejsze u kobiet niż u mężczyzn (Brannon 2002).

2.3. Zaburzenia odżywiania

Najbardziej znanymi i rozpowszechnionymi chorobami w tej grupie są anoreksja i bulimia. Różnice rodzajowe dotyczące obu zaburzeń są bardzo wyraźne. Anoreksję stwierdza się, kiedy osoba odmawia utrzymania masy ciała ponad minimum normalnej wagi dla danego wieku i wzrostu oraz wykazuje

lęk przez przybraniem na wadze. Towarzyszą temu często zaburzenia percepcji wagi oraz kształtów swojego ciała. O bulimii mówimy natomiast wtedy, gdy występują powracające napady objadania się, czemu towarzyszy poczucie braku kontroli nad ilością zjadanego pożywienia, oraz gdy występują nawracające nieprawidłowe sposoby zapobiegania wzrostowi masy ciała, np. prowokowanie wymiotów, używanie środków przeczyszczających, intensywne ćwiczenia fizyczne (Grzesiuk 2006)

Zaburzenia te prawie wcale nie występują u dzieci do 13. roku życia. Okresem największej zachorowalności na anoreksję czy bulimię jest wiek dojrzewania. Wśród chorych zdecydowanie przeważają dziewczęta. Chłopcy stanowią 5-10% ogółu chorujących (Józefik 1999, za: Grzesiuk 2006). Według badaczy, 9 na 10 osób z zaburzeniami odżywiania stanowią kobiety (Lemma-Wright 1994; Zerbe 1996; Reiser 1990, za: Grzesiuk 2006). Choć w całej populacji odsetek kobiet cierpiących na zaburzenia odżywiania nie jest wysoki, to w ostatnich latach obserwuje się gwałtowny wzrost liczby chorych. Doniesienia medyczne o anoreksji i bulimii dotyczących coraz liczniejsze populacje sprawiły, że współczesność nazywa się „cywilizacją głodnych kobiet” (Mandal 2004).

2.4. Uzależnienia

O uzależnieniu mówimy w przypadku nieprzystosowawczego wzorca przyjmowania substancji psychoaktywnych. Używanie danej substancji upośledza funkcjonowanie jednostki na płaszczyźnie społecznej i zawodowej, prowadząc do znacznego cierpienia.

Najczęściej przyjmowaną i nadużywaną substancją jest alkohol. Wyróżniamy trzy kategorie picia: picie w ilościach niewielkich, umiarkowanych i wysokich. W każdej z nich dominują mężczyźni (Biener 1987, za: Brannon 2002). Obserwuje się u nich wcześniejszy początek nadużywania alkoholu i większą rolę czynników dziedzicznych niż u kobiet. O ile mężczyźni częściej piją alkohol, poszukując stymulacji, o tyle kobiety sięgają po kieliszek z powodu obniżonego nastroju bądź stanów lękowych. U mężczyzn obserwuje się także większą ilość spożywanego alkoholu, więcej problemów wynikających z uzależnienia oraz powikłań somatycznych picia niż u kobiet (Wasilewski 2010).

Zażywanie narkotyków również jest powszechniejsze u mężczyzn niż u kobiet. Obserwuje się jednak pewne różnice rodzajowe ze względu na rodzaj zażywanej substancji psychoaktywnej. Mężczyźni częściej używają i nadużywają heroiny, amfetaminy, kokainy i marihuany. Kobiety zaś znacznie częściej przyjmują leki nasenne i uspokajające (Biener 1987, za: Brannon 2002). Różnice te można zaobserwować już u nastolatków – dziewczęta i chłopcy sięgają po odmienne środki psychoaktywne (Marczak i in. 2010).

2.5. Inne zaburzenia

Schizofrenia to bardzo poważne zaburzenie psychiczne, upośledzające myślenie, postrzeganie, nastroj. Do pięciu podstawowych kryteriów diagnostycznych schizofrenii zalicza się: urojenia, halucynacje, zaburzenia mowy, zachowanie znacznie zdezorganizowane lub katatoniczne oraz objawy negatywne (Seligman i in. 2003). Schizofrenia jest równie często rozpoznawana wśród kobiet i mężczyzn, jednak także i tutaj zaznaczają się pewne różnice rodzajowe. Choroba ta nie przebiega jednakowo u obu płci. Średni wiek zachorowania jest niższy u mężczyzn niż u kobiet. Schizofreniczki są na ogół rozmowne, pobudzone, rozkojarzone, dziecinne, a schizofrenicy przeciwnie – przejawiają obniżoną aktywność, często są społecznie wycofani i częściej doświadczają halucynacji słuchowych (Chu i in. 1989, za: Brannon 2002).

Zaburzenia osobowości, takie jak: osobowość antyspołeczna, schizoidalna i narcystyczna, są znacznie częściej rozpoznawane u mężczyzn, natomiast osobowość zależna, z pogranicza i histeryczna – u kobiet (Brannon 2002).

Parafilie, będące jedną z podkategorii zaburzeń seksualnych, przejawiają się intensywnym pragnieniem seksualnym wywołanym przez obiekty inne niż ludzie, dzieci, osoby niewyrażające zgody na współżycie. Ten typ zaburzeń występuje znacznie częściej u mężczyzn niż u kobiet. Jednak około 20% przypadków masochizmu dotyczy kobiet i jest to wśród nich najbardziej rozpowszechniona forma zaburzenia preferencji seksualnych. W całej podkategorii dominują mężczyźni. Drugą podkategorię zaburzeń seksualnych stanowią dysfunkcje seksualne, rozpoznawane częściej u kobiet niż u mężczyzn. Należą do nich przypadki niskiego popędu seksualnego lub trudności z osiągnięciem pobudzenia seksualnego czy orgazmu (ibidem).

3. Przyczyny obserwowanych różnic

Różnice rodzajowe występujące w przypadku określonych zaburzeń psychicznych są wyjaśniane wpływem różnych czynników: biologicznych, społecznych i kulturowych. Teorie biologiczne, w tym teza o genetycznym komponencie niektórych zaburzeń psychicznych, choć mają wielu zwolenników, nie wyjaśniają w pełni obserwowanych różnic. Różnice rodzajowe w diagnozach są zbyt duże, by można je było przypisywać czynnikom genetycznym (Cleary 1987, za: Brannon 2002). Teorie biologiczne wyjaśniające większy odsetek kobiet wśród chorych na depresję skupiają się na różnicach hormonalnych (Brannon 2002). Wyjaśnienia te nie mogą być jednak uznane za właściwe, ponieważ różnice rodzajowe w przypadku depresji nie są obserwowane we wszystkich kulturach. Gdyby za prawdziwą uznać tezę, że hormony płciowe są przyczyną większej podatności kobiet na depresję, różnica ta pojawiłaby się we wszystkich społe-

czeństwach, a przecież w niektórych tradycyjnych społeczeństwach choroba ta dotyczy tak samo kobiety, jak i mężczyzn. Zatem coraz częściej różnice między kobietami i mężczyznami obserwowane w obszarze zdrowia psychicznego wyjaśnia się, biorąc pod uwagę czynniki społeczne i oddziaływania kulturowe.

Poszukując wyjaśnień obserwowanych różnic oraz czynników ryzyka zaburzeń psychicznych, warto skoncentrować się na zagadnieniu roli rodzajowej. Rola rodzajowa to działania podejmowane częściej przez przedstawicieli danego rodzaju. Rola męska lub żeńska to coś w rodzaju scenariusza, to oczekiwany i popierany przez społeczeństwo wzorec zachowań przejawianych przez jednostkę (*ibidem*). Role kobiece są źródłem odmiennych typów stresu niż role męskie. Odgrywanie którejś z ról może sprzyjać rozwojowi określonych zaburzeń psychicznych.

Istotnym elementem roli kobiecej jest obowiązek opiekowania się innymi członkami rodziny – mężem, dziećmi oraz własnymi rodzicami. Od kobiet oczekuje się dostarczania emocjonalnego wsparcia innym i reagowania na ich potrzeby, co może stanowić przyczynę kobiecych problemów psychicznych: zaburzeń lękowych i zaburzeń nastroju. Podatność na depresję i lęk może wynikać ze stylu życia, w którym nie sprawuje się władzy i występuje duże obciążenie rolami (Rosenfield 1989, za: Brannon 2002). Zajęcia gospodyni domowej wiążą się z niewielką władzą, a praca zawodowa w połączeniu z obowiązkiem prowadzenia domu może powodować znaczne obciążenie rolami. Na związek pomiędzy rolą pełnioną w rodzinie a depresją wskazuje też to, że zamężne kobiety z dziećmi częściej chorują na depresję niż żonaci mężczyźni oraz niezamężne kobiety (Aneshensel i in. 1981, za: Brannon 2002).

Macierzyństwo częściej niż ojcostwo stanowi źródło frustracji. Kobiety opiekujące się małymi dziećmi częściej doświadczają problemów psychicznych niż te, które nie mają takich obowiązków (Brannon 2002). Praca zawodowa natomiast korzystnie wpływa zarówno na kobiety, jak i na mężczyzn. Jednak, co ciekawe, praca zawodowa kobiety niekorzystnie wpływa na zdrowie psychiczne jej partnera. Jeśli w wyniku zatrudnienia kobiety dochodzi do zmniejszenia wkładu mężczyzny w utrzymanie rodziny i zwiększenia jego udziału w wykonywaniu domowych obowiązków, jego zdrowie psychiczne może ucierpieć. W przypadku mężczyzn znaczącym źródłem stresu jest praca zawodowa i rola żywiciela rodziny (*ibidem*).

W rolę rodzajową kobiety jest wpisany obowiązek dostarczania wsparcia emocjonalnego i opiekowania się najbliższymi, głównie dziećmi i mężem. Takiego oczekiwania nie zawiera natomiast rola męska. Dlatego też bardzo często kobieta zapewnia swojemu partnerowi więcej wsparcia niż od niego uzyskuje, co może znacząco wpływać na stan jej zdrowia psychicznego (*ibidem*).

Jak wiadomo, sam stres nie przyczynia się bezpośrednio do wystąpienia określonego zaburzenia psychicznego. Czynnikiem pośrednim może być spo-

sób radzenia sobie z sytuacjami stresowymi oraz podatność na stres. Twierdzi się, że kobiety z racji swojego rodzaju inaczej niż mężczyźni reagują na negatywne zdarzenia (Russo, Green 2002). W toku socjalizacji dziewczynki i chłopcy uczeni są odmiennych sposobów reagowania na sytuacje stresowe. Od kobiet oczekuje się emocjonalnej reakcji na stres, od mężczyzn – strategii aktywnych, zorientowanych na problem (Brannon 2002). Kobięce style atrybucji polegające na samooskarżaniu mogą sprzyjać poczuciu bezradności i nastrojom depresyjnym, natomiast mężczyźni stosują obronne, zewnętrzne atrybucje. Istnieje społeczne przyzwolenie na smutek bez powodu u kobiety oraz na wyrażanie emocji poprzez agresję fizyczną u mężczyzny (Mandal 2004).

Eugenia Mandal (2004) uważa, że różnice we wzorcach zaburzeń psychicznych można wyjaśnić przez odwołanie się do stereotypów związanych z płcią. Stereotypy w istotny sposób wpływają na zdrowie psychiczne kobiet i mężczyzn. Stereotyp to przekonania na temat cech fizycznych i psychicznych, odpowiednich dla przedstawicieli jednej lub drugiej płci (Brannon 2002). Dzisiejsze stereotypy rodzaju są oparte na wyobrażeniach, którym hołdowano w przeszłości, dlatego często są nieadekwatne do współczesnych realiów życia kobiet i mężczyzn. Jednak uruchamiając w jednostce silną potrzebę dopasowania się do nich, pragnienie bycia atrakcyjnym w roli płciowej, mają one znaczący wpływ na jej zdrowie psychiczne. Nadmierne dopasowanie się do stereotypów związanych z płcią, rozumiane jako hiperkobiecość i hipermęskość, ma bardzo negatywne konsekwencje dla obu płci (Mandal 2004).

Zgodnie ze stereotypami bliski związek ma dla kobiet większe znaczenie niż dla mężczyzn. Powszechnie uważa się, że małżeństwo jest swoistym celem w życiu kobiety i że jego jakość w większym stopniu zależy od niej. Tym samym negatywny wpływ nieudanego związku na zdrowie psychiczne kobiet wydaje się oczywisty. Co więcej, jest on u nich zdecydowanie silniejszy niż u mężczyzn. Natomiast na zdrowie psychiczne mężczyzn większy wpływ ma zadowolenie z pracy zawodowej.

Nadużywanie substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol, jest społecznie bardziej akceptowane w przypadku mężczyzn, natomiast kobiety mają większe społeczne przyzwolenie na okazywanie smutku, bezradności, zależności (Mandal 2004). Zatem jeśli od mężczyzn stereotypowo oczekuje się nieokazywania emocji, także depresyjnych („nieuciekanie w smutek”), to można przypuszczać, że najprawdopodobniej ich reakcją na problemy emocjonalne będzie nadużywanie alkoholu czy zachowania agresywne niż stan depresyjny. Odwrotną sytuację obserwujemy natomiast u kobiet. Co więcej, fobie, zahamowania seksualne, zaburzenia odżywiania także odzwierciedlają stereotypy związane z płcią, a w łagodnej postaci uzyskują nawet swoistą akceptację społeczną i wchodzą w skład powszechnie uznawanego kobiecego stereotypu. Jednak zbyt dokładne dopasowanie do kobiecego stereotypu może zaowocować diagnozą kliniczną. Podobnie w przypadku mężczyzn zbyt

dokładne dopasowanie do stereotypu męskiego (wysoka agresywność, instrumentalność, nieliczenie się z innymi) może uzyskać diagnozę psychopatii czy osobowości antyspołecznej (Mandal 2004).

Podsumowanie

Faktem jest, że kobiety i mężczyźni różnią się między sobą w wielu aspektach. Różnice te są obecne także we wzorcach zaburzeń psychicznych. Początkowe, żywo popierane wyjaśnienia biologiczne tych różnic są obecnie zastępowane wyjaśnieniami uwzględniającymi czynniki społeczne i kulturowe. Zgodnie z tymi teoriami, na kobiety i mężczyzn nałożone są odmienne oczekiwania społeczne, dziewczynki i chłopcy w procesie socjalizacji są uczeni zgodnie ze stereotypami rodzaju odmiennych sposobów funkcjonowania, odczuwania, myślenia.

Traktowanie stereotypów jako standardu dla własnego „ja” niesie dużo zagrożeń, a wiele wskazuje na to, że funkcjonalność i użyteczność stereotypów związanych z płcią jest dziś, w zmienionej rzeczywistości społecznej coraz mniejsza. Ważną kwestią jest zatem ich zmiana, skoro obecnie są źródłem większych problemów niż korzyści, zwłaszcza odejście od bardzo silnej typowości płciowej rozumianej jako hiperkobiecość i hipermęskość (Mandal 2004), a tym samym traktowania obu płci jako kategorii rozłącznych i przeciwstawnych. Czy alternatywą mógłby być proponowany przez Sandrę Bem (1975) postulat wychowania „ku androgynii”?

Sandra Bem przestała traktować płeć jako zmienną dychotomiczną, zamiast tego zaproponowała ujęcie płci jako zmiennej o charakterze ciągłym. Takie ujęcie pozwoliło na opis zachowania jednostki na dwóch wymiarach: męskości i kobiecości, opierając się na założeniu, że psychika ma dwupłciowy charakter, a u tej samej osoby mogą występować zarówno cechy męskie, jak i kobiece. Rozpatrując w tym kontekście zdrowie psychiczne, przyjmuje się założenie o pozytywnym wpływie androgynii na funkcjonowanie i kondycję psychiczną człowieka. Jednostka, która ma zarówno cechy męskie, jak i kobiece, dysponuje większymi możliwościami adaptacyjnymi, co zwrótnie pozytywnie wpływa na jej funkcjonowanie psychiczne (Bem 1975; Ross, Cohen 1987; Orlovsky, Windle 1978). Jednak wychowanie „ku androgynii” może także rodzić wiele niebezpieczeństw, gdyż odrzucenie jakiegokolwiek typowości płciowej, a tym samym związanych z nią norm społecznych nie daje jednostce innej jasnej alternatywy funkcjonowania. Model androgynii jest więc tylko adaptacyjną strukturą przejściową ku nowej, przekraczającej stereotypy rodzaju. Trzeba szukać rozwiązania, które oznaczałoby zmiany poznawcze polegające na zmniejszeniu liczby skojarzeń opartych na dychotomicznych schematach płci (Mandal 2004).

Literatura

- Bem, S. J. (1975). Sex Role Adaptability: One Consequence of Psychological Androgyny. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(4), 634-643.
- Brannon, L. (2002). *Psychologia rodzaju*. Gdańsk: GWP.
- Breslau, N., Anthony, J. C. (2007). Gender differences in the sensitivity to posttraumatic stress disorder: an epidemiological study of urban young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 607-611; www.ptbst.org.pl (3.08.2010).
- Buczkowski, A. (2005). *Społeczne tworzenie ciała, płć kulturowa i płć biologiczna*. Kraków: Universitas.
- Cierpiałkowska, L. (2009). *Psychopatologia*. Warszawa: Wydawnictwo „Scholar”.
- Cortina, L. M., Kubiak, S. P. (2006). Gender and posttraumatic stress: sexual violence as an explanation for women’s increased risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 753-759; www.ptbst.org.pl (3.08.2010).
- Gałuszko, M. (2008). Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. *Psychiatria w praktyce klinicznej*, 1(1), 40-45.
- Grzesiuk, L. (2006). *Psychoterapia – podręcznik akademicki. Praktyka*, t. 2, Warszawa: Eneteia. Wydawnictwo Psychologii i Kultury.
- Mandal, E. (2004). *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Marczak, M., Markiewicz, E., Pijanowska, J. (2010). Warsztaty profilaktyczne wśród młodzieży. *Remedium* (w druku).
- Orlovsky, J. L., Windle, M. T. (1978). Sex-role orientation, behavioral adaptability and personal adjustment. *Sex Roles*, 4(6), 801-811.
- Renzetti, C. M., Curran, D. J. (2008). *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo*. Tłum. A. Gromkowska-Melosik. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Reroń, A., Gierat, B., Huras, H. (2004). Ocena częstotliwości występowania depresji poporodowej. *Ginekologia Praktyczna*, 12(3), 32-35.
- Ross, P. E., Cohen, L. H. (1987). Sex Roles and Social Support as Moderator of Life Stress Adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 576-585.
- Russo, N., Green, B. (2002). *Kobiety a zdrowie psychiczne*. W: B. Wojciszke (red.). *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenia na różnice*. Gdańsk: GWP.
- Rymaszewska, J., Adamowski, T., Pawłowski, T., Kiejna, A. (2005). Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych – przegląd ważniejszych badań epidemiologicznych. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14(3), 195-200.
- Seligman, M. E. P., Walker, E. F., Rosenhan, D. L. (2003). *Psychopatologia*. Tłum. J. Gilewicz, A. Wojciechowski. Poznań: Zysk i S-ka.
- Tolin, D. F., Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132, 959-992; www.ptbst.org.pl (3.08.2010).
- Wasilewski, D. (2010). Kobieta a alkohol. *Psyche info*, 3; www.psyche.info.pl/numer3 (5.08.2010).
- Wojciszke, B. (2002). *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenia na różnice*. Gdańsk: GWP.

ALEKSANDRA PILARSKA

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Instytut Psychologii

***Chłopaki nie płaczą...*, czyli specyfika depresji u mężczyzn**

Wprowadzenie

Zaburzenia depresyjne należą do grupy zaburzeń afektywnych – najczęściej występujących problemów zdrowotnych obecnych czasów (Sęk 2005). Można zaryzykować twierdzenie, iż XXI wiek staje się wiekiem depresji, a samo zaburzenie nabiera charakteru poważnego problemu społecznego. Wskaźniki aktualnej depresji w krajach europejskich mieszczą się w przedziale od 4,6 do 7,4% (Smith, Weissman 1992, za: Hammen 2004), podobnie na terenie Stanów Zjednoczonych, gdzie osiągają wartość 4,9% (Blazer i in. 1994, za: ibidem). Dane te wskazują, że w większości krajów z powodu depresji cierpi średnio jedna osoba na dwadzieścia. Na podstawie gwałtownego wzrostu ryzyka wystąpienia depresji, obserwowanego w ostatnich dziesięcioleciach, Światowa Organizacja Zdrowia przewiduje, że w 2020 r. depresja stanie się drugą najważniejszą przyczyną niepełnosprawności na świecie (Holden 2000).

Depresja występująca u mężczyzn jest zjawiskiem, które przez długi czas, szczególnie w kulturze zachodniej, było wstydliwie pomijane. Aby je przybliżyć, przedstawię źródła różnic płciowych w epidemiologii zaburzeń depresyjnych i scharakteryzuję różnice rodzajowe w klinicznych manifestacjach stanów depresyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem specyficznych dla mężczyzn czynników ryzyka depresji, jej symptomów oraz sposobów leczenia.

1. U źródeł różnic

Powszechnie uważa się, że zaburzenia depresyjne (z wyłączeniem zaburzeń o typie dwubiegunowym) występują częściej u kobiet niż u mężczyzn (por. tabela 1). Niezależnie od zastosowanych metod badawczych, w większości krajów, w których prowadzi się badania, w wynikach powtarza się jedna prawidłowość – wskaźniki depresji są około dwukrotnie wyższe dla kobiet (Seligman i in. 2003; Hammen 2004). Przewaga kobiet spełniających kryteria zaburzeń depresyjnych uwidacznia się w początkowym okresie dorastania i okazuje się stała w ciągu całego życia.

Tabela 1. Epidemiologia zaburzeń depresyjnych

Typ zaburzeń	Rozpowszechnienie (w %)	Różnice płciowe
Wielka depresja	2-9	Częściej u kobiet (stosunek 2:1)
Dystymia	3	Częściej u kobiet (stosunek 2-3:1)
Choroba afektywna dwubiegunowa	0,4-1,6	Brak różnic

Źródło: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1994).

Podejmowano liczne próby wyjaśnienia zależnych od płci różnic w zachorowalności na depresję, jednak żadna z nich nie pozwala wysnuć jednoznacznych wniosków, wskazując raczej na wielość możliwych czynników. Najczęściej przytaczane wyjaśnienia różnic płciowych w epidemiologii zaburzeń depresyjnych koncentrują się wokół biologicznych oraz psychospołecznych różnic między kobietami i mężczyznami.

Teorie biologiczne nawiązują przede wszystkim do różnic hormonalnych (głównie w poziomach estrogenu i progesteronu) między płciami. Świadczyć o tym mogą takie właściwe kobietom przeżycia, jak przedmiesiączkowe zaburzenia nastroju czy depresje poporodowe. Pierwsze z nich wciąż jednak pozostają zagadnieniem na tyle kontrowersyjnym, że niektórzy badacze w ogóle kwestionują ich istnienie, drugie zaś w formie łagodnej są zjawiskiem normalnym i niezwykle rzadko przyjmują postać psychotyczną (Hammen 2004). Nawet uznając rolę hormonów płciowych w genezie depresji, różnice rodzajowe nie powinny być tu znaczne, zważywszy na związki stanów depresyjnych z poziomem testosteronu (Booth i in. 1999). Część badaczy podkreśla nie bezpośrednie znaczenie hormonów płciowych, ale pośredni wpływ adrenaliny w reakcjach stresowych. Wskazują oni na znaczenie dysregulacji osi HPA (podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej) związanej ze wzrostem poziomu kortyzolu we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym, częściej obserwowanej u kobiet niż u mężczyzn (Nolen-Hoeksema 2001). Wysunięto również hipotezę, że podatność na depresję, tak samo uwarunkowana genetycznie, u kobiet częściej prowadzi do depresji, natomiast u mężczyzn do alkoholizmu. Inna

genetyczna teoria zakłada, że podatność na depresję jest skutkiem mutacji genetycznej w chromosomie X, których kobiety mają dwa, a mężczyźni tylko jeden (Carson i in. 2006). Przeciwno biologicznemu zdeterminowaniu różnic rodzajowych w depresji, prócz niewystarczającego poparcia w badaniach, przemawia także fakt, iż istnieją kultury, w których różnice te nie są tak wyraźne. Dotyczy to tradycyjnych, rolniczych kultur (np. Amisze w USA), gdzie choroba ta dotyka równie często kobiet, jak mężczyzn (Brannon 2002).

Często przywoływanym wyjaśnieniem różnic płciowych w rozpowszechnieniu depresji są różnice wynikające z poziomu doświadczanego stresu oraz stosowanych strategii poznawczych w sytuacjach stresowych. Zgodnie z tym poglądem, kobiety są narażone na wyższy poziom stresu niż mężczyźni, co związane jest m.in. z pełnieniem przez nie podwójnych ról (Aneshensel i in. 1981), niższym statusem społecznym (Pużyński 2003), wyższą liczbą stresujących wydarzeń (Kendler i in. 1993, za: Hammen 2004) czy doświadczaniem zastępczych reakcji stresowych (reagowaniem na stresory działające na innych ludzi; Eckenrode, Gore 1981, za: Hammen 2004). Okazuje się ponadto, że niezależnie od poziomu oddziałujących stresorów kobiety i mężczyźni w odmienny sposób radzą sobie w sytuacjach trudnych. Kobiety okazują się bardziej skłonne do koncentrowania się na sobie, szczegółowego roztrząsania problemów i własnych uczuć, co zwykle wzmacnia negatywne emocje. Z kolei mężczyźni na ogół radzą sobie z trudnościami i przykrymi emocjami, dystansując się od nich poprzez podjęcie działania, które, nawet jeśli nie rozwiązuje problemu, przynajmniej pozwala się od niego oderwać. Wyniki badań prowadzonych zarówno w warunkach laboratoryjnych, jak i naturalnych potwierdzają, iż styl zorientowany na ruminacje sprzyja depresji, natomiast styl zorientowany na działanie redukuje negatywne stany emocjonalne (Nolen-Hoeksema i in. 1993; Li i in. 2006).

Większe rozpowszechnienie depresji wśród kobiet bywa wyjaśniane także tłumieniem przez nie prawdziwych uczuć, ambicji i pragnień (Jack 1991, za: Brannon 2002). W tym podejściu podkreśla się, że społeczeństwo deprecjonuje kobiecość, a zatem by kobieta mogła w nim funkcjonować, jest zmuszona zaprzeczać swojej naturze, co prowadzi do osłabienia jej kontaktu z własnym Ja i w dalszej kolejności do depresji. Wyniki badań rzeczywiście wiążą tłumienie Ja z depresją, lecz nie dowiodły jego przewagi u kobiet (ibidem). Wśród innych charakterystyk osobowościowych jako potencjalnych czynników ryzyka depresji największe zainteresowanie badaczy budzi poziom neurotyzmu. Zgodnie z tym poglądem, za różnice płciowe w zachorowalności na depresję jest odpowiedzialny wyższy u kobiet poziom neurotyzmu. Niejasne są jednocześnie powody samych różnic rodzajowych w poziomie neurotyzmu. Badacze podkreślają np. znaczenie wczesnych wpływów socjalizacyjnych kształtujących odmienne u obu płci sposoby radzenia sobie i doświadczania świata,

promujące rozwój wyższego poziomu neurotyzmu u kobiet i wyższego poziomu sumienności (kojarzonego ze spadkiem podatności na depresję) u mężczyzn (Goodwin, Gotlib 2004).

Część badaczy przekonuje, że zaburzenia nastroju występują równie często u kobiet, jak u mężczyzn, a jedynie depresja jako choroba jest częściej rozpoznawana u kobiet (Tavris 1992, za: Brannon 2002). Wskazują oni ponadto, że efekt płci jest swoistym artefaktem, będącym konsekwencją odmienności ról płciowych, nie zaś efektem rzeczywistych różnic (Hammen 2004). Tak mężczyźni, jak i kobiety doświadczają negatywnych stanów emocjonalnych będących podłożem depresji, lecz w odmienny sposób je wyrażają. Kobiety reagują pasywnie i skłonne są kierować uczucia do wewnątrz, mężczyźni zaś stają się aktywni i wyrażają emocje w działaniu. W rezultacie u kobiet obserwuje się symptomy zgodne z kobiecą rolą rodzajową, a tym samym kryteriami diagnostycznymi depresji według DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), u mężczyzn pojawiają się natomiast takie objawy, jak uzależnienia, skłonność do podejmowania ryzyka czy stosowania przemocy (Brannon 2002). Zatem tam, gdzie u kobiet rozpoznawana jest depresja, mężczyźni często uzyskują inne diagnozy.

Pośród innych czynników odpowiedzialnych za mniejszą rozpoznawalność depresji u mężczyzn wymienia się także takie charakterystyki, jak: niewrażliwość lub zahamowania w rozpoznawaniu własnych trudności, ograniczenia ekspresji werbalnej oraz specyficzną postać aleksytymii związaną z niezdolnością do identyfikowania i rozpoznawania własnych przeżyć (por. Brownhill i in. 2005). Nie da się również zaprzeczyć, że częstsze występowanie depresji u kobiet w pewnym stopniu może wynikać z prostego przekonania, że choroba świadczy o emocjonalnej słabości i dlatego mężczyźni unikają jej jako zachowania, którego nie potrafią zaakceptować. Model męskości, zgodnie z którym to mężczyzna dominuje nad kobietą, jest więc swoistym brzemieniem chorego mężczyzny. W większości kultur obrazą dla mężczyzny jest określenie, że zachowuje się jak kobieta. Stąd mężczyzna chory na depresję cierpi w pewien sposób podwójnie. Pierwotnym źródłem cierpienia jest sama depresja, a drugim to, że jest on mężczyzną cierpiącym na depresję. Mężczyzna ma bowiem określone zadania do wykonania – ma działać. Jeśli nie może, przestaje być mężczyzną (por. Zagórski, Galasiński 2008). Wyniki badań wskazują, że mężczyźni w depresji są gorzej opisywani niż cierpiące na nią kobiety i to głównie dlatego, że przypisywane są im cechy kobiece. W rezultacie, ujawniając objawy depresyjne, w większym stopniu doświadczają oni negatywnych społecznych reakcji, które przyjmują postać bądź odrzucenia, bądź dezaprobaty wobec zachowań niezgodnych z rolą płciową (Hammen, Peters 1978, za: Vredenburg i in. 1986).

2. Prawdziwy mężczyzna nie płacze

Różnice w rozpowszechnieniu depresji nie wyczerpują płciowego zróżnicowania zaburzenia. Wiele wskazuje na to, że w przypadku każdej z płci chorego może mieć inny przebieg i inną postać. Kobiety w depresji są smutne i przygnębione, przeważają u nich zaburzenia sfery emocjonalnej, u mężczyzn natomiast zwracają uwagę zaburzenia sfery behawioralnej (w szczególności dotyczące zachowań społecznych). Wybuchy wściekłości, poirytowanie, zwiększona aktywność seksualna, pracoholizm, wycofanie się emocjonalne (wraz z niezdolnością do płaczu), anhedonia, odcinanie się od świata oraz akty przemocy (łącznie z przejawami autoagresji) to często najbardziej znaczące symptomy depresji u mężczyzn (por. Cochran, Rabinowitz 2000).

Tabela 2. Specyficzne dla mężczyzn symptomy depresji

Symptomy depresji
Różnice między oczekiwaniami wynikającymi z roli płciowej a poziomem ich spełnienia (Good, Wood 1995; Heifner 1997)
Wzrost dystansu i niezależności w relacjach interpersonalnych, wycofanie społeczne, nasilenie konfliktów i złości w kontaktach z innymi (Williamson 1987; Frank i in. 1988; Oliver, Toner 1990)
Poczucie zagrożenia samooceny i poszanowania siebie (narcystyczna rana), rozczarowanie sobą (Anhlund, Frodi 1996)
Nadużywanie alkoholu oraz inne postacie uzależnień (Grant 1995)
Niezdolność do płaczu (Hammen, Padesky 1977)
Cechy osobowości antyspołecznej, narcystycznej oraz kompulsywnej (Frank i in. 1988; Black i in. 1995)
Utrata zainteresowania seksem przy jednoczesnej aktywności seksualnej (Nofziger i in. 1993)
Skargi somatyczne (Hammen, Padesky 1977)
Problemy i konflikty w pracy (Vredenburg i in. 1986)
Problemy z koncentracją i motywacją (Maffeo i in. 1990)

Źródło: Cochran, Rabinowitz (2000, s. 85).

