

MONIKA FRĄCKOWIAK-SOCHAŃSKA  
*Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu*

## PLĘĆ SPOŁECZNO-KULTUROWA I ZDROWIE PSYCHICZNE W PERSPEKTYWIE REFLEKSYJNEJ NOWOCZESNOŚCI

Zamierzam przedstawić analizę wielostronnych powiązań między kategoriami płci społeczno-kulturowej oraz zdrowia i chorób/zaburzeń psychicznych<sup>1</sup>. Analiza taka pozwala na dekonstrukcję i egzemplifikację ogólnych mechanizmów kategoryzowania wiedzy i doświadczenia w różnych kontekstach społeczno-kulturowych.

Kryteria diagnostyczne poszczególnych chorób i zaburzeń stosowane we współczesnej psychiatrii i psychologii klinicznej wykazują znaczące podobieństwo do tradycyjnych, sztywnych schematów kobiecości i męskości. Jednocześnie jednostki chorobowe, których obraz kliniczny odzwierciedla tradycyjne schematy kobiecości, znacząco częściej są diagnozowane wśród kobiet, a choroby i zaburzenia, których objawy przypominają schematy męskości, u męż-

---

Adres do korespondencji: [frackowiakm@o2.pl](mailto:frackowiakm@o2.pl)

<sup>1</sup> Termin „zdrowie psychiczne” można interpretować jako odnoszący się do stanu jakościowo odmiennego od „choroby” czy „zaburzenia” bądź też jako termin ogólny — odnoszący się do „stanu zdrowia psychicznego”, obejmujący kontinuum od stanu uznawanego za chorobowy do pozytywnego stanu oznaczającego nie tylko brak objawów choroby, lecz także pewną „wartość dodaną”. Termin „choroba psychiczna” zaś odnosi się do stanów uznawanych za poważniejsze niż „zaburzenia psychiczne”, a wśród nich „zaburzenia osobowości”, czyli długotrwałe, nieelastyczne i nieprzystosowawcze wzory zachowań, odczuwania i myślenia prowadzące do obniżenia jakości życia. W takim przypadku jednostkę trudno uznać za jednoznacznie „chorą”, lecz widoczne są jej problemy dotyczące konkretnych obszarów funkcjonowania (zob. Seligman, Walker, Rosenhan 2003, s. 398–444; Cierpiałkowska 2007, s. 307–330). W dyskursie wiedzy eksperckiej termin „zaburzenie psychiczne” jest obecnie używany częściej niż termin „choroba psychiczna”. Ponieważ rozróżnienie między tymi terminami jest w dużym stopniu umowne i intuicyjne, posługuję się nimi wymiennie, czasami stosując formę równoległą — „choroba/zaburzenie psychiczne”.

czyn (WHO 2011a; EZOP-Polska 2013). Do pierwszej grupy należą: depresja, zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości lękowej (unikającej), zależnej (symbiotycznej), histrionicznej, *borderline* (chwijnej) oraz zaburzenia odżywiania (anoreksja i bulimia); do drugiej — uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz zaburzenia osobowości antyspołecznej, narcystycznej, schizoidalnej, paranoidalnej i obsesyjno-kompulsywnej (Nolen-Hoeksema 1987, 1990; Culbertson 1997; Brannon 2002, s. 466–504; Russo, Green 2002, s. 303–343; Seligman, Walker, Rosenhan 2003; Curran, Renzetti 2008, s. 548–575; WHO 2011a). Obserwujemy przy tym, że współczesne wzory ról płciowych uległy znacznemu uelastycznieniu w wielu aspektach życia społecznego. Istotne wydaje się zatem pytanie o znaczenie i konsekwencje stosowania ram interpretacyjnych instytucjonalnej psychiatrii do wyjaśniania zachowań odzwierciedlających sztywne, przerysowane i tym samym zniekształcone tradycyjne schematy kobiecości i męskości.

Analiza ram interpretacji oraz kontekstu ich stosowania, podobnie jak dekonstruowanie, kwestionowanie i przekształcanie kategorii uznawanych dawniej za niepodważalne, wpisuje się w projekt społeczeństwa refleksyjnej nowoczesności (Giddens 2001, s. 4; Beck, Giddens, Lash 2009, s. 102). Procesy te przebiegają zarówno na poziomie dyskursu naukowego, ze szczególnym uwzględnieniem nauk społecznych, jak i na poziomie codziennych praktyk jednostek, które mając do wyboru rosnącą liczbę możliwości konstruują „refleksyjny projekt Ja”. Tworząc refleksyjny projekt tożsamości, przedstawiciele współczesnych społeczeństw odnoszą się (bezpośrednio lub pośrednio) do kategorii płci społeczno-kulturowej oraz zdrowia psychicznego. W swoich wyborach życiowych jednostki uwzględniają dostępne warianty płci społeczno-kulturowej. Ponadto rozpatrując możliwości wyborów oraz ich konsekwencje w różnych sferach życia odwołują się do takich czynników jak: komfort lub dyskomfort emocjonalny, stres, poczucie samorealizacji bądź wypalenia. Są to czynniki mające istotny wpływ zarówno na odczuwane subiektywnie samopoczucie psychiczne, jak i na opisywany w kategoriach intersubiektywnych stan zdrowia psychicznego.

Refleksja nad kategoriami zdrowia psychicznego i chorób/zaburzeń psychicznych jest istotna zważywszy na międzynarodowe dane o charakterze ilościowym (WHO 2009, 2011a; EZOP-Polska 2013), z których wynika, że średnio jedna czwarta ludności żyjącej na świecie spełnia kryteria diagnostyczne jakiegось zaburzenia psychicznego uwzględnianego w oficjalnych systemach klasyfikacyjnych (ICD-10 i DSM-IV<sup>2</sup>). Na podstawie badań zrealizowanych w Polsce w 2012 roku w ramach projektu „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych

---

<sup>2</sup> System DSM został opracowany przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, a system ICD — przez Światową Organizację Zdrowia. Oba zawierają wykazy objawów chorób i zaburzeń psychicznych wraz ze szczegółowymi kryteriami diagnostycznymi. Są to systemy ateoretyczne i opisowe (w niektórych przypadkach opisowo-wyjaśniające) (zob. Klasyfikacja... 2000).

i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP-Polska”<sup>3</sup> można oszacować, że występowanie zdefiniowanych zaburzeń psychicznych w populacji w wieku 18–64 lata wynosi 23,5%. Zarówno dane EZOP, jak i WHO wskazują na zróżnicowanie zachorowalności na poszczególne jednostki chorobowe ze względu na płeć. Poszukiwanie wspólnych mechanizmów wpływających na proces społecznego konstruowania kategorii zdrowia i chorób/zaburzeń psychicznych oraz płci społeczno-kulturowej wydaje się zatem zabiegiem uzasadnionym, tym bardziej że hipotezy o różnicach biologicznych jako wyłącznych i podstawowych przyczynach zróżnicowania zachorowalności kobiet i mężczyzn na poszczególne jednostki chorobowe nie znalazły empirycznego potwierdzenia (Brannon 2002, s. 466–505).

Podstawą dalszych rozważań jest socjologiczna metaanaliza danych epidemiologicznych i klinicznych dotyczących zdrowia psychicznego (ze szczególnym uwzględnieniem różnic stanu zdrowia psychicznego kobiet i mężczyzn), a także analiza i interpretacja kryteriów diagnostycznych chorób i zaburzeń psychicznych zawartych w systemach ICD-10 i DSM-IV z perspektywy płci społeczno-kulturowej. Metaanaliza ta została umieszczona w kontekście szerszej refleksji nad procesem społecznego konstruowania kategorii zdrowia psychicznego i chorób/zaburzeń psychicznych oraz wariantów kobiecości i męskości. Interpretacja omawianych zagadnień sytuuje się zatem w tradycji etnometodologicznej, której celem jest badanie ukrytych, uznawanych za oczywiste reguł i założeń życia społecznego, za przykład których uznać możemy koncepcje zdrowia psychicznego czy „normalności” w powiązaniu z kategoriami płci społeczno-kulturowej.

#### MECHANIZMY SPOŁECZNEGO KONSTRUOWANIA KATEGORII PŁCI SPOŁECZNO-KULTUROWEJ I ZDROWIA PSYCHICZNEGO — KONTAMINACJA I INTERFERENCJA

Kategorie płci społeczno-kulturowej oraz zdrowia i chorób/zaburzeń psychicznych są zależne od kontekstu kulturowego i ulegają przekształceniom w czasie. Przedstawiciele poszczególnych społeczeństw przyswajają odpowiednie konstrukty w procesie socjalizacji. Traktują je zatem jako element zastanej rzeczywistości i włączają w kształtujący się, społecznie podzielany system przekonań (szerzej zob. Frąckowiak-Sochańska 2010). Społeczeństwa wytwarzają

---

<sup>3</sup> Było to pierwsze w Polsce badanie epidemiologiczne zaburzeń psychicznych przeprowadzone zgodnie z metodologią Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) we współpracy z Konsorcjum World Mental Health (WMH). Zastosowano w nim Złożony Międzynarodowy Kwestionariusz Diagnostyczny (CIDI) w liczącej ponad 10 tysięcy respondentów próbie losowej osób w wieku 18–64 lata. Badaniem objęto najczęściej występujące zaburzenia psychiczne, zaliczające się głównie do zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, zaburzeń nastroju, nerwicowych (w tym lękowych i neurastenii) oraz zaburzeń kontroli impulsów i zachowań autodestrukcyjnych (<http://www.ezop.edu.pl/05-Podsumowanie.pdf>, 14.02.2014).

systemy eksperckie, na które cedują odpowiedzialność za odróżnianie zdrowia psychicznego od choroby (postępowanie diagnostyczne) i niwelowanie różnic pomiędzy tymi stanami (postępowanie terapeutyczne). Wyobrażenia na temat przyczyn i mechanizmów chorób/zaburzeń psychicznych oraz sposobów osiągnięcia zdrowia mogą się znacznie różnić w różnych kręgach kulturowych.

„Kiedy psychiatra powie niepiśmiennemu Afrykańczykowi, że jego fobia ma związek z lękiem przed niepowodzeniem, albo gdy czarownik wyjaśni amerykańskiemu turyście, że jego fobia ma związek z owładnięciem go przez ducha przodków, to obaj pacjenci zrobią wielkie oczy, obaj zaś terapeuci okażą się równie nieodpowiedzialni i bezużyteczni” (Torrey 1981, s. 45).

Z podobnej perspektywy można analizować społecznie konstruowane kategorie płci. Wzorce funkcjonalne w danej kulturze mogą okazać się całkowicie niezrozumiałe i dezadaptacyjne w innym kontekście kulturowym. Ponadto w kulturach opartych na polaryzacji ról płciowych — zachowanie zgodne z kanonem zachowań płci przeciwnej uniemożliwia bezkolizyjny przebieg interakcji.

W świecie zachodnim konstrukty zdrowia i choroby psychicznej ewoluowały i były interpretowane na gruncie obowiązujących założeń filozoficznych, religijnych i politycznych jeszcze przed powstaniem psychiatrii jako odrębnej dyscypliny naukowej oraz instytucji praktyki społecznej. Najstarszy sposób różnicowania kategorii „zdrowia” i „choroby psychicznej”, charakterystyczny dla społeczeństw starożytnych i średniowiecznych, nawiązywał do myślenia w kategoriach supranaturalistycznych. Zgodnie z ówczesną terminologią — „szaleństwo” czy „obłąd” traktowane były jako kara za naruszenie tabu kulturowego oraz religijnego<sup>4</sup>. Następnie (od schyłkowego okresu Odrodzenia) objawy choroby postrzegano jako zagrożenie dla porządku społecznego i w konsekwencji dążono do izolacji oraz społecznego wykluczenia osób chorych, aż w końcu — zgodnie z filozofią Oświecenia — jednostki chore traktowano jako niemogące w pełni korzystać z przyrodzonej ludzkiej wolności (Foucault 1987; Potter 2003; Brodniak 2000; Stypuła 2012).

Istotne zmiany w pojmowaniu zdrowia i choroby następują też na gruncie naukowej psychiatrii. Sprawiające wrażenie obiektywnych i bezstronnych międzynarodowe klasyfikacje DSM i ICD wielokrotnie ulegały modyfikacjom. Zmiany te miały istotne konsekwencje dla konkretnych jednostek, których zachowania przestały być kwalifikowane jako zaburzone (na przykład w przy-

---

<sup>4</sup> Równoległe powstawały tradycje naukowego ujmowania chorób psychicznych jako chorób mózgu. Proces „medykalizacji obłądzenia” zapoczątkował Hipokrates (V/IV w. p.n.e.), tworząc holistyczny system objaśniający zdrowie i chorobę, w tym również zjawisko „szaleństwa” (podejście medyczne wkluczało zjawiska nadprzyrodzone). Tradycja ta znalazła kontynuację, jednak w księgach lekarskich sporządzanych przez wczesnośredniowiecznych mnichów znacznie uproszczone klasyczne nauki przeplatały się z ludowymi wierzeniami i myśleniem w kategoriach supranaturalistycznych (Potter 2003, s. 49).

padku osób homoseksualnych<sup>5</sup>) bądź przeciwnie — zaczęły być postrzegane w kategoriach zaburzeń (na przykład w przypadku osób otrzymujących rozpoznanie zaburzeń osobowości<sup>6</sup>). Obecnie trwają prace nad wprowadzeniem kolejnych zmian obu systemów (Heitzman, Łoza, Kosmowski 2011, s. 941–950)<sup>7</sup>.

Procesowi zmian podlegają także społeczne wyobrażenia na temat kobiecości i męskości oraz wzory ról społecznych konstruowanych na ich podstawie. Również w tym przypadku ważną rolę odgrywa kontekst kulturowy, religijny, filozoficzny i polityczny. Istotne znaczenie mają powiązania między normatywnymi kryteriami zdrowia psychicznego i chorób/zaburzeń psychicznych a społecznymi schematami płci społeczno-kulturowej. Powiązania te wskazują na istnienie różnic w standardach zdrowia psychicznego kobiet i mężczyzn, które zaznaczają się zarówno w dyskursie wiedzy potocznej, jak i profesjonalnej, eksperckiej. Przedstawiciele danego społeczeństwa wytwarzają wyobrażenia na temat zachowań świadczących o zdrowiu bądź chorobie/zaburzeniu psychicznym. Wyobrażenia te różnią się w zależności od płci jednostek, których dotyczą. Refleksja na ten temat jest od dawna obecna w naukach społecznych, na przykład Karen Horney w wydanej po raz pierwszy w 1937 roku, klasycznej pracy *Neurotyczna osobowość naszych czasów* zwróciła uwagę:

„[...] w kulturze zachodniej [...] uważa się, iż mężczyźni i kobiety różnią się pod względem cech temperamentu. Gdy kobieta zbliżająca się do czterdziestki zaczyna mieć obsesję starzenia się, uważa się to za *normalne*, podczas gdy mężczyzna denerwujący się z powodu swego wieku uważany jest za neurotyka” (Horney 2002, s. 19).