Obserwacje dotyczące różnic w klinicznych manifestacjach stanów depresyjnych u obojga płci skłoniły badaczy do wyodrębnienia „syndromu męskiej depresji”. Jego objawami są:

- nagłe i okresowe obniżenie tolerancji na stres u dotychczas odpornych na stres mężczyzn,
- zachowania o charakterze impulsywno-agresywnym lub psychopatycznym u dotychczas niezdradzających symptomów psychopatologii mężczyzn,
- nagle występujące zachowania związane z zaburzeniami przemian endorfiny lub serotoniny, przede wszystkim rozmaite formy nadużyć u dotychczas pozbawionych tego rodzaju skłonności mężczyzn (Möller Leimkühler i in. 2007).

Depresja u mężczyzn wydaje się być maskowana szeregiem atypowych symptomów, które nie są uwzględniane w międzynarodowej klasyfikacji chorób, co utrudnia postępowanie diagnostyczne oraz mylnie wskazuje na brak różnic rodzajowych u pacjentów z depresją.

Ponadto, jak wynika z badań, depresje mężczyzn charakteryzują się mniejszą ogólną liczbą symptomów, późniejszym początkiem choroby oraz krótszym czasem jej trwania. Część badaczy wskazuje także, iż u kobiet choroba przyjmuje ostrzejszy przebieg, jednak różnice dotyczące nasilenia symptomów ujawniają się jedynie przy zastosowaniu metod samoopisowych (np. Skala Becka), zanikają natomiast przy skalach szacunkowych, które wypełnia klinicysta (np. Skala Hamiltona) (Cochran, Rabinowitz 2000; Scheibe i in. 2003). Powtarzającym się wynikiem badań jest także mniejsze ryzyko nawrotu towarzyszące męskiej depresji oraz rzadsza w tej grupie diagnoza przewlekłej depresji (Hammen 2004; Pużyński 2003). Z uwagi na te ostatnie sugeruje się, że różnice rodzajowe w depresji dotyczą bardziej zachorowalności na przestrzeni życia jednostki niż wystąpienia i specyfiki pojedynczego epizodu. Warto podkreślić, że nie świadczy to bynajmniej o szczególnej odporności mężczyzn na depresję nawracającą, a raczej o karzącej sile społecznej dezaprobaty dla ujawniania przez nich symptomów depresyjnych.

Obserwuje się także różnice płciowe w przypadku współwystępowania depresji z innymi schorzeniami. Kobiety znacznie częściej cierpią z powodu depresji połączonej z zaburzeniami o charakterze internalizującym, takimi jak niepokój (co może również odpowiadać za wyższą powtarzalność epizodów w tej grupie) czy zaburzenia jedzenia, z kolei u mężczyzn bardziej prawdopodobne jest współwystępowanie depresji z różnymi formami zaburzeń eksternalizujących, takich jak zaburzenia antyspołeczne, oraz z uzależnieniami, przede wszystkim alkoholizmem (Marcus i in. 2005). Innego rodzaju objawy obserwuje się u obu płci w okresach remisji lub bezpośrednio po przebytej hospitalizacji. U mężczyzn dominują zachowania impulsywne, podczas gdy u kobiet przeważa dysforia (Weller i in. 2006).

3. Męska depresja rozwija się w ciszy

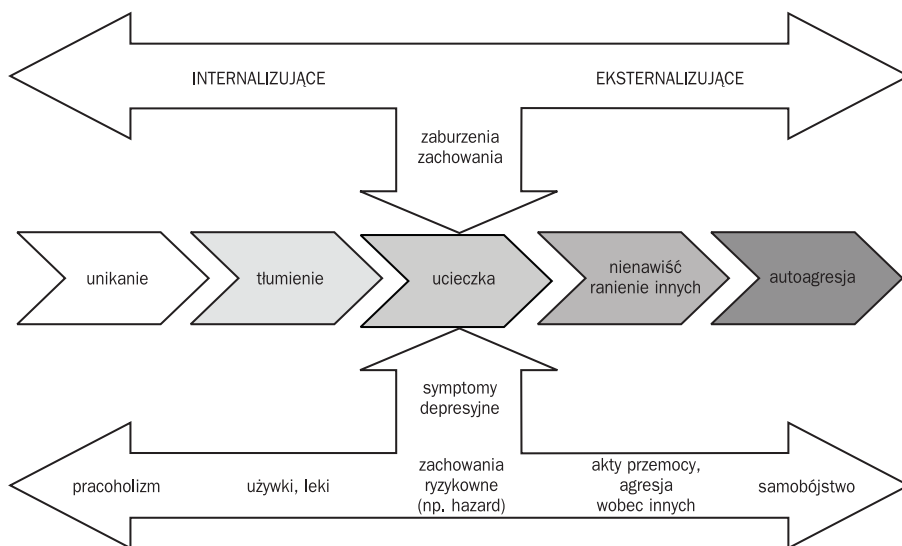
Różnice płciowe pojawiają się także w odniesieniu do przyczyn i czynników ryzyka depresji. Najogólniej rzecz ujmując, mężczyźni ujawniają stany depresyjne w sytuacji zagrożenia ego, natomiast kobiety – gdy zagrożenie skierowane jest na znaczących innych i relacje z nimi (Ahnlund, Frodi 1996). Zjawisko to można wyjaśnić np. poprzez odwołanie się do różnic ról płciowych: stereotyp mężczyzny zakłada jego aktywność, zaufanie do siebie, pewność siebie, niezależność oraz agresję skierowaną poza *self*. Od kobiet z kolei oczekuje się zależności od innych, bezradności, wrażliwości na innych oraz tłumienia prze-

jawów agresji, przede wszystkim z obawy przez utratą bliskich relacji. Zgodnie z perspektywą roli rodzajowej, różnice w społecznych oczekiwaniach odpowiadają za różnice w podatności obu płci na zdarzenia depresjogenne. Do podobnych wniosków prowadzą analizy na gruncie psychologii rozwojowej. Punktem wyjścia jest uznanie szczególnego znaczenia wczesnych więzi dla psychologicznego wzrostu i formowania osobowości. Zarówno dla chłopca, jak i dla dziewczynki pierwotnym obiektem jest matka. Jednak w przypadku dziewczynki więź i identyfikacja z matką jest kontynuowana, natomiast przesłanką samookreślenia chłopca jest odkrycie swojej odmienności od matki, a co za tym idzie – negacja uczuć do matki i rezygnacją z relacji z nią. Fundamentalna percepcja *self* u chłopców zakłada więc izolację siebie od innych i krytyczne znaczenie dla dobrostanu ochrony *ego* i samooceny, nie zaś – jak u kobiet – harmonijnych relacji z innymi (ibidem).

W parze z różnicami dotyczącymi czynników ryzyka depresji idą różnice między kobietami i mężczyznami względem atrybucji przyczyn depresji. Okazuje się bowiem, że niezależnie od rzeczywistych przyczyn złego samopoczucia kobiety skłonne są przypisywać swoje trudności zdarzeniom o charakterze interpersonalnym (konflikty w relacjach czy choroba bliskiej osoby), natomiast mężczyźni przypisują symptomy depresyjne zaburzeniom fizycznym lub trudnościom w pracy (Angst i in. 2002).

W badaniach ujawniają się także różnice rodzajowe dotyczące leczenia zaburzeń depresyjnych. Jednym z częściej przytaczanych wniosków jest stwierdzenie, że depresyjni mężczyźni rzadziej poszukują pomocy. I rzeczywiście tak jest, wyjątkiem wydaje się tu grupa młodych dorosłych (15-25 lat), w której wśród osób podlegających terapii depresji przeważają mężczyźni (Bramesfeld i in. 2007). Co ciekawe, mężczyźni i kobiety równie często rozważają zwrócenie się o pomoc, jednak zdecydowanie więcej kobiet wciela ten zamiar w życie (Angst i in. 2002). To kobiety właśnie okazują się mieć szerszą wiedzę na temat depresji oraz bardziej pozytywne nastawienie do różnych form jej terapii. Przekonania mężczyzn na temat zaburzeń depresyjnych częściej mają charakter stygmatyzujący (Connery, Davidson 2006). Obserwacje te korespondują ze spostrzeżeniami dotyczącymi sposobów radzenia sobie kobiet i mężczyzn ze stanami depresyjnymi w ogóle. U kobiety przeważają strategie ruminacyjne oraz interpersonalne – są one zatem skłonne zwracać się o pomoc do innych, także do specjalistów. Ulgę przynosi im odreagowanie emocjonalne (płacz), często też pokładają nadzieję w religii. U mężczyzn natomiast częstsze są strategie instrumentalne (np. koncentracja na pracy czy sporcie), starają się oni polegać na sobie. Dla obu płci akceptowanym sposobem radzenia sobie jest intoksykacja, jakkolwiek w obu przypadkach wydaje się ona służyć innym celom. Kobiety odurzają się zwykle w towarzystwie, walcząc z własną niemocą czy brakiem energii, mężczyźni zaś pragną uśmierzyć

lub stłumić depresyjny afekt (Angst i in. 2002; Daughtry, Paulk 2006). Prócz prób unikania lub tłumienia uczuć częstsze u mężczyzn są rozmaite zachowania ryzykowne, przemoc skierowana na innych, a w dalszej kolejności także na siebie (Brownhill i in. 2005).



Rysunek 1. Sposoby doświadczania i wyrażania depresji przez mężczyzn

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Brownhill i in. (2005).

Okazuje się także, że klinicyści skłonni są diagnozować i leczyć zaburzenia natury psychicznej, w tym depresję, częściej u kobiet niż u mężczyzn (Wiliami i in. 1995, za: Kornstein i in. 2000). Szacuje się nawet, że około 30-50% zaburzeń depresyjnych rozpoznanych u kobiet wynika z błędu diagnosty, często mylnej interpretacji symptomów niedoczynności tarczycy, reumatoidalnego zapalenia stawów oraz toczenia rumieniowego (Frackiewicz i in. 2000, za: Weller i in. 2006). Część badaczy przekonuje, że mamy do czynienia z instytucjonalnym seksizmem. Jednakże zgłaszane przez samych mężczyzn symptomy zwykle wskazują raczej na społecznie aprobowany problem medyczny niż trudności natury psychologicznej (Hammen, Peters 1977, za: Vredenburg i in. 1986). Większość tych „somatycznie chorych mężczyzn” prędzej czy później uzyskuje prawidłową diagnozę i podlega działaniom terapeutycznym, wciąż jednak wielu z nich albo nie ma bezpośrednio leczonej depresji, a co za tym idzie – zagrożonych jest jatrogenią i efektami ubocznymi terapii nieistniejących zaburzeń (Katon 1982, za: Vredenburg i in. 1986), albo nie uzyskuje żadnej pomocy, czego najtragiczniejszym wyrazem jest odsetek samobójstw czterokrotnie wyższy w grupie mężczyzn niż kobiet (NIMH 2001, za: Duggan 2007).

Ilustracją trudności diagnostycznych i swoistego ignorowania symptomów depresji u mężczyzn jest fragment wywiadu (Kilmartin 2005):

Lekarz: Co Cię sprowadza do ośrodka?

Pacjent: Mam problemy z koncentracją na zajęciach oraz trudności ze spaniem. Do późnej nocy nie mogę zasnąć, potem natomiast trudno mi się dobudzić i często opuszczam poranne zajęcia. Przez to nie nadążam z pracą. Kiepsko sobie radzę z większością zajęć i trudno mi się zmotywować.

Lekarz: Jak długo to trwa?

Pacjent: Około 6 tygodni.

Lekarz: Czy w tym czasie w Twoim życiu wydarzyło się coś szczególnego?

Pacjent: Miałem sesję międzysemestralną i dużo stresów w związku z tym. Miałem też trochę nieporozumień w kontaktach z szefem, no i zerwała ze mną dziewczyna...

Lekarz: Jak się z tym czujesz?

Pacjent: Uważam, że nie powinna była tego robić.

Lekarz: Czy odczuwasz smutek?

Pacjent: Nie – tak jak powiedziałem. Mam trudności z koncentracją i snem. Ta cała sprawa trochę mnie wkurza, ale nie potrzebuję w tym pomocy.

Lekarz: Jak myślisz, w czym nasze spotkania mogłyby Ci pomóc?

Pacjent: Chciałabym, żebyś pomógł mi o tym nie myśleć.

W takiej sytuacji lekarz, biorąc za punkt wyjścia zapewnienie pacjenta, że nie odczuwa on smutku czy przygnębienia, może pomóc mu w trudnościach z koncentracją uwagi oraz problemach ze snem i zignorować sytuację straty i żałoby. Może zalecić leki nasenne i uspokajające, nie proponując nawet psychoterapii. Tak też często się dzieje (ibidem).

4. Pomoc

Różnice rodzajowe pojawiają się również w obszarze terapii zaburzeń depresyjnych. Okazuje się bowiem, że liczba kobiet zażywających leki antydepresyjne jest dwukrotnie wyższa niż liczba mężczyzn podlegających leczeniu farmakologicznemu (Bramesfeld i in. 2007). Jest to obserwacja tym bardziej ciekawa, że istnieją badania wskazujące, iż kobiety reagują gorzej na leczenie farmakologiczne niż mężczyźni (Frank i in. 1988, za: Troisi, Moles 1999; Kornstein 1997, za: ibidem). Przewaga mężczyzn w tym obszarze dotyczy w szczególności szybszych i trwalszych efektów w reakcji na trójkcykliczne leki antydepresyjne, głównie imipraminę i amitryptylinę (Frank i in. 1988, za: Scheibe i in. 2003). U kobiet z kolei nieznacznie lepsze rezultaty wywołują selektywne inhibitory zwrotnego wychwyty serotoniny (np. fluoksetyna, serylina) oraz inhibitory monoaminooksydazy (Kornstein i in. 2000, za: Scheibe i in. 2003).

Obserwuje się także różnice płciowe w skutkach ubocznych farmakoterapii – mężczyźni częściej skarżą się na zaburzenia funkcji seksualnych czy niestrawność, kobietom natomiast częściej dokuczają mdłości oraz zawroty głowy (Kornstein i in. 2000).

Zabiegi psychoterapeutyczne w przypadku mężczyzn z depresją wydają się dość problematyczne – zakładają ekspresję uczuć, współpracę i pogłębianie introspekcji, a więc zachowania kojarzone z kobiecością. Część mężczyzn rzeczywiście obawia się, że udziałowi w terapii będzie towarzyszyć ich feminizacja (Kilmartin 2005). Zaprzeczanie depresji i konieczności pomocy może w tym przypadku stanowić swoistą demonstrację męskości. Wyniki badań wskazują także, że mężczyźni są zwykle niezadowoleni z terapii i uważają ją za mało skuteczną (Caldwell 1999, za: Paz Pruitt 2007). Jeśli już poddają się interwencji, najlepsze efekty zdaje się u nich przynosić terapia będąca kombinacją psychoterapii behawioralno-poznawczej lub interpersonalnej i przyjmowania imipraminy (Frank i in. 1988; Thase i in. 1994, za: Olfson i in. 2001). Większą akceptacją cieszą się wśród mężczyzn takie sposoby pomocy, które umożliwiają im zachowanie anonimowości i autonomii. Prawdopodobnie z uwagi na to pozytywne reakcje wywołuje u nich uczestnictwo w internetowych grupach wsparcia oraz poradnictwo online. Popularnością cieszą się również poradniki samopomocy oraz odpowiednio zaprojektowane programy komputerowe. Pewną alternatywą są także organizowane przez profesjonalistów warsztaty i seminaria. Co ciekawe, większe znaczenie od zawartości ma nazwa proponowanych zajęć (por. Mahalik, Rochlen 2006).

Tabela 3. Preferowane przez mężczyzn formy pomocy

Lp.	Formy pomocy
1.	Rozmowa z najlepszym przyjacielem/członkiem rodziny (nie partnerem)
2.	Czekanie, co się wydarzy i czy samo przejdzie/nicnierobienie
3.	Odwracanie uwagi (udanie się na wycieczkę, słuchanie radia, gra w gry komputerowe)
4.	Rozmowa z partnerem
5.	Trening i ćwiczenia fizyczne
6.	Modlitwa
7.	Konsultacja lekarska (niespecjalistyczna)
8.	Zdobywanie wiedzy na temat własnych przeżyć w książkach, filmach, Internecie
9.	Poświęcenie się pracy
10.	Rozluźnienie alkoholem
11.	Kontakt ze specjalistą z zakresu zdrowia psychicznego

Źródło: Mahalik, Rochlen (2006).

Podsumowanie

Problem męskiej depresji poruszany jest dziś szeroko zarówno w popularnej, jak i naukowej literaturze. Pomimo wzrostu zainteresowania teoretyków i badaczy różnych dziedzin jest to jednak wciąż obszar wielu niejasności i kontrowersji. Przegląd literatury przedmiotu pozwala nawet skonstatować, że obecnie dla dowolnego twierdzenia dotyczącego różnic rodzajowych w depresji można znaleźć potwierdzenie w badaniach. Pozostaje mieć nadzieję, że ta wielość poglądów i obserwacji jest sygnałem tego, iż dociekanie różnic płciowych w obszarze zaburzeń depresyjnych jest ważnym (klinicznie i społecznie) kierunkiem naukowych poszukiwań.

Literatura

- Ahnlund, K., Frodi, A. (1996). Gender differences in the development of depression. *Scandinavian Journal of Psychology*, 37, 229-237.
- Aneshensel, C. S., Frerichs, R. R., Clark, V. A. (1981). Family Roles and Sex Differences in Depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 379-393.
- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J.-P., Mendlewicz, J., Tylee, A. (2002). Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 201-209.
- Booth, A., Johnson, D. R., Granger, D. A. (1999). Testosterone and men's depression: the role of social behavior. *Journal of Health and Social Behavior*, 40, 130-140.
- Bramesfeld, A., Grobe, T., Schwartz, F. W. (2007). Who is treated, and how, for depression? An analysis of statutory health insurance data in Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 740-746.
- Brannon, L. (2002). *Psychologia rodzaju*. Tłum. M. Kacmajor. Gdańsk: GWP.
- Brownhill, S., Wilhelm, K., Barclay, L., Schmied, V. (2005). „Big build”: hidden depression in men. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 921-931.
- Carson, R. C., Butcher, J. N., Mineka, S. (2006). *Psychologia zaburzeń. Człowiek we współczesnym świecie*. Tłum. W. Dietrich. Gdańsk: GWP.
- Cochran, S. V., Rabinowitz, F. E. (2000). *Men and depression: clinical and empirical perspectives*. San Diego: Academic Press.
- Connery, H., Davidson, K. M. (2006). A survey of attitudes to depression in the general public: A comparison of age and gender differences. *Journal of Mental Health*, 15(2), 179-189.
- Daughtry, D., Paulk, D. L. (2006). Gender Differences in Depression-Related Coping Patterns. *Counseling and Clinical Psychology Journal*, 3(2), 47-59.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition (1994). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Duggan, A. (2007). Sex Differences in Communicative Attempts to Curtail Depression: An Inconsistent Nurturing as Control Perspective. *Western Journal of Communication*, 71(2), 114-135.

- Emslie, C., Ridgeb, D., Ziebland, S., Hunt, K. (2006). Men's accounts of depression: Reconstructing or resisting hegemonic masculinity? *Social Science & Medicine*, 62, 2246-2257.
- Goodwin, R. D., Gotlib, I. H. (2004). Gender differences in depression: the role of personality factors. *Psychiatry Research*, 126, 135-142.
- Hammen C. (2004). *Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Tłum. M. Trzebiatowska. Gdańsk: GWP.
- Holden, C. (2000). Mental health. Global survey examines impact of depression. *Science*, 288, 39-40.
- Kilmartin, C. (2005). Depression in men: communication, diagnosis and therapy. *The Journal of Men's Health and Gender*, 2(1), 95-99.
- Kornstein, S. G., Schatzberg, A. F., Thase, M. E., Yonkers, K. A., McCullough, J. P., Keitner, G. I., Gelenberg, A. J., Ryan, C. E., Hess, A. L., Harrison, W., Davis, S. M., Keller, M. B. (2000). Gender differences in chronic major and double depression. *Journal of Affective Disorders*, 60, 1-11.
- Li, C. E., Diguseppe, R., Froh, J. (2006). The Roles of Sex, Gender and Coping in Adolescent Depression. *Adolescence*, 41(163), 409-415.
- Mahalik, J. R., Rochlen, A. B. (2006). Men's Likely Responses to Clinical Depression: What Are They and Do Masculinity Norms Predict Them? *Sex Roles*, 55, 659-667.
- Marcus, S. M., Young, E. A., Kerbera, K. B., Kornstein, S., Farabaugh, A. H., Mitchell, J., Wisniewski, S. R., Balasubramanif, G. K., Trivedig, M. H., Rush, A. J. (2005). Gender differences in depression: Findings from the STAR*D study. *Journal of Affective Disorders*, 87, 141-150.
- Möller Leimkühler, A. M., Heller, J., Paulus, N.-C. (2007). Subjective well-being and „male depression” in male adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 98, 65-72.
- Nierenberg A. A., Trivedi, M. H., Fava, M., Biggs, M. M., Shores-Wilson, K., Wisniewski, S. R., Balasubramani, G. K., Rush, A. J. (2006). Występowanie zaburzeń nastroju w rodzinie a cechy dużej depresji: badanie STAR*D (sekwencyjne alternatywy terapeutyczne w leczeniu depresji). *Psychiatria*, 3(4), 169-179.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender Differences in Depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 173-176.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., Frederickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 20-28.
- Olfson, M., Zarin, D. A., Mittman, B. S., McIntyre, J. S. (2001). Is gender a factor in psychiatrists' evaluation and treatment of patients with major depression? *Journal of Affective Disorders*, 63, 149-157.
- Paz Pruitt, I. (2007). Family Treatment Approaches for Depression in Adolescent Males. *American Journal of Family Therapy*, 35, 69-81.
- Pużyński, S. (2003). Zaburzenia afektywne u kobiet. *Kosmos. Problemy Nauk Biologicznych*, 52, 87-95.
- Scheibe, S., Preuschhof, C., Cristi, C., Bagby, R. M. (2003). Are there gender differences in major depression and its response to antidepressants? *Journal of Affective Disorders*, 75, 223-235.

- Seligman, M., Walker, E., Rosenhan, D. (2003). *Psychopatologia*. Tłum. J. Gilewicz, A. Wojciechowski Poznań: Zysk i S-ka.
- Sęk, H. (2005). Psychologia zaburzeń afektywnych. W: H. Sęk (red.). *Psychologia kliniczna*, t. 2. Warszawa: PWN, 100-119.
- Troisi, A., Moles, A. (1999). Gender differences in depression an ethological study of nonverbal behavior during interviews. *Journal of Psychiatric Research*, 33, 132-149.
- Vredenburg, K., Krames, L., Flett, G. L. (1986). Sex Differences in the Clinical Expression of Depression. *Sex Roles*, 14, 37-49.
- Weller, E. B, Kloos, A., Kang, J., Weller, R. A. (2006). Depression in children and adolescents: Does gender make a difference? *Current Psychiatry Reports*, 8, 108-114.
- Zagórski, S., Galasiński, D. (2008). Mężczyzna w depresji przestaje być mężczyzną. *Charaktery*, 9, 32-35.

ANNA KUBIAK

Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu
Instytut Psychologii

Samouszkodzenia kobiet i mężczyzn – spojrzenie na podobieństwa i różnice

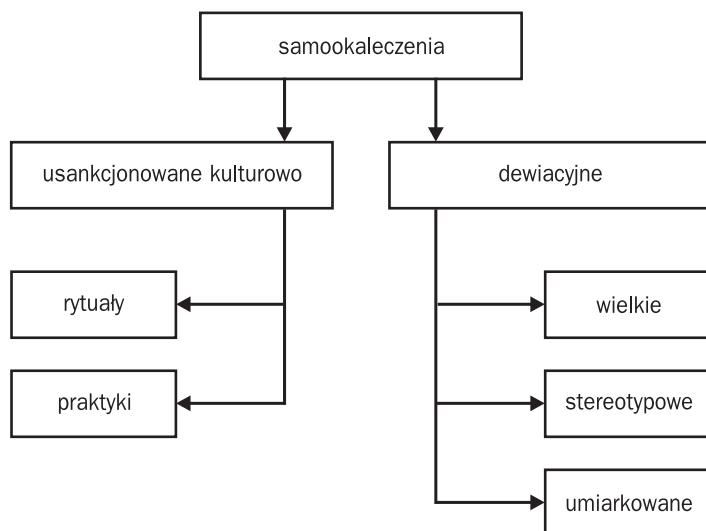
Wprowadzenie

Zarówno kobiety, jak i mężczyźni podejmują samouszkodzenia, jednak w zakresie częstości, funkcji oraz form okaleczania własnego ciała istnieją różnice płciowe (Clarke, Whittaker 1998; por. Babiker, Arnold 2002; Winters 2005; Wycisk 2004; Claes i in. 2007). Przyczyn tych różnic upatruje się najczęściej w oddziaływaniu czynników społecznych i kulturowych (Eckhardt 1998; Babiker, Arnold 2002). Wskazane w tym rozdziale aspekty biologiczne – budowa i fizjologia ciała – jako determinanty różnic płciowych również wiążą się z czynnikami socjalizacyjnymi i kulturowymi (Cross 1993; por. Wycisk 2003; Favazza 1996).

1. Definicje i skala zjawiska samouszkodzeń

Pojęcie „samouszkodzenie” czy „samookaleczenie” ma szeroki zakres definicyjny. W potocznym ujęciu do samouszkodzeń zalicza się zarówno przekłuwanie części ciała, skłonność do ulegania wypadkom, jak i uzależnienie od substancji psychoaktywnych czy połykanie ostrych przedmiotów przez więźniów. Spośród wymienionych przejawów autodestruktywności przedstawię jedynie specyficzną ich grupę. Charakteryzując poszczególne formy, dokonam ich analizy z uwzględnieniem różnic płciowych. Biorąc poziom aprobaty społecznej dla okaleczeń ciała jako kryterium rozróżnienia, Armando Favazza (1996) wyodrębnił samouszkodzenia usankcjonowane kulturowo oraz dewiacyjne. Spośród samouszkodzeń usankcjonowanych kulturowo wyróżnił ponadto dwa typy samookaleczeń (por. rysunek 1).

Rys . 1. Typologia samouszkodzeń



Źródło: opracowanie własne na podstawie Favazza (1996).

Rytuały to przekazywane z pokolenia na pokolenie sposoby okaleczania własnego ciała dokonywane w określony sposób i mające symboliczne znaczenie. Przykładów tego rodzaju samouszkodzeń jest wiele. W rytuałach inicjacyjnych okaleczanie ciała może przybierać takie formy, jak przypalanie języka, a następnie pocieranie go ostrymi liśćmi lub okaleczanie penisa (plemię z wyspy Wojejo, Papua Nowa Gwinea). Inne polegają na wprowadzaniu ostrych liści do otworów nosowych, by doprowadzić do krwotoku, i wprowadzaniu trzciny przez przełyk do żołądka, by sprowokować wymioty (plemiona Gahuka-Gana i Gururumba, Papua Nowa Gwinea). Krwawienie z nosa w niektórych plemionach symbolizuje menstruację. Okaleczanie penisa natomiast odbywa się po raz pierwszy około 18. roku życia i jest wielokrotnie powtarzane. Dzięki tym rytuałom, które według członków plemienia umożliwiają chłopcu pozbycie się matczynej (kobiecej) krwi, chłopcy mogą oddzielić się od matki i osiągnąć status męczyzny (Favazza 1996).

Skaryfikacje to drugi typ samooszkodzeń rytualnych polegających na tworzeniu blizn w celach estetycznych lub dla osiągnięcia stanów duchowych. W pierwotnych plemionach towarzyszą rytuałowi przejścia chłopca w męski świat, rozumianego jako ponowne narodziny (ibidem). W plemieniu Kago-ro (Papua Nowa Gwinea) na skórze chłopców biorących udział w rytuale inicjacyjnym wycinane są wzory przypominające postać krokodyla, uważanego za ucieleśnienie męskości i agresywności. Wzory te obejmują znaczną część powierzchni ciała: ramiona, klatkę piersiową, brzuch, uda. Następnie rany pokrywane są błotem i tłuszczem tak, by powstały blizny. Gloria Babiker

i Lois Arnold (2002) wskazują także na rytuały wśród kobiet, takie jak wyrwanie włosów, bicie się w piersi na znak żałoby czy indyjski rytuał *sati*, tj. rzucanie się kobiet na płonący stos pogrzebowy mężów. Autorki wspominają też o znaczeniu samookaleczeń dla identyfikacji społecznej (np. obcinanie palców, obrzezanie czy wymienianie krwi na znak lojalności) oraz o związku samouszkodzeń z demonstrowaniem władzy, siły lub wytrzymałości, co jest kojarzone z męskością (np. okaleczanie nosa i penisa w celu wywołania krwawienia ma uwolnić męskie ciało od kobiecych pierwiastków). Skaryfikacje są znane i praktykowane także w kulturze zachodniej (por. Ciężki 2006).

Praktyki należą do okaleczeń ciała społecznie aprobowanych, które są podejmowane zgodnie z aktualnymi trendami i często, w przeciwieństwie do rytuałów, pozbawione symboliki (Favazza 1996). Annagret Eckhardt (1998) podaje przykład praktyk średniowiecznych w postaci biczowania się chrześcijan. Mężczyźni biczowali się aż do krwi przed budynkami kościołów, a kobiety w zamkniętych kościołach. Większość, bo prawie 90%, stygmatyków w okresie od XIII do XX wieku stanowiły kobiety (ibidem). Inne przykłady praktyk (Babiker, Arnold 2002) to noszenie gorsetów lub krępowanie stóp kobiet w Chinach po to, by nie rosły, a obecnie depilacja owłosienia, noszenie butów na wysokim obcasie lub z wąskim noskiem, kulturystyka, a także tzw. modyfikacje ciała, takie jak skaryfikacje, operacje plastyczne, wszczepianie implantów, tatuaże czy przekłuwanie różnych części ciała (*piercing*).

Wśród dewiacyjnych, tj. nieaprobowanych społecznie, okaleczeń własnego ciała Favazza (1996) wyróżnia trzy grupy samouszkodzeń według stopnia uszkodzenia tkanki i wzorca zachowań: samouszkodzenia wielkie, stereotypowe i umiarkowane. W przypadku samouszkodzeń wielkich stopień uszkodzenia tkanki oraz zagrożenia życia jest wysoki, a częstość dokonywania okaleczeń własnego ciała jest niska. Przykładem samouszkodzeń tego typu są: amputacja kończyn, wyłupanie oczu, autokastracja. Samouszkodzenia wielkie genitaliów stanowią około 1% wszystkich samouszkodzeń dewiacyjnych i są bardzo rzadkie u kobiet (Catalano i in. 1996). Wyniki badań wskazują, że spośród mężczyzn, którzy dokonali aktu okaleczenia genitaliów, 87% (Greilsheimer, Groves 1979, za: Catalano i in. 2002) lub 77% (Nakaya 1996, za: ibidem) znajdowało się w stanie psychiatrycznym. Najczęściej podawanym powodem samookaleczenia było pragnienie bycia kobietą lub przeciwnie – obawa przed staniem się kobietą. Viraj Master i Richard Santucci (2003) przytaczają przypadek mężczyzny, który okaleczył swoje genitalia, gdyż pragnął stać się *hijra*, co według mitologii indyjskiej oznacza „trzecią płć”. Master i in. (2000) z kolei wskazują, że większość okaleczeń genitalnych u pacjentów niepsychiatrycznych jest dokonywana przez osoby transseksualne, a celem takich aktów jest zmiana płci. Do innych powodów wymienianych w literaturze należą: chęć ukarania się za odczuwane pożądanie, poczucie winy, strach czy gniew związany z seksualnością, ho-

moseksualizmem, odrzucenie męskości, próba wpływania na otoczenie (Fisch 1987; Catalano i in. 1996), niekiedy bardzo specyficzne, jak próba wpłynięcia na politykę dotyczącą operacji zmiany płci (Eke 2000).