---

<sup>5</sup> Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wykreśliło homoseksualizm w wykazie zaburzeń DSM w 1973 roku. Światowa Organizacja Zdrowia dokonała analogicznej zmiany Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Zaburzeń (ICD) blisko dwie dekady później — w 1991 roku. Co istotne, instytucjonalne zmiany w obrębie psychiatrii i zmiany w potocznej świadomości przebiegają w zróżnicowanym tempie. W związku z tym postawy wrogości oraz lęku wobec osób homoseksualnych w dalszym ciągu dochodzą do głosu w konserwatywnych środowiskach.

<sup>6</sup> Zaburzenia osobowości funkcjonują w klasyfikacji DSM od 1980 roku, a w klasyfikacji ICD od 1991 roku.

<sup>7</sup> Nowa wersja DSM (V) ma zostać zatwierdzona w 2014 roku, a ICD (11) — w 2015. Istotnym elementem prac nad zmianami w obowiązującym w Polsce systemie ICD są badania sondażowe z udziałem psychiatrów recenzujących kształt poszczególnych planowanych rozwiązań. Największe tego typu badanie zostało przeprowadzone w roku 2011. Wzięło w nim udział 4887 psychiatrów z 44 krajów, którzy wypełnili wystandaryzowany kwestionariusz internetowy. Większość uczestników badań pochodziła z regionu europejskiego (N = 2774). Ich rekrutacja przebiegała na zasadzie zgłoszenia — zarejestrowania się na specjalnej platformie internetowej osób posiadających rekomendację krajowych Towarzystw Psychiatrycznych (Heitzman, Łoza, Kosmowski 2011, s. 942). Opisana metoda wskazuje, że z jednej strony mamy do czynienia ze znacznym stopniem dyskursywności procesu tworzenia oficjalnych kategorii zdrowia i chorób/zaburzeń psychicznych, z drugiej strony — nadreprezentacja przedstawicieli poszczególnych społeczeństw, kultur i kategorii społecznych pozwala przypuszczać, że wyniki debaty nad kształtem ICD-11 będą obciążone wpływem określonych wartości kulturowych (zachodnich — ze szczególnym uwzględnieniem perspektywy europejskiej).

Horney analizowała również zmienność kategorii kobiecości i męskości w czasie w kontekście społecznych wyobrażeń na temat zdrowia i chorób/zaburzeń psychicznych:

„Dzisiaj na przykład dojrzała i niezależna kobieta, która uważałaby siebie za *kobietę upadłą, niegodną miłości przyzwoitego mężczyzny* dlatego, że miała poprzednio kontakty seksualne, byłaby podejrzana o nerwicę, przynajmniej w wielu kręgach społecznych. Natomiast jakieś czterdzieści lat temu taka postawa i poczucie winy z tego powodu uważane były za normalne” (Horney 2002, s. 19).

Spółeczne pojmowanie i różnicowanie kategorii zdrowia i chorób/zaburzeń psychicznych łączy normy określające zakres akceptowanych wzorów zachowań kobiet i mężczyzn z elementami społecznie podzielanej wiedzy na temat stylu życia przedstawicieli poszczególnych kategorii (klas) społecznych. Julia Sowa (1984, s. 33) podaje następujący przykład zmienności wzorów zachowań w zależności od przynależności klasowo-warstwowej czy środowiskowej:

„[...] zachowania młodych reprezentantów cyganerii miejskiej są zdaniem chłopów i również wielu lekarzy kształtujących swe pojęcia bez odniesienia do środowiska przejawem choroby psychicznej”.

Istotne znaczenie mają zatem wyniki współczesnych badań epidemiologicznych wskazujące na powiązania między zdrowiem psychicznym a zmiennymi współokreślającymi status społeczny jednostek (wykraczającymi poza płeć: etnicznością i przynależnością klasową). Istnieje wiele chorób i zaburzeń psychicznych diagnozowanych znacząco częściej w określonych kategoriach społecznych oraz grupach etnicznych. Z międzynarodowych danych epidemiologicznych wynika między innymi, że schizofrenia i zaburzenia schizotypowe częściej diagnozowane są wśród przedstawicieli biedniejszych warstw społecznych, a zaburzenia nastroju, w tym depresja — wśród przedstawicieli warstw relatywnie uprzywilejowanych (Seligman, Walker, Rosenhan 2003, s. 21). W Stanach Zjednoczonych wśród dzieci emigrantów z Jamajki częściej diagnozowane są zaburzenia związane z deficytami kontroli nad zachowaniem, a w przypadku dzieci białych Amerykanów — z nadmiarem kontroli. Ponadto w obrazie klinicznym depresji w krajach zachodnich dominuje brak poczucia sensu życia i obawy co do przyszłości, a w azjatyckich — objawy somatyczne (Seligman, Walker, Rosenhan 2003, s. 21 i 76–78).

Powyższe zależności są interpretowane w dwojaki sposób. Z jednej strony kładzie się nacisk na specyficzny rodzaj stresu związanego ze społecznym funkcjonowaniem przedstawicieli poszczególnych kategorii społecznych oraz wpływ norm kultury modyfikujących sposoby wyrażania przeżywanego napięcia. Objawy poszczególnych zaburzeń psychicznych są zatem postrzegane jako konsekwencja działania czynników socjogennych. Z drugiej strony — istotne znaczenie mogą mieć nastawienia obserwatorów i diagnostów, którzy interpretują zewnętrzne zachowania jednostek przez pryzmat przyswojo-

nych wyobrażeń na temat wzorów funkcjonowania przedstawicielei poszczególnych kategorii społecznych i w efekcie stawiają tendencyjne rozpoznania. W związku z tym istnieje wyższe prawdopodobieństwo przypisania objawów depresji (świadczącej o mniejszym stopniu nieprzystosowania społecznego) przedstawicielom klasy średniej, a psychozy (wskazującej na wyższy stopień nieprzystosowania) — reprezentantom środowisk mniej uprzywilejowanych. Analogicznie — bardziej prawdopodobne jest postawienie diagnozy zaburzeń lękowych czy depresyjnych (których objawy są spójne z tradycyjnymi schematami kobiecości) kobietom, a zaburzeń kontroli impulsów i uzależnień — mężczyznom. Problemowi stronniczości w nastawieniach diagnostów poświęcono badania, w których psychologowie otrzymali fikcyjne „historie przypadku” odnoszące się do różnego rodzaju schorzeń — w tym depresji i alkoholizmu. W opisach tych modyfikowano płeć pacjenta. Uczestnicy badania oceniali te same symptomy depresji jako poważniejsze w przypadku mężczyzny niż kobiet i odwrotnie — ten sam opis choroby alkoholowej wskazywał — według badanych ekspertów — na cięższy przypadek, gdy pacjentem była kobieta. Wyniki te pozwalają twierdzić, że oczekiwania związane z płcią pacjenta znacząco wpływają na ocenę specjalistów (Wallen, Waitzkin, Stoecle 1979, s. 135–146). Można więc postawić tezę, iż kategorie zdrowia psychicznego i chorób / zaburzeń psychicznych nie istnieją w sposób niezależny od kultury i struktury społecznej. Są natomiast w istotny sposób powiązane z wyznacznikami położenia społecznego — płcią, klasą społeczną czy etnicznością.