Samouszkodzenia stereotypowe charakteryzują się specyficznym wzorcem, są powtarzalne i rytmiczne oraz pozbawione symboliki (Favazza 1996), a stopień uszkodzenia tkanki jest różny. Najczęściej występują u osób z zaburzeniami o podłożu biologicznym (np. zespół Lecha-Nyhana, zespół Corneli de Lange, zespół miauczenia kota) oraz upośledzonych intelektualnie. Zwykle przyjmują takie formy, jak bicie się, pocieranie oczu, klepanie po twarzy, prz gryzanie warg czy wyginanie palców. Wyniki badań nad osobami niepełnosprawnymi umysłowo, które wykazują zachowania autoagresywne, dowodzą, że chociaż płeć nie wpływa na częstość występowania zachowania autoagresywnego, to samouszkodzenia kobiet charakteryzują się większą intensywnością niż autoagresja mężczyzn (Brezovsky 1985; Rohmann, Hartmann 1988, za: Kopeć 1999). Większa intensywność dokonywanych przez kobiety samouszkodzeń może wynikać z uwarunkowań hormonalnych. Natomiast wyniki badań własnych Danuty Kopeć (1999) wskazują na statystycznie istotną zależność między formami i topografią samouszkodzeń a płcią. Jeśli chodzi o formę, to kobiety częściej niż mężczyźni wyrzywały sobie włosy. Zaobserwowano również częstsze uszkodzenia ud i małżowin usznych u mężczyzn¹. Różnice płciowe w zakresie częstości samouszkodzeń ujawniły się również wśród osób autystycznych; dziewczynki przejawiają więcej zachowań autoagresywnych niż chłopcy, którzy są z kolei bardziej agresywni wobec otoczenia (Rohmann, Hartmann 1988, za: Kopeć 1999).

Samouszkodzenia umiarkowane to akty uszkodzeń ciała o niewielkim stopniu uszkodzenia tkanki i niskiej śmiertelności (Favazza 1996). Najczęściej mają postać cięcia się, przypalania, drapania skóry, wyciskania zmian skórnych, bicia się, gryzienia, nakłuwania ciała ostrymi przedmiotami lub wprowadzania ich do wnętrza ciała. Samouszkodzenia tego rodzaju uważano niegdyś za samobójstwo częściowe (Menninger 1938, za: Suchańska 1998). Bliższa analiza, zwłaszcza deklarowanych motywów podejmowania samouszkodzeń, wskazuje jednak na odrębność obu zjawisk (por. Walsh 2006; Minge, Minge 2006). Osoby, które chcą popełnić samobójstwo, pragną zakończyć życie i położyć kres swojej świadomości, natomiast osoby okaleczające się ową świadomość jedynie zmieniają, a akt okaleczenia się niejednokrotnie pozwala im przetrwać. Samouszkodzenia pełnią też rozmaite psychologiczne funkcje – po-

¹ Możliwe, że samouszkodzenia tej części ciała były związane ze stymulacją narządu słuchu lub reakcją na ból, gdyż u wszystkich mężczyzn odnotowano różne problemy zdrowotne związane ze słuchem. Niestety, Kopeć (1999) nie podaje, czy takie problemy wystąpiły również u jedynej kobiety przejawiającej samouszkodzenia małżowin usznych. Gdyby tak było, to interpretacja uzyskanych wyników w kontekście związku samouszkodzeń tej części ciała z płcią byłaby nieuzasadniona.

częwszy od takich ingerencji w ciało, jak *body play* (np. podwieszanie się na hakach), których celem jest doświadczanie odmiennych stanów świadomości, a skończywszy na samouszkodzeniach umiarkowanych, które mają pomóc uporać się z cierpieniem, a celem samouszkodzenia nie jest zakończenie życia, lecz jego podtrzymanie. Również następstwa psychologiczne obu form zachowań są odmienne – niedoszły samobójca po nieudanej próbie samobójczej czuje się zwykle gorzej, a efektem samouszkodzenia jest ulga i poprawa samopoczucia (Walsh 2006).

Samouszkodzenia są zatem zachowaniami celowymi (tj. o uświadamianej intencji), które polegają na zadaniu swemu ciału bezpośredniej (czyli dającej natychmiastowy efekt), fizycznej krzywdy bez intencji samobójczej (Simeon, Favazza 2001). Często są dokonywane w celu redukcji psychologicznego napięcia. Barrent Walsh (2006) podkreśla, że towarzyszy im brak społecznej aprobaty.

Z danych epidemiologicznych wynika, że skala występowania zjawiska jest szeroka i zależna od badanej populacji (por. tabela 1). Wśród dorosłych osób z populacji ogólnej 4% przynajmniej raz dokonało aktu okaleczenia własnego ciała. W populacji klinicznej odsetek ten jest wyższy i wynosi 21% (Briere, Gil 1998). Wśród młodzieży przynajmniej raz okaleczyło się 11-39% nastolatków z populacji ogólnej i 40-69% nastoletnich pacjentów szpitali psychiatrycznych (Wycisk, Ziółkowska 2010). Inne szacunki dotyczące adolescentów wskazują na 15-20% populacji ogólnej (Heath i in. 2009).

Tabela 1. Dane epidemiologiczne dotyczące samouszkodzeń

	Populacja ogólna	Populacja kliniczna
Adolescenci	11-39%	40-69%
Dorośli	4%	21%

Źródło: opracowanie własne na podstawie Wycisk, Ziółkowska (2010); Briere, Gil (1998).

2. Samouszkodzenia kobiet i mężczyzn

2.1. Częstość podejmowania samouszkodzeń

Według danych szacunkowych, kobiety okaleczają się 2 razy (Walsh 2006), 3-4 razy (D'Onofrio 2007), 1,5-3 razy częściej niż mężczyźni (Yates 2004), ale jak wskazują Laurence Claes i in. (2007) są to dane opracowane na podstawie badań populacji klinicznej. Badacze zaznaczają, że liczba okaleczających się kobiet w stosunku do mężczyzn podejmujących samouszkodzenia jest zawyżona. Według Jowity Wycisk (2004), przeszacowanie liczby kobiet okaleczających się w stosunku do mężczyzn podejmujących samouszkodzenia może wynikać z tego, że więcej kobiet korzysta z pomocy psychologicznej. Wiele ba-

dań przeprowadzono na grupach złożonych wyłącznie z kobiet lub dziewcząt (np. Suyemoto, MacDonald 1995; Paul i in. 2002; Hilt i in. 2008). Mało jest natomiast badań na grupach złożonych wyłącznie z mężczyzn czy chłopców (Laye-Ghindu, Schonert-Reichl 2005; Dellinger-Ness, Handler 2007; Gratz, Chapman 2007), a nierzadko są to specyficzne próby osób badanych, np. więźniowie (Haines i in. 1995; Matsumoto 2005). Niewiele jest też badań porównawczych kobiet i mężczyzn w zakresie problematyki samouszkodzeń, zwłaszcza pochodzących z populacji ogólnej, mimo że istnieją opracowania zestawień wyników z różnych niezależnych badań. Zwykle grupy badawcze obejmują pacjentów szpitali psychiatrycznych, gdzie częściej tworzą ją same kobiety, lub więźniów, gdzie częściej badani są wyłącznie mężczyźni. Celem badań Claes i in. (2007) było porównanie obu płci w zakresie różnych wymiarów zjawiska samouszkodzeń. Jeśli chodzi o częstość dokonywania samouszkodzeń przez kobiety i mężczyzn, wyniki badań nie wskazują na różnice, choć dobowo mężczyźni okaleczali się częściej, zatem częstotliwość aktów samouszkodzeń była większa. Podobnie E. Pattison i J. Kahan (1983, za: Clarke, Whittaker 1998) wskazują, że akty samookaleczeń występują niemalże po równo wśród przedstawicieli obu płci. Nancy Heath i in. (2009) formułują taki sam wniosek, odnosząc go do populacji ogólnej, natomiast w populacji klinicznej kobiety okaleczają się częściej niż mężczyźni. Według Avivy Laye-Gindhu i Kimberly Schonert-Reichl (2005), 47% chłopców i 16% dziewcząt okaleczyło się tylko raz, a 7% chłopców i 14% dziewcząt podejmowało samouszkodzenia wielokrotnie. Na odwrotną sytuację wskazują wyniki badań na polskiej populacji ogólnej, przeprowadzone przez Jowitę Wycisk (2004): 9% mężczyzn i 5% kobiet przynajmniej raz w życiu się okaleczyło. Z większości badań wynika, że częstość podejmowania samouszkodzeń w ciągu życia jest większa u kobiet niż u mężczyzn.

Nie można jednakże jednoznacznie określić, jaki typ płci psychologicznej² najbardziej sprzyja samouszkodzeniom, gdyż nie przeprowadzono na ten temat wielu badań. Wyniki badań Jowity Wycisk (2004) nie potwierdziły sprzyjającej roli kobiecości w dokonywaniu samookaleczeń. Wnioski z badań płyną jednak takie, że wysoki stopień internalizacji wzorca męskości oraz niski stopień przyswojenia wzorca kobiecości, przy jednoczesnej słabej zdolności do ochrony ciała, najsilniej sprzyja podejmowaniu samookaleczeń. Dotyczy to tych samouszkodzeń, których motywem jest chęć podniesienia własnej wartości w oczach własnych lub otoczenia. Biorąc pod uwagę płęć biologiczną, wyniki badań Wycisk (2004) pozwalają wysunąć wniosek, że kobiety ze zinternalizowanym wzorcem męskości z większym prawdopodobieństwem

² Większość badań dotyczących związku samouszkodzeń z płcią opiera się na badaniu płci biologicznej, bez uwzględniania płci psychologicznej. Istnieją jednak badania, które biorą pod uwagę również rodzaj (*gender*).

będą dokonywać samouszkodzeń motywowanych podniesieniem poczucia własnej wartości. Podejmujący takie samouszkodzenia mężczyźni w niewielkim stopniu lub wcale mają uwewnętrznionego wzorca kobiecości. Wyniki badań Dean McKay i in. (2004), przeprowadzone na próbie okaleczających się kobiet z diagnozą zaburzenia osobowości *borderline*, wskazują natomiast, że ich płć psychologiczna statystycznie częściej była niezróżnicowana³, a osoby te rzadziej identyfikowały się z męskimi lub kobiecymi rolami płciowymi.

2.2. Forma samouszkodzeń

Jeśli chodzi o różnice w zakresie formy samouszkodzeń, to połowa badanych dziewcząt oraz 1/3 chłopców okaleczała się przez cięcie. Formy typowe dla dziewcząt to cięcie się, a dla chłopców – klepanie, uderzanie pięścią i gryzienie (Laye-Gindhu i Schonert-Reichl 2005). Według badań Claes i jej współpracowników (2007), kobiety częściej niż mężczyźni drapały się, nabijały sobie siniaki, cięły się i obgryzały paznokcie. Nie ma natomiast różnic w kwestii częstości doświadczania bólu, choć ból odczuwany przez mężczyzn był bardziej intensywny. Kobiety częściej ukrywały rany i bardziej je pielęgnowały niż mężczyźni (ibidem). Według Lorrie Dellinger-Ness i Leonarda Handlera (2007), mężczyźni częściej niż kobiety biją się i przypalają (choć ta ostatnia forma okazała się być statystycznie nieistotna), natomiast kobiety częściej wyrrywają sobie włosy i tną swoje ciało. Według badań Jowity Wycisk (2004) nad związkiem płci psychologicznej z formą samouszkodzeń, bicie własnego ciała jest typowo kobiece, uderzanie pięścią w stół – typowo męskie, natomiast drapanie, gryzienie, wykręcanie rąk – typowe dla rodzaju nieokreślonego i kobiecego.

2.3. Funkcje samouszkodzeń

Samouszkodzenia są zachowaniami, które pełnią określone funkcje, a osoba okaleczająca się czerpie z nich pewne psychologiczne korzyści (Walsh 2006). Wyniki badań empirycznych wskazują, że kobiety i mężczyźni różnią się również w zakresie funkcji samouszkodzeń.

Według badań A. Laye-Gindhu i K. Schonert-Reichl (2005), dziewczęta częściej okaleczają się z powodu odczuwania smutku i poczucia nieszczęścia oraz chęci pokazania wewnętrznego bólu lub zamiany bólu psychicznego na fizyczny. Badane dziewczęta częściej też czuły przymus zranienia się, niena-

³ W teorii androgynii Sandry Bem (1981, za: Wycisk 2004), poza powszechnie znanymi typami osób: kobiecymi i męskimi, zostały wyróżnione osoby nieokreślone (o niskich wartościach czynnika kobiecości i męskości) oraz androgyniczne (charakteryzowane zarówno przez czynnik męskości, jak i kobiecości). Każdy z tych typów płci psychologicznej występuje niezależnie od płci biologicznej.

wiść do siebie oraz chęć ukarania siebie. Chłopcy zaś częściej niż dziewczęta okaleczali się z nudów, dla zabawy, po to by uniknąć zrobienia czegoś oraz ze względu na chęć przyłączenia się do grupy. A zatem u dziewcząt samouszkodzenia są częściej sposobem radzenia sobie z nieprzyjemnymi emocjami i uzewnętrznianiem napięcia, a u chłopców pełnią funkcje społeczne. Według innych źródeł, dziewczęta tłumaczą okaleczanie siebie jako formę karania się lub mechanizm radzenia sobie z dysonansem poznawczym (Rodham, Hawton 2005, za: Winters 2005) i podobne wyjaśnienia podają również chłopcy (Hawton i in. 2004, za: ibidem). Claes i współpracownicy (2007), badając motyw kobiety i mężczyźni do podejmowania samouszkodzeń, wysnuli wnioski, że kobiety okaleczają się, by uniknąć lub stłumić negatywne uczucia, uniknąć bolesnych wspomnień, wejść w stan odrętwienia, ukarać się, oszpecić lub uniknąć myśli samobójczych, a mężczyźni (choć wyniki były nieistotne statystycznie) – by zwrócić czyjąś uwagę lub pokazać swoją siłę. Potwierdzają to wyniki badań Karen Rodham i jej współpracowników (2004, za: Winters 2005), którzy wskazali na specyficzne rodzajowo czynniki ryzyka dla samouszkodzeń – stany depresyjne, niepokój i impulsywność częściej towarzyszyły okaleczającym się kobietom, zaś u mężczyzn samookaleczenia były konsekwencją poczucia braku zainteresowania ze strony innych.

Wyniki te są spójne z wynikami badań przeprowadzonych na polskiej populacji (Wycisk 2004). Funkcja regulacji afektu dotyczyła 3,7% kobiet i 4,2% mężczyzn, a funkcja budowania poczucia własnej wartości – 4,4% mężczyzn i 0,9% kobiet (dane z całej populacji osób przebadanych). W samej grupie badawczej kobiety stanowiły 27,3% wszystkich osób okaleczających się, które podejmowały samouszkodzenia ze względu na chęć podwyższenia poczucia własnej wartości; 65,1% zaś okaleczało się po to, by poradzić sobie z napięciem i emocjami. Wyniki badań wskazują, że choć wzorzec męskości sprzyja adaptacyjnemu doznawaniu cielesności, to w kwestii ochrony ciała osoby z wzorcem męskości wykazywały deficyty w tym zakresie, dlatego narażały ciało na obrażenia. Wzorzec męskości nie wiąże się z samouszkodzeniami o chronicznym charakterze, raczej z jednorazowym aktem samouszkodzenia. Wysokie natężenie kobiecości predysponuje do niepodejmowania samouszkodzeń, niskie natężenie męskości – do niskiej częstotliwości. Osoby okaleczające się ze względu na chęć podwyższenia poczucia własnej wartości mają obniżony czynnik kobiecości oraz wysokie natężenie męskości. W związku z tym, że mężczyźni z niskim czynnikiem kobiecości oraz kobiety z wysokim czynnikiem męskości podejmują samouszkodzenia ze względu na chęć podwyższenia poczucia własnej wartości, najbardziej predysponowanymi osobami do podejmowania samouszkodzeń w tym celu są te, które mają niskie natężenie wzorca kobiecego, wysoki stopień męskiego i jednocześnie obniżoną ochronę ciała. Regulacja afektu dotyczy z kolei osób z typowo ko-

biecą płcią psychologiczną, a zatem osoby, które mają niski poziom wzorca męskości, doświadczenie przemocy emocjonalnej oraz niską ochronę ciała mają predyspozycje do dokonywania samouszkodzeń ze względu na funkcję radzenia sobie z afektem.

Tabela 2 przedstawia częstotliwość podejmowania samouszkodzeń oraz preferowane formy uszkodzania ciała w zależności od płci. Badania dowodzą, że mężczyźni częściej dokonują jednorazowych aktów samouszkodzeń, a kobiety częściej okaleczają w sposób chroniczny. Mniej jasna jest kwestia różnic płciowych w zakresie formy samouszkodzeń. Z zestawienia wyników różnych badań wynika, że istnieją formy samouszkodzeń (bicie się, gryzienie własnego ciała), które w zależności od badania wydają się być preferowane częściej przez mężczyzn lub przez kobiety. Większość badań jednak wykazuje, że cięcie się jest bardziej charakterystyczne dla kobiet niż dla mężczyzn.

Tabela 2. Forma, częstotliwość i funkcje samouszkodzeń umiarkowanych w zależności od płci

Samouszkodzenia umiarkowane	Mężczyźni	Kobiety
Forma	– przypalanie się, – uderzanie pięścią, – bicie się, – gryzienie się, – większe obrażenia, – większa jawność okaleczeń.	– cięcie się, – wyrywanie włosów, – drapanie się, – bicie się, – gryzienie się, – częstsze ukrywanie okaleczeń.
Częstotliwość	Więcej mężczyzn niż kobiet dokonuje samouszkodzeń; okaleczają się incydentalnie; jednokrotne akty samouszkodzeń.	Ogólnie mniej kobiet ma za sobą doświadczenie samouszkodzenia, a te, które tego dokonały, rzadziej niż mężczyźni poprzestają na jednej próbie, okaleczają się wielokrotnie.
Funkcje psychologiczne	– podniesienie poczucia własnej wartości, – przynależność do grupy, – radzenie sobie z nudą, – pokazanie siły.	– samokaranie, – radzenie sobie z napięciem, – regulacja afektu, – uzewnętrznienie bólu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Wycisk (2004); Laye-Gindhu, Schonert-Reichl (2005); Claes i in. (2007); Dellinger-Ness, Handler (2007).

U mężczyzn i chłopców częściej niż u kobiet i dziewcząt samouszkodzenia pełnią funkcje społeczne – mają pokazać ich przynależność do grupy lub posiadaną siłę czy też pomóc poradzić sobie z nudą. Kobiety natomiast częściej niż mężczyźni okaleczają się w celu radzenia sobie z odczuwanym napięciem, negatywnymi emocjami lub po to, by zakomunikować innym swoje złe samopoczucie.

2.4. Inne związki z samouszkodzeniami

Alan Bell i Martin Weinberg (1978, za: Alexander, Clare 2004) stwierdzają, że 38% gejów i 42% lesbijek podjęło próbę samobójczą w porównaniu z 5% heteroseksualnych mężczyzn i 26% kobiet, którzy się okaleczali. Samouszkodzenia częściej spotykane są u homoseksualistów niż u osób heteroseksualnych; ponadto w obrębie tej grupy więcej gejów niż lesbijek okalecza swoje ciało (choć odwrotną zależność wykazały badania Amelio D'Onofrio (2007)). Z badań Natashy Alexander i Lindy Clare (2004) wynika, że samouszkodzenia u kobiet niezależnie od orientacji seksualnej mogą wyzwać takie czynniki, jak poczucie obcości, doświadczanie przemocy czy unieważnianie, jednak szczególnie silnie oddziałują one na kobiety o orientacji homo- lub biseksualnej. O wyższym ryzyku piszą też Keren Skegg i jej współpracownicy (2003). Według Toshihiko Matsumoto i in. (2005) związek doświadczenia traumy oraz zaburzeń psychicznych z samouszkodzeniami był zwykle badany na populacji kobiet. W literaturze przedmiotu badane są związki samouszkodzeń z faktem wykorzystania seksualnego (np. Suyemoto 1998; Eckhardt 1998; Wycisk 2003), zaburzeniem osobowości *borderline* (np. Brown i in. 2002; McKay i in. 2004; Ludäscher i in. 2009) czy z zaburzeniami odżywiania (Favazza, Conterio 1989, za: Favazza 1996; Paul i in. 2002; Claes i in. 2004, 2005), gdzie próby zwykle są złożone wyłącznie z kobiet. Trudno zatem wnioskować, czy związki samouszkodzeń z tymi zmiennymi różnią się między płciami. Badania Matsumoto i in. (2005) to jedne z nielicznych, które były przeprowadzone na populacji mężczyzn, a dotyczyły związku samouszkodzeń z bulimią i dysocjacją u okaleczających się mężczyzn. Ze względu na fakt, że cięcie się jest częściej podejmowane przez kobiety, badacze ograniczyli grupę badawczą do osób, które okaleczały się w ten sposób. Choć związek samouszkodzeń z bulimią i dysocjacją był statystycznie istotny, to związki te były słabsze w porównaniu z kobietami z innych badań (ibidem). Według A. Laye-Gindhu i K. Schonert-Reichl (2005), dziewczęta miały podwyższony poziom napięcia w porównaniu z chłopcami, natomiast inne aspekty były u obu płci na podobnym poziomie: obniżona samoocena, zwiększony dyskomfort związany z negatywnymi emocjami, problem z kontrolą emocji, antyspołeczne zachowania. W badaniach L. Claes i współpracowników (2007) zarówno kobiety, jak i mężczyźni mieli podwyższone wyniki w zakresie kontroli agresji i występowania zaburzeń osobowości.

Specyficznym zjawiskiem są samouszkodzenia dokonywane w więzieniach. Samouszkodzenia te są często postrzegane jako próba wywarcia wpływu na personel więzienny, choć nie jest to ich jedyna funkcja. Marek Kosewski (1969) dzieli samouszkodzenia więzienne na dwa typy: instrumentalne, których celem jest uzyskanie czegoś, np. opieki medycznej, co wiąże się z opuszczeniem

celi, oraz emocjonalne, które pełnią funkcję radzenia sobie z nieprzyjemnym afektem. W populacji więziennej odnotowuje się więcej okaleczających się mężczyzn niż kobiet. Ludwik Garmada (1970) wskazuje, że mniejsza liczba samouszkodzeń wśród więźniarek jest spowodowana nie tylko mniejszą liczbą kobiet przebywających w więzieniu, ale również mniejszą skłonnością do samouszkodzeń spowodowaną „odmiennością charakteru” (ibidem, s. 9). A. Eckhardt (1998), powołując się na badania przeprowadzone wśród więźniarek, wskazuje, że samouszkodzeń dokonuje 8% wszystkich badanych kobiet. Podają one, że po akcie samookaleczenia odczuwają odprężenie, zmniejszenie pustki, poczucia wyobcowania i lęku. Zachowania te wyjaśnia się w kontekście aktualnej sytuacji pozbawienia wolności, ale również bierze się pod uwagę doświadczenia z przeszłości, takie jak przemoc fizyczna i seksualna oraz samotność. G. Babiker i L. Arnold (2002) piszą natomiast o samookaleczeniach więźniów. Zaznaczają za Hansem Tochem (1975, za: Babiker, Arnold 2002), że samouszkodzenia mężczyzn zdarzają się częściej w więzieniach niż w ogólnej populacji. Ciekawym wyjaśnieniem tej zależności jest to, że w warunkach więziennych mężczyźni doświadczają bezsilności i braku poczucia kontroli, jakich zwykle doświadczają kobiety w życiu społecznym. Ponadto wykorzystywanie seksualne przez współwięźniów może skłaniać mężczyzn do podejmowania aktów samookaleczeń, co zwykle ma miejsce w przypadku wielu kobiet nieosadzonych w więzieniu. Przywołane badania T. Matsumoto i in. (2005), prowadzone na populacji młodych mężczyzn osadzonych w zakładach karnych, wykazały, że poza podwyższonym ryzykiem bulimii i doświadczania dysocjacji mężczyzn okaleczających się od tych, którzy tego nie robili, różniły próby samobójcze oraz myśli samobójcze.

3. Możliwe determinanty różnic płciowych w zakresie samookaleczeń

Jedną z prób wyjaśnienia różnic dotyczących częstości samookaleczania są odmienne procesy socjalizacji chłopców i dziewcząt. Częściej występujące u kobiet samookaleczenia mogą być efektem różnic w uczeniu się unikania bądź przejawiania określonych form ekspresji emocji. Brak społecznego przyzwolenia na wyrażanie złości przez kobiety powoduje, że kierują one złość na siebie (Miller 1994, za: Wycisk 2004; Eckhardt 1998). Mężczyźni z kolei w toku socjalizacji wykształcają tendencję do tłumienia emocji, a ekspresja emocji negatywnych przejawia się w zachowaniach agresywnych i przemocy (por. Clarke, Whittaker 1998). Louise Pembroke (1991, za: Clarke, Whittaker 1998) uważa, że kobiety zwykle tłumią swoje potrzeby, a samouszkodzenia są swoistym powtarzalnym rytuałem, który umożliwia im zachowanie poczucia

odrębności, a niekiedy także realizuje owe potrzeby. Również A. Laye-Ghindu i K. Schonert-Reichl (2005), interpretując badania nad młodzieżą, stwierdzają, że choć trudno wskazać na przyczyny tych różnic ze względu na niewielką liczbę badań z udziałem chłopców, to zasadna może być próba wyjaśnienia ich w kontekście przekazywania odmiennych wzorców socjalizacyjnych. Przykładem są różne przekazy dotyczące regulacji emocjonalnej: kobiety częściej kierują swoje emocje do wewnątrz, chłopcy zaś je eksternalizują. Okaleczanie ciała podejmowane przez chłopców w zabawach z rówieśnikami jest doświadczaniem siły woli oraz okazywaniem siły fizycznej i wytrzymałości. Dzieje się tak dlatego, że w procesie socjalizacji chłopcy otrzymują przekaz, że męskość jest równoznaczna z siłą i są zachęceni do udowadniania swojej siły fizycznej. G. Babiker i L. Arnold (2002) zwracają uwagę na związek samouszkodzeń z demonstrowaniem władzy, siły lub wytrzymałości. W kulturze zachodniej tatuaże i blizny po ranach odniesionych w bójkach są bowiem komunikatem o sile, wytrzymałości i agresywności. Tego typu formy okaleczeń ciała są nierzadko powodem do dumy. Także nastoletni chłopcy eksperymentują z ciałem, sprawdzając np. swoją wytrzymałość na ból.

Przyczyn różnic upatruje się również w znaczeniu różnic anatomicznych i fizjologicznych (Cross 1993; Babiker, Arnold 2002; Wycisk 2004). Specyficzne doświadczanie ciała przez kobiety, co także może mieć związek z częstszym podejmowaniem samouszkodzeń, jest konsekwencją specyficznych przekazów socjalizacyjnych (por. Cross 1993; Wycisk 2004, 2003; Eckhardt 1998). Mary Pipher (1994, za: Ellis 2002) postrzega samouszkodzenia jako „interpretację przekazu kulturowego kierowanego do kobiet, by cięły się na kulturowo akceptowane kawałki” (ibidem, s. 12). Natomiast Lisa Cross (1993) odwrotnie – okaleczanie ciała przez kobiety to symboliczne niszczenie wartości cenionych i propagowanych przez społeczeństwo. Kobieta otrzymuje przekaz dotyczący pożądanych cech, takich jak bycie miłą, uległą i seksualnie dostępną (Babiker, Arnold 2002). W swojej koncepcji przyczyn samouszkodzeń wśród kobiet Cross (1993) wskazuje na związek doświadczeń socjalizacyjnych kobiet z postrzeganiem własnego ciała (por. Wycisk 2003). Podkreśla, że kobieta posiada bardziej niejasną koncepcję ciała niż mężczyzna. Genitalia kobiety, które są częściowo ukryte, menstruacja, gwałtowne zmiany w ciele w okresie dojrzewania oraz ciąża czy karmienie piersią sprawiają, że kobiety doświadczają niejasnych granic cielesnych oraz poczucia braku ciągłości ciała. Funkcjonowanie ciała kobiety jest tajemnicze oraz ulega gwałtownym i głębokim przemianom. Sama vagina jest tajemnicza i mało znana, nawet dla samej kobiety (de Beauvoir, za: Cross 1993), ponadto kobiety oglądają siebie oczami innych (Berger 1972, za: ibidem). Męskie organy płciowe są z kolei proste i łatwo dostrzegalne, co więcej, często pokazywane przedstawicielom tej samej płci oraz porównywane w rywalizacji o wielkość narządu. Chłopcy mają

częsty kontakt z penisem podczas oddawania moczu, doświadczania erekcji lub czy w momencie jego stymulacji w trakcie zwykłej aktywności fizycznej. To wszystko przypomina im o obecności penisa (Kestenberg 1975, za: Cross 1993). Dziewczynki mają ograniczony kontakt z pochwą jedynie podczas pobudzenia (ibidem). Nawet podczas masturbacji, która przez dziewczęta jest rzadziej podejmowana niż przez chłopców, kontakt z waginą jest pośredni (np. przy użyciu poduszki umieszczonej między nogami). W okresie dojrzewania obraz ciała jest zdefragmentowany, tj. określone aspekty ciała, np. piersi, są postrzegane fragmentarycznie. Dziewczęta nie opisują swojego ciała jako całości, lecz dostrzegają jego części: ładna talia, brzydki nos, grube uda, co jednocześnie pokazuje, że kryteria opisu ciała są związane z wyglądem i fizyczną atrakcyjnością. Pojawienie się miesiączki powoduje utratę poczucia kontroli nad ciałem (Deutsch 1944, za: Cross 1993; Eckhardt 1998). L. Cross (1993) zauważa też, że kobiety cechuje doświadczanie „innego wewnątrz”, np. penisa mężczyzny podczas stosunku seksualnego lub obecności płodu we własnym ciele w czasie ciąży. Kobiece ciało nie należy zatem wyłącznie do kobiety, dzieli je ona z innymi. A. Eckhardt (1998) również wiele miejsca poświęca etiologii samouszkodzeń kobiet. Samouszkodzenia rozpoczynają się prawie zawsze w okresie dojrzewania płciowego⁴ i wiążą się m.in. z pojawieniem się menstruacji, która poza uczuciem dumy i radości może również wywołać wstyd, a nawet wstręt czy nienawiść do własnego ciała i kobiecości. Samookaleczenia mogą wtedy przejawiać się usuwaniem narządów kobiecych – piersi, jajników, macicy lub kaleceniem piersi i pochwy. Eckhardt (1998) porusza także zagadnienie obrazu ciała i sposobu przeżywania ciała oraz różnic płciowych w tym zakresie, np. doświadczenia ciała podczas ciąży czy stosunku seksualnego (por. Wycisk 2003) oraz wskazuje, że samouszkodzenia są konsekwencją i realizacją potrzeby kontroli nad ciałem.

Z procesami socjalizacji ról płciowych wiąże się przekazywanie stereotypów płciowych. Mężczyźni mają większe niż kobiety przyzwolenie społeczne na uzewnętrznianie złości oraz zachowania agresywne, czym można tłumaczyć mniejszą liczbę okaleczających się chronicznie mężczyzn. Mogą oni sobie bowiem radzić z napięciem przez kierowanie agresji na innych. Mężczyźni w przeciwieństwie do kobiet są zachęcani do kontroli nad ciałem i seksualnością; mają jednak społeczny zakaz okazywania emocji świadczących o słabości (strach, smutek) oraz nakaz znoszenia bólu. Z tego względu mogą oni również doświadczać poczucia wyobcowania wobec własnego ciała. Możliwe zatem, że samookaleczenia mężczyzn stanowią dwojakiego rodzaju odpowiedź na

⁴ Z takim stanowiskiem nie do końca można się zgodzić; samouszkodzenia przejawiają już noworodki, co jest postrzegane jako adaptacyjny proces ustanawiania Ja (Kravitz, Boehm 1971, za: Stawicka 2001); znane są również przypadki samookaleczeń wśród starszych dzieci np. podejmowane w reakcji na konflikty rodzinne (Kerfoot 1996, za: ibidem).

Tabela 3. Hipotetyczne determinanty samouszkodzeń u kobiet i mężczyzn

Mężczyźni	Kobiety
Wyjaśnienie 1. Tradycyjny wzorzec męskości: odwaga, siła agresywność, wytrzymałość ↓ Samookaleczenia jako próba sprostania wymogom wzorca ----- Wyjaśnienie 2. Tradycyjny wzorzec męskości: – wymogi dotyczące posiadania kompetencji i dóbr osobistych przez mężczyzn, – brak przyzwolenia na wyrażanie smutku, żalu, – brak przyzwolenia na wyrażanie słabości. ↓ Samookaleczenia jako skutek niemożności sprostania wymogom stereotypu męskości Oba wyjaśnienia ilustruje przykład samookaleczeń mężczyzn w więzieniach – więźniowie okaleczają się częściej niż w całej populacji. Możliwe wyjaśnienia: silniejsze oddziaływanie wzorca męskości typu macho; bezradność; niedostępność strategii radzenia sobie ze stresem i napięciem „typowych” dla mężczyzn (sport, alkohol); samouszkodzenie jako wyrażanie napięcia; próba przywrócenia poczucia kontroli; motywacja instrumentalna; u osób psychopatycznych jako wyraz potrzeby stymulacji, ekscytacji; efekt choroby więziennej oraz izolacji (Kosewski 1969; Garmada 1970; Toch 1975, za: Babiker, Arnold 2002; Favazza 1996).	Wyjaśnienie 1. Specyficzne oddziaływania socjalizacyjne wobec dziewcząt, w konsekwencji specyficzne postrzeganie ciała: – budowa anatomiczna (brak penisa; poznanie własnych narządów płciowych jest trudniejsze niż u chłopców), – fragmentaryzacja postrzegania ciała („zbyt chude, za grube, zbyt krótkie”), – bezradność wobec zmian w okresie dojrzewania, – ambiwalencja uczuć wobec ciała, fizjologii i zmian, – stany depresyjne, niepokój; wyobcowanie, – menstruacja – niektóre dziewczęta i kobiety czują wstręt związany z comiesięcznym krwawieniem; dotyczy to zwłaszcza kobiet i dziewcząt, które doświadczyły wykorzystania seksualnego. ↓ Samookaleczenia jako próba kontroli cielesności ----- Wyjaśnienie 2. Specyficzne oddziaływania socjalizacyjne wobec dziewcząt (zakaz aktywności seksualnej, zakaz wyrażania złości, nakaz uległości), – przedmiotowe traktowanie ciała dyktowane przez kulturę (media), – atrakcyjność jako zalecana wartość dla kobiety. ↓ Samookaleczenia jako próba ukarania się, wyrażenia złości, buntu

Źródło: opracowanie własne.

stereotyp męskości – z jednej strony są potwierdzeniem siły, wytrzymałości i odwagi, czyli tych wartości, które określają stereotypową męskość, a z drugiej – mogą być przejawem niemożności sprostania wymogom stereotypu.

Według Jowity Wycisk (2004), mężczyźni i chłopcy częściej niż to ujawniają okaleczają się z powodu nieumiejętności radzenia sobie z emocjami. Mimo że badani mężczyźni deklarowali, że samouszkodzenia wynikały z chęci zaim-

ponowania innym, to głębsza analiza wykazała, że samouszkodzenia miały związek z emocjami. To również ilustruje tezę, że kultura wymaga od mężczyzn siły i niezależności, do braku których trudno im się przyznać. Armando Favazza (1996) wskazuje, że samookaleczenia mogą być karą za poniesione porażki i niespełnienie się w męskiej roli. Niemożność podołania określonej przez społeczeństwo roli płciowej (brak sukcesów, władzy lub kariery) może zwiększyć podatność na depresję i w konsekwencji doprowadzić do samookaleczeń (Babiker, Arnold 2002). Gdy niemożliwe jest sprostanie wymogom stereotypu, może dojść do poczucia odłączenia od ciała wszelkich przejawów emocjonalności. Samookaleczenia w dysocjacji są dość częste, a ich funkcją jest przywrócenie odczuwania. Przykłady samookaleczeń w więzieniach pokazują, że okaleczanie własnego ciała może być dokonywane z innych powodów niż chęć potwierdzania męskości czy opuszczenia celi i może pełnić rozmaite funkcje: rozładowania napięcia, karania samego siebie, oczyszczenia z poczucia winy lub przywrócenia odczuwania.

Jeśli odmienne procesy socjalizacji oraz określone wymogi dotyczące ról płciowych w istocie oddziałują na zjawisko samookaleczania mężczyzn i kobiet, to ich wpływ jest raczej pośredni. Michael Marchetto (2006) stwierdził brak różnic płciowych między osobami, które się cięły, dlatego że większość miała za sobą doświadczenie traumy. Dla obu płci jako czynniki ryzyka wskazano nadużywanie substancji psychoaktywnych, niską samoocenę oraz kontakt z bliskimi i przyjaciółmi, którzy podejmowali samouszkodzenia. Może do nich należeć także poczucie odmienności (Alexander, Clare 2004). Mimo istnienia różnic w zakresie częstości podejmowania samouszkodzeń, formy oraz funkcji, jakie one pełnią u kobiet i mężczyzn, z cytowanych badań i koncepcji płynnie wniosek, że bezpośrednich czynników wyzwalających samouszkodzenia należy upatrywać w niezdolności komunikowania swoich potrzeb i emocji, napięciu emocjonalnym i frustracji czy izolacji społecznej.

Choć badań porównawczych kobiet i mężczyzn w zakresie samouszkodzeń jest wciąż niedostatek i konieczna jest dalsza eksploracja zagadnienia, to na podstawie analizy bieżącej literatury można pokusić się o stwierdzenie, że o tym, czy dana osoba dokona okaleczenia własnego ciała i będzie je powtarzać, najprawdopodobniej zdecydują inne czynniki niż płeć.

Literatura

- Alexander, N., Clare, L. (2004). You still feel different: the experience and meaning of women's self-injury in the context of a lesbian or bisexual identity. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 14, 70-84.
- Babiker, G., Arnold, L. (2002). *Autoagresja. Mowa zranionego ciała*. Gdańsk: GWP.
- Briere, J., Gil, E. (1998). Self-Mutilation in Clinical and General Population Samples: Prevalence, Correlates and Functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4).

- Brown, M., Comtois, K., Linehan, M. (2002). Reasons for Suicide Attempts and Non-suicidal Self-Injury in Women With Borderline Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 198-202.
- Catalano, G., Catalano, M., Carroll, K. (2002). Repetitive Male Genital Self-Mutilation: A Case Report and Discussion of Possible Risk Factors. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28(1), 27-37.
- Catalano, G., Morejon, M., Alberts, V., Catalano, M. (1996). Report of a case of male genital self-mutilation and review of the literature, with special emphasis on the effects of the media. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 22(1), 35-46.
- Ciężki, J. (2006). *Modyfikacje ciała*, http://www.wa.umcs.lublin.pl/artforum/tworcy_i_dz/cialo_czl/r10.htm (28.10.2006).
- Claes, L., Vanderycken, W., Vertommen, H. (2004). Family environment of eating disordered patients with and without self-injurious behaviors. *European Psychiatry*, 19, 494-498.
- Claes, L., Vanderycken, W., Vertommen, H. (2005). Self-care Versus Self-Harm: Piercing, Tattooing and Self-Injuring in Eating-Disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 11-18.
- Claes, L., Vandereycken, W., Vertommen, H. (2007). Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Personality and Individual Differences*, 42(3), 611-621.
- Clarke, L., Whittaker, M. (1998). Self-mutilation: culture, contexts and nursing responses. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 129-137.
- Cross, L. (1993). Body and Self in Feminine Development: Implications for Eating Disorders and Delicate Self-mutilation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57(1), 41-68.
- Dellinger-Ness, L., Handler, L. (2007). Self-injury, gender and loneliness among college students. *Journal of College Counseling*, 10(2), 142-152.
- D'Onofrio, A. (2007). *Adolescent Self-Injury A Comprehensive Guide for Counselors and Health Care Professionals*. New York: Springer Publishing Company.
- Eckhardt, A. (1998). *Autoagresja*. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.
- Eke, N. (2000). Genital self-mutilation: there is no method in this madness. *BJU International*, 85(3), 295-298.
- Ellis, R. (2002). *A Feminist Qualitative Study of Female Self-mutilation*. Virginia (niepublikowana praca magisterska).
- Favazza, A. (1996). *Bodies Under Siege*. London: The John Hopkins University Press.
- Fisch, R. (1987). Genital self-mutilation in males: psychodynamic anatomy of a psychosis. *American Journal of Psychotherapy*, 41(3), 453-458.
- Garmada, L. (1970). *Samouszkodzenia ciała*. Warszawa: PZWL.
- Gratz, K., Chapman, A. (2007) The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(1), 1-14.
- Haines, J., Williams, C. L., Brain, K. L., Wilson, G. V. (1995). The psychophysiology of self-mutilation. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(3), 471-489.
- Heath, N., Schaub, K., Holly, S., Nixon, M. (2009). Self-Injury Today. Review of Population and Clinical Studies in Adolescents. W: Nixon, M., Heath, N. (red.). *Self-Injury in Youth. The Essential Guide to Assessment and Intervention*. New York: Routledge, 9-27.

- Hilt, L., Cha, C., Nolen-Hoeksema, S. (2008). Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: moderators of the distress-function relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 63-71.
- Kopeć, D. (1999) *Zachowanie autoagresywne osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Poznań: Poznańska Drukarnia Naukowa.
- Kosewski, M. (1969). Samouszkodzenia w świetle psychologicznych teorii agresji. *Przegląd Penitencjarny*, 2, 22, 35-46.
- Laye-Gindhu, A., Schonert-Reichl, K. (2005), Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the „Whats” and „Whys” of Self-Harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 447-457.
- Lott, B., Maluso, D. (2002). Społeczne uczenie się męskości i kobiecości. W: Wojciszke, B. (red.). *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenie na różnice*. Gdańsk: GWP, 97-117.
- Ludäscher, P., Greffrath, W., Schmahl, C., Kleindienst, N., Kraus, A., Baumgärtner, U., Magerl, W., Treede, R.-D., Bohus, M. (2009). A cross-sectional investigation of discontinuation of self-injury and normalizing pain perception in patients with borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(1), 62-70.
- Master, V., McAninch, J., Santucci, R. (2000). Genital Self-mutilation and the Internet. *Journal of Urology*, 164(5), 1656.
- Master, V., Santucci, R. (2003). An American hijra: a report of a case of genital self-mutilation to become India's „third sex”. *Urology*, 62, 1121-1122 (abstrakt).
- Marchetto, M. (2006) Repetitive skin-cutting: parental bonding, personality and gender. *Psychological Psychotherapy*, 9(3), 445-459.
- Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Asami, T., Okada, T., Yoshikawa, K., Hirayasu, Y. (2005). Characteristics of self-cutters among male inmates: Association with bulimia and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 59(3), 319-326.
- McKay, D., Gavigan, C., Kulchysky, S. (2004). Social skills and sex-role functioning in borderline personality disorder: relationship to self-mutilating behavior. *Cognitive Behaviour Therapy*, 33(1), 27-35.
- Minge, N., Minge, K. (2006). Samobójstwo a samookaleczenia. W: Suchańska, A., Wyck, J. (red.). *Samouszkodzenia: istota, uwarunkowania, terapia*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe, 31-44.
- Paul, T., Schroeter, K., Dahme, B., Nutzinger, D. (2002). Self-injurious behavior in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 408-411.
- Simeon, D., Favazza, A. (2001). Self-Injurious Behaviors. Phenomenology and Assessment. W: Simeon, D., Hollander, E. (red.). *Self-Injurious Behaviors. Assessment and Treatment*. Washington: American Psychiatric Publishing, 1-23.
- Skegg, K., Nada-Raja, S., Dickson, N., Paul, C., Williams, S. (2003). Sexual Orientation and Self-Harm in Men and Women. *American Journal of Psychiatry*, 160, 541-54.
- Stawicka, M. (2001). Autodestruktywność dziecięca – zarys zjawiska. *Forum Oświatowe*, 2(25), 75-89.
- Suchańska, A. (1998). *Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Suyemoto, K., MacDonald, M. (1995). Self-cutting in female adolescents. *Psychotherapy*, 32, 162-171.

- Suyemoto, K. (1998). The Functions of Self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531–554.
- Walsh, B. (2006). *Treating Self-Injury: A Practical Guide*. New York: The Guilford Press.
- Winters, C. (2005). *Self-Mutilation in a Male Adolescent Inpatient Population*. The Ohio State University (materiały niepublikowane).
- Wycisk, J. (2003). Doświadczanie ciała w adolescencji i jego znaczenie dla genezy samookaleczeń u dziewcząt i kobiet. W: Brzezińska, A. (red.). *Zagrożenia rozwoju w okresie dorastania*. Poznań: Wydawnictwo Humaniora, 173-191.
- Wycisk, J. (2004). *Okaleczanie ciała. Wybrane uwarunkowania psychologiczne*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- Wycisk, J., Ziółkowska, B. (2010). *Młodzież przeciwko sobie. Zaburzenia odżywiania i samouszkodzenia – jak pomóc nastolatkom w szkole*. Warszawa: Difin.
- Yates, T. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24, 35-74.

EDYTA CHARZYŃSKA

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie
Uniwersytet Śląski w Katowicach
Instytut Pedagogiki

Mieć raka piersi i wciąż czuć się kobietą – doświadczenia pacjentek o różnych orientacjach psychoseksualnych

Wprowadzenie

Nowoczesność nienawidzi choroby, umierania, śmierci, wstydy się wszystkiego, co wskazuje na porażkę rozumu ludzkiego w konfrontacji z naturą (Bauman 1998, ss. 159-166). Obecnie żyjemy w ponowoczesności, która tę ludzką niezgodę na słabość doprowadziła do absurdu – ciągłych prób dekonstruowania nieśmiertelności (ibidem, ss. 207-216). Aby ujarzmić choroby, obwarowujemy je murem milczenia lub otaczamy się atmosferą mitów. Niechętnie rozmawiamy o tym, co traktowane jest jako słabość. Choroby zawstydzają nas najbardziej, zwłaszcza te, które atakują nasze sfery intymne. W książce *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory* Susan Sontag (1999, s. 21) zauważa:

[...] rak znany jest z tego, że atakuje często te organy (jelito grube, pęcherz, odbytnicę, pierś, szyjkę macicy, gruczoł krokowy, jądra), o których mówi się z zażenowaniem. Posiadanie guza wywołuje zwykle uczucie wstydu, ale w hierarchii organów ciała rak płuc postrzegany jest jako coś mniej wstydliviego niż rak odbytnicy.

Mnogość bodźców płynąca ze środowiska przerasta możliwości naszego umysłu; wieloaspektowość zjawisk zamykamy więc w sztywnych kategoriach. Wielość dychotomii zadziwia: natura – kultura, sfera prywatna – sfera publiczna, zdrowie – choroba, norma – patologia, piękno – brzydota, heteroseksualizm – homoseksualizm, kobiecość – męskość itd. Często nie potrafimy spojrzeć na cechę, zjawisko jak na kontinuum. Widzimy jedynie brzegi, nie wiedząc, jak wypełnić środek.

Zadaniem badacza jest podejmowanie zagadnień trudnych, budzących obawę, niechęć. Tak jak filozof powinien niepokoić umysły skostniałe i dostarczać materiału otwartym na poznawanie, tak i psycholog, opierając się na wynikach badań empirycznych, winien wskazywać obszary ważne i problematyczne, analizować zależności, proponować rozwiązania, przekształcając rzeczywistość na tyle, na ile narzędzia nauki na to pozwalają. Jednym z zagadnień, w którym spotykają się niechęć i wstydlivość, silna stereotypizacja oraz dzielenie obrazu świata na przeciwstawne elementy, jest problem poczucia kobiecości wśród pacjentek z rakiem piersi. Podejmując ten temat, uwzględniłam istotną zmienną, jaką jest orientacja psychoseksualna.

1. Co wspólnego mają piersi z kobiecością?

W kulturze Zachodu piersi postrzegane są jako esencja kobiecości. Kojarzy się je przede wszystkim z fizycznymi atutami kobiety, z jej atrakcyjnością seksualną. Kultura popularna silnie narzuca wygląd idealnych piersi¹. Stają się one czymś na wzór przedmiotu, który istnieje po to, by mógł być oceniany i, w najlepszym przypadku, doceniany przez innych, zwłaszcza mężczyzn. Pełnią ściśle określoną funkcję – mają być ozdobą, przedmiotem pożądania, powinny cieszyć oko patrzących, co dopiero uspokoi ich właścicielkę i pozwoli jej czerpać satysfakcję z ich posiadania. Piersi są nie tylko kojarzone z atrakcyjnością fizyczną, ale także z macierzyństwem, karmieniem, a bardziej symbolicznie z bezpieczeństwem, troską, opieką. Męskie piersi nie posiadają takiego bogactwa znaczeń. Karen Horney uznała, iż mężczyźni zazdroszczą kobietom macicy (a nie, jak twierdził Zygmunta Freud, kobiety mężczyznom penisa) i związanej z nią możliwości rodzenia. Idąc drogą tej symboliki, można by twierdzić, że mężczyźni zazdroszczą kobietom również piersi – bo choć też je posiadają, pełnią one zupełnie inne funkcje, oceniane mogą być jako mniej istotne, bo niemające w sobie potencjału wykarmienia nowego życia.

Badania poświęcone tzw. męskiej ideologii ukazują, że we współczesnej kulturze zachodniej piersi postrzegane są raczej jako zaspokajające potrzeby mężczyzn, a nie dzieci (Ward i in. 2006, s. 704). Seksualizacja kobiecego ciała sprawia, że trudne do pogodzenia stają się wizja kobiecych piersi jako obiektu pragnienia i obraz matki karmiącej. Z tego powodu w naszej kulturze coraz rzadziej można zobaczyć matkę karmiącą dziecko piersią w miejscu publicz-

¹ Doskonałe źródło informacji na temat idealnych piersi stanowi Internet. Oto przykład zaczerpnięty ze strony internetowej: „W naszym kręgu kulturowym za idealne uznaje się piersi w kształcie jabłka, które przylegają do klatki piersiowej między trzecim a piątym żebrzem. Powinny mieć średnicę 9-12 cm i ważyć (każda) od 150 do 250 g. Brodawka ma leżeć na przecięciu dwóch linii: pierwsza prowadzi od środka obojczyka pionowo w dół, druga zaś biegnie od stawu ramieniowego do dolnego brzegu mięśnia piersiowego, czyli dolnej krawędzi mostka. Średnica idealnej otoczki brodawki nie może przekraczać czterech centymetrów” [5].

nym (ibidem). Silne akcentowanie znaczenia piersi jako głównego wskaźnika wartości kobiet może sprzyjać internalizacji przez nie wzorca kulturowego i powodować odczuwanie obaw czy niezadowolenia.

2. Zmiany w postrzeganiu własnej kobiecości wśród pacjentek po mastektomii

Kobiety, które zostały dotknięte rakiem piersi i poddają się mastektomii, doświadczają różnych trudności. Zmiany w funkcjonowaniu spowodowane zabiegiem są sprawą indywidualną i wiążą się z wieloma czynnikami. Dotyczy to nie tylko kobiet heteroseksualnych, bo podobne doświadczenia mogą mieć kobiety należące do mniejszości seksualnych. Jako że piersi kojarzone są z kobiecością, atrakcyjnością fizyczną, to utrata ich części lub całości staje się dla wielu pacjentek nie tyle ciosem wymierzonym w jeden z organów, ile zachwianiem postrzegania siebie jako pełnowartościowej kobiety. Skutkuje to m.in. pogorszeniem życia seksualnego, pojawieniem się obaw o przyszłość relacji, w której do tej pory pozostawała pacjentka lub lęków dotyczących trudności ze znalezieniem partnera z powodu braku jednej bądź obu piersi. Badania (Odigie i in. 2010) pokazały, iż sześć miesięcy po zabiegu mastektomii 67,9% pacjentek nie czuło się w pełni kobietami, u 79% zmniejszyła się częstota stosunków seksualnych; trzy lata po zabiegu 61,7% wciąż było mężatkami, podczas gdy 38,3% rozwiodło się lub pozostawało w separacji.

Istotnych danych dostarczają badania jakościowe, które umożliwiają pacjentkom wyrażenie swoich uczuć i myśli w sposób nieograniczony przez pytania ankietowe czy kwestionariuszowe. W badaniu Edwarda Lindopa i Sue Cannon (2001, s. 96) kobiety w dramatyczny sposób opisywały zmiany, jakie zaszły w ich ciałach: „Czuję się jak dziwoląg. Już nigdy więcej nie poczuję się kobietą”, „Szok, jakiego doznaję, patrząc na siebie, jest straszny. Nie spodziewałam się, że to będzie takie wklęste”². W innej pracy poświęconej temu tematowi część pacjentek dzieliła się obawami związanymi z relacją intymną lub omawiała rzeczywiste zmiany dotyczące kontaktów z mężem czy partnerem: „Mój narzeczony zaczął mnie rzadziej odwiedzać, rzadziej dzwonił. Wiedziałam, że nasza relacja zbliża się ku końcowi. Gdy go zapytałam, dlaczego ma problem z zaakceptowaniem mnie pozbawionej jednej piersi, odpowiedział: »Nie wiem dlaczego, po prostu nie potrafię sobie z tym poradzić«. W końcu przyznał: »Tak, przechodzę straszny czas; może gdyby odciął ci stopę zamiast piersi, zareagowałbym tak samo, może inaczej, nie wiem, ale wiem, że nie mogę sobie z tym poradzić«. Po tym nie widywaliśmy się już więcej. Ożenił się z kimś innym” [3, s. 14].

² Wszystkie cytaty z języka angielskiego w tłumaczeniu własnym.

Co bardzo interesujące, część kobiet odczuwała zahamowania przed mówieniem przy innych ludziach, jak źle się czują z negatywnymi zmianami w swym ciele; obawiały się zarzutów o bycie zbyt mocno skoncentrowanymi na fizyczności, na byciu próżnymi, egoistycznymi, niedoceniającymi życia (ibidem, s. 9). Na szczęście, zdarzały się również takie wypowiedzi, w których kobiety podkreślały zrozumienie i troskę ze strony swoich mężów czy partnerów: „Kocha mnie i wiem o tym. To stało się dla mnie jasne od czasu, gdy powiedział: »Nieważne, że usuną twoje piersi, kocham cię tak samo«. Wiem, że mówi poważnie” (ibidem, s. 14).

3. Dlaczego rak tak silnie uderza w kobiecość?

Przyczyn tak wyraźnego oddziaływania raka piersi na poczucie kobiecości piersi można poszukiwać wśród czynników społeczno-kulturowych, choć nie bez znaczenia są te natury biologicznej. Duży wpływ na postrzeganie własnej kobiecości przez pacjentki z rakiem piersi ma współczesna kultura, standardy piękna oraz rola kobiety jako mającej cieszyć męskie (a nie własne) oko.

Ellyn Kaschack (1996, s. 77) utrzymuje, że we współczesnym świecie, w którym został jasno określony ideał kobiecej sylwetki, wygląd stał się podstawowym czynnikiem definiującym tożsamość kobiety: „Wygląd nie jest po prostu jej cechą [...]; ona jest swoim wyglądem. Praktycznie każdy aspekt powierzchowności kobiety mówi o tym, kim ona jest i jak należy ją traktować”. Inaczej jest w przypadku mężczyzn, którzy swą atrakcyjność fizyczną postrzegają jako atrybut, a nie wyznacznik istnienia. Znaczące jest również to, iż większość dorastających dziewcząt dokonuje samookreślenia głównie w kategoriach związanych z własną atrakcyjnością fizyczną, podczas gdy ich rówieśnicy podkreślają w większym stopniu sprawność fizyczną i efektywność działania (Cross 1993).

W literaturze przedmiotu opisywane jest seksualne zjawisko obiektywizacji (Fredrickson, Robertson 1997). Kobiece ciało wciąż podlega testowaniu zgodności z obowiązującym ideałem piękna. Jego funkcja jest czysto pragmatyczna i bezosobowa – ma stanowić przyjemność dla patrzących. Z czasem kobieta internalizuje taki sposób patrzenia na swe ciało – wciąż poddaje je ocenie, krytyce, co zazwyczaj powoduje niezadowolenie, lęk, prowadzące do podejmowania destrukcyjnych czynności mających na celu osiągnięcie ideału. Ciało kobiece coraz częściej możemy oglądać w kawałkach: oczy, usta, nos, piersi, uda itd. Każdy z tych elementów wymaga odpowiedniej pielęgnacji, by kobieta postrzegana była jako atrakcyjna. Dowodów empirycznych dostarczają badania Stephena Franzoi (1995), w których zostały wyróżnione dwie opcje postrzegania własnego ciała: po pierwsze, człowiek może traktować je jako obiekt (*body-as-object*) składający się z wielu części, poszczególnych organów; po drugie, może je rozumieć jako proces (*body-as-process*),

w którym jest ono widziane w formie funkcjonalnej całości. Dla większości kobiet charakterystyczne jest patrzenie na swe ciało jak na obiekt, podczas gdy mężczyźni cechuje raczej widzenie go w kategoriach procesu. Różnice w postrzeganiu własnego ciała znajdują odzwierciedlenie w satysfakcji (i jej braku) z jego kształtu i rozmiarów (ibidem).

Przedstawione koncepcje mogą częściowo wyjaśnić przyczyny odczuwania przez kobiety po mastektomii swej niepełnej wartości, spadku atrakcyjności fizycznej, zmniejszenia zainteresowania seksem. Reakcje te nie wynikają z „próżności” pacjentek, raczej stanowią odbicie silnych oddziaływań społecznych i roszczeń względem kobiecego ciała.

4. Rak nie wybiera orientacji

Według najnowszych doniesień naukowych kobiety homoseksualne znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka zachorowania na raka piersi (Dibble i in. 2004). Przyczyny tego leżą przede wszystkim w ich częstszej bezdzietności i rzadszym karmieniu piersią w porównaniu z kobietami heteroseksualnymi (Kelsey 1979), mniej zdrowym stylu życia [kobiety homoseksualne mają większą wagę ciała, uprawiają mniej ćwiczeń fizycznych (Zaritsky, Dibble 2010); część badań wskazuje, iż piją więcej alkoholu i częściej palą (Hyde i in. 2009)], gorszym kontakcie ze służbą zdrowia spowodowanym nieprzyjemnymi doświadczeniami, homofobiczną postawą lekarzy czy pielęgniarek (Denenberg 1992), rzadszym poddawaniu się badaniom mammograficznym oraz zaniebywaniu samodzielnego badania piersi (Bradford, Ryan 1987).

Kobiety homoseksualne chore na raka piersi zwracają uwagę na podobieństwo doświadczeń związanych z ukrywaniem swojej orientacji psychoseksualnej oraz zachorowaniem. Dokonują one podwójnego ujawnienia się jako lesbijki z rakiem piersi³. Dwukrotnie narażają się na ryzyko odrzucenia ze strony rodziny i znajomych. Często stają do samotnej walki ze swoją chorobą, heteroseksizmem oraz z kancerofobią (Łysak 2007, s. 25).

Badania sugerują, że mimo wszystkich trudności, na jakie napotykają kobiety homoseksualne konfrontujące się z rakiem piersi, część z nich dobrze sobie radzi z chorobą, zwłaszcza z utrzymaniem poczucia kobiecości po zabiegu mastektomii. Wartościowego materiału dostarczają prace napisane przez kobiety homoseksualne chore na raka piersi. Przykładem jest *Cancer in two voices* (Butler, Rosenblum 1991), wzruszająca opowieść chorej kobiety (Barbary Rosenblum) i jej partnerki (Sandry Butler), które opowiadają o swoich przeżyciach związanych z doświadczeniem raka. Barbara Rosenblum pisze: „Gdy miałam mastektomię, zbyt mocno martwiłam się o swoje życie, by mar-

³ „The Lesbians and Breast Cancer Project” został zrealizowany w Ontario, w Kanadzie z udziałem 26 kobiet homoseksualnych, spośród których 22 chorowały na raka piersi.

twić się o moje piersi... Utrata piersi zmieniła mój obraz ciała, ale nigdy nie poczułam zubożenia mojej kobiecości. Piersi nigdy nie stanowiły dla mnie centrum poczucia kobiecości” (ibidem, s. 133). Można tu dostrzec wyraźną różnicę pomiędzy relacją chorej a przytaczanymi wcześniej wypowiedziami kobiet heteroseksualnych. W podobnym tonie wypowiada się Kathleen Martindale (1994) w artykule pod wymownym tytułem *My (lesbian) breast cancer story. Can I get a witness?: „Czy przeżywałam żałobę po swoich piersiach? Nie, niezupełnie. Martwiłam się, że mnie zabijają. Chciałam, by zniknęły”* (ibidem, s. 150). Podkreśla ona różnice pomiędzy kobietami heteroseksualnymi a homoseksualnymi w przeżywaniu raka piersi: „wydaje się, że lesbijki mają inne podejście do raka piersi niż kobiety heteroseksualne [...] – uznajemy, że rak przydarzył się nam, naszemu ciału, naszemu życiu. Nie jest dla nas najważniejsza reakcja mężczyzn – nie interesuje nas, czy zostaniemy przez nich opuszczone lub czy znajdziemy mężczyznę, który zaakceptuje nasze zdeformowane ciało” (ibidem, s. 147). Słowa te zwracają uwagę na istotny problem – kobiety homoseksualne, a przynajmniej część z nich, mogą inaczej postrzegać raka piersi i trudności z nim związane w porównaniu z kobietami heteroseksualnymi. Jak wynika z cytowanej wypowiedzi, może się tak dzieć z powodu traktowania choroby przez kobietę homoseksualną jako doświadczenia dotyczącego przede wszystkim ją samą, a nie jej męża (dla którego nie wie, czy pozostanie atrakcyjną) czy przyjaciółkę (która na nią patrzy i myśli o tym, jak wielką tragedią jest utrata piersi).

W tym kontekście warto wspomnieć o różnicach, które badacze odnotowują w zawartości pism kierowanych do kobiet heteroseksualnych i homoseksualnych. Diana Milillo (2008) na podstawie 300 wylosowanych reklam stwierdziła, iż sfotografowane lesbijki były bardziej zróżnicowane pod względem wieku, wagi, a w ich wyglądzie zaznaczonych było więcej cech androgynicznych w porównaniu z kobietami heteroseksualnymi. Reklamy z kobietami homoseksualnymi częściej dotyczyły sprzedaży takich produktów czy usług, jak podróże i książki, podczas gdy te z kobietami heteroseksualnymi częściej odnosiły się do ciała – przedstawiały ubrania, kosmetyki. Edyta Zierkiewicz (2002) dokonała przeglądu polskiej prasy kobiecej (tradycyjnej i nowoczesnej) oraz feministycznej⁴. W pismach tradycyjnych, już nawet przeglądając tytuły, można zauważyć podkreślanie kobiecej powierzchowności („Uroda”, „Zwierciadło”) czy „esencjalizowanie” istoty kobiecości („Elle”, wycofana już „SHE”). Wskazują one kobietom konkretne wymagania dotyczące wyglądu poszczególnych części ich ciała, używanych kosmetyków, diety itd.; wydaje się, że wręcz roszczą sobie prawo uczenia czytelniczek „jedynie poprawnych” wyborów.

⁴ Choć błędem jest utożsamianie kobiet homoseksualnych i feministek (por. Rich 1999/2000), to pisma kierowane do kobiet homoseksualnych i do środowisk feministycznych są bardziej zbliżone do siebie pod względem zawartości niż do tych adresowanych do kobiet heteroseksualnych.

Inaczej pisma feministyczne – podkreślają znaczenie różnorodności, nie koncentrują się na wyglądzie kobiet, kwestionują istnienie ideału piękna; jeśli już odnoszą się do tematu atrakcyjności fizycznej, formułują przesłania o charakterze pozytywnym (np. „Jesteś piękna taka, jaka jesteś”, „Zaakceptuj siebie”; ibidem, s. 45). Z analizy magazynów kierowanych do kobiet heteroseksualnych wynika więc, że podkreślają one ważność atrybutów fizycznych, konieczność dbania o ciało oraz obowiązki żony i matki (nowoczesne również opowiadają o życiu bizneswoman), podczas gdy informacje przekazywane przez magazyny, których grupę docelową stanowią kobiety homoseksualne, są bardziej urozmaicone pod względem treści, nie koncentrują się na temacie wyglądu fizycznego, podejmują więcej zagadnień społecznych czy politycznych. Uzasadnione wydaje się twierdzenie, że różnice bodźców płynących do kobiet heteroseksualnych i homoseksualnych ze świata zewnętrznego mają istotny wpływ na inne postrzeganie przez nie swojego ciała, zadań do wykonania, swojego miejsca w życiu; dotyczyć to może również nieco odmiennego doświadczenia raka piersi przez pacjentki o innych orientacjach psychoseksualnych.

Dotychczas przeprowadzono niewiele badań mających na celu wskazanie ewentualnych różnic w doświadczeniu raka piersi przez kobiety hetero- i homoseksualne. Te, które udało się zrealizować, potwierdzają tezę, z jakimi można się zapoznać na stronach cytowanych książek i artykułów. W badaniu z udziałem 29 kobiet homoseksualnych i 246 heteroseksualnych, u których niedawno zdiagnozowano raka piersi, odnotowano mniej problemów z obrazem ciała w pierwszej grupie (Fobair i in. 2001). Patricia Arena i in. (2006) na podstawie badań z udziałem 39 heteroseksualnych i 39 homoseksualnych pacjentek z rakiem piersi stwierdzili, że dla kobiet homoseksualnych charakterystyczny był mniejszy poziom obaw o kwestie seksualne, wygląd fizyczny i mniejszy stopień zakłóceń życia seksualnego. Ulrike Boehmer i in. (2007) uważają, że obecnie dysponujemy wstępnymi danymi wskazującymi na to, iż kobiety homoseksualne chore na raka piersi cechuje niższy poziom nieprawidłowości w relacji seksualnej, mniej problemów seksualnych związanych ze zbyt słabą lubrykacją czy niemożnością osiągnięcia orgazmu, lepszy obraz własnego ciała oraz bardziej wyrozumiała i wspierająca postawa partnerek w porównaniu z doświadczeniami kobiet heteroseksualnych.