Powiązania między kategoriami gender i zdrowia psychicznego dotyczą nie tylko ich treści, lecz także funkcji. Harriet Bradley (2008, s. 17) stawia tezę, iż „kobiecość” i „męskość” to historycznie ukształtowana dychotomia służąca kategoryzowaniu świata społecznego. Podobne założenie można przyjąć w odniesieniu do kategorii zdrowia i choroby psychicznej. Myślenie w kategoriach dualistycznych jest zakorzenione w zachodniej kulturze i pozwala tworzyć uproszczoną wizję rzeczywistości, w tym człowieka i jego zachowań. Jednak zgodnie ze współczesną wiedzą ani płeć, ani zdrowie psychiczne nie mogą być ujmowane w kategoriach zero-jedynkowych. Kobiecość i męskość to nie jedyne warianty płci (i to zarówno w znaczeniu społeczno-kulturowym<sup>8</sup>, jak i biologicznym — obejmującym nie tylko komponent anatomiczny, lecz także neurohormonalny). Podobnie w refleksji nad zdrowiem psychicznym trudno utrzymać zero-jedynkową wizję zdrowia i choroby. Podejście, zgodnie z którym diagnozę zaburzenia stawia się na podstawie określonych kryteriów, które dana jednostka spełnia lub nie i w konsekwencji może zostać uznana za chorą albo zdrową, pozwala dokonywać jedynie formalnego różnicowania.

---

<sup>8</sup> Sandra Bem wskazuje na istnienie sześciu typów płci psychologicznej, a Judith Lorber wyróżnia czternaście typów tożsamości płciowych (Bem 1988, s. 435–438; Lorber 1994, s. 59).

Cechy uznawane za objawy chorób/zaburzeń psychicznych są bowiem stopniowalne<sup>9</sup>.

Koncepcje zdrowia psychicznego mają w wielu przypadkach charakter postulatywny. Przykład stanowi definicja WHO, zgodnie z którą: zdrowie psychiczne to stan, w którym jednostka może realizować swoje zdolności, potrafi radzić sobie z normalnym stresem życiowym, pracować w sposób twórczy i produktywny i ma możliwość uczestniczenia w życiu swojej społeczności (zob. WHO 2001 i 2009)<sup>10</sup>. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że to, czy dana jednostka spełnia wyszczególnione kryteria zdrowia, zależy nie tylko od jej właściwości psychicznych, lecz także od zewnętrznych warunków społecznych, kulturowych, politycznych i ekonomicznych. Możliwości osiągnięcia zdrowia psychicznego są zatem uwarunkowane dostępem do szans życiowych, co w istotny sposób wiąże się z posiadaniem kapitału materialnego, społecznego i kulturowego, na przykład wobec realiów światowego kryzysu gospodarczego przedstawione kryteria zdrowia psychicznego dla rosnącej liczby jednostek mogą okazać się trudne do osiągnięcia (zob. WHO 2011b).

Jeśli uznać, że celem psychoterapii jest przywrócenie zdrowia psychicznego, to jedną z dróg prowadzących do rekonstrukcji wyobrażeń na temat zdrowia psychicznego w społeczeństwach zachodnich jest analiza celów terapeutycznych formułowanych na gruncie różnych koncepcji terapeutycznych i psychoprophylaktycznych. Jak wykazał E. Fuller Torrey (1981), wyobrażenia te pozostają w związku z funkcjonującymi w danym społeczeństwie systemami wartości oraz ich strukturalnymi (klasowymi) korelatami. Sposób pojmowania zdrowia psychicznego jest zatem zakorzeniony w wartościach uprzywilejowanych i dominujących kategorii społecznych, ze szczególnym uwzględnieniem przedstawicieli klasy średniej. Ram interpretacji społecznie konstruowanych wyobrażeń na temat zdrowia psychicznego dostarczają również współczesne teorie socjologiczne. Na przykład zgodnie z koncepcją Ronalda Ingleharta — zdrowie psychiczne w rozumieniu WHO można uznać za wartość post-materialistyczną. Wartości należące do tej grupy są obiektem działań przedstawicieli względnie uprzywilejowanych kategorii społecznych, które z racji trwałego zaspokojenia podstawowych potrzeb materialnych mogą skoncentrować się na realizacji tzw. celów wyższych (Inglehart 2000, 2005; Ziółkowski 2000).

---

<sup>9</sup> Na przykład każdą jednostkę można umieścić na kontinuum zróżnicowanych wymiarów charakteryzujących stan psychiczny (np. lęku, depresyjności, impulsywności itd.). O zakwalifikowaniu do kategorii „zdrowych” bądź „chorych”/„zaburzonych” decyduje stopień natężenia danej cechy oraz jej powiązanie z innymi cechami mającymi wpływ na funkcjonowanie jednostki.

<sup>10</sup> Jest to tzw. pozytywna definicja zdrowia stanowiąca alternatywę wobec koncepcji negatywnej, zgodnie z którą zdrowie traktowane jest jako brak objawów chorobowych. Równocześnie WHO opracowała system klasyfikacji chorób i zaburzeń ICD-10, w którym zdrowie jest traktowane w kategoriach braku objawów, mamy więc do czynienia z niespójnością przekazu płynącego od tego samego nadawcy.



Postulatywność i zakorzenienie w systemach wartości reprezentantów poszczególnych warstw i środowisk społecznych stanowią również cechy wielu koncepcji płci społeczno-kulturowej. Opis, czym jest gender w danej kulturze, w wysokim stopniu jest skontaminowany z wypowiedziami na temat pożądaných wariantów płci społeczno-kulturowej i szerzej — preferowanych wizji łańdów normatywnych. Owa kontaminacja widoczna jest w koncepcjach znacznie różniących się między sobą — zarówno w tradycyjnych, konserwatywnych koncepcjach ról płciowych, których przykład stanowi teoria przywództwa instrumentalnego (męskiego) i ekspresywnego (kobiecego) Talcotta Parsonsa, jak i w koncepcji androginii psychicznej Sandry Bem (1988) oraz w zróżnicowanych podejściach feministycznych. Te ostatnie pozwalają również dostrzec zróżnicowanie koncepcji gender w zależności od klasowego i etnicznego kontekstu powstania owych koncepcji (odmienne koncepcje płci społeczno-kulturowej oraz tożsamości powstawały między innymi na gruncie feminizmu liberalnego, radykalnego, socjalistycznego i czarnego).