Częściowego wyjaśnienia tych różnic dostarczają badania obrazu ciała, zadowolenia z niego czy internalizacji ideału piękna pośród zdrowych kobiet i mężczyzn o różnych orientacjach psychoseksualnych. Najbardziej zadowoloną ze swojego wyglądu grupą są mężczyźni heteroseksualni. Najmniej przejmują się oni swoją wagą, czują się najbardziej komfortowo w miejscu publicznym w stroju kąpielowym i wyrażają największą gotowość do odkrywania swojego ciała przed partnerką podczas aktu seksualnego (Peplau i in. 2009). Mężczyźni homoseksualnych cechuje większe niezadowolenie z własnego

ciała w porównaniu z mężczyznami heteroseksualnymi (ibidem). Odwrotnie różnice te przedstawiają się wśród płci żeńskiej: kobiety homoseksualne odczuwają wyższy poziom satysfakcji z własnego ciała (Morrison i in. 2004) oraz wykazują mniejszą internalizację ideału sylwetki (Share, Mintz 2002). Nie bez znaczenia pozostaje wpływ subkultury lesbijskiej i jej postulatów (m.in. szacunku dla różnych rozmiarów i kształtów ciała, negowania koncentracji na atrakcyjności fizycznej) na obraz własnego ciała kobiet homoseksualnych (Brown 1987).

Równocześnie spośród badanych grup różniących się płcią i/lub orientacją psychoseksualną to mężczyźni heteroseksualni zwracają największą uwagę na atrakcyjność swojej potencjalnej partnerki, podczas gdy kobiety homoseksualne utrzymują, iż fizyczna atrakcyjność nie jest dla nich istotnym czynnikiem podczas wyboru partnerki i wyrażają wiarę, że ich partnerki odnoszą się do tej kwestii podobnie (Siever 1994). Wyniki przytoczonych badań pozwalają postawić hipotezę, iż kobiety heteroseksualne oraz mężczyźni homoseksualni bardziej krytycznie oceniają swoje ciało z powodu koncentracji na atrakcyjności fizycznej opartej m.in. na pragnieniu zainteresowania i usatysfakcjonowania mężczyzn, którzy stanowią cel ich dążeń seksualnych. Wiadomo bowiem, że mężczyźni w wyborze partnera/-ki kierują się przede wszystkim fizyczną atrakcyjnością drugiej osoby, podczas gdy kobiety podkreślają znaczenie innych czynników, takich jak: osobowość, status społeczny, władza, dochód (ibidem).

Wyniki niektórych badań wskazują także, iż identyfikowanie się ze stereotypem kobiecości/męskości może być zmienną ważniejszą dla postrzegania obrazu własnego ciała i zadowolenia z niego niż płeć czy orientacja psychoseksualna. Odnotowano korelacje pomiędzy kobiecością a wysokim poziomem zaburzeń odżywiania się oraz męskością i względnie zdrowymi zachowaniami żywieniowymi (Meyer i in. 2001). Badanie przeprowadzone pośród 188 kobiet bi- i homoseksualnych pokazało, iż „kobiece” kobiety cechował niższy poziom satysfakcji z ciała w porównaniu z identyfikującymi się jako androgyniczne czy męskie (Ludwig, Brownell 1999). Wykazano równocześnie, że kobiety homoseksualne, mając tak samo wysoki poziom kobiecości, wykazują większe nasilenie cech stereotypowo postrzeganych jako męskie, a mężczyźni homoseksualni – cech stereotypowo kobiecych (Finlay, Scheltema 1991; [1]). Uzasadniona jest więc hipoteza, że wyższy poziom cech stereotypowo męskich pośród kobiet homoseksualnych może się odzwierciedlać w innym, w porównaniu z kobietami heteroseksualnymi, postrzeganiu swojej kobiecości podczas chorowania na raka piersi. Cechy te (np. niezależność, dominacja, samowystarczalność) mogą w znacznym stopniu pomagać kobietom należącym do mniejszości seksualnych podważać dychotomię piękno – brzydota poprzez wykształcenie większej (ale, co zrozumiałe, niecałkowitej; Dworkin 1989) autonomii względem obowiązujących standardów sylwetki.

5. Orientacja psychoseksualna a rak – dalsze implikacje

Różnice pomiędzy kobietami heteroseksualnymi a homoseksualnymi walczącymi z rakiem piersi mogą też dotyczyć stosunku do rekonstrukcji piersi. Lekarze zazwyczaj doradzają pacjentkom poddanie się operacji rekonstrukcji gruczołu piersiowego, podkreślając jej wpływ na odzyskanie równowagi psychofizycznej, zwłaszcza na pokonanie syndromu niepełnej wartości⁵. Przeprowadzone analizy różnic w przeżywaniu raka piersi wśród kobiet o odmiennych orientacjach psychoseksualnych pokazują ograniczenia dotychczasowego podejścia lekarzy do tego problemu. Kobiety homoseksualne mogą inaczej reagować na namowy pracowników medycznych, psychologów czy psychoterapeutów dotyczące rekonstrukcji. Część z nich nie będzie chciała zdecydować się na operację, czując, że dokonując takiego wyboru, potwierdzą stereotyp jasno zdefiniowanego kobiecego piękna, przyzwolą na traktowanie kobiecego ciała jako obiektu (Martindale 1994). Badanie zrealizowane przez Ulrikę Boehmer i in. (2007) wśród 15 kobiet homoseksualnych po zabiegu mastektomii pokazało, iż te, które zdecydowały się na rekonstrukcję piersi, doświadczyły wielu trudności i żałowały podjętej decyzji, podczas gdy pacjentki, które nie poddały się operacji, po pewnym czasie dobrze przystosowały się do nowej sytuacji.

Badanie Lindy Reaby (1998) przeprowadzone wśród 64 kobiet noszących zewnętrzne protezy piersi i 31 kobiet, które poddały się rekonstrukcji, miało na celu wskazanie przyczyn podjęcia decyzji o zgodzie lub odrzuceniu rekonstrukcji piersi. Najczęstszymi przyczynami niezgody na rekonstrukcję w grupie noszącej protezy zewnętrzne były:

- brak niezbędności dla prawidłowego funkcjonowania psychicznego,
- brak niezbędności dla prawidłowego funkcjonowania emocjonalnego,
- brak wystarczającej ilości informacji o przebiegu procedury,
- niechęć do posiadania czegoś nienaturalnego w ciele.

W grupie, która zdecydowała się na rekonstrukcję piersi, wskazywano następujące powody takiej decyzji:

- chęć pozbycia się zewnętrznej protezy,
- możliwość noszenia różnych rodzajów ubrań,
- odzyskanie kobiecości,
- poczucie się w pełni sobą.

Biorąc pod uwagę wyniki przytoczonych badań, właściwą postawą lekarzy byłoby zainicjowanie rozmowy z pacjentką na temat ewentualnych zmian w odczuwaniu kobiecości po zabiegu mastektomii, a dopiero wówczas po-

⁵ Nie zamierzam kwestionować pozytywnych rezultatów, jakie wielu kobietom daje rekonstrukcja piersi (por. Bando 1990). Wskazuję raczej na zagrożenia związane z traktowaniem rekonstrukcji piersi jako kolejnego obowiązującego standardu.

informowanie jej o możliwości (a nie zalecenie) poddania się operacji rekonstrukcji piersi. Decyzja dotycząca rekonstrukcji zależy bowiem od wielu czynników, w tym obrazu własnego ciała i hierarchii wartości (ibidem). Należy zatem brać pod uwagę to, że nie wszystkie pacjentki będą odczuwać zaniżoną wartość siebie jako kobiety, a postawa lekarza namawiającego do rekonstrukcji może w tej grupie spowodować obniżenie samooceny, satysfakcji ze swojego ciała, bunt czy odrzucenie.

Warto pamiętać, iż nie sama przynależność do określonej orientacji psychoseksualnej decyduje o sposobie przeżywania przez kobiety choroby dotyczącej piersi. Nie wszystkie kobiety heteroseksualne popadają w depresję z powodu zniekształcenia swego ciała, nie zawsze odrzucane są przez partnera/męża, nie każda decyduje się na rekonstrukcję piersi; z drugiej strony, nie wszystkie kobiety homoseksualne czują się pełnowartościowe po mastektomii, zdarza się, że są opuszczane przez swoje partnerki, nie każda odrzuca możliwość rekonstrukcji piersi⁶. Istotniejszy jest z pewnością ich światopogląd, obraz własnego ciała, hierarchia wartości, internalizacja wzorów idealnego ciała, nasilenie atrybutów kobiecości/męskości itd. Orientacja psychoseksualna stanowi tylko jedną z licznych zmiennych, która pomaga nam lepiej zrozumieć fenomen kobiety i jej doświadczeń związanych z chorobą – doświadczeń, które mimo pewnych tendencji zawsze należy rozpatrywać indywidualnie.

6. Wpływ stereotypów płciowych na efektywność programów skierowanych do kobiet z rakiem piersi – przykład badania

Stereotypy płciowe nie są autonomicznymi bytami zamieszkującymi świat idealny, niezależny od ludzkiej myśli. Powstały w ludzkich umysłach, w nich się zakorzeniły, ich podłożem i racją bytu jest to, co społeczne. Ogromny wpływ, jaki mają na funkcjonowanie człowieka (w tym na relacje interpersonalne, życie zawodowe, zainteresowania), był wielokrotnie analizowany przez przedstawicieli takich nauk, jak psychologia, socjologia czy pedagogika. Stereotypy atrybutów kobiecości i męskości mają również wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne. Problem ten podejmuje m.in. Eugenia Mandal (2004), traktując takie zachowania, jak brawurowa jazda, chirurgia kosmetyczna i choroby typu depresja czy zaburzenia odżywiania, jako powiązane z cechami i reakcjami tradycyjnie uznawanymi za męskie lub kobiece.

Również w przypadku pacjentek z rakiem piersi można dostrzec wpływ stereotypów płciowych na przebieg leczenia. Dobrego przykładu dostarcza

⁶ W przypadku intymnej relacji między kobietami homoseksualnymi pojawia się dodatkowy problem, na który uwagę zwraca Sue Wilkinson (2005, za: Łysak 2007, s. 25). Partnerki chorych mogą obawiać się, że rak dotknie też je (*It could be me*). Nastawienie to może wywoływać paniczny lęk i próby ucieczki, ale również zwiększyć chęć wsparcia i troskę podczas opieki nad chorą.

przeprowadzony w Szkocji 12-tygodniowy program zajęć fizycznych skierowany do tej grupy (Emslie i in. 2007). Badaniem zostały objęte 203 kobiety, u których wykryto raka piersi we wczesnej fazie. Część z nich wzięła udział w zajęciach składających się z rozgrzewki, 10-20 minut ćwiczeń, wychładzania (*cool-down*)⁷, relaksacji oraz dyskusji na temat celu ćwiczeń. Sprawdzenie efektywności zajęć przyniosło pozytywne rezultaty – grupę, w której zastosowano interwencję, cechowało lepsze funkcjonowanie fizyczne (zdolność chodzenia, ruchliwość ramion), lepsze zdrowie psychiczne (bardziej pozytywny nastrój) oraz wyższa jakość życia w porównaniu z grupą kontrolną (ibidem). Uczestniczące w programie kobiety napotkały na problemy wynikające z silnego poczucia obowiązków macierzyńskich. Wyrzuty sumienia dotyczyły przede wszystkim konieczności oddania dzieci pod opiekę bliskich na czas zajęć grupowych (choć odbywały się one tylko dwa razy w tygodniu przez godzinę). Można w tym dostrzec znaczące oddziaływanie stereotypów dotyczących ról płciowych – według modelu tradycyjnego kobieta powinna rezygnować z własnych potrzeb, by maksymalizować swój czas i energię poświęcone dzieciom i mężowi. Ta „ideologia troski”, wciąż popularna wśród wielu kobiet (części z nich, która decyduje się na realizację modelu kobiety nowoczesnej, *businesswoman*, grożą poważne konsekwencje w postaci zarzutów o egoizm czy nienależyte wypełnianie obowiązków matki), może wpływać na zaniedbywanie przez nie własnych potrzeb, zbyt małe zwracanie uwagi na utrzymanie własnego dobrostanu.

Kolejna trudność, która ujawniła się wśród uczestniczek programu, wiązała się z przekonaniami ich mężów i dzieci dotyczącymi nadmiernej kruchości fizycznej, delikatności żon/matek, która, ich zdaniem, uniemożliwiała im udział w „nadmiernie obciążających” zajęciach fizycznych (Emslie i in. 2007). Kobiety opisywały, iż czuły się „zamykane w kokonie”, bardziej oczekiwały zachęty do podejmowania kolejnych wyzwań niż hamowania aktywności, którego doświadczyły. Stereotyp kobiety jako wrażliwej, delikatnej wpływa również na sposób postrzegania przez najbliższych jej ciała jako wátłego, słabego, potrzebującego silnego ramienia mężczyzny⁸.

W badaniu tym kobiety z grupy interwencyjnej pozytywnie oceniły wartość zajęć fizycznych, w których wzięły udział (ibidem). Wiele z nich podkreślało, że w większym stopniu spełniły one ich oczekiwania i potrzeby w porównaniu z grupami wsparcia opierającymi się przede wszystkim na rozmowie, wymianie doświadczeń i „rozlewaniu łez”, jak to opisywały. Uczestniczki warsztatów preferowały styl zadaniowy – został więc zanegowany stereotyp kobiety

⁷ Seria lekkich ćwiczeń rozciągających, kończących sesję treningową.

⁸ Pomijam tu kwestię braku zachęty do aktywności fizycznej ze strony najbliższych z powodu obaw dotyczących nieradzenia sobie z obowiązkami domowymi podczas nieobecności żony/matki.

rozwiązującej problemy przede wszystkim w sposób emocjonalny. Dotychczasowe doniesienia z badań nad kobietami i mężczyznami z rakiem piersi lub rakiem prostaty sugerowały, iż różnią się oni potrzebami oraz sposobami radzenia sobie: mężczyźni wybierali częściej styl skoncentrowany na zadaniu (jak gromadzenie informacji), podczas gdy kobiety wolały udzielać sobie wzajemnego wsparcia emocjonalnego. Na przykład Ross Gray i in. (1996) na podstawie analizy grup samopomocy mężczyzn z rakiem prostaty i kobiet z rakiem piersi stwierdzili, że interwencje skierowane do różnych płci nie powinny być takie same: dla mężczyzn powinno się organizować spotkania w dużym gronie czy wystąpienia ekspertów, natomiast dla kobiet – mniejsze grupy dyskusyjne, skoncentrowane na wsparciu emocjonalnym i utrzymane w atmosferze przyjaźni. Wydaje się, że taka postawa sprzyja utrwalaniu stereotypów płciowych; zgodnie z tym podejściem kategoryzacja płciowa ma decydować o przypisaniu jednostce ludzkiej konkretnych preferencji dotyczących radzenia sobie z problemem, jakim jest choroba (i z problemami w ogóle).

Jedną z podstawowych cech stereotypów płciowych jest to, że z powodu nadmiernego uproszczenia rzeczywistości mogą one okazać się nieprawdziwe dla grupy kobiet lub mężczyzn jako całości bądź dla konkretnego członka grupy. Wykroczenie poza ramy oczekiwanego zachowania wiąże się z narażeniem na ryzyko negatywnych konsekwencji, zaistnienia m.in. efektu odwetu (*effect of backlash*; Rudman, Fairchild 2004). Dla przykładu można spróbować sobie wyobrazić, że w grupie samopomocy mężczyzn z rakiem prostaty jeden z uczestników wyraża inne potrzeby niż pozostali, podkreślając przede wszystkim emocjonalne problemy związane z chorobą lub w grupie kobiet z rakiem piersi uczestniczka zgłasza zapotrzebowanie wyłącznie lub przede wszystkim na informacje związane z chorobą, pomijając inne aspekty, które zgodnie z obowiązującym stereotypem jako kobieta powinna poruszać. Przed takimi zachowaniami niezgodnymi z modelem przedstawicieli obu płci może powstrzymać „lęk przed odwetem” (*fear of backlash*; ibidem), czyli strach przed konsekwencjami złamania standardów. Interesujące byłoby sprawdzenie, jak pojawienie się osoby o zachowaniach odmiennych od obowiązujących daną płć wpłynęłoby na reakcję pozostałych – prawdopodobnie w takiej sytuacji mężczyźni mogliby uwzględniać w swoim zachowaniu więcej cech typowych dla kobiet, natomiast kobiety pozwoliłyby sobie na manifestację potrzeb i zachowań postrzeganych stereotypowo jako męskie.

Ciekawych danych dostarcza w tym kontekście badanie Clive’a Seale’a (2006), dotyczące m.in. stylu komunikacji mężczyzn na forum kobiecym poświęconym rakowi piersi. Mężczyźni ci często przejawiali zachowania przypisywane zazwyczaj kobietom – ich styl komunikacji był pełen emocji, podkreślania lęku o życie i zdrowie chorej partnerki. Wskazywali również na istotność emocjonalnego wsparcia uzyskiwanego od członków rodziny. Prawdo-

podobnie komfort anonimowości, jaki zapewnia forum internetowe, pozwolił mężczyznom z tej grupy na reakcje dotąd skrywane i tłumione.

Omówione badanie w formie zajęć aktywności ruchowej (Emslie i in. 2007) cechowała istotna wada – autorzy nie uwzględnili orientacji psychoseksualnej kobiet jako jednej ze zmiennych. Warto byłoby sprawdzić, czy wśród pacjentek, które brały udział w ćwiczeniach, były również kobiety bi- i/lub homoseksualne, co pozwoliłoby ocenić, czy w grupie mniejszości seksualnej występują podobne trudności, co wśród kobiet heteroseksualnych.

7. Róż i wstążka

Różowa wstążka po raz pierwszy została użyta jako symbol walki z rakiem piersi w 1991 r. podczas New York City Race organizowanego przez Amerykańskie Stowarzyszenie Raka Piersi [4]. Rok wcześniej uczestniczki „biegu po zdrowie” otrzymały różowe czapki z daszkiem. Pomimo późniejszego pomysłu, by wstążka miała kolor brzoskwiniowy (choć i tu można dostrzec wpływ stereotypów związanych z płcią – brzoskwiniowy kojarzony jest z subtelnością, wrażliwością, a także z miękkością i gładkością skóry), ostatecznie zdecydowano, iż kolor wstążki będzie różowy, tak jak ten użyty w 1991 r. Powstaje pytanie, dlaczego nie zdecydowano się wybrać koloru niebieskiego, zielonego, fioletowego, pomarańczowego czy jakiegokolwiek innego?

Kolor różowy tradycyjnie jest kojarzony z kobiecością – uczuciowością, delikatnością, skłonnością do wzruszeń. Już od najmłodszych lat dziewczynki ubierane są w różowe stroje, mają różowe zabawki, podczas gdy kolor ten jest „zakazany” dla chłopców (Fagot, Leinbach 1993). W taki sposób podkreśla się (i wzmacnia) ich przynależność do płci żeńskiej lub męskiej, równocześnie od dzieciństwa wskazując role społeczne, zachowania czy zawody, do których przypisane są z racji płci biologicznej. Biorąc pod uwagę wyniki badań nad poczuciem kobiecości wśród kobiet z rakiem piersi, warto wskazać zagrożenia, jakie niesie ze sobą wybór koloru różowego jako symbolu walki z chorobą. Rak piersi postrzegany jest zazwyczaj jako atakujący najbardziej „kobiecy” z narządów. Świadczą o tym również tytuły artykułów pojawiających się w prasie kobiecej („Jak chronić kobiecość przed rakiem”, „Zrekonstruowana kobiecość”) czy wystawy fotograficznej przedstawiającej wizerunki kobiet, które poddały się rekonstrukcji piersi („Odzyskana kobiecość”)⁹. Dla wielu ko-

⁹ Innym przykładem podkreślania stereotypowego postrzegania kobiety, wyznaczania sztywnych ram tego, co tworzy kobiecość, stanowi coroczna akcja na portalu Facebook mająca na celu zwiększenie świadomości dotyczącej walki z rakiem piersi. W ubiegłym roku kobiety wysyłały posty o ulubionym kolorze stanika; w tegorocznej edycji akcji miały odpowiedzieć na pytanie: „Gdzie stawiasz, wieszasz torebkę zaraz po wejściu do domu?”. Odpowiedzi miały przybrać formę: „Lubię na stole w jadalni”, „Lubię na krześle w kuchni”. Widać w tym silną

biet fakt usunięcia piersi jest równoznaczny z pozbawieniem ich esencji kobiecości, co może skutkować obniżeniem jakości ich funkcjonowania w różnych obszarach życia. Organizując akcje, kampanie, interwencje czy warsztaty na rzecz kobiet z rakiem piersi, warto podejmować próby minimalizacji wpływu stereotypów płciowych na funkcjonowanie tej grupy. Mogłoby to wpłynąć na poprawę własnego obrazu ciała, jakości życia i funkcjonowania seksualnego wśród pacjentek.

W dotychczasowych akcjach mających na celu zapobieganie rakowi piersi niewielką uwagę poświęcano tematowi stereotypów płciowych. Rebecca Haines i in. (2010) przeanalizowali 32 anglojęzyczne informacje zawarte w kampaniach i akcjach poświęconych walce z rakiem piersi; okazało się, że w większości z nich podkreślano wartość kobiecości, walorów kobiecego ciała. Choć zamierzeniem twórców akcji i kampanii było edukowanie i zachęcenie do walki z rakiem piersi, to nie udało im się uniknąć jednostronnego, bo sprowadzonego do fizyczności i seksualności, spojrzenia na kobietę.

W przypadku wyboru koloru różowego jako międzynarodowego symbolu walki z rakiem wydaje się, że szansa przełamania stereotypów związanych z płcią została zmarnowana, a przynajmniej nie w pełni wykorzystana. Może on bowiem wpływać na podtrzymywanie, a wręcz umacnianie obowiązujących standardów – patrzenia na kobiety w ściśle określony sposób, ocenianie ich pod względem atrakcyjności atrybutów seksualnych, przypisywanie im specyficznych cech psychicznych, zachowań oraz ról społecznych. Rozpoczęto walkę z symptomami, nie dostrzegając możliwości oddziaływania na przyczyny.

8. Propozycje zmian dotyczące pomocy psychologicznej oraz badań naukowych wśród kobiet z rakiem piersi

Dla kobiet z rakiem piersi ważną kwestią stanowi rozumienie przez nie kobiecości. Warto zastanowić się, czy oznacza ona specyficzny wygląd przedstawicielki płci żeńskiej, czy polega na podkreślaniu atrybutów powszechnie uznawanych za kobiece (kształtny biust, wąska talia, długie nogi)? Czy jesteśmy skazani na takie jednotorowe postrzeganie fenomenu kobiety?

Kobiety z rakiem piersi powinny mieć możliwość rozmowy ze specjalistą na temat sposobu przeżywania własnej kobiecości. Mógłby to być lekarz, choć z racji większej wiedzy i kompetencji w tym zakresie bardziej pomocny byłby psycholog lub psychoterapeuta. Specjalista w rozmowie (indywidualnie lub podczas zajęć grupowych) z pacjentką powinien poruszać tematy związane z percepcją kobiecości, atrakcyjności fizycznej i łączących się z nimi lęków

seksualizację akcji, która przybrać miała formę zabawy, a równocześnie pełnić rolę edukacyjną, a mogła stać się obraźliwą i dla kobiet z rakiem piersi, i dla wielu kobiet w ogóle.

i obaw. Rola eksperta nie musi ograniczać się (a wręcz nie powinna) jedynie do wysłuchania pacjentki. Może on również podjąć z nią rozmowę (np. w formie dialogu sokratejskiego), w trakcie której spróbuje dowiedzieć się, jak pacjentka definiuje swoją kobiecość i kobiecość w ogóle, w czym ją dostrzega, jak się z tymi definicjami czuje.

Jeśli specjalista dostrzegłby potrzebę eksploracji tego tematu bądź takie życzenie wyraziłaby pacjentka, mógłby ją zachęcić do pogłębionych rozważań dotyczących istoty kobiecości, np. czym jest kobiecość, w czym może się wyrażać, czy oznacza jedynie atrybuty fizyczne kobiety, podkreślanie jej walorów seksualnych, czy też może być rozumiana jako specyficzny zestaw cech, zachowań, ról społecznych? Mógłby w ten sposób pomóc pacjentce w znalezieniu nowych obszarów manifestacji własnej kobiecości. Rozmowa mogłaby wówczas dotyczyć stereotypów kobiecości i męskości, procesu ich nabywania w drodze socjalizacji, ich wpływu na funkcjonowanie jednostki i grupy. Oprócz rozmowy psycholog/psychoterapeuta mógłby zachęcić pacjentkę do lektury książek i artykułów traktujących o kobiecości i męskości¹⁰, wprowadzając również pojęcie androgynii. Poruszenie tego tematu, otwartość specjalisty na dialog, na problemy zgłaszane przez pacjentki mogłyby zaowocować ich pogłębionym przeżywaniem samych siebie jako osób, nie tylko jako kobiet, oraz względne rozluźnienie więzów, które społeczeństwo nakłada na swobodną manifestację zachowań niezgodnych z przypisanymi płci.

Interwencja tego typu jest sensowna jedynie w tych przypadkach, w których pacjentka odczuwa rozbieżność pomiędzy własnymi pragnieniami, chęcią realizacji zachowań nieograniczonych stereotypem kobiecości a wymaganiami społecznymi, które hamują tę ekspresję. Jeżeli kobieta wyraża zadowolenie z obecnego stanu rzeczy, z satysfakcją wypełnia role przypisywane standardowo płci żeńskiej, nie ma potrzeby zachęcania jej do zachowań, które są uznawane za męskie; najważniejszym kryterium powinny być odczucia i przeżycia samej pacjentki, jej potrzeby.

Nie ulega wątpliwości, że niektóre kobiety utożsamiają wygląd fizyczny z kobiecością lub traktują atrakcyjność fizyczną i seksualną jako bardzo ważny jej element. W tego typu przypadkach pomocne mogłyby się okazać programy skierowane na poprawę wyglądu ciała wśród pacjentek z rakiem piersi. Przykład stanowią warsztaty prowadzone od 1987 r. w ramach programu „Look good feel better” [2], skierowane do kobiet z rakiem piersi; współtwórcami programu są American Cancer Society oraz przemysł kosmetyczny. Podczas bezpłatnych zajęć pacjentki uczą się, jak podkreślać walory swojej urody – otrzymują zestaw kosmetyków do pielęgnacji ciała i uczone są wykonywania odpowiedniego dla siebie makijażu. Program został stworzony w celu popra-

¹⁰ Godne polecenia są książki Sandry Bem, w których autorka zrywa z dychotomicznym postrzeganiem kobiecości i męskości i postuluje rozpatrywanie tych cech jako kontinuum.

wy samooceny oraz jakości życia kobiet z rakiem piersi. Próba weryfikacji jego skuteczności potwierdziła pozytywny wpływ na poprawę obrazu własnego ciała wśród kobiet, obniżenie niepokoju oraz wzrost interakcji społecznych (Taggart i in. 2009).

Nie wszyscy jednak podzielają entuzjazm wobec programów tego typu. Karen Kendrick (2008) stawia zarzut, że takie warsztaty mają na celu znormalizowanie kobiet z rakiem piersi poprzez ukrycie fizycznych symptomów choroby i „rekonstrukcję” ich kobiecości wyłącznie poprzez poprawę wyglądu. Podkreśla ona ponadto wpływ tego typu programów na podtrzymanie stereotypów kobiecości oraz kultury opartej na heteronormatywności i heteroseksizmie. Podkreśla ona ponadto wpływ tego typu programów na podtrzymanie stereotypów kobiecości oraz kultury opartej na heteronormatywności i heteroseksizmie. Choć stanowisko Kendrick należy uznać za wartościowe ze względu na wskazanie przez nią zagrożeń wynikających z tego typu programów, to trzeba też mieć na uwadze, iż część kobiet realizuje się poprzez wypełnianie ról stereotypowo przypisywanych płci żeńskiej – wydaje się więc, że w tej grupie kobiet tego typu zajęcia spełniają swoją rolę, pomagając pacjentkom poczuć się lepiej ze swoim ciałem.

Bardziej ogólny problem, na który należałoby zwrócić uwagę, dotyczy relacji pomiędzy służbą zdrowia a kobietami homoseksualnymi chorymi na raka piersi. Jako że w grupie tej ryzyko pojawienia się raka piersi jest wyższe niż wśród kobiet heteroseksualnych, niezbędne jest zapewnienie kobietom homoseksualnym szczególnej opieki. W rzeczywistości wygląda to inaczej – kobiety homoseksualne często spotykają się z homofobicznym traktowaniem przez przedstawicieli służby zdrowia, z brakiem wiedzy lekarzy na temat czynników ryzyka w tej grupie, a przede wszystkim z przyjmowaniem za oczywistość, że pacjentka jest heteroseksualna (Mravcak 2006). Sytuację mogłoby poprawić uświadamianie lekarzom, że nierzadko mają do czynienia z kobietami o innej orientacji niż heteroseksualna. W gabinecie lekarskim obowiązuje jednak niepisana zasada: „Lekarz nie pyta, więc sama nie mówię” (Boehmer, Case 2004, s. 1882). Ponadto brakuje informacji na temat chorób (w tym raka piersi) w formie ulotek czy plakatów skierowanych do tej grupy, z uwzględnieniem jej potrzeb. Wiele kobiet homoseksualnych czuje się pomijanych przez służbę zdrowia, dyskryminowanych, co może powodować ich niechęć do korzystania z tego typu usług.

Ostatnia, ale nie najmniej istotna, implikacja praktyczna, która wyłania się jako rezultat przeglądu literatury, dotyczy konieczności przeprowadzania badań wśród kobiet z rakiem piersi, które byłyby skoncentrowane na kwestii postrzegania przez pacjentki własnej kobiecości i problemów z tym związanych. W Polsce dotychczasowe badania w tej grupie kobiet obejmowały przede wszystkim zagadnienia jakości i satysfakcji z życia, poziomu depresji

i lęku (Skrzypulec i in. 2009) oraz akceptacji choroby (Nowicki, Ostrowska 2008). Niewiele badań koncentrowało się na wpływie choroby na poczucie kobiecości wśród pacjentek (por. Chwałczyńska i in. 2004, gdzie odnotowano wystąpienie „kompleksu połowy kobiety” wśród kobiet po mastektomii). Nie ma natomiast właściwie żadnych polskich badań, które dotyczyłyby doświadczeń kobiet z rakiem piersi z uwzględnieniem różnych orientacji psychoseksualnych. Takie badania na pewno wiązałyby się z wieloma problemami (przede wszystkim natury metodologicznej), jednakże byłyby bardzo cenne – stanowiłyby ważne źródło informacji, obrazujące jak różne doświadczenia związane z odmiennymi orientacjami psychoseksualnymi mogą wpływać na inne definiowanie i przeżywanie własnej cielesności. Przy czym warto byłoby uwzględnić w takich badaniach nie tylko kobiety hetero- i homoseksualne, ale również biseksualne.

Stereotypy płciowe dotyczą, oczywiście, nie tylko kobiet. Również mężczyźni są narażeni na krytykę zachowań uznawanych społecznie za niezgodne z płcią męską. Tak jak kobieta, aby być odbieraną jako kobieta, powinna odznaczać się choćby niektórymi cechami typowo kobiecymi, tak mężczyzna, by zasłużyć na miano męskiego, powinien posiadać większość lub wszystkie cechy męskie (Mandal 2004, s. 16). Choć problem stereotypów płciowych jest przedstawiany w kontekście przeżyć kobiet z rakiem piersi, to nie można zapominać, że ta choroba nowotworowa dotyka również mężczyzn – badania pokazują, iż ta „kobieca” choroba wiąże się w tej grupie z poczuciem ataku na męskość, co wywołuje poczucie wstydu i stygmatyzacji (Donovan, Flynn 2007).

Równie warte podjęcia jest zagadnienie wpływu stereotypów płciowych na doświadczenia i funkcjonowanie mężczyzn cierpiących z powodu choroby narządu, który, podobnie jak piersi u kobiet, utożsamiany jest z męskością; chorobą tą jest rak prostaty. Uwzględnienie orientacji psychoseksualnej jako zmiennej istotnej w badaniach nad mężczyznami chorymi na raka prostaty pozwoliłoby lepiej zrozumieć ewentualne różnice w rozumieniu i realizowaniu zachowań stereotypowo kobiecych/męskich wśród omawianych grup.

Podsumowanie

Celem artykułu nie jest wartościowanie zachowań stereotypowo kobiecych czy męskich i nawoływanie, by kobiety przeciwstawiały się modelowi przypisywania im *a priori* cech psychicznych, ról, standardów zachowania. Literatura przedmiotu, badania oraz zebrane doświadczenia ukazują liczne korzyści wynikające z poszerzania przez kobiety repertuaru własnych zachowań o elementy stereotypowo postrzegane jako męskie (m.in. aktywność, niezależność, pewność siebie, zadaniowy styl radzenia sobie), ale trzeba pamiętać, że

każda z kobiet inaczej przeżywa siebie, swoje role społeczne, swą cielesność. Dlatego też właściwszym wydaje się wezwanie do akceptacji różnorodności, do afirmacji osoby jako takiej, a nie jej atrybutów (zwłaszcza płciowych).

Przytoczone badania dotyczące kobiet o różnych orientacjach psychoseksualnych chorych na raka piersi pokazują, jak istotną rolę w postrzeganiu piersi jako nadrzędnego atrybutu kobiecości mają wpływy społeczno-kulturowe. Żadna kobieta nie rodzi się z wpisanym w mózg modulem „uniwersalnej kobiecości”¹¹, który powinna rozwijać przez całe życie. Przekonania związane z płcią mają niewiele wspólnego z koncepcją natywistyczną; ich rozwój przypomina raczej Locke’owskie zapisywanie *tabula rasa*. Jeśli jednostka ludzka w procesie uczenia się akceptuje przypisywane jej standardowo przez społeczeństwo cechy, role i zachowania, to nie ma przeszkód, by je internalizowała i realizowała. Jeżeli natomiast wymagania społeczne dotyczące płci stoją w sprzeczności z jej odczuciami i pragnieniami, słuszniejszym rozwiązaniem będzie próba wpływania na roszczenia ze strony środowiska, a nie dewaloryzowanie przeżyć i doświadczeń osoby, która nie chce lub nie może (ze względu na własne przekonania, nie ułomność) odnaleźć się w świecie sztywno podzielonym na to, co kobiece i na to, co męskie. Doświadczenia kobiet z rakiem piersi doskonale ukazują, jak różnie można przeżywać stratę organu, w którym tradycyjnie lokuje się istotę kobiecości. I chyba nikt, kto szanuje ludzkie wybory, indywidualność, odmienność, nie odważyłby się wskazać, które podejście do własnych piersi i ich utraty jest słuszne, a które nie.

Wypowiedzi kobiet z rakiem piersi pokazują, iż dla niektórych z nich rak stał się doświadczeniem transgresyjnym, które pomogło im pełniej poczuć wartość siebie jako osoby, nie tylko jako kobiety. Zgodnie z teorią dezintegracji pozytywnej Kazimierza Dąbrowskiego, można powiedzieć, że doświadczenie rozpadu, choroby, zagrożenia przyczyniło się u tych kobiet do samorozwoju, głębszego spojrzenia na siebie i swoje życie¹². I takie też wydaje się być „dodatkowe”, ale być może równocześnie najważniejsze, zadanie specjalistów – pomoc w redefinicji trudnej sytuacji, jaką jest choroba, oraz podjęcie próby wspólnego poszukiwania obszarów siły, satysfakcji i wzrostu.

¹¹ Nawiązanie do pojęcia „uniwersalnej gramatyki” Noama Chomsky’ego.

¹² Pięknych przykładów dostarcza książka *Cancer in two voices* (1991). Barbara Rosenblum pisze: „Gdy odkryto u mnie raka, zobaczyłam, że bycie socjologiem jest tylko małą częścią mnie. Jest tyle bogactw, zainteresowań, tyle innych części, które mnie współtworzą. Zamiast stracić siebie... wzrosłam. Przekształciłam raka w doświadczenie otwierające mnie na siebie samą, na odkrywanie i poznawanie nowych obszarów życia. [...] Stałam się bardziej ludzka dla siebie samej. Poczułam, że odkryłam samą siebie” (ibidem, s. 160).

Literatura

- Arena, P. L., Carver, C. S., Antoni, M. H., Weiss, S., Ironson, G., Durán, R. E. (2006). Psychosocial responses to treatment for breast cancer among lesbian and heterosexual women. *Women & Health*, 44(2), 81-102.
- Bando, M. (1990). Experiences of breast reconstruction following mastectomy in cases of cancer and evaluation of psychological aspects of the patients. *Gan To Kagaku Ryoho. Cancer & chemotherapy*, 17(4), 804-810.
- Bauman, Z. (1998). *Śmierć i nieśmiertelność. O wielości strategii życia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Boehmer, U., Case, P. (2004). Physicians don't ask, sometimes patients tell. Disclosure of sexual orientation among women with breast carcinoma. *Cancer*, 101(8), 1882-1889.
- Boehmer, U., Linde, R., Freund, K. M. (2007). Breast reconstruction following mastectomy for breast cancer: the decisions of sexual minority women. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 119(2), 464-472.
- Bradford, J., Ryan, C. (1987). *The National Lesbian Health Care Survey*. Washington: National Lesbian and Gay Health Foundation.
- Brown, L. (1987). Lesbians, weight and eating. New analyses and perspectives. W: Boston Lesbian Psychologies Collective (red.). *Lesbian psychologies. Exploration and Challenges*. Chicago: University of Illinois Press, 294-310.
- Butler, S., Rosenblum, B. (1991). *Cancer in two voices*. San Francisco: Spinsters Book Company.
- Chwałczyńska, A., Woźniewski, M., Rozek-Mróż, K., Malicka, I. (2004). Quality of life in women after mastectomy. *Wiadomości Lekarskie*, 57(5-6), 212-216.
- Cross, L. V. (1993). Body and self in feminine development: implications for eating disorders and delicate self-mutilation. *Bulletin of Menninger Clinic*, 57(1), 41-68.
- Damen, T. H., Timman, R., Kunst, E. H., Gopie, J. P., Bresser, P. J., Seynaeve, C., Menke-Pluijmers, M. B., Mureau, M. A., Hofer, S. O., Tibben, A. (2010). High satisfaction rates in women after DIEP flap breast reconstruction. *Journal of Plastic Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 63(1), 93-100.
- Denenberg, R. (1992). Invisible women. Lesbians and health care. *Health PAC Bulletin*, 22(1), 14-21.
- Dibble, S. L., Roberts, S. A., Nussey, B. (2004). Comparing breast cancer risk between lesbians and their heterosexual sisters. *Women's Health Issues*, 14(2), 60-68.
- Donovan, T., Flynn, M. (2007). What makes a man a man? The lived experience of male breast cancer. *Cancer Nursing*, 30(6), 464-470.
- Dworkin, S. H. (1989). Not in man's image. Lesbians and the cultural oppression of body image. *Women and Therapy*, 8, 27-39.
- Emslie, C., Whyte, F., Campbell, A., Mutrie, N., Lee, L., Ritchie, D., Kearney, N. (2007). „I wouldn't have been interested in just sitting round a table talking about cancer”; exploring the experiences of women with breast cancer in a group exercise trial. *Health Education Research*, 22(6), 827-838.
- Fagot, B. L., Leinbach, M. D. (1993). Gender-role development in young children. From discrimination to labeling. *Developmental Review*, 13, 205-224.

- Finlay, B., Scheltema, K. E. (1991). The relation of gender and sexual orientation to measures of masculinity, femininity, and androgyny: a further analysis. *Journal of Homosexuality*, 21(3), 71-85.
- Fobair, P., O'Hanlan, K., Koopman, C., Classen, C., Dimiceli, S., Drooker, N., Warner, D., Davids, H., Loulan, J., Wallsten, D., Goffinet, D., Morrow, G., Spiegel, D. (2001). Comparison of lesbian and heterosexual women's response to newly diagnosed breast cancer. *Psycho-Oncology*, 10(1), 40-51.
- Franzoi, S. L. (1995). The body-as-object versus the body-as-process: Gender differences and gender considerations. *Sex Roles*, 33, 417-437.
- Fredrickson, B. L., Roberts, T. A. (1997). Objectification theory. Towards understanding women's lived experiences and mental health risk. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 173-206.
- Gray, R., Fitch, M., Davis, Ch., Phillips, C. (1996). Breast cancer and prostate cancer self-help groups: Reflections on differences. *Psycho-Oncology*, 5(2), 137-142.
- Haines, R. J., Bottorff, J. L., Barclay McKeown, S., Ptolemy, E., Carey, J., Sullivan, K. (2010). Breast cancer messaging for younger women: gender, femininity, and risk. *Qualitative Health Research*, 20(6), 731-742.
- Hyde, Z., Comfort, J., McManus, A., Brown, G., Howat, P. (2009). Alcohol, tobacco and illicit drug use amongst same-sex attracted women: results from the Western Australian Lesbian and Bisexual Women's Health and Well-Being Survey. *BMC Public Health*, 9, 317.
- Kaschack, E. (1996). *Nowa psychologia kobiety. Podejście feministyczne*. Tłum. J. Węgorzka. Gdańsk: GWP.
- Kelsey, J. (1979). A review of the epidemiology of human breast cancer. *Epidemiologic Review*, 1, 74-109.
- Kendrick, K. (2008). „Normalizing” female cancer patients: Look good, feel better and other image programs. *Disability & Society*, 23(3), 259-269.
- Lindop, E., Cannon, S. (2001). Experiences of women with a diagnosis of breast cancer: a clinical pathway approach. *European Journal of Oncology Nursing*, 5(2), 91-99.
- Ludwig, M. R., Brownell, K. D. (1999). Lesbians, bisexual women, and body image: an investigation of gender roles and social group affiliation. *The International Journal of Eating Disorders*, 25(1), 89-97.
- Łysak, A. (2007). Podwójna nieobecność – lesbijki i rak piersi. W: E. Ziarkiewicz, A. Łysak (red.). *Kobieta i (b)rak. Wizerunki raka piersi w kulturze*. Wrocław: MarMar, 21-26.
- Mandal, E. (2004). *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Martindale, K. (1994). My (lesbian) breast cancer story: Can I get a witness? W: M. Oikawa, D. Falconer, A. Decter (red.). *Resist: Essays against a homophobic culture*. Toronto: Women's Press, 137-150.
- Meyer, C., Blissett, J., Oldfield, C. (2001). Sexual orientation and eating psychopathology: the role of masculinity and femininity. *The International Journal of Eating Disorders*, 29(3), 314-318.
- Milillo, D. (2008). Sexuality sells: a content analysis of lesbian and heterosexual women's bodies in magazine advertisements. *Journal of Lesbian Studies*, 12(4), 381-392.

- Morrison, M. A., Morrison, T. G., Sager, C. L. (2004). Does body satisfaction differ between gay men and lesbian women and heterosexual men and women? A meta-analytic review. *Body Image*, 1(2), 127-138.
- Mravcak, S. A. (2006). Primary care for lesbians and bisexual women. *American Family Physician*, 74(2), 279-286.
- Nowicki, A., Ostrowska, Z. (2008). Disease acceptance in patients after surgery from breast cancer during supplementary treatment. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 24(143), 403-407.
- Odigie, V. I., Tanaka, R., Yusufu, L. M., Gomna, A., Odigie, E. C., Dawotola, D. A., Margariton, M. (2010). Psychosocial effects of mastectomy on married African women in Northwestern Nigeria. *Psycho-Oncology*, 19(8), 893-897.
- Peplau, L. A., Frederick, D. A., Yee, C., Maisel, N., Lever, J., Ghavami, N. (2009). Body image satisfaction in heterosexual, gay, and lesbian adults. *Archives of Sexual Behavior*, 38(5), 713-725.
- Reaby, L. L. (1998). Reasons why women who have mastectomy decide to have or not to have breast reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 101(7), 1810-1818.
- Rich, A. (1999/2000). Przymusowa heteroseksualność a egzystencja lesbijska. *Furia Pierwsza*, 4/5, 91-127.
- Rudman, L. A., Fairchild, K. (2004). Reactions to counterstereotypic behavior: the role of backlash in cultural stereotype maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(2), 157-176.
- Seale, C. (2006). Gender accommodation in online cancer support groups. *Health*, 10, 345-360.
- Share, T. L., Mintz, L. B. (2002). Differences between lesbians and heterosexual women in disordered eating and related attitudes. *Journal of Homosexuality*, 42(4), 89-106.
- Siever, M. D. (1994). Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 252-260.
- Skrzypulec, V., Tobor, E., Drosdzol, A., Nowosielski, K. (2009). Biopsychosocial functioning of women after mastectomy. *Journal of Clinical Nursing*, 18(4), 613-619.
- Sontag, S. (1999). *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*. Warszawa: PIW.
- Taggart, L. R., Ozolins, L., Hardie, H., Nyhof-Young, J. (2009). Look good feel better workshops: a „big lift” for women with cancer. *Journal of Cancer Education*, 24(2), 94-99.
- Ward, L. M., Merriwether, A., Caruthers A. (2006). Breasts are for men: media, masculinity ideologies, and men's beliefs about women's bodies. *Sex Roles*, 55(9/10), 703-714.
- Zaritsky, E., Dibble, S. L. (2010). Risk factors for reproductive and breast cancers among older lesbians. *Journal of Women's Health*, 19(1), 125-131.
- Zierkiewicz, E. (2002). Prasa kobieca versus pisma feministyczne. Między „dobrowolnym” zniewoleniem a „wymuszoną” emancypacją. W: E. Zierkiewicz, I. Kowalczyk. *Kobiety w kulturze popularnej*. Poznań: Konsola, Wrocław: MarMar, 31-50.

Źródła internetowe

- [1] Charzyńska, E. (2009). Stereotypy atrybutów kobiecości/męskości oraz hierarchii wartości osób o różnych orientacjach seksualnych. *Przegląd Terapeutyczny*, 6-7, http://www.ptt-terapia.pl/przegląd/6-7/Edyta_Charzynska.pdf (20.10.2010).
- [2] Look good feel better, <http://lookgoodfeelbetter.org/> (20.10.2010).
- [3] Martinez, G. *My body is not the same: perceptions of White (non-Latina) and Latina (non-White) long-term breast cancer survivors' about their body and sexuality*. Referat wygłoszony podczas corocznego spotkania American Sociological Association w Montrealu, 11.08.2006, http://www.allacademic.com/meta/p105077_index.html (21.10.2010).
- [4] Różowa Wstążka, <http://www.pinkribbon.org/About/History/tabid/199/Default.aspx> (21.10.2010).
- [5] Poradnik Zdrowie, *Piękne piersi, bo zdrowe*, http://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/choroby-kobiece/piekne-piersi-bo_zdrowe_33481 (20.10.2010).
- [6] The Lesbians and Breast Cancer Project, <http://dawn.thot.net/lbcp> (21.10.2010).

EWA MISTERSKA

Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
Katedra i Klinika Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej

Psychologiczne aspekty młodzieńczej skoliozy idiopatycznej jako choroby przewlekłej a różnice płciowe

Wprowadzenie

Wpływ choroby i związanych z nią metod leczenia na chorego ma wielowymiarowy charakter i obejmuje, subiektywnie postrzegane, zmiany w jego fizycznym, psychologicznym i społecznym funkcjonowaniu (Danielsson i in. 2001; Haefeli i in. 2006). W ramach badań dotyczących psychologicznych aspektów chorób przewlekłych wyróżnia się dwa główne nurty, różniące się odmiennymi podejściami do problemu (Howe i in. 1993). Nurt rodzajowy koncentruje się na identyfikacji czynników zagrażających i zaburzeń funkcjonowania typowych dla danej choroby, np. cech charakteryzujących dzieci chore na cukrzycę czy padaczkę i na poszukiwaniu hipotetycznej „osobowości cukrzycowej” lub „osobowości padaczkowej”. Nurt nierodrajowy opiera się na założeniu, że wpływ choroby przewlekłej jest niezależny od jej rodzaju, a czynniki zagrażające są wspólne dla wszystkich stanów chronicznych. W podejściu tym czynniki niespecyficzne odgrywają dużo ważniejszą rolę niż czynniki właściwe dla danej jednostki chorobowej. Wyjątkiem są zaburzenia czynności ośrodkowego układu nerwowego, które mają bezpośredni wpływ na funkcje poznawcze i emocje (ibidem; Stein, Jessop 1984; Spirito i in. 1995; Mrazek 1996; Starfield i in. 1996).

Badania na temat zależności somatopsychicznych u chorych na skoliozę dotychczas koncentrowały się głównie w nurcie rodzajowym (Clayson, Levine 1987; Kahanovitz, Weissner 1989; Lindeman, Behm 1999; Sapountzi-Krepia i in. 2003; Danielsson 2007; Tones, Moss 2007). Stwierdzono w nich, że obecność

skoliozy i jej leczenie są dla chorych źródłem stresu i reakcji lękowych. Ponadto wykazano, że skolioza nie tylko utrudnia prawidłowy rozwój osobowości i tożsamości, ale także komplikuje rozwój obrazu ciała. Względy estetyczne, związane ze skoliozą i obecnością garbu żeberowego, oddziałują również na poczucie atrakcyjności i pewności siebie (ibidem). W rezultacie skolioza prowadzi do zmian w samoocenie pacjentów oraz stanowi czynnik ryzyka dla niebezpiecznych zachowań (nadużywanie alkoholu) i zagrożenie dla życia (myśli samobójcze) (Payne i in. 1997).

1. Skolioza idiopatyczna

Skolioza idiopatyczna to jedno z najczęstszych zniekształceń rozwojowych naczadu ruchu. Cechuje ją trójwymiarowa deformacja, która występuje w trzech płaszczyznach: czołowej (tzw. wygięcie boczne), strzałkowej (zniekształcenie fizjologicznej kifozy piersiowej i lordozy lędźwiowej) i poprzecznej (związanej z rotacją i translacją kręgów) (Marciniak, Szulc 2003).

Skutki skoliozy, szczególnie o dużych wartościach kąta Cobb'a, daleko wykraczają poza wymiar zdrowotny, gdyż dotyczą również psychospołecznego funkcjonowania chorych, z uwagi na niepewną prognozę dotyczącą zdrowia i troskę o wygląd fizyczny (Danielsson, Nachemson 2001).

Skolioza idiopatyczna występuje u około 2-3% osób w wieku rozwojowym, przy czym skoliozy o wyższych wartościach kątowych znacznie częściej występują u chorych płci żeńskiej (Marciniak, Szulc 2003). Liczne badania (Gratz, Papalia-Finlay 1984; Eliason, Richman 1984; Clayson, Levine 1997; Payne i in. 1997; Sapountzi-Krepia i in. 2003) wykazały, że istnieją różnice płciowe w reakcji na związaną ze skoliozą deformację ciała i stosowane metody leczenia. Mają na to wpływ m.in. uwarunkowania społeczno-kulturowe, które wiążą się z oczekiwaniem większej u kobiet niż u mężczyzn dbałości o wygląd i akcentują wagę atrakcyjności fizycznej (Wolska 1999). Wydaje się to szczególnie ważne w kontekście tego, że skolioza idiopatyczna najczęściej jest rozpoznawana na początku okresu dojrzewania (Nathan 1978; Koch i in. 2001; LaMontagne i in. 2004).

2. Psychologiczne aspekty skoliozy idiopatycznej jako choroby przewlekłej

Analizując psychologiczne aspekty skoliozy idiopatycznej jako choroby przewlekłej, należy rozróżnić wpływ samej choroby od psychologicznych następstw związanych z podejmowaniem różnych metod leczenia. Mathias Haefeli i in. (2006) oraz Kenneth Noonan i in. (1997) podkreślają, że następstwa te w dużo

większym stopniu komplikują prawidłowy rozwój chorych leczonych z powodu skoliozy w wieku dojrzewania niż w okresie wczesnej dorosłości. Również Lyn-da LaMontagne i in. (2004), Karl Koch i in. (2001) oraz Simon Nathan (1978) wskazują na tę niekorzystną dla chorych zależność, związaną z większym negatywnym wpływem skoliozy i podejmowanych metod leczenia na tym etapie rozwoju. Autorzy ci podkreślają, że skolioza idiopatyczna jest zazwyczaj rozpoznawana na początku okresu dojrzewania, tj. tej fazy życia, w której dużego znaczenia nabiera troska o wygląd fizyczny i związane z nim poczucie atrakcyjności oraz zwiększenie niezależności od opiekunów (ibidem).

W literaturze podkreśla się wagę zachodzących w tym czasie przemian w rozwoju fizycznym oraz w zakresie funkcji psychicznych (rozwój poznawczy, emocjonalny, społeczny, moralny, osobowości i różnic indywidualnych) (Reichel, Schanz 2003), a ich zakres i gwałtowność wydają się nieporównywalne z jakimkolwiek innym okresem życia człowieka (Weiner 1977). Efektem względnie harmonijnego rozwoju wszystkich funkcji psychicznych powinno być ukształtowanie dojrzałej osobowości i tożsamości, pozwalającej człowiekowi na realizację zadań w życiu dorosłym (Żebrowska 1986).

W teorii zadań rozwojowych Roberta Havighursta (1981) przyjmuje się, że zadania charakterystyczne dla okresu dojrzewania dotyczą:

- osiągnięcia bardziej dojrzałych więzi z rówieśnikami i niezależności emocjonalnej od rodziców, jak również innych osób dorosłych,
- ukształtowania roli męskiej i kobiecej,
- akceptacji swojego wyglądu,
- przygotowania do małżeństwa i życia w rodzinie,
- przygotowania do kariery zawodowej i niezależności ekonomicznej,
- osiągnięcia społecznej odpowiedzialności,
- przyjęcia określonego systemu wartości.

Robert Havighurst zaznaczał, że pomyślna realizacja zadań rozwojowych daje poczucie sukcesu i zadowolenia, prowadzi do przystosowania społecznego jednostki, a jednocześnie ułatwia podejmowanie późniejszych zadań, zaś trudności wiążą się z poczuciem przegranej, oznaczają brak aprobaty społecznej, a także utrudniają sprawną realizację kolejnych zadań (ibidem).

Również inni autorzy (Reichel, Schanz 2003) podkreślają wzrastającą rolę relacji społecznych w okresie dojrzewania. Coraz większego znaczenia nabiera wówczas potrzeba akceptacji przez grupę rówieśniczą. Na tym etapie rozwoju reorientacji ulegają również relacje z rodzicami, co jest ściśle związane z nabierającą niespotykanego dotąd znaczenia potrzebą satysfakcjonujących relacji z rówieśnikami (ibidem; Nathan 1978; Stępień, Frączek 1991).

Według Dagmar Reichel i Julianie Schanz (2003), diagnoza choroby przewlekłej na tym etapie rozwoju stanowi istotny czynnik ryzyka, mogący skomplikować lub zaburzyć prawidłowy rozwój funkcji psychicznych oraz realizację

właściwych dla tego okresu zadań rozwojowych. Jest to związane ze szczególnym uwrażliwieniem na pewne formy doświadczenia w tym okresie rozwoju. Niepomyślny przebieg choroby oraz stosowane metody leczenia skoliozy mogą zaburzyć proces uniezależniania się od rodziców oraz rozwijanie przyjaźni i nawiązywanie kontaktów z płcią przeciwną. Dużego znaczenia nabierają wówczas łączące się ze skoliozą deformacje (garb żebrowy, wał łędźwiowy, asymetria ramion i talii) i stanowią dodatkowy, obok przewlekłego charakteru choroby, czynnik ryzyka zaburzeń w rozwoju.

W problematyce psychologicznych aspektów skoliozy zwraca się więc uwagę na zależność między sferą zdrowia somatycznego i psychospołecznego. Zaznacza się też, jak bardzo dolegliwości fizyczne i względy estetyczne, związane z deformacją tułowia, oddziałują na poczucie atrakcyjności i pewności siebie, a w rezultacie na samoocenę pacjentów (Payne i in. 1997).

Ponadto choroby przewlekłe, związane z deformacją ciała i powodujące poczucie izolacji od rówieśników, jak skolioza, mogą zwiększyć ryzyko zaburzeń jedzenia (Schatzinger i in. 1979; Stice, Agras 1998). Biorąc pod uwagę znacznie większe ich rozpowszechnienie wśród dziewcząt i kobiet niż u płci męskiej, młode dziewczęta z chorobą przewlekłą wydają się być nimi szczególnie zagrożone. W istniejących modelach teoretycznych (Fairburn i in. 1999; Vitousek 1996) są za to odpowiedzialne głównie poważna deformacja ciała i poczucie zeszpeceń, które zwiększają ryzyko zaburzeń związanych z jedzeniem. Z badań Florentii Smith i in. (2002) wynika, że wśród chorych ze skoliozą częściej niż w zdrowej populacji występuje znacząca niedowaga. W grupie analizowanych chorych aż 25% z nich miało wskaźnik BMI (Body Mass Index) na poziomie odpowiadającym anoreksji (ibidem). Potwierdziły to również późniejsze badania (Smith i in. 2008) – 25% chorych ze skoliozą miało wskaźnik BMI znacznie niższy niż zdrowa populacja w tym samym wieku. Co istotne, w grupie chorych z niedowagą jedynie dwie osoby spełniały pozostałe kryteria anoreksji, a dwanaście stosowało restrykcyjne praktyki związane z odżywianiem (ibidem). Jednak Amelia Alborghetti i in. (2008) stwierdzili, odwrotnie niż w badaniach Florentii Smith i in., znacznie częstsze niż w zdrowej populacji występowanie anoreksji, bulimii i innych zaburzeń jedzenia w grupie chorych ze skoliozą.

Nie bez wpływu na funkcjonowanie chorych ze skoliozą pozostają również metody leczenia tej choroby. Zależności te i wyniki badań w zakresie wpływu metod leczenia na stan psychiczny chorych ze skoliozą wciąż są niejednoznaczne (Clayson i in. 1987; Brosnan 1991; Danielsson, Nachemson 2001; Weigert i in. 2006). Liczne prace będące wynikiem badań (Cochran, Nachemson 1985; Fällstrom i in. 1986; Bunge i in. 2007; Clayson i in. 1987) mogą potwierdzić hipotezę o większym negatywnym wpływie leczenia zachowawczego skoliozy za pomocą gorsetu ortopedycznego w porównaniu z leczeniem operacyjnym na funkcjonowanie chorych. Dagmar Reichel i Juliane Schanz

(2003) zauważają ponadto, że leczenie zachowawcze skoliozy stanowi istotny czynnik ryzyka zaburzenia prawidłowego rozwoju chorych. Część badań minimalizuje jednak znaczenie negatywnego wpływu leczenia gorsetowego na jakość życia nastoletnich chorych ze skoliozą (Braunewell i in. 1987; MacLean i in. 1989; Olafsson i in. 1999; Danielsson, Nachemson 2001; Noonan i in. 1997; Danielsson i in. 2001; Weigert i in. 2006).

Odmienne problemy i wymagania dotyczą leczenia zachowawczego i operacyjnego skoliozy. Leczenie operacyjne jest uznawane za najbardziej obciążającą organizm chorego ortopedyczną operację przeprowadzaną w wieku dziecięcym (Kotzer 2000). Podobnie długi okres rekonwalescencji i powrotu do sprawności wymaga zmiany dotychczasowych przyzwyczajeń i stawia przed chorymi wysokie wymagania związane z rygorystycznym przestrzeganiem zaleceń lekarza (Nathan 1978), a jednocześnie może stać się czynnikiem ryzyka, zaburzającym relacje społeczne, psychologiczny dobrostan chorych, a także okresowo poziom osiągnięć szkolnych (ibidem). Według Lynn Schatzinger i in. (1979), obawy chorych w okresie bezpośrednio poprzedzającym operację dotyczyły głównie ryzyka wystąpienia powikłań, a zwłaszcza możliwości uszkodzenia rdzenia kręgowego. Co istotne, chorzy w mniejszym stopniu obawiali się śmierci (ibidem). Z badań Lyndy LaMontagne i in. (2004) wynika także, że nie ze wszystkich korzyści płynących z leczenia operacyjnego skoliozy, takich jak poprawa wyglądu zewnętrznego i czynności układu oddechowego, chorzy zdają sobie sprawę bezpośrednio po operacji, co może obniżać ich zadowolenie z efektów leczenia. Udowodniono też, że w okresie pooperacyjnym z powodu okresowej zależności od rodziców chorzy reagują depresyjnie i mają poczucie, że stanowią zbyt duże obciążenie dla rodziny (Schatzinger i in. 1979).

Powodzenie leczenia zachowawczego skoliozy zależy od rygorystycznego przestrzegania przez chorych wielogodzinnego stosowania gorsetu (Marciniak, Szulc 2003) i akceptacji tej metody (Sapountzi-Krepia i in. 2003; Vandal i in. 1999), co może być prawdziwym wyzwaniem, gdyż gorset ortopedyczny jest przez niektóre chore postrzegany jako zagrożenie samooceny i integralności ciała (Myers i in. 1970; Gurnham 1983). Stosowanie gorsetu często jest odczuwane przez chore jako „fizycznie nieprzyjemne” i może powodować, zwłaszcza w początkowym okresie, uczucie nacisku na skórę i problemy ze snem (Reichel, Schanz 2003). Chore zgłaszały również ograniczenia ruchu, co wpływało na sposób spędzania wolnego czasu. Poczucie niepewności, wstydu i obniżona samoocena przyczyniały się również do unikania kontaktów społecznych, a w niektórych przypadkach wręcz do wycofania społecznego (ibidem). Należy zaznaczyć, że lęk i obawa przed kontaktami społecznymi nie miały wyłącznie subiektywnego charakteru, ale wynikały z doświadczeń bycia wykluczonym i wyśmiewanym z powodu stosowania gorsetu (ibidem), a nawet stygmatyzacji (Danielsson, Nachemson 2001).

Z badań Brada Myersa i in. (1970) wynika także, że zrozumienie istoty choroby i warunków powodzenia leczenia zachowawczego, świadoma zgoda na podporządkowanie się jego wymogom, a także wsparcie i zachęta ze strony rodziny oraz określenie czasu trwania leczenia znacząco ułatwiają proces radzenia sobie ze stresem związanym ze stosowaniem gorsetu. Utrudnić ten proces mogą natomiast całkowite zaprzeczanie chorobie, nadmierna zależność chorych od matki, jak również perspektywa leczenia operacyjnego, postrzegana przez chore jako zagrożenie (ibidem).

Dagmar Reichel i Juliane Schanz (2003) zaznaczają, że największa obawa chorych związana z leczeniem zachowawczym skoliozy dotyczy tego, że widok gorsetu może wywołać złe wrażenie na innych. Obawa ta sprawia, że chore unikają podążania za aktualnymi trendami mody, preferującymi obcisłe, podkreślające kształt ciała ubrania. Jest to postrzegane przez dziewczęta w okresie dojrzewania jako duże ograniczenie (ibidem). Również Sylvie Vandal i in. (1999) wykazali, że większość chorych stosujących gorset dostrzega ograniczenia związane ze swobodą ruchów, wyboru stroju, a także wiąże pogorszenie jakości kontaktów z rówieśnikami z koniecznością stosowania tej metody leczenia (ibidem).

Co ważne, leczenie gorsetowe jest zalecane na takim etapie rozwoju, gdy atrakcyjność fizyczna nabiera niespotykanego do tej pory znaczenia (Braunewell i in. 1987). Stosowanie gorsetu zaś zdecydowanie tę atrakcyjność, zdaniem badanych, obniża. Chore obawiały się, że będą postrzegane jako bezkształtne, „szerokie” i z nadwagą. Ta zmiana obrazu siebie była przez nie opisywana jako bardzo nieprzyjemna (ibidem). Niektóre chore czuły nawet, jakby ich ciało było „uwięzione” w gorsecie (Sapountzi-Krepia i in. 2006). O sile negatywnych doświadczeń związanych ze stosowaniem tej metody leczenia skoliozy świadczą badania Alfreda Braunewella i in. (1987), z których, na podstawie przeprowadzonych z chorymi wywiadów, wynika, że stosowały one gorset, wbrew zaleceniom lekarza, wyłącznie pod bezpośrednim nadzorem rodziców (ibidem).