Judith Butler analizuje powiązania między opisowym a normatywnym podejściem do płci społeczno-kulturowej. Większość jej założeń odnieść można również do kategorii zdrowia psychicznego i chorób / zaburzeń psychicznych:

„[...] już samo pytanie o to, co można uznać za *kulturową płeć* [oraz — analogicznie — za przejawy zdrowia lub chorób/zaburzeń psychicznych — M.F.S.], jest pytaniem świadczącym o subtelnym normatywnym sposobie funkcjonowania władzy, wraz z opisem tego, *co ma już miejsce*, ukradkiem zapada decyzja o tym, jak sprawy będą się miały w przyszłości. Widać z tego, że opis sfery kulturowej płci [oraz zdrowia psychicznego — M.F.S.] [...] nie jest możliwy do oddzielenia od kwestii jej normatywnego funkcjonowania” (Butler 2008, s. 26–27).

Wypowiedzi dotyczące płci oraz zdrowia psychicznego mają zatem status performatywów odnoszących się do relacji wiedzy i władzy.

W świetle dotychczasowych ustaleń można postawić tezę o szczególnie łatwym przenikaniu się wiedzy o faktach z opiniami<sup>11</sup> na temat zdrowia psychicznego oraz płci społeczno-kulturowej. Mechanizm ten można zauważyć w dyskursie zarówno wiedzy potocznej, jak i eksperckiej. Próba wyjaśnienia tego stanu rzeczy sprowadza się do dostrzeżenia powiązań kategorii płci społeczno-kulturowej oraz zdrowia i chorób/zaburzeń psychicznych z konkretnymi doświadczeniami jednostek żyjących w danym społeczeństwie. Bradley (2008, s. 17) stawia tezę, że płeć jest elementem „żywego doświadczenia”. Jest zatem „rzeczywista”, mimo że stanowi konstrukt społeczny. Podobne znaczenie mają kategorie zdrowia i choroby psychicznej. Jednostki doświadczają swojej płci oraz zdrowia lub choroby w codziennej egzystencji (Frąckowiak-Sochańska

<sup>11</sup> Pojęcie opinii oznacza w tym kontekście interpretacje faktów z określonej perspektywy aksjologicznej.

2011, s. 395). Omawiane kategorie wywierają wpływ na społeczne postrzeganie, zakres szans życiowych, charakter relacji społecznych oraz związane z nimi proces kształtowania się obrazu własnej osoby. W stosunku do kategorii oddziałujących w tak głęboki sposób na życie jednostek zachowanie neutralności i postawy wolnej od wartościowania może być szczególnie trudne (jeśli w ogóle jest możliwe).

#### KATEGORIE PSYCHIATRYCZNE JAKO WZORCE HIPERKONFORMIZMU WOBEC TRADYCYJNYCH SCHEMATÓW PŁCI SPOŁECZNO-KULTUROWEJ

Przejdę teraz do egzemplifikacji mechanizmów scharakteryzowanych już na ogólnym poziomie. Powiązania między kategoriami płci społeczno-kulturowej oraz zdrowia psychicznego i chorób/zaburzeń psychicznych są widoczne zarówno w świetle międzynarodowych ilościowych danych epidemiologicznych<sup>12</sup>, jak i w jakościowych obserwacjach klinicznych. Poszczególne zaburzenia psychiczne są znacząco częściej diagnozowane u kobiet bądź u mężczyzn. Ponadto istnieją różnice w obrazie klinicznym niektórych zaburzeń psychicznych (np. depresji czy uzależnień) w zależności od płci pacjentów (Gove 1984; Nolen-Hoeksema 1987; PARPA 1997; Brannon 2002; Curran, Renzetti 2008, s. 507–579; Real 2009; Frąckowiak-Sochańska 2010, 2011a, 2011b, 2012; Rogers, Pilgrim 2010, s. 68–87).

Jednostki chorobowe diagnozowane znacząco częściej u kobiet niż u mężczyzn zawierają w obrazie klinicznym wzory zachowań, przekonań oraz reakcji emocjonalnych wykazujące znaczącą spójność z tradycyjnymi schematami kobiecości. Do objawów zaburzeń depresyjnych<sup>13</sup>, których rozpowszechnienie wśród kobiet jest dwa do trzech razy większe niż wśród mężczyzn (WHO 2011a) należą: smutek, lęk, utrata zainteresowań i bierność, niemożność przeżywania przyjemności, poczucie bezsilności i bezradności (Seligman, Walker, Rosenhan 2003, s. 272–273; Cierpiałkowska 2007, s. 244–245). Objawy te odzwierciedlają takie elementy tradycyjnych schematów kobiecości, jak: większe społeczne przyzwolenie na jawne wyrażanie smutku oraz mniej-

---

<sup>12</sup> Międzynarodowe dane epidemiologiczne pochodzą w większości z krajów, w których psychiatria jako dziedzina medycyny ma relatywnie wysoką pozycję. Są to przede wszystkim kraje zachodnie lub silnie zwesternizowane, posiadające rozwinięty system instytucji psychiatrycznych prowadzących własne statystyki. Także systemy klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych (ICD-10 i DSM-IV), choć są uznawane za międzynarodowe narzędzia diagnostyczne, powinny być rozpatrywane w odniesieniu do wartości i schematów kulturowych charakterystycznych dla społeczeństw zachodnich. Krytyczna analiza wykazała bowiem, że odzwierciedlają one przede wszystkim schematy kulturowe (w tym między innymi schematy ról płciowych) ukształtowane w tradycji zachodniej (Brannon 2011 s. 375–381; Frąckowiak-Sochańska 2011a, s. 404).

<sup>13</sup> Termin „zaburzenia depresyjne” obejmuje tzw. wielką depresję oraz dystymię. Pomiedzy tymi zaburzeniami istnieje różnica stopnia nasilenia objawów. Objawy dystymii są łagodniejsze i sprawiają wrażenie cech osobowości. Jest to przewlekły stan, który może trwać przez wiele lat i sprawia wrażenie trwałych cech osobowości (Cierpiałkowska 2007, s. 246).

Tabela 1

Zaburzenia psychiczne uwzględniane w klasyfikacjach psychiatrycznych ICD-10 i DSM-IV a płeć

Zaburzenie	Płeć osób stanowiących większość wśród pacjentów z danym rozpoznaniem
Depresja (zaburzenia depresyjne)	kobiety
Zaburzenia lękowe	kobiety
Anoreksja	kobiety
Bulimia	kobiety
Symbiotyczne zaburzenie osobowości (osobowość zależna)	kobiety
Zaburzenie osobowości lękliwej (osobowość unikająca)	kobiety
Osobowość chwiejna (osobowość <i>borderline</i> )	kobiety
Histrioniczne zaburzenie osobowości	kobiety
Schizoidalne zaburzenie osobowości	mężczyźni
Obsesyjno-kompulsywne zaburzenie osobowości	mężczyźni
Paranoiczne zaburzenie osobowości	mężczyźni
Narcystyczne zaburzenie osobowości	mężczyźni
Osobowość antyspołeczna	mężczyźni
Zespoły uzależnień od substancji psychoaktywnych	mężczyźni

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Seligman, Walker, Rosenhan 2003; APA 2000; Klasyfikacja... 2000; Cierpiatkowska 2007; WHO 2011a.