3. Różnice w reakcjach na deformację ciała i stosowane metody leczenia u chorych obu płci

William Payne i in. (1997) wykazali, że chłopcy z młodzieńczą skoliozą idiopatyczną, w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami, zgłaszali więcej obaw dotyczących stanu swego zdrowia i nieprawidłowego rozwoju ciała. Niepokoili się także o jakość relacji z rówieśnikami, częściej spożywali i nadużywali alkoholu. W porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami mieli uboższy obraz ciała. Autorzy badań tłumaczą te wyniki tym, że chłopcy ze skoliozą doświadczają większego psychospołecznego obciążenia, a deformacja ciała wiąże się u nich z więk-

szym poziomem napięcia stresowego. Paradoksalnie oczekiwanie ze strony rówieśników i rodziny, że deformacja u chłopców nie powinna wywoływać takiego stresu jak u dziewcząt, może przyczynić się do jego wzrostu. Chore ze skoliozą, w porównaniu z kontrolną grupą zdrowych dziewcząt, nie wyrażały częściej obaw o relacje z rówieśnikami, rozwój ciała czy stan zdrowia oraz nie stwierdzono u nich zaburzonego obrazu ciała. Jednakże, podobnie jak chłopcy, chore ze skoliozą częściej przejawiały myśli samobójcze i aż trzykrotnie częściej niż w grupie zdrowych rówieśniczek nadużywały alkoholu (ibidem). Badania Payne'a i in. potwierdziły, że w zdrowej populacji zaburzenie obrazu ciała jest dużo częstsze wśród dziewcząt niż wśród chłopców (por. tabela 1).

Z kolei Ikka Helenius i in. (2005) przebadali grupę chorych ze skoliozą za pomocą kwestionariusza *Scoliosis Research Society*. Do analizowanych w kwestionariuszu zmiennych należały: natężenie dolegliwości bólowych, ogólny obraz siebie, obraz siebie po operacji, funkcjonowanie pooperacyjne, aktywność oraz satysfakcja z operacji. Z przeprowadzonych analiz wynika, że chorzy płci żeńskiej i męskiej nie różnili się w zakresie wyniku ogólnego w sposób statystycznie istotny.

Ciekawe badania nad psychologicznymi aspektami skoliozy przeprowadzili Despina Sapountzi-Krepia i in. (2003), potwierdzając hipotezę o różnicach płciowych w grupach chorych stosujących gorset ortopedyczny. Okazało się, że dziewczęta mają bardziej zaburzony obraz ciała niż chłopcy. W porównaniu ze zdrową populacją cechowały je natomiast mniejsze poczucie szczęścia i satysfakcji z życia.

Również Rene Gratz i Diane Papalia-Finlay (1984) wykazali, że dziewczęta ze skoliozą częściej niż chłopcy rezygnują z kontynuowania dotychczasowych aktywności, spędzania czasu z rówieśnikami czy uprawiania hobby z powodu negatywnego obrazu ciała. Podobnie Michele Eliason i Lynn Richman (1984) dowodzą, że chłopcy i dziewczęta reagują w odmienny sposób na trudności związane z akceptacją rozpoznania i deformacji tułowia charakterystycznych dla skoliozy idiopatycznej, jak również podejmowanych metod leczenia – zachowawczego lub operacyjnego.

Badania Davida Claysona i in. (1997) dotyczyły cech osobowości w grupie chłopców i dziewcząt ze skoliozą. Zastosowano w nich kwestionariusz osobowości MMPI. Zakres wyników uzyskanych przed operacją korekcji skoliozy nie różnił się w obu grupach i mieścił się w normie dla zdrowej populacji. Natomiast grupa chłopców i dziewcząt powyżej 16. roku życia uzyskała po operacji skoliozy, w porównaniu do wartości przedoperacyjnych, wyniki poniżej normy. W przypadku dziewcząt na podobnym poziomie jak przed operacją utrzymała się ostrożność, natomiast wzrósł poziom depresyjności, świadomej obawy o fizyczną integralność i zdolność do codziennego funkcjonowania. W przypadku chłopców ustabilizowało się świadome zaabsorbowa-

Tabela 1. Psychologiczne aspekty skoliozy idiopatycznej
a różnice płciowe

Dziewczęta ze skoliozą	Chłopcy ze skoliozą
Brak obawy o relacje z rówieśnikami Brak obawy o stan zdrowia i nieprawidłowy rozwój ciała Prawidłowy obraz ciała	Obawy o relacje z rówieśnikami Obawy o stan zdrowia i nieprawidłowy rozwój ciała Uboższy obraz ciała
Uboższy obraz ciała Mniejsze poczucie szczęścia (w porównaniu z grupą kontrolną) Mniejsza satysfakcja z życia (w porównaniu z grupą kontrolną)	Prawidłowy obraz ciała
Częściej rezygnują ze spędzania czasu z rówieśnikami i uprawiania hobby	Rzadziej rezygnują ze spędzania czasu z rówieśnikami i uprawiania hobby
Po leczeniu operacyjnym: – wzrost poziomu depresyjności, – wzrost obaw o fizyczną integralność i zdolność do codziennego funkcjonowania.	Po leczeniu operacyjnym: – wzrost nieufności, – wzrost autoopiekunczości, – zaabsorbowanie funkcjami ciała, – poczucie zależności, – brak poczucia kompetencji, – pasywność w relacjach psychoseksualnych.
Mniejszy poziom stresu związanego ze stosowaniem gorsetu	Większy poziom stresu związanego ze stosowaniem gorsetu, obniżenie nastroju
Wyższe wyniki w zakresie funkcjonowania fizycznego: – mniejsze natężenie dolegliwości bólowych, – mniejsza rola ograniczeń związanych z rozpoznaniem skoliozy i dotyczących ograniczeń funkcjonowania w relacjach społecznych i związanych z obniżeniem nastroju. Wyższe wyniki w zakresie udziału w życiu rodzinnym	Niższe wyniki w zakresie funkcjonowania fizycznego: – większe natężenie dolegliwości bólowych, – większa rola ograniczeń związanych z rozpoznaniem skoliozy i dotyczących ograniczeń funkcjonowania w relacjach społecznych i związanych z obniżeniem nastroju. Niższe wyniki w zakresie udziału w życiu rodzinnym
Brak różnic	
Natężenie dolegliwości bólowych, ogólny obraz siebie, obraz siebie po operacji, funkcjonowanie pooperacyjne, aktywność oraz satysfakcja z operacji.	
Przed leczeniem operacyjnym: badanie kwestionariuszem MMPI	
Nadużywanie alkoholu, myśli samobójcze	
Kształt tułowia, garbu żebrowego/lędźwiowego, tułowia, talia, wysokość ramion, kształt klatki piersiowej, wygląd blizny pooperacyjnej	

Źródło: opracowanie na podstawie: Gratz, Papalia-Finlay (1984, ss. 237-242); Payne i in. (1997, ss. 1380-1384); Clayson i in. (1997, ss. 99-102); Sapountzi-Krepia i in. (2003, ss. 683-690); Helenius i in. (2005, ss. 462-467); Aulisa i in. (2010, ss. 21-28); Ugwonali i in. (2004, ss. 254-260); Roy-Beaudry i in. (2010).

nie funkcjami ciała, wzrosła natomiast nieufność i opiekuńczość w stosunku do własnej osoby. Zmalało natężenie tolerancji, a ukształtowało się poczucie zależności, brak poczucia kompetencji i pasywność w relacjach psychoseksualnych (ibidem). W tabeli 1 zestawiono wyniki badań dotyczących psychologicznych aspektów młodzieńczej skoliozy idiopatycznej, w kontekście różnic płciowych. Zestawienie obrazuje zróżnicowanie i brak spójności dostępnych wyników badań, związanych z analizowanym zagadnieniem.

Marjolaine Roy-Beaudry i in. (2010) przeprowadzili ciekawe badania z zastosowaniem *Spinal Appearance Questionnaire* (SAQ) u dziewcząt i chłopców z młodzieńczą skoliozą idiopatyczną. SAQ służy do oceny sposobu postrzegania deformacji tułowia przez chorych ze skoliozą. Składa się z rysunków sylwetek, ukazujących różne stopnie zaawansowania i formy deformacji tułowia u chorych. Zawiera również dodatkowe pytania dotyczące stopnia zadowolenia lub niezadowolenia chorych z sylwetki: symetrii piersi, klatki piersiowej, talii, długości kończyn, ramion oraz ogólne pytania związane z wyglądem, obrazem siebie oraz blizną pooperacyjną (Sanders i in. 2007). M. Roy-Beaudry i in. (2010) nie stwierdzili związku pomiędzy takimi czynnikami, jak płeć, wiek czy BMI a wynikiem ogólnym SAQ, jak również podskalami dotyczącymi m.in. kształtu tułowia, garbu żebrowego/lędźwiowego, tułowia, talii, wysokości ramion, kształtu klatki piersiowej czy wyglądu blizny pooperacyjnej.

Angelo Aulisa i in. (2010) porównali funkcjonowanie chorych dziewcząt i chłopców leczonych z powodu skoliozy zachowawczo gorsetem PASB i Lyon za pomocą *Scoliosis Research Society-22* oraz stosunkowo nowych metod do oceny funkcjonowania chorych ze skoliozą leczonych nieoperacyjnie: *Bad Sobberheim Stress Questionnaire-Brace* oraz *Brace Questionnaire*. *Bad Sobberheim Stress Questionnaire-Brace* koncentruje się na psychologicznych aspektach leczenia zachowawczego i bada, w jakim stopniu noszenie gorsetu obniża nastrój, zakłóca relacje społeczne i przyczynia się do wzrostu napięcia stresowego. *Brace Questionnaire*, podobnie, bada sposób, w jaki stosowanie gorsetu przez chorych w wieku dorastania obniża jakość codziennego funkcjonowania w następujących sferach: aktywność szkolna, funkcjonowanie społeczne, postrzeganie stanu swojego zdrowia, funkcjonowanie emocjonalne, samoocena, poczucie estetyki, vitalność oraz poziom bólu. A. Aulisa i in. (2010) wykazali, że płeć istotnie różnicuje funkcjonowanie adolescentów ze skoliozą w zakresie wszystkich analizowanych wymiarów na korzyść chłopców.

Obinwanne Ugwonali i in. (2004) porównali jakość życia chorych płci żeńskiej i męskiej, leczonych w okresie dorastania z powodu skoliozy. Pacjenci byli leczeni zachowawczo lub poddani wyłącznie obserwacji. Chorzy wypełnili *Child Heath Questionnaire* (CHQ) oraz *Pediatric Outcomes Data Collection Instrument* (PODCI) służące do oceny zdrowia psychicznego. Wykazano, że

w zakresie wyników CHQ analizowane grupy różnią się w sposób statystycznie istotny – chłopcy uzyskali wyższe w porównaniu z dziewczętami wyniki w zakresie podskali funkcjonowania fizycznego, zgłaszali mniej dolegliwości bólowych oraz dostrzegali mniejszą rolę ograniczeń związanych z rozpoznaniem skoliozy, a dotyczących ograniczeń funkcjonowania w relacjach społecznych oraz związanych z obniżeniem nastroju. Osiągnęli również wyższe wyniki w podskali udziału w życiu rodzinnym. Wyniki PODCI różnicowały badane podgrupy adolescentów wyłącznie w grupie leczonej zachowawczo, a zaobserwowana różnica dotyczyła tego, że chłopcy osiągnęli wyższe wyniki w podskali udziału w życiu rodzinnym w porównaniu z dziewczętami leczonymi tą samą metodą.

Podsumowanie

Ze względu na to, że skoliozy o wyższych wartościach kątowych, wymagających leczenia, zdecydowanie rzadziej diagnozuje się u osób płci męskiej, niewielu badaczy podejmuje próbę porównania psychologicznych aspektów deformacji ciała i stosowanych metod leczenia: zachowawczego lub operacyjnego u chłopców i dziewcząt. Nieliczne dostępne wyniki badań wykazały, że skolioza prowadzi do negatywnych zmian w samoocenie pacjentów i jest czynnikiem ryzyka niebezpiecznych dla zdrowia i życia zachowań, jak nadużywanie alkoholu i myśli samobójcze, niezależnie od płci. Na podobnym poziomie u obu płci kształtuje się również poziom dolegliwości bólowych kręgosłupa, funkcjonowanie pooperacyjne czy zadowolenie z wyników operacyjnej korekcji deformacji tułowia, jak korekcja głównego łuku skrzywienia czy garbu żeberowego. Jednakże, co niezwykle istotne, rezultaty dotychczasowych badań nie pozwalają na jednoznaczne stwierdzenie, która z płci jest grupą zwiększonego ryzyka zaburzeń obrazu ciała, w związku z czym powinna być objęta stałą opieką psychologiczną. Opieka taka może polegać na pomocy w przyjęciu do wiadomości zmiany wyglądu sylwetki i zbudowania nowego obrazu jej fizycznego po przebytych leczeniu, zwłaszcza operacyjnym. Celem działań terapeutycznych wobec chorych ze skoliozą może być jednocześnie pomoc w rozpoznawaniu i wyrażaniu stanów emocjonalnych. Wskazania te są szczególnie ważne w przypadku opieki psychologicznej w grupie chorych leczonych nieoperacyjnie. O ile bowiem u osób leczonych operacyjnie (korekcja wszystkich elementów deformacji kręgosłupa, prowadząca do zmniejszenia wysokości garbu żeberowego) dochodzi do zdecydowanej poprawy sylwetki, to u leczonych gorsetowo zmniejsza się jedynie ryzyko progresji skoliozy, ale na ogół nie prowadzi do zmniejszenia kąta skrzywienia.

Literatura

- Alborghetti, A., Scimeca, G., Costanzo, G., Boca, S. (2008). The prevalence of eating disorders in adolescents with idiopathic scoliosis. *Eating Disorders*, 16(1), 85-93.
- Apter, A., Morein, G., Munitz, H., Tyano, S., Maoz, B., Wijssenbeek, H. (1978). The psychosocial sequelae of the Milwaukee brace in adolescent girls. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 131, 156-159.
- Aulisa, A. G., Guzzanti, V., Perisano, C., Marzetti, E., Specchia, A., Galli, M., Giordano, M., Aulisa, L. (2010). Determination of quality of life in adolescents with idiopathic scoliosis subjected to conservative treatment. *Scoliosis*, 28(5), 2128.
- Beka, A., Dermitzaki, I., Christodoulou, A., Kapetanios, G., Markovitis, M., Pournaras, J. (2006). Children and adolescents with idiopathic scoliosis: emotional reactions, coping mechanisms, and self-esteem. *Psychological Reports*, 98(2), 477-485.
- Braunewell, A., Dehe, W., Schmitt, E., Mentzos, S. (1987). Psychodynamic aspects of corset treatment in adolescents. *Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete*, 125(2), 132-134.
- Brosnan, H. (1991). Nursing management of the adolescent with idiopathic scoliosis. *The Nursing Clinics of North America*, 26(1), 17-31.
- Bunge, E. M., Juttmann, R. E., de Kleuver, M., van Biezen, F. C., de Koning, H. J., NE-SCIO group (2007). Health-related quality of life in patients with adolescent idiopathic scoliosis after treatment: short-term effects after brace or surgical treatment. *European Spine Journal*, 16(1), 83-89.
- Clayson, D., Levine, D. B. (1997). Adolescent scoliosis patients. Personality patterns and effects of corrective surgery. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 116, 99-102.
- Clayson, D., Luz- Alterman, S., Cataletto, M. M. (1987). Longterm psychological sequelae of surgically versus nonsurgically treated scoliosis. *Spine*, 12(10), 983-986.
- Clayson, D., Mahon, B., Levine, D. B. (1981). Preoperative personality characteristics as predictors of postoperative physical and psychological patterns in scoliosis. *Spine*, 6(1), 9-12.
- Cochran, T., Nachemson, A. (1985). Long-term anatomic and functional changes in patients with adolescent idiopathic scoliosis treated with the Milwaukee brace. *Spine*, 10(2), 127-133.
- Danielsson, A. J. (2007). What impact does spinal deformity correction for adolescent idiopathic scoliosis make on quality of life? *Spine*, 32(19 Suppl), 101-108.
- Danielsson, A. J., Nachemson, A. L. (2001). Childbearing, curve progression and sexual function in women 22 years after treatment for adolescent idiopathic scoliosis: a case-control study. *Spine*, 26(13), 1449-1456.
- Danielsson, A. J., Wiklund, I., Pehrsson, K., Nachemson, A. L. (2001). Health-related quality of life in patients with adolescent idiopathic scoliosis: a matched follow-up at least 20 years after treatment with brace or surgery. *European Spine Journal*, 10(4), 278-288.
- Eliason, M. J., Richman, L. C. (1984). Psychological effects of idiopathic adolescent scoliosis. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 5(4), 169-172.

- Fairburn, C. G., Shafran, R., Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioral theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), 1-13.
- Fällstrom, K., Cochran, T., Nachemson, A. (1986). Long-term effects on personality development in patients with adolescent idiopathic scoliosis :influence of type of treatment. *Spine*, 11(7), 756-758.
- Gratz, R. R., Papalia-Finlay, D. (1984). Psychosocial adaptation to wearing the Milwaukee brace for scoliosis. A pilot study of adolescent females and their mothers. *Journal of Adolescents Health Care*, 5(4), 237-242.
- Gurnham, R. B. (1983). Adolescent compliance with spinal brace wear. *Orthopaedic Nursing*, 2(6), 13-17.
- Haefeli, M., Elfering, A., Kilian, R., Min, K., Boos, N. (2006). Nonoperative treatment for adolescent idiopathic scoliosis: a 10- to 60-year follow-up with special reference to health-related quality of life. *Spine*, 31(3), 355-366.
- Havighurst, R. J. (1981). *Developmental Tasks and Education*, London: Longman.
- Helenius, I., Remes, V., Yrjönen, T., Ylikoski, M., Schlenzka, D., Helenius, M., Poussa, M. (2005). Does gender affect outcome of surgery in adolescent idiopathic scoliosis? *Spine*, 30(4), 462-467.
- Howe, G. W., Geinstein, C., Reiss, S., Molock, K., Bereger K. (1993). Adolescent adjustment to chronic physical disorder I. Comparing neurological and non-neurological conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 7, 1153-1171.
- Kahanovitz, N., Weissner, S. (1989). The psychological impact of idiopathic scoliosis on the adolescent female . A preliminary multi-center study. *Spine*, 14(5), 483-485.
- Koch, K. D., Buchanan, R., Birch, J. G., Morton, A. A., Gatchel, R. J., Browne, R. H. (2001). Adolescents undergoing surgery for idiopathic scoliosis: how physical and psychological characteristics relate to patient satisfaction with the cosmetic result. *Spine*, 26(19), 2119-2124.
- Kotzer, A. M. (2000). Factors predicting postoperative pain in children and adolescents following spine fusion. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 23(2), 83-102.
- LaMontagne, L. L., Hepworth, J. T., Cohen, F., Salisbury, M. H. (2004). Adolescent scoliosis: effects of corrective surgery, cognitive-behavioral interventions and age on activity outcomes. *Applied Nursing Research*, 17(3), 168-177.
- Lindeman, M., Behm, K. (1999). Cognitive strategies and self-esteem as predictors of brace-wear noncompliance in patients with idiopathic scoliosis and kyphosis. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 19(4), 493-499.
- Lothman, D. J., Pianta, R. C., (1993). Role of Child-Mother Interaction in Predicting Competence of Children with Epilepsy. *Epilepsia*, 34(4), 658-669.
- MacLean, W. E., Green, N. E., Pierre, C. B. (1989). Stress and coping with scoliosis: psychological effects on adolescents and their families. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 9, 257-261.
- Marciniak, W., Szulc, A. (2003). *Wiktora Degi ortopedia i rehabilitacja*, t. 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Mrazek, D. A. (1996). Chronic Pediatric Illness and Multiple Hospitalization. W: Lewis M. (red.). *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. Baltimore: William and Wilkins.

- Myers, B. A., Friedman, S. B., Weiner, I. B. (1970). Coping with chronic disability. Psychosocial observations of girls with scoliosis treated with the Milwaukee brace. *American Journal of Diseases of Children*, 120(3), 175-181.
- Nathan, S. W. (1978). Coping with disability and the surgical experience: body image of scoliotic female adolescents. *Clinical Pediatrics*, 17(5), 434-440.
- Noonan, K. J., Dolan, L. A., Jacobson, W. C., Weinstein, S. L. (1997). Long-term psychosocial characteristics of patients treated for idiopathic scoliosis. *Journal of Pediatric Orthopedics*, 17(6), 712-717.
- Olafsson, Y., Saraste, H., Ahlgren, R. M. (1999). Does bracing affect self-image? A prospective study on 54 patients with adolescent idiopathic scoliosis. *European Spine Journal*, 8, 402-405.
- Payne, W., Ogilvie, J., Resnick, M. (1997). Does scoliosis have a psychological impact and does gender make a difference? *Spine*, 12, 1380-1384.
- Reichel, D. Schanz, J. (2003). Developmental psychological aspects of scoliosis treatment. *Pediatric Rehabilitation*, 6(3-4), 221-225.
- Roy-Beaudry, M., Beauséjour, M., Joncas, J., Forcier, M., Bekhiche, S., Labelle, H., Grimard, G., Parent, S. (2010). Validation and Clinical Relevance of a French-Canadian Version of the Spinal Appearance Questionnaire in Adolescent Patients. *Spine* (Epub ahead of print).
- Sanders, J. O., Harrast, J. J., Kuklo, T. R., Polly, D. W., Bridwell, K. H., Diab, M., Dormans, J. P., Drummond, D. S., Emans, J. B., Johnston, C. E., Lenke, L. G., McCarthy, R. E., Newton, P. O., Richards, B. S., Sucato, D. J. (2007). The Spinal Appearance Questionnaire: results of reliability, validity, and responsiveness testing in patients with idiopathic scoliosis. *Spine*, 32(24), 2719-2722.
- Sapountzi-Krepia, D., Psychogiou, M., Peterson, D., Zafiri, V., Iordanopoulou, E., Michailidou, F., Christodoulou, A. (2006). The experience of brace treatment in children/adolescents with scoliosis. *Scoliosis*, 22(1), 8.
- Sapountzi-Krepia, D., Valavanis, J., Panteleakis, G. P., Zangana, D. T., Vlachogiannis, P. C., Sapkas, G. S. (2003). Perceptions of body image, happiness and satisfaction in adolescents wearing a Boston brace for scoliosis treatment. *Journal of Advanced Nursing*, 35(5), 683-690.
- Schatzinger, L. H., Brower, E. M., Nash, C. L. (1979). The patient with scoliosis. Spinal fusion: emotional stress and adjustment. *American Journal of Nursing*, 79(9), 1608-1612.
- Smith, F. M., Latchford, G., Hall, R. M., Millner, P. A., Dickson, R. A. (2002). Indications of disordered eating behaviour in adolescent patients with idiopathic scoliosis. *The Journal of Bone and Joint Surgery (british volume)*, 84(3), 392-394.
- Smith, F. M., Latchford, G. J., Hall, R. M., Dickson, R. A. (2008). Do chronic medical conditions increase the risk of eating disorder? A cross-sectional investigation of eating pathology in adolescent females with scoliosis and diabetes. *Journal of Adolescents Health*, 42(1), 58-63.
- Spirito, A., Stark, L. J., Gil, K. M., Tyc, V. L. (1995). Coping with Everyday and Disease-Related Stressors by Chronically Ill Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(3), 283-290.

- Starfield, B., Forrest, C. B., Ryan, S. A., Riley, A. W., Ensminger, M. E., Green B. F. (1996). Health Status of Well vs. Ill Adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 150, 1249-1256.
- Stein, R. E. K., Jessop, D. J. (1984). (1984). General Issues in the Care of Children with Chronic Physical Conditions. *The Pediatric Clinics of North America*, 31(1), 190-198.
- Stępień, E., Frączek, A. (1991). Przekonania dorastających o czynnikach i zachowaniach szkodliwych dla zdrowia. *Alkoholizm i Narkomania*, 8, 83-94.
- Stice, E., Agras, W. S. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analysis. *Behavior Therapy*, 29, 257-276.
- Tones, M. J., Moss, N. D. (2007). The impact of patient self assessment of deformity on HRQL in adults with scoliosis. *Scoliosis*, 15(2), 14.
- Ugwonali, O. F., Lomas, G., Choe, J. C., Hyman, J. E., Lee, F. Y., Vitale, M. G., Roye, D. P. (2004). Effect of bracing on the quality of life of adolescents with idiopathic scoliosis. *Spine*, 4(3), 254-260.
- Vandal, S., Rivard, C. H., Bradet, R. (1999). Measuring the compliance behavior of adolescents wearing orthopedic braces. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 22(2-3), 59-73.
- Vitousek, K. M. (1996). The current status of cognitive behavioural models of anorexia nervosa and bulimia nervosa. W: Salkovskis, R. (red.). *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Weigert, K. P., Nygaard, L. M., Christensen, F. B., Hansen, E. S., Bünger, C. (2006). Outcome in adolescent idiopathic scoliosis after brace treatment and surgery assessed by means of the Scoliosis Research Society Instrument 24. *European Spine Journal*, 15(7), 1108-1117.
- Weiner, I. B. (1977). *Zaburzenia psychiczne w wieku dorastania*. Tłum. J. Siuta, H. Grzegółwska. Warszawa: PWN.
- Wolska, M. (1999). Zaburzenia odżywiania się w perspektywie kulturowej i społecznej. W: Józefik, B. (red.). *Anoreksja i bulimia psychiczna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 104-114.
- Żebrowska, M. (1986). *Psychologia dzieci i młodzieży*. Warszawa: PWN.

ŻANETA KRAWCZYK

Uniwersytet Śląski w Katowicach
Instytut Socjologii

W świecie binarnych kategorii Problemy przystosowawcze osób transseksualnych

Wprowadzenie

Każde społeczeństwo, kultura, a nawet odrębna grupa społeczna tworzy własne sposoby kategoryzowania ludzi. W procesie socjalizacji pierwotnej przyswajamy te normy i jednocześnie uczymy się je wykorzystywać. Następnie, w toku dalszego rozwoju, internalizujemy katalog bardziej złożonych zestawień, tak by w przyszłości być ich żywym odwzorowaniem. W rzeczywistości „każde społeczeństwo zawiera w sobie repertuar tożsamości, który jest częścią obiektywnej wiedzy jego członków” (Berger 1985, ss. 480-481). Jako rzecz oczywistą przyjmuje się, że istnieją mężczyźni i kobiety, że mają określone cechy psychiczne oraz że w pewnych sytuacjach ich reakcje będą uznane za typowe. Co więcej, określone kategorie jawią się nie tylko jako społeczne i normatywne oczekiwania, ale są utożsamiane z jedyną obiektywną prawdą (ibidem).

W dużej mierze reguły te są tworzone dla ułatwienia procesów komunikacji, porozumienia między ludźmi, jednak z innej perspektywy widziane są jako ograniczenia i spychanie na margines wszystkiego co różne, odmienne. W kontekst ten idealnie wpisuje się regularność wspomagająca wytwarzanie ładu, która faktycznie objawia się jako kultywowanie monotonii i realnej przemocy (Bauman 1995). Czy w takiej rzeczywistości jest miejsce dla osób o odmiennej tożsamości, dla osób określanych mianem transseksualistów?

1. Metodologia badań

Problem transseksualizmu na gruncie polskim jest poruszany dość rzadko. Jednak temat osób transseksualnych, często wykluczonych lub nawet niezauważanych, stanowi istotny dylemat społeczny, który warto włączyć do debaty publicznej. Aby ten wątek nie został całkowicie zmarginalizowany w dyskursie powszechnym, musi być najpierw szerzej poruszany w środowisku naukowym.

Prowadzone badania miały charakter eksploracyjny. Z uwagi na brak rzetelnych danych szacujących parametry populacji osób transseksualnych w Polsce przyjęto nielosowy dobór próby. Dodatkowo z powodu trudności w dotarciu do grupy badawczej wybrano rodzaj próby okolicznościowej, która opiera się na pozyskaniu łatwo dostępnych osób (Frankfort-Nachmias, Nachmias 2001, ss. 191-217). Rekrutacja do badań odbywała się częściowo za pośrednictwem forum transseksualizm.pl, częściowo przy wykorzystaniu metody *snow ball*. Podstawowe narzędzie badawcze stanowił wywiad swobodny ze standaryzowaną listą poszukiwanych informacji (Sztumski 1995, s. 162). Ze względu na duży wpływ respondentów na przebieg rozmowy można go zaliczyć do wywiadu narracyjnego (Denzin, Lincoln 2009, ss. 24-25).

Dla szerszego ujęcia problemu zastosowano narzędzie uzupełniające – Test Dwudziestu Stwierdzeń (TST). Polega on na udzieleniu odpowiedzi na pytanie „Kim jesteś?” poprzez dwudziestokrotne dokończenie zdania „jestem...” (Boksański 1989, ss. 100-101).

Artykuł jest próbą odpowiedzi na następujące pytania badawcze: W jakim stopniu odbiór innych ludzi wpływa na definicję samego siebie u osób transseksualnych? Jak przebiega proces ich adaptacji do grup społecznych, w których funkcjonują? Jakie problemy pojawiają się podczas interakcji z innymi?

Materiał badawczy został zebrany w okresie od kwietnia do sierpnia 2010 r. W jego skład weszło 10 wywiadów swobodnych¹ i 14 Testów Dwudziestu Stwierdzeń. Struktura grupy, w której przeprowadzono wywiady, przedstawiała się następująco: 6 transseksualistów typu K/M oraz 4 transseksualistów typu M/K. W zbiorze TST stosunek ten wynosił 8:6. Średnia wieku respondentów uczestniczących w wywiadach wyniosła 36 lat. Parametr ten jest zróżnicowany dla powyższych typów, gdyż w zbiorowości K/M osiągnął poziom 28 lat, a w przypadku M/K 48 lat. Ponadto istotnym wskaźnikiem wydaje się aktualny etap leczenia respondentów. W całym materiale, zebrany przy zastosowaniu wywiadów swobodnych, 3 osoby zadeklarowały stan przed rozpoczęciem leczenia, 6 było w trakcie, a jedna osoba zakończyła proces zmiany płci.

¹ Badania stanowią część większego projektu badawczego ukierunkowanego na tematykę roli płciowej w środowisku osób transseksualnych obejmującego 20 wywiadów swobodnych.

2. Normatywność versus odmienność

Z naukowego punktu widzenia transseksualizm jest uznawany za jedną z form transgenderyzmu, przekraczania norm płciowych. Określa się go również jako sprzeczność tożsamości płciowej z jednostką metrykalną. Natomiast na gruncie seksuologii mówi się o nim w kontekście zaburzenia seksualnego identyfikacji płci (Bieńkowska-Ptasznik 2008, s. 188).

Układ płci jest jednym z najbardziej sztywnych kontynuów obecnych w naszej przestrzeni symbolicznej. Na jednym krańcu znajduje się obraz kobiety, na drugim – mężczyzny. Owa dychotomia jest tak jasna i oczywista, że w większości przypadków przyjmowana jest całkiem bezwiednie. Wobec jednostek nazywanych w literaturze „odmieńcami”, *queerowcami*, reprezentujących inne niż ogólnie przyjęte cechy czy poglądy, społeczeństwo odgrywa rolę instytucji totalnej. Transseksualiści są jedną z grup zagrożonych wykluczeniem. Jak podkreślają Kazimierz Imieliński i Stanisław Dulko (1988, s. 9): „brak zrozumienia ze strony społeczeństwa czyni ich życie pasmem nieustannych cierpień. Muszą toczyć ciągłą walkę ze stereotypami męskości i kobiecości”. By zweryfikować tę tezę, badani zostali zapytani o kilka zasadniczych kwestii, m.in.: „Jak sądzisz, co ludzie myślą o osobach transseksualnych?”; „Czym jest dla Ciebie transseksualizm?”.

Z badań wynika, że pojęcie „poczucia transseksualności” jest postrzegane bardzo różnie, w zależności od osobistych doświadczeń. W tym względzie podstawowym elementem różnicującym respondentów jest etap leczenia. Osoby będące przed ostateczną korektą płci definiują go jako problem, często uniemożliwiający życie w społeczeństwie; jako przeszkodę bądź po prostu chorobę, którą – jak sami zaznaczają – trzeba leczyć. Najbardziej skrajna opinia w tej grupie utożsamia transseksualizm z umieraniem za życia. Z kolei osoby będące po chirurgicznej zmianie płci przedstawiają go w kategoriach przeszłości, np. „dla mnie nie ma już żadnego transseksualizmu, jestem kobietą” (badania własne).