sze społeczne przyzwolenie na otwarte manifestowanie złości, co może prowadzić do maskowania frustracji objawami smutku (depresji). Ponadto istnieje hipoteza łącząca kobiecą depresję z przyswajaniem w procesie socjalizacji wzorcem reagowania w sytuacjach trudnych (stresogennych) — poprzez ruminację. Intensywne przeżywanie i szczegółowe analizowanie uczuć i ich uwarunkowań sytuacyjnych przyczynia się do wzmacniania i podtrzymywania stanów afektywnych, w których dominuje smutek i lęk. Podwyższone ryzyko depresji u kobiet jest również traktowane jako efekt stylu życia związanego z niesprawowaniem władzy i/lub nadmiernym obciążeniem rolami oraz z zagrożeniem szczególnie traumatyzującą przemocą (ze strony bliskich osób) (Nolen-Hoeksema 1990; Frąckowiak-Sochańska 2010, s. 165–166). Smutek, będący kluczowym objawem depresji, stanowi automatyczną, emocjonalną reakcję na doświadczaną bądź antycypowaną stratę. Można założyć, że doświadczenie szeroko rozumianej straty jest udziałem zarówno kobiet, jak i mężczyzn, czy zatem kryteria diagnostyczne depresji nie powinny zostać poszerzone o schematy reagowania na doświadczenie straty tradycyjnie konotowane jako męskie. Obejmują one: irytację, złość oraz zachowania impulsywne (Nolen-Hoeksema 1987, s. 101; Frąckowiak-Sochańska 2010, s. 167; Real 2009). W pracy nad nowymi wersjami systemów ICD i DSM wątek ten nie został jednak podjęty.

Z podobnymi mechanizmami mamy do czynienia z przypadkiem zaburzeń lękowych oraz lękowego zaburzenia osobowości<sup>14</sup>. Depresja i zaburzenia lękowe są najczęściej współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi. Proporcja kobiet i mężczyzn z rozpoznaniem zaburzeń lękowych jest zbliżona do proporcji kobiet i mężczyzn otrzymujących rozpoznania depresji. Kobiety dominują wśród osób z rozpoznaniem agorafobii, napadów paniki, zaburzeń lękowych pod postacią somatyczną oraz zaburzeń stresu pourazowego (WHO 2011a). Interpretując te dane należy pamiętać, że według tradycyjnych schematów kobiecości i męskości istnieje większe przyzwolenie na otwartą manifestację lęku przez kobiety, a odczuwanie i wyrażanie lęku przez mężczyzn jest kojarzone ze słabością.

Kolejną grupę dolegliwości odzwierciedlających tradycyjne schematy kobiecości stanowią zaburzenia odżywiania. Wśród osób z rozpoznaniem anoreksji 70–95% to kobiety, a w przypadku bulimii ich odsetek zbliża się do górnej granicy tego przedziału (Józefik 1999, s. 26; Seligman, Walker, Rosenhan 2003, s. 363). Kluczowym objawem anoreksji jest drobiazgowa samokontrola, także w innych obszarach niż kontrolowanie wagi i ilości spożywanego pokarmu. Najistotniejsze z tych obszarów to emocjonalność i seksualność — sfery tradycyjnie konotowane jako kobiece. Według Susan Bordo (1993), brak kontroli nad emocjami i impulsami seksualnymi stwarza zagrożenie dla porządku panującego w sferze publicznej, do której dostęp zyskały kobiety aktywnie zawodowo i politycznie. Ponadto współczesny ideał urody kobiecej zawiera negację cech związanych z kobiecością tradycyjną i macierzyństwem. W tym kontekście kluczowe dla anoreksji wzorce samodyscypliny i samokontroli są ściśle powiązane z wkroczeniem kobiet do świata zarezerwowanego wcześniej dla mężczyzn, a wizerunki przesadnie szczupłego ciała — z odchodzeniem od tradycyjnych aspektów ról kobiecych. Teorie wyjaśniające etiologię anoreksji i bulimii formułowane w obrębie studiów nad rodziną kładą nacisk na doświadczenia związane z ograniczaniem autonomii dorastających dziewcząt i młodych kobiet w ramach systemu rodzinnego. W przypadku anoreksji nadmiar zewnętrznej kontroli skutkuje przyswojeniem przez jednostkę wzorców drobiazgowej kontroli i małej spontaniczności. W przypadku bulimii zaś — zewnętrzna kontrola nad jednostką skutkuje brakiem wytworzenia wewnętrznych mechanizmów kontrolnych. Większa zachorowalność kobiet na bulimię i anoreksję wiąże się

---

<sup>14</sup> Zaburzenia lękowe to ogólna kategoria obejmująca takie jednostki chorobowe, których elementem jest niewspółmierny do realnego zagrożenia lęk i unikanie sytuacji wzbudzających niepokój (Seligman, Rosenhan, Walker 2003, s. 184–185; Cierpiałkowska 2007, s. 345–348). Osoby z rozpoznaniem zaburzenia osobowości lękliwej wykazują powściągliwość w kontaktach intymnych z powodu lęku przez zawstydzeniem lub wyśmianiem, są zaabsorbowane myślami o krytyce lub odrzuceniu w sytuacjach społecznych, przejawiają wiele zahamowań w nowych sytuacjach interpersonalnych. Powodem wyżej wymienionych trudności jest postrzeganie siebie jako osoby z jakiegokolwiek powodu gorszej od innych (Seligman, Rosenhan, Walker 2003, s. 437; Cierpiałkowska 2007, s. 315).

zatem z powszechnymi w wielu kulturach wzorami silniejszej kontroli rodzicielskiej nad córkami oraz normami wikłającymi kobiety w silniejsze relacje emocjonalnej zależności od pozostałych członków rodziny (Frąckowiak-Sochańska 2010, s. 173, 2011a, s. 398, 2013, s. 725). Można stwierdzić zatem, że zaburzenia jedzenia stanowią przykład przenikania się tradycyjnych i pozatradycyjnych schematów ról kobiecych.

Normy utrudniające kobietom osiągnięcie autonomii znajdują odzwierciedlenie również w obrazie klinicznym zaburzeń osobowości zależnej (symbiotycznej). Należą do nich: znaczne trudności w autonomicznym funkcjonowaniu, wyrażaniu własnego zdania i własnych potrzeb, nadmierna potrzeba doznawania opieki ze strony innych, przesadna uległość, przeżywanie silnych lęków separacyjnych, bezradność wobec konieczności zatroszczenia się o siebie i postrzeganie siebie jako kogoś niekompetentnego i bezsilnego (Seligman, Walker, Rosenhan 2007, s. 438; Cierpiałkowska 2007, s. 315). Taki wzorzec funkcjonowania upośledza aktywność w wielu sferach życia, w tym między innymi funkcjonowanie zawodowe. Kryteria diagnostyczne zaburzenia osobowości zależnej odzwierciedlają cechy kulturowo przypisywane kobietom, spośród których najistotniejsze znaczenie ma traktowanie bliskich relacji interpersonalnych jako wartości najistotniejszej. Badanie systemów wartości kobiet polskich pokazało, że relacje interpersonalne są nie tylko priorytetem życiowym Polek, lecz także punktem odniesienia podczas określania pozostałych wartości (Frąckowiak-Sochańska 2009, s. 136–141)<sup>15</sup>. Wyniki te są spójne z tezą Mirosławy Marody i Anny Gizy-Poleszczuk (2000, s. 52–53) o dominacji w polskiej kulturze antyindywidualistycznych, socjocentrycznych wzorów ról kobiecych.

Do objawów zaburzeń osobowości chwiejnej (*borderline*) należy niestabilność wielu aspektów codziennego funkcjonowania, między innymi związków międzyludzkich, zachowania, nastroju i wizerunków Ja. Osoby z rozpoznaniem zaburzenia osobowości typu *borderline* oscylują między depresją, niepokojem i gniewem. Wykazują skłonność do samookaleczeń, nadużywania substancji psychoaktywnych, ryzykownych zachowań seksualnych, tworzenia intensywnych, ambiwalentnych związków. Kryteria tego typu zaburzeń obejmują także uporczywe wysiłki mające na celu uniknięcie rzeczywistego lub wyobrażonego porzucenia oraz impulsywność w co najmniej dwóch obszarach (np.

---

<sup>15</sup> Znamienna wydaje się tu następująca wypowiedź jednej z respondentek wskazująca na uzależnienie odczuwania życiowej satysfakcji oraz przyjemności od relacji z ludźmi: „[Pytanie: Co Pani sprawia przyjemność?] Przede wszystkim kontakt z ludźmi. Można robić wiele rzeczy, zwiedzać różne rejony świata itd., ale jeżeli nie dzieli się tego z właściwymi osobami, które są nam bliskie, to nie ma to wszystko, co robimy, większego znaczenia, jeżeli nie mamy się z kim tymi wrażeniami dzielić — nie sprawia to aż takiej satysfakcji”. Cytowana wypowiedź pochodzi z wywiadu pogłębionego z jedną z dwudziestu kobiet. Badania przeprowadzone za pomocą tej techniki miały funkcję egzemplifikacyjną w stosunku do badań ilościowych przeprowadzonych na reprezentatywnej, losowej ogólnopolskiej próbie dorosłych kobiet (N = 498) oraz próbie kwotowej (N = 285) dorosłych mieszkanek Poznania (Frąckowiak-Sochańska 2009, s. 141).

wydatków, aktywności seksualnej, zażywania substancji psychoaktywnych, nieostrożnej jazdy samochodem czy objadania się) (Seligman, Walker, Rosenhan 2007, s. 432–433; Cierpiałkowska 2007, s. 313). Powyższe objawy odzwierciedlają normy przyznające kobietom większe przyzwolenie na intensywne przeżywanie emocji i ich zewnętrzną, niekontrolowaną ekspresję oraz większą niż w przypadku mężczyzn zmienność stanów emocjonalnych. Gwałtowna emocjonalność mężczyzn zaś jest kojarzona głównie z ekspresją gniewu i złości oraz łamaniem norm społecznych. Zachowania tego rodzaju są kwalifikowane jako objawy antyspołecznego zaburzenia osobowości. Kulturowym korelatem lęku przed porzuceniem (kluczowego w obrazie klinicznym osobowości *borderline*) jest traktowanie relacji interpersonalnych jako najważniejszego obszaru funkcjonowania kobiet i najważniejszej życiowej wartości. W tym kontekście można postawić tezę o istnieniu wspólnej wiązki czynników kulturowych (norm, wzorów osobowych i wartości przekazywanych kobietom w procesie socjalizacji) odzwierciedlanych w objawach klinicznych różnych zaburzeń psychicznych, w których najistotniejsze problemy koncentrują się wokół trudności w autonomicznym funkcjonowaniu. Do zaburzeń tego rodzaju należą wszystkie omówione dotychczas jednostki chorobowe, a także zaburzenie osobowości histrionicznej, której zewnętrzne przejawy koncentrują się wokół specyficznie pojmowanej relacyjności i intymności.

Według klasyfikacji DSM-IV osoba otrzymująca rozpoznanie histrionicznego zaburzenia osobowości ma tendencję do nadmiernej ekspresji emocjonalnej i nieustannego poszukiwania uwagi, co przejawia się w nieadekwatnych do sytuacji uwodzących lub prowokujących seksualnie zachowaniach oraz stałym korzystaniu ze swego wyglądu zewnętrznego w celu zwrócenia na siebie uwagi. Ponadto zachowuje się w sposób teatralny, jest podatna na sugestie innych osób oraz uważa swoje związki z innymi za bardziej intymne niż wskazują na to obiektywne przesłanki (Seligman, Walker, Rosenhan 2003, s. 427–429; Cierpiałkowska 2007, s. 314). Objawy te odzwierciedlają takie elementy społecznie konstruowanych wzorców kobiecości jak: koncentracja na cielesności oraz ekspresywność emocjonalna. Punktem odniesienia również w tym przypadku jest wzorzec ekspozycji kobiecej seksualności, który można traktować jako kulturowo zaprogramowaną strategię osiągnięcia różnorodnych zasobów (pozyskiwania uwagi, oddźwięku społecznego, zdobywania pozycji i dostępu do pożądanego dóbr).

Do objawów schizoidalnego zaburzenia osobowości (diagnozowanego częściej u mężczyzn niż u kobiet) należy stały wzorzec wycofywania się z relacji społecznych oraz słabej ekspresji emocji w sytuacjach interpersonalnych. Osoby z tym rozpoznaniem zachowują dystans i sprawiają wrażenie chłodnych emocjonalnie, mają ograniczoną zdolność do wyrażania zarówno pozytywnych, jak i negatywnych emocji (co nie oznacza, że ich w ogóle nie przeżywają). Ponadto można u nich zaobserwować upośledzenie zdolności tworzenia związków społecznych, co wiąże się z deficytami w zakresie umiejętności społecznych

oraz skrajną introwersją. Pozostałe kryteria diagnostyczne schizoidalnego zaburzenia osobowości to: brak zaangażowania społecznego oraz obojętność na pochwały, krytykę i emocje innych osób (Seligman, Walker, Rosenhan 2003, s. 407; Cierpiałkowska 2007, s. 312–313). Wykaz objawów schizoidalnego zaburzenia osobowości odzwierciedla tradycyjne oczekiwania wobec mężczyzn, związane z powściągliwością w przeżywaniu emocji oraz małą ekspresywnością emocjonalną. Istotne znaczenie ma również wzorzec odcinania się od silnych emocji pojawiających się w sytuacji urazogennej (związanej ze stratą lub zagrożeniem).

Objawy paranoicznego zaburzenia osobowości koncentrują się wokół braku zaufania oraz podejrzliwości wobec innych ludzi (Seligman, Walker, Rosenhan 2003, s. 409; Cierpiałkowska 2007, s. 312). Teorie wyjaśniające mechanizm tego zaburzenia kładą nacisk na projekcję i eksternalizację lęku, czyli doszukiwanie się w neutralnych sytuacjach społecznych sygnałów świadczących o rzekomym złym traktowaniu oraz ukrytych, wrogich motywach innych ludzi (Frąckowiak-Sochańska 2012, s. 176). Pozostałe objawy paranoicznego zaburzenia osobowości to nadwrażliwość, częste inicjowanie konfliktów, obwinianie innych (realnych lub wyobrażonych) za własne trudności życiowe oraz nieprzejmowanie odpowiedzialności za niepowodzenia (Seligman, Walker, Rosenhan 2003, s. 409; Cierpiałkowska 2007, s. 312). Do tradycyjnych schematów męskości znajdujących wyraz w kryteriach diagnostycznych paranoicznego zaburzenia osobowości należy wzorzec ograniczający możliwość otwartego manifestowania lęku przez mężczyzn. Lęk wywoływany przez rozmaite czynniki jest w tym przypadku racjonalizowany przez odniesienie do rzekomego zewnętrznego zagrożenia („wroga”). Istotne znaczenie mają również wzorce reagowania emocjonalnego łączące przeżywanie lęku z wrogością w stosunku do innych.