W odpowiedziach na pytanie: „Co ludzie myślą na temat osób transseksualnych?” również widoczny jest duży sceptycyzm. Według badanych, jest to obszar zbyt odległy dla przeciętnego Polaka. Większość społeczeństwa nie rozumie i nie zna problemu. Ci, którzy słyszeli cokolwiek na ten temat, definiują go w kategoriach dziwactwa. Chęć przeprowadzenia operacyjnej zmiany płci postrzegają bardziej jako kaprys niż realną potrzebę. Ponadto ogólna niezajomość tematu prowadzi często do utożsamiania osób transseksualnych z transwestytami (ibidem).

Thomas Kando (1972) przedstawia interesujące spostrzeżenia na temat swobody zachowania osób transseksualnych w różnych środowiskach. Formułuje przy tym dwie podstawowe hipotezy. Pierwsza z nich to stwierdzenie, że osoby

transseksualne rozdzielają, rozgraniczają społeczne środowiska, w których żyją, w większym zakresie niż osoby genetyczne, określane mianem *normals*. Druga mówi o tym, że doświadczenia transseksualistów, rozumiane bardziej jako doświadczenia „transseksualności”, wydają się być nieprzystosowalne do realiów społeczności, w jakich żyją. Prowadzi to do sytuacji, w której nawet po operacji nie stają się oni całkowicie kobietą lub mężczyzną. Charakteryzują się raczej „czymś na kształt” podwójnej tożsamości. W tym ujęciu transseksualność nie jest więc cechą całkowicie przemijalną. Jej obecność jest raczej stopniowo zanikająca, lecz nie gasnąca ostatecznie (Kando 1972).

Z badań własnych wynika, że wszyscy respondenci, będący na różnych etapach leczenia, zapytani o to, czy po operacji czują się/będą się czuli kobietą/mężczyzną, czy może transseksualną kobietą/transseksualnym mężczyzną, jednomyślnie twierdzą, że postrzegają się/będą się postrzegać w kategoriach kobiet bądź mężczyzn. Uważają, że transseksualizm wpłynął na ich życie i na ukształtowanie ich osobowości, lecz powoli przestaje być podstawą auto-identyfikacji. Oczywiście, wyniki te, będące bezpośrednią odpowiedzią osób zainteresowanych, mogą być zniekształcone przez chęć przekazania badaczowi wyidealizowanego obrazu samego siebie. Dlatego warto je porównać z informacjami zawartymi w TST i metryczce. Zaznaczając, że w części metryczkowej nie zamieszczono możliwych do wyboru wariantów odpowiedzi. Przy kategorii „płeć” pozostawiono wolne miejsce do uzupełnienia, co pozwoliło wyeliminować ewentualny wpływ badacza na zakres wyznaczania ram dla określenia swojej tożsamości (badania własne).

Wyniki zebrane na podstawie wszystkich narzędzi (wywiad swobodny, metryczka, TST) wskazują, że 43% badanych określiło się równocześnie w kategorii kobieta/mężczyzna i transseksualista (K/M, M/K). Z kolei 50% opisało się wyłącznie w kategoriach płci psychicznej. Tylko jedna osoba ograniczyła się do kategorii transseksualista. Warto dodać, że nie zaobserwowano żadnych zależności między wariantami odpowiedzi a aktualnym etapem leczenia. Zatem tezy Kando, mówiące o permanencji podwójnej tożsamości, sprawdzają się przynajmniej w przypadku części badanej zbiorowości (badania własne).

Stawiając pytania dotyczące środowisk, w których obracają się osoby transseksualne, Thomas Kando (1972) dzieli je na dwie kategorie, kręgi społeczne – rodzinę i aktualną grupę przyjaciół. Z tym jednak założeniem, że rodzina zna przeszłość, tj. stan sprzed operacji, podczas gdy przyjaciele/znajomi, w tym inni transseksualiści, skupieni są wokół nowej identyfikacji płciowej. Największy problem wywodzący się z tej dychotomii to konieczność konstruowania dwóch obrazów samego siebie albo przynajmniej ukazywania pełnej lub częściowej prawdy o sobie. Towarzyszy temu także różne postrzeganie tej samej osoby w obu kręgach.

Autor podkreśla, że osoby transseksualne częściej i chętniej wybierają kontakty z ludźmi, którzy znają ich przeszłość, co w dużym stopniu wynika z lęku przed ostracyzmem społecznym. Wybór relacji opartych przede wszystkim na rodzinie jest uzasadniany obawą, że jeśli w kontaktach z nowymi znajomymi wyjdzie na jaw to, kim się było wcześniej, człowiek zostanie uznany za osobę fałszywą i zakłamaną (ibidem).

Zależności zaobserwowane przez T. Kando nie znalazły odzwierciedlenia w prowadzonych przeze mnie badaniach. Przeważająca większość respondentów twierdzi, że jest im obojętne, w jakim otoczeniu przebywają. Ważne jest raczej to, by czuli się akceptowani, niezależnie od tego, czy jest to grupa znająca ich przeszłość, czy nie. Rozbieżności te mogą wynikać m.in. z tego, że badania były prowadzone w różnym czasie (badania Kando w 1969 r., badania własne w 2010 r.), w dodatku środowiska, w jakich na co dzień żyją osoby badane, cechują się odmienną specyfiką i kulturą (badania Kando w Stanach Zjednoczonych, w stanie Minnesota, badania własne w Polsce).

Tożsamość transseksualna jest kształtowana nie tylko na podstawie identyfikacji płciowej, ale stanowi także efekt udziału w dwóch całkowicie odmiennych społecznościach. To dlatego środowiska rodziny i aktualnych znajomych są do siebie tak nieprzystawalne, co w rezultacie powoduje ich silne rozgraniczenie. Doświadczenia transseksualności skutkują powstaniem dwóch obrazów jednego człowieka – obrazów adekwatnych wyłącznie przy posługiwaniu się nimi we właściwej grupie, kręgu społecznym (Kando 1972).

Warto dodać, że transseksualiści nie budują swojej tożsamości na podstawie gotowych schematów płci kulturowej, przypisanych do płci biologicznej. Wykorzystują zarówno wzory, normy postępowania przyporządkowane płci, którą odrzucają, jak i schematy przypisane tej, z którą psychicznie się identyfikują. To właśnie połączenie męskich i żeńskich cech pozwala im funkcjonować w społeczeństwie do chwili, gdy podejmą decyzję o operacji (Bieńkowska-Ptasznik 2008, s. 189).

Niejednoznaczność tożsamości była również badana przez Patricię Gagne i in. (1997). Ich zdaniem, tożsamość płci jest elementem wyuczonym, realizowanym w interakcjach. Jednak na poziomie kulturowym jest narzucana przez instytucje społeczne (prawo, rodzina, religia, polityka). Reprezentowane przez nie wzorce są następnie zapisane w kulturowych archetypach i wtórnie reproduktowane przez mass media. Powtarzane codziennie wzorce męskości, kobiecości oraz związków heteroseksualnych wypełniają przestrzeń reklam i programów rozrywkowych. Etykiety nadawane są wszem i wobec, bezrefleksyjnie tworząc rzeczywistość. Sam proces tożsamościowy jest zdominowany przez polityczne i społeczne procesy podtrzymywania starych i wytwarzania nowych nierówności (Gagne i in. 1997, s. 479).

Przestrzeń, w jakiej funkcjonujemy na co dzień, jest przepełniona przemocą symboliczną, która w toku rozwoju znalazła dla siebie prawomocne miejsce. A jednak są osoby, które nie wpisują się w obowiązujące stereotypy. Co więcej, ich ciało nie odpowiada identyfikacji wewnętrznej, a kategoria płci, ze względu na swą binarną sztywność, okazuje się dla nich pustym zakresem znaczeń. Rozwiązanie tego rodzaju wątpliwości przedstawia francuski filozof Jacques Derrida. Radzi on, by kategorycznie odrzucić dualizm męskiego i kobiecego pierwiastka, gdyż nie odpowiada on współczesnej rzeczywistości. Różnice między ludźmi opierają się na czymś więcej niż owa prosta dychotomia.

Jesteśmy różni w różny sposób i za każdym razem inaczej. Mamy w sobie i kobietę, i dziecko, i mężczyznę, i kota, i morze, i Boga. Razem czy osobno, nie tworzą one żadnej całości. Jego zdaniem asymetria płci daje możliwość wyjścia poza owe binarne kategorie, dzięki czemu wreszcie można porzucić heteryczne mundurki (Derrida 1997, za: Basiuk i in. 2002, s. 60).

Zwłaszcza że zapewniają one bezpieczeństwo tylko w dominującym modelu.

3. Problemy komunikacyjne

Nie ulega wątpliwości, że osoby, które niekiedy są zmuszone do konstruowania dwóch wariantów swojego obrazu, mogą mieć problem z prawidłowym komunikowaniem się z otoczeniem. Każda interakcja wymusza definiowanie własnej osoby – nie tylko dla siebie, ale przede wszystkim dla odbiorcy. Binarność płci nie przewiduje kategorii pomiędzy, dlatego „osoby transgenderyczne żyją pod stałą presją umiejscowienia siebie w rzeczywistości społecznej, w której rozpoznaje się kobiety albo mężczyzn. Transseksualiści borykają się z dyskomfortem i wrogością w relacjach z innymi ludźmi, jeśli tylko nie mogą ich ułożyć w akceptowanych społecznie szufladkach płci” (Bieńkowska-Ptasznik 2008, s. 189).

Erving Goffman, opisując interakcje międzyludzkie, posługuje się metaforą teatru życia codziennego. Wynika z niej, że jednostki świadomie przekazują i mimowolnie wywołują znaki dostarczające otoczeniu potrzebnych informacji do zbudowania adekwatnej reakcji. Dzięki takim „znakom-nośnikom” budowana jest faktyczna definicja sytuacji, ułatwiająca pokazanie człowieka jako jednostki o pewnych rozpoznawalnych cechach. Te zaś skutkować będą traktowaniem jej w określony sposób. Przedstawienie to jest postrzegane w kategoriach występu. Wiąże się ono, po pierwsze, ze skonstruowaniem fasady, na którą składają się: otoczenie fizyczne i przestrzeń, w jakiej się znajduje, elementy ekspresji, takie jak emocje, znaki wskazujące na reprezentowaną przez jednostkę pozycję i status społeczny oraz „sposoby bycia” informujące o roli, jaką odgrywa. Odbiorcy, interpretując ową fasadę, oczekują spójno-

ści wszystkich jej elementów, gdyż jej odczytanie z reguły będzie się opierać na znanych wśród ogółu stereotypach (Goffman 2000, za: Turner 2004, ss. 458-468).

Proces przedstawiania siebie nie opiera się wyłącznie na prezentacji faktów obiektywnych. Wspiera go również idealizacja, czyli formowanie własnego wizerunku w taki sposób, by demonstrował on wartości oficjalnie uznawane przez dane społeczeństwo. Jej skuteczność zależy od umiejętnego tłumienia i maskowania elementów samego siebie, które mogłyby wejść w konflikt z wartościami dominującymi. Owo ukrywanie to jeden z elementów całego procesu kontrolowania ekspresji, gdyż minimalna niezgodność zachowania i definicji sytuacji może istotnie zagrozić interakcji. Oczywiście, możliwa jest także realizacja fałszywej prezentacji, częściej jednak jest podejmowana próba częściowej mistyfikacji. Zabieg ten polega na budowaniu dystansu wobec innych, by obudzić w nich obawę, lęk i w efekcie nakłonić ich do przyjęcia konkretnej definicji sytuacji. Należy jednak dodać, że zwykle jednostki starają się przedstawiać siebie jako osoby prawdziwe, szczerze i naturalne (ibidem).

Poziom skomplikowania relacji osób transseksualnych nie opiera się wyłącznie na tym, jak są postrzegani przez pozostałych aktorów życia społecznego. Problem może pojawić się już na etapie wysyłania komunikatu. Brak identyfikacji ze swoją fizycznością i wzorami zachowań, które są jej przypisane, może znacząco wpłynąć na niespójność konstruowanego przekazu. Budowanie fasady i elementów ekspresji staje się wysoce problematyczne. Jeżeli taka osoba wybierze mimo wszystko drogę idealizacji, to może skazać się na ciągłe kontrolowanie swoich zachowań. Wtedy wszelka spontaniczność w relacjach międzyludzkich zostanie ograniczona, wręcz zmarginalizowana (ibidem).

Z badań własnych wynika, że zjawisko to można zaobserwować szczególnie wśród osób będących przed korektą płci. Przyznają oni, iż są chwile, w których muszą „zachować pozory”, „odegrać rolę” płci biologicznej, co wywołuje w nich wewnętrzny konflikt, dlatego starają się tego unikać. Niestety, w niektórych sytuacjach, szczególnie związanych z pracą zawodową, nie mają innego wyboru. Muszą ukrywać swoją tożsamość na rzecz realizacji społecznie utartych schematów i oczekiwań. W większości jednak podkreślają, że choć zdarzają się sytuacje, w których zmuszeni są do kontrolowania własnego zachowania, przeważnie starają się „być sobą” i tak właśnie chcą być traktowani – przez pryzmat własnej, niepowtarzalnej osobowości, a nie takiej czy innej płci.

Erving Goffman (2003) rozważa także sytuacje, w których proces zafałszowania obrazu siebie ulega zachwianiu, a na jaw wychodzą wszelkie jego nieścisłości. Wówczas taka osoba może zostać obarczona *stygmatem*, piętnem społecznym, przejawiającym się w zwykłych interakcjach. W efekcie człowiek, który „mógłby zostać bez trudu zaakceptowany, staje się nosicielem łatwo zauważalnej, odstręczającej nas od niego cechy, okoliczność ta zarazem deprecjonuje inne

jego właściwości, które mogłyby wyrzucić na nas pozytywne wrażenie. Taką osobą obciąża piętno, zasadniczo modyfikujące nasze antycypacje w stosunku do niej” (Goffman 2003, s. 19).

W takich sytuacjach często jest konstruowana tożsamość oporu, wytwarzana przez aktorów znajdujących się w warunkach dewaluowanych, stygmatyzowanych. Opór budowany jest poprzez zwrócenie się ku zasadom odmiennym od dominujących w społeczeństwie, przeciwstawienie się im, przy równoczesnym skupieniu uwagi na walce z szeroko rozumianą opresją. Pogłębia to jednak tylko przepaść komunikacyjną i zwiększa dystans między wykluczonymi a wykluczającymi (Castels 2007). Czy w takim razie ceną za niewpisanie się w kulturowe i społeczne ramy będzie zawsze nieczytelność i groźba odrzucenia, „społeczna bezdomność”? Być może właśnie to zagrożenie jest powodem, dla którego badani przez Thomasa Kando transseksualiści decydują się na skupienie interakcji w środowisku rodzinnym. W tym kręgu nie tylko nie muszą niczego udawać, ale ich niespójny komunikat jest lepiej rozumiany, a nawet do pewnego stopnia dozwolony. Z czasem staje się normą, nową jakością, dzięki której błędy nie są traktowane jako porażka komunikacyjna i nie przekreślają kontynuowania relacji.

Aby określić (przynajmniej do pewnego stopnia) odczuwany poziom społecznej stygmatyzacji przez osoby transseksualne, zadałam badanym następujące pytanie: „Czy opisałbyś swój transseksualizm w kategoriach pewnego rodzaju piętna?”. Większość respondentów stwierdziła, że określenie „piętno” jest nieco przesadzone. Oczywiście, transseksualizm jest istotnym czynnikiem, mającym silny wpływ na ich życie, jednak starają się nie określać go w ten sposób (badania własne).

4. Poziom akceptacji

Bez wątpienia, jak pisze Jürgen Habermas, sferę świata przeżywanego wypełniają wzory interpretacji odnoszące się bezpośrednio do kultury czy systemów symboli. Dotyczą one społeczeństwa, instytucji społecznych, a także osobowości. Ludzie dzielą pewien zasób wiedzy o tradycjach kulturowych, wartościach, strukturach językowych czy nawet schematach prawidłowego przebiegu interakcji. Aktorzy społeczni zaznajomieni są także ze sposobem organizacji stosunków społecznych i ich rodzajami. Mają ogólną wiedzę na temat tego, jacy są inni ludzie, dzięki czemu rozumieją, jakie postępowanie będzie uznane za normalne, a jakie za aberracyjne (Habermas 2002, za: Turner 2004, s. 661).

Na kształtowanie koncepcji własnego Ja składają się nie tylko indywidualne przeżycia czy oceny. Afirmacja musi płynąć również ze środowiska zewnętrznego, a zwłaszcza z naszej świadomości tego, jak jesteśmy postrzegani przez ludzi, z którymi wchodzimy w interakcje. W świecie, gdzie to, co właściwie

i ogólnie akceptowane mieści się w ściśle wyznaczonych ramach społecznej przyzwoitości, trudno wprowadzić radykalną zmianę, a co dopiero oczekiwać uznania jej za prawomocną. Być może dlatego na pytanie: „Czy generalnie osoby transseksualne znajdują zrozumienie wśród swoich bliskich?” połowa respondentów odpowiedziała przecząco. Pozostali natomiast stwierdzili, że jest to zróżnicowane, zależne od otoczenia, w jakim żyją. Wynika z tego, że ich wyobrażenie na temat powszechnej akceptacji osób transseksualnych jest raczej negatywne (badania własne).

Dla porównania ogólnej opinii o swoim środowisku badani zostali zapytani o akceptację wśród swoich bliskich. Wyniki wskazują na bardzo różne reakcje. Wsparcie ze strony rodziny otrzymuje około połowa z nich, często jednak pojawia się ono po upływie pewnego czasu. Druga połowa zostaje odrzucona. Choć kontakty rodzinne zwykle nie są trwale zrywane, to utrzymuje się je raczej na dystans, sporadycznie. Rodzice często starają się wpłynąć na dzieci, wręcz „naprostować” je, by wróciły na „właściwą” drogę, wykorzystując do tego np. organizacje religijne. Jeśli to nie pomaga, wciąż zwracają się do nich, używając form gramatycznych zgodnych z płcią biologiczną, co jeszcze bardziej pogłębia ich konflikt.

W kwestii związków partnerskich bardzo rzadko zdarza się, by relacja rozpoczęta w okresie, gdy osoba starała się żyć zgodnie z płcią biologiczną, przetrwała do zakończenia leczenia. Najczęściej takie sytuacje kończą się zerwaniem bądź rozwodem. Akceptacja nadchodzących zmian nie przychodzi łatwo także dzieciom osób transseksualnych. Często nie radzą sobie one z takimi okolicznościami, dlatego rodzice zwykle decydują się rozpocząć proces przemiany dopiero wtedy, gdy dziecko osiągnie pełnoletność.

Wyniki badań własnych wskazują, że najwyższy poziom akceptacji występuje w gronie przyjaciół i znajomych. Z kolei środowisko zawodowe zachowuje się bardzo różnie. W grupie badanych znalazły się przypadki całkowitej akceptacji, wsparcia i pomocy udzielanej osobie transseksualnej oraz wręcz przeciwnie – sytuacje prowadzące do zwolnienia z dotychczasowej pracy.

Podsumowanie

Problemy przystosowawcze osób transseksualnych wydają się mieć jedyne rozwiązanie w przeprowadzeniu operacji. Potwierdzają to słowa samych badanych, w których zapewniają, że nawet jeśli ludzie zaakceptowaliby ich takimi jacy są, mimo wszystko zdecydowaliby się na przemianę. Robią to dla siebie, dla własnego komfortu psychicznego. Wszyscy w gruncie rzeczy dążą do osiągnięcia tak wyczekiwanej normalności, ponieważ chcą być postrzegani jako „normalni”, „by ludzie widzieli w nich przede wszystkim człowieka, a nie transseksualistę” (badania własne).

W takiej sytuacji być może najlepszym wyjściem byłoby poparcie propozycji teoretyków *queer*, którzy postulują obalenie pojęcia tożsamości, wskazując na jego niestabilność i wykluczający charakter. Zwłaszcza że „tożsamość zawsze nabywa się kosztem wykluczenia Innego, represji i wyparcia nietożsamości”, gdzie „każde Ja/podmiot, czyste i idealne, konstruuje się w opozycji do nieczystego Innego” (Mizielińska 2006, s. 15). Jednak w naszej kulturze, która niewątpliwie hołduje klasyfikacjom, jest to mało prawdopodobne. Z drugiej strony, niezależnie od tego, jakiej jesteśmy płci czy orientacji seksualnej, „w pewien sposób, nigdy do końca nie jesteśmy tym, kim moglibyśmy być... Wchodząc w rzeczywistość społeczną, jako mężczyzna lub kobieta, jesteśmy zmuszeni pogrzebać w sobie tę dodatkową część siebie” (Butler 1993, za: Basiuk i in. 2002, s. 51).

Literatura

- Basiuk, T., Ferenc, D., Sikora T. (2002). *Odmiany odmierńca. Mniejszościowe orientacje seksualne w perspektywie gender*. Katowice: Wydawnictwo „Śląsk”.
- Bauman, Z. (1995). *Ciało i przemoc w obliczu ponowoczesności*. Toruń: Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika.
- Berger, P. L. (1985). Tożsamość jako problem socjologii wiedzy. W: E. Nowakowska-Sołtan (red.). *Problemy socjologii wiedzy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bieńkowska-Ptasznik, M. (2008). Poza binarnym podziałem płci – rzecz o transseksualizmie. W: M. Bieńkowska-Ptasznik, J. Kochanowski (red.). *Teatr płci. Eseje z socjologii gender*. Łódź: Wydawnictwo „Wschód-Zachód”.
- Bokszański, Z. (1989). *Tożsamość, interakcja, grupa*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Castells, M. (2007). *Spółczesność sieci*. Tłum. M. Marody. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. (2009). *Metody badań jakościowych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Frankfort-Nachmias, Ch., Nachmias, D. (2001). *Metody badawcze w naukach społecznych*. Tłum. E. Hornowska. Poznań: Zysk i S-ka.
- Gagne, P., Tewksbury, R., McGaughey, D. (1997). Coming out and crossing over. Identity formation and proclamation in a transgender community. *Gender & Society*, 11, 478-508.
- Goffman, E. (2003). *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Tłum. A. Dzierżyńska, J. Tokarska-Bakir. Gdańsk: GWP.
- Imieliński, K., Dulko, S. (1988). *Przekleństwo Androgyne. Transseksualizm: mity i rzeczywistość*. Warszawa: PWN.
- Kando, T. (1972). Passing and Stigma Management: The Case of the Transsexual. *The Sociological Quarterly*, 13, 475-483.
- Mizielińska, J. (2006). *Płeć, ciało, seksualność. Od feminizmu do teorii queer*. Kraków: Universitas.

-
- O'Brian, M. (2001). Esej o płynnej tożsamości. W: A. Jawłowska (red.). *Wokół problemów tożsamości*. Warszawa: Wydawnictwo LTW.
- Sztumski, J. (1995). *Wstęp do metod i technik badań społecznych*. Katowice: Wydawnictwo „Śląsk”.
- Turner, J. (2004). *Struktura teorii socjologicznej*. Tłum. G. Woroniecka. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Noty o autorach

ŁUKASZ BUDZICZ (1984), magister psychologii, absolwent Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu. Obecnie jest doktorantem w Instytucie Psychologii UAM. Jego zainteresowania naukowe koncentrują się wokół psychologii ewolucyjnej, psychologii poznawczej oraz problemu dojrzałości psychologii na tle innych nauk przyrodniczych. Doktorat (pisany pod kierunkiem prof. Jerzego Brzezińskiego) dotyczy trafności badań eksperymentalnych w psychologii społecznej. Jest opiekunem Koła Naukowego Psychologii Ewolucyjnej. Autor rozdziałów w książkach: *Naturalistyczny model ewolucji kulturowej* oraz *Czas reakcji w badaniu złożonych konstruktów psychologicznych*. Ponadto jest zapalonym biegaczem (ukończył pięć maratonów) oraz wybitnym praktykiem sztuki prokrastynacji.

EDYTA CHARZYŃSKA (1986) – doktorantka psychologii w ramach Interdyscyplinarnych Studiów Doktoranckich Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie, asystentka w Katedrze Teorii Wychowania Instytutu Pedagogiki na Uniwersytecie Śląskim w Katowicach, studentka V roku filozofii tamże. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się wokół problematyki: emocji pozytywnych oraz sfery noetyczno-duchowej w chorobach somatycznych, stresu i radzenia sobie, zaburzeń odżywiania się i otyłości, seksuologii, stereotypów płciowych oraz kulturowych wyznaczników osobowości. Redaktorka książki *Seksuologia w obiektywie innych nauk* (Kraków 2010), autorka artykułów: *Stereotypy atrybutów kobiecości/męskości oraz hierarchii wartości osób o różnych orientacjach seksualnych*; *Stereotypy płciowe a przemoc domowa* oraz współautorka artykułów: *Poznawcze i behawioralne determinanty zaburzeń odżywiania u kobiet z otyłością*; *Jak pacjentki z jadłowstrętem psychicznym radzą sobie ze stresem?*; *Opinia polskich i niemieckich studentów dotycząca osób homoseksualnych. Badanie pilotażowe*.

GRAŻYNA GŁĘBOCKA (1978), magister filozofii i psychologii, absolwentka Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu. Psycholog szkolny, pracuje z dziećmi i młodzieżą. Interesuje się psychologią jakości życia, psychologią małych grup społecznych i filozofią twórczości.

MICHAŁ KANONOWICZ (1980), magister pedagogiki, specjalność: pedagogika resocjalizacyjna. Pracownik Instytutu Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego. W pracy badawczej podejmuje problematykę resocjalizacji i pedagogiki penitencjarnej. Prelegent kilkunastu konferencji ogólnopolskich i międzynarodowych, autor artykułu: *The choice of pedagogical and psychological study as a result of the negative experiences in the family*, opublikowanego w „The New Educational Review”. Redaktor w czasopiśmie

piśmie naukowym „Journal of Education, Culture and Society”. Poza pasją naukową praktyk zawodu współpracujący z Warsztatami Terapii Zajęciowej. Jako pedagog jednego z WZT zainteresował się problematyką seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną. Ponadto muzyk instrumentalista (saksofon, fortepian, gitara), autor i wykonawca muzyki do przedstawień teatralnych osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz czynny instruktor żeglarstwa, jachtowy sternik morski i sternik motorowodny, wykorzystujący swoje umiejętności w pracy pedagogicznej.

ANNA KUBIAK (1983), magister psychologii, absolwentka Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Obecnie doktorantka w zakresie psychologii na Wydziale Nauk Społecznych UAM. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się wokół problematyki autodestruktywności (w szczególności samouszkodzeń), komunikacji oraz terapii systemowej.

ŻANETA KRAWCZYK (1987), ukończyła studia licencjackie na kierunku politologia ze specjalnością: dziennikarstwo i komunikacja społeczna na Uniwersytecie Śląskim w Katowicach. Aktualnie studentka I roku studiów magisterskich uzupełniających na tym samym kierunku, równocześnie studiująca na V roku socjologii Uniwersytetu Śląskiego. Pełni funkcję Ambasadora Przedsiębiorczości z ramienia Biura Karier UŚ. Członek Studenckiego Zespołu Naukowego działającego przy Polskim Towarzystwie Nauk Politycznych o/Katowice. W centrum jej zainteresowań znajduje się tematyka marketingu politycznego, mechanizmów wyborczych i public relations. Drugi segment pracy badawczej koncentruje się na zagadnieniach psychologii społecznej i zjawiska transseksualizmu.

MONIKA MARCZAK (1985), studentka V roku psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Interesuje się komunikacją interpersonalną, psychologią zdrowia, psychologią emocji, psychologią rodzaju, seksuologią. Przewodnicząca Koła Naukowego Psychologii Płci, członek Koła Naukowego Psychologii Uzależnień oraz Koła Naukowego Seksuologii. Uczestniczyła w wielu konferencjach naukowych jako organizator oraz prelegent. Prowadziła warsztaty w zakresie profilaktyki uzależnień wśród młodzieży z poznańskich szkół ponadgimnazjalnych. Stażystka w Terenowym Komitecie Ochrony Praw Dziecka w Poznaniu. Dwukrotna laureatka Stypendium Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Autorka artykułów: *Styl przywiązania a relacje społeczne w dorosłości*; *Intymność w związkach Dorosłych Dzieci Alkoholików w kontekście teorii przywiązania*; *Znaczenie otwartości w relacjach międzyludzkich*; *Rozwiązywanie konfliktów a powrodoenie w związku*.

EWA MISTERSKA (1980), magister psychologii o specjalności klinicznej, absolwentka Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, doktor nauk medycznych w zakresie biologii medycznej z Katedry i Kliniki Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Jej zainteresowania badawcze skupiają się wokół psychologii zdrowia i niepełnosprawności, w szczególności dotyczą psychospołecznych aspektów funkcjonowania chorych przewlekle oraz z deformacją ciała. Autorka artykułów: *Personality characteristics of females with adolescent idiopathic scoliosis after brace or surgical treatment compared to healthy controls*; *Brace and deformity-related stress level in females with adolescent idiopathic scoliosis based on the*

Bad Sobernheim Stress Questionnaires. W ramach praktyki psychologicznej pracuje z dziećmi z zaburzeniami wieku rozwojowego w zespole Wczesnego Wspomagania Rozwoju oraz w Stowarzyszeniu na Rzecz Dzieci z Zaburzeniami Genetycznymi „Gen”.

KATARZYNA PALUS (1981), magister psychologii, specjalność: psychologia kliniczna, absolwentka Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu. Doktor nauk humanistycznych w zakresie psychologii w Instytucie Psychologii UAM w Poznaniu w Zakładzie Psychologii Rozwoju Człowieka i Badań nad Rodziną. W pracy badawczej podejmuje problematykę życia w pojedynkę oraz związków intymnych. W Instytucie Psychologii prowadzi Koło Naukowe Psychologii Płci. Autorka książki *Wybrane psychologiczne uwarunkowania braku partnera życiowego w okresie wczesnej dorosłości* oraz artykułów: *Rola rodziny w kształtowaniu ról i stereotypów płciowych*; *Rola schematów płci w przetwarzaniu informacji*; *Uwarunkowania braku partnera życiowego w percepcji młodych dorosłych żyjących w pojedynkę* oraz *Zalety i wady życia w pojedynkę w percepcji młodych dorosłych nieposiadających partnera życiowego*.

ALEKSANDRA PILARSKA (1983), magister psychologii, specjalność: psychologia kliniczna, absolwentka Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Doktorantka w Instytucie Psychologii UAM w Zakładzie Psychologii Osobowości. W centrum jej zainteresowań naukowych znajdują się zagadnienia psychologii osobowości i psychologii klinicznej, w szczególności problematyka uwarunkowań i funkcji regulacyjnych samoświadomości i tożsamości oraz kulturowe i rodzajowe zróżnicowanie Ja. W pracy badawczej podejmuje problematykę relacji pomiędzy tożsamością i psychologicznym dobrostanem oraz próbę ich opisanie i wyjaśnienia w perspektywie konstruktów Ja. W Instytucie Psychologii prowadzi Koło Naukowe Psychoanalizy. Autorka artykułów: *Właściwości struktury tożsamości a nasilenie symptomów depresyjnych*; *Internet w procesach formowania tożsamości*; *Depresyjne dzieci depresyjnych rodziców*; *Cechy samoświadomości a nasilenie symptomów depresji*.

ŁUKASZ SKOCZYLAŚ (1987), magister socjologii, absolwent Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Doktorant w Instytucie Socjologii UAM w Zakładzie Socjologii Kultury i Cywilizacji Współczesnej. Głównie zainteresowania badawcze to: pamięć społeczna, gender studies i socjologia turystyki. Autor artykułów z zakresu pamięci społecznej: *The Monument, the Tombstone and Two Kinds of Immortality* oraz *Pomnik, nagrobek i dwa rodzaje nieśmiertelności*, a także interdyscyplinarnego eseju *Archeologia i socjologia we współczesnej refleksji humanistycznej*.

ANNA MARIA WRÓBLEWSKA (1985), magister administracji na Uniwersytecie im. M. Kopernika w Toruniu i magister socjologii, specjalność: socjologia płci na Uniwersytecie Warszawskim. Doktorantka w Katedrze Teorii Prawa i Państwa na Wydziale Prawa i Administracji UMK. Interesuje się problematyką gender w prawie, prawem antydyskryminacyjnym i edukacją równościową. Jako trenerka genderowa prowadzi szkolenia z zakresu równych szans. Współpracowała przy projekcie „Postęp, przeciwdziałanie dyskryminacji, promocja różnorodności”, realizowanym przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Współautorka książki *Ludzie Bydgoskiego Węzła Wodnego*. W wolnych chwilach wsiada na rower, podróżuje lub rozwiązuje łamigłówki logiczne.