Obsesyjno-kompulsywne zaburzenie osobowości charakteryzuje się trwałym, sztywnym i przesadnym wzorcem dążenia do doskonałości. Osoby z tym rozpoznaniem wymagają perfekcji od siebie i innych oraz rzadko przejawiają zadowolenie z własnych osiągnięć. Pracę i skuteczność cenią wyżej niż przyjemności i kontakty międzyludzkie. Przywiązują dużą wagę do szczegółów i procedur. Mają trudności z wyrażaniem emocji i przez innych są postrzegane jako formalisci, moralisci, osoby przesadnie sumienne i sztywne (Seligman, Walker, Rosenhan 2003, s. 439–440; Cierpiałkowska 2007, s. 314). Elementy schematów męskości wykazujących podobieństwo do objawów obsesyjno-kompulsywnego zaburzenia osobowości są związane z brakiem przyzwolenia na spontaniczną emocjonalność, w tym na otwartą ekspresję lęku. Teorie wyjaśniające mechanizm osiowy tego zaburzenia kładą nacisk na poszukiwanie bezpieczeństwa (łagodzenie lęku) przez sprawowanie drobiazgowej kontroli nad sobą oraz otoczeniem (Frąckowiak-Sochańska 2012, s. 176).

Do objawów narcystycznego zaburzenia osobowości należy przesadnie wygórowana samoocena i brak odczuć empatycznych. Towarzyszy temu zaab-

sorbowanie własną osobą w fantazjach na temat nieograniczonego sukcesu, siły i (lub) urody oraz kompulsywna potrzeba bycia podziwianym. Związki tworzone przez osoby o narcystycznej strukturze osobowości cechuje oscylowanie między nadmierną idealizacją a skrajnym niedowartościowaniem drugiej osoby (Seligman, Walker, Rosenhan 2003, s. 430; Cierpiałkowska 2007, s. 315–316). Wiele teorii wyjaśniających mechanizm narcystycznego zaburzenia osobowości koncentruje się na kompensacyjnej funkcji objawów wobec niestabilnego poczucia własnej wartości oraz głęboko zakorzenionego lęku przed porażką (Cantelmi, Orlando 2007). W kontekście tezy, że rys narcystyczny wyznacza najpowszechniejszą strukturę osobowości w społeczeństwie późnej nowoczesności (Lasch 2002), należy zwrócić uwagę na powiązania tego zaburzenia z tradycyjnymi schematami kobiecości i męskości (i potencjalne różnice w jego manifestowaniu się u kobiet i mężczyzn). Kulturowy przymus bycia „kimś wyjątkowym” może być realizowany poprzez dążenie do zajmowania wysokich pozycji i zdobywania prestiżu bądź poprzez relacje interpersonalne z „wyjątkowymi osobami” i przynależność do grup posiadających status i/lub wizerunek „wyjątkowych”. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z tradycyjnie męskim schematem dążności do osiągnięć, w drugim — z tradycyjnym schematem kobiecej orientacji na relacje interpersonalne i powiązaniem narcystycznej struktury osobowości ze strukturą symbiotyczną.

Objawy antyspołecznego zaburzenia osobowości obejmują: nawykowe posługiwanie się kłamstwem, wczesne i agresywne zachowania seksualne, destrukcyjność, wandalizm, kradzieże, chroniczne łamanie norm społecznych w wielu kontekstach (w domu, szkole, pracy itd.). Zachowania te mają długotrwały charakter i wczesny początek (można je zaobserwować przed piętnastym rokiem życia). Ponadto sposób funkcjonowania osoby otrzymującej diagnozę antyspołecznego zaburzenia osobowości wyznaczają takie cechy jak: impulsywność i niezdolność planowania, skłonność do rozdrażnienia i zgeneralizowanej agresji, brak troski o bezpieczeństwo własne oraz innych osób, nieodpowiedzialność oraz brak poczucia winy przejawiający się obojętnością lub racjonalizacją krzywdy wyrządzonej innym osobom (Seligman, Walker, Rosenhan 2003, s. 412; Cierpiałkowska 2007, s. 313). Należy zwrócić uwagę na większe przyzwolenie na otwarcie wyrażaną agresję w przypadku mężczyzn oraz obecne w kulturze popularnej wzorce niekontrolowanej męskiej agresji — obejmujące między innymi przemoc fizyczną i seksualną.

Mężczyźni otrzymują rozpoznanie uzależnienia (od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych) dwa do trzech razy częściej niż kobiety (WHO 2011). Dane te można interpretować w kategoriach konsekwencji tradycyjnego usytuowania mężczyzn w sferze publicznej w postaci wzorców męskiego „picia społecznego” i „ekscesywnego”, które szybko stają się widoczne dla otoczenia. Symboliczne usytuowanie kobiet w sferze prywatnej przyczyniło się do ukształtowania wzorca „kobiecego picia w domu”, przez co problem



uzależnień kobiet długo pozostawał niewidoczny<sup>16</sup>. Kluczowym objawem uzależnienia jest utrata kontroli nad przyjmowaniem substancji psychoaktywnej (lub w przypadku uzależnień niesubstancjalnych — nad specyficzną formą aktywności), która pierwotnie pozwala łagodzić objawy napięcia psychicznego i wydaje się rozwiązaniem subiektywnie racjonalnym wobec braku społecznego przyzwolenia na ekspresję emocji (np. smutku czy lęku). Ponadto istotne znaczenie ma schemat związany z budowaniem relacji zaufania i przyjaźni między mężczyznami, którego elementem jest wspólne picie alkoholu. Z badań wynika również, że nadużywanie alkoholu wchodzi w skład schematu „hipermęskości”. W dwóch niezależnych badaniach stwierdzono bowiem, że wśród mężczyzn, którzy przesadnie eksponują swoją męskość definiowaną w kategoriach schematu *macho*, uzależnienie od alkoholu bądź narkotyków występuje częściej niż u innych (Mosher, Sirkin 1984; Curran, Renzetti 2008, s. 558; Frąckowiak-Sochańska 2010, s. 176, 2011b, s. 33).

Analizując obraz kliniczny wyżej wymienionych zaburzeń z perspektywy płci społeczno-kulturowej można postawić tezę, że ich symptomy (kryteria diagnostyczne) odzwierciedlają zniekształcone i przerysowane elementy tradycyjnych konstruktów kobiecości i męskości wytworzonych w kulturze zachodniej (Gove 1984; Nolen-Hoeksema 1987; Culberston 1997). Tradycyjne schematy kobiecości konstytuują: emocjonalność, zależność, koncentracja na relacjach interpersonalnych, otwarcie wyrażana lękliwość, ograniczona ekspresja złości i agresji oraz koncentracja na ciele, seksualności i normatywnych standardach urody. W skład tradycyjnie i stereotypowo pojmowanej męskości wchodzi natomiast takie atrybuty jak: powściągliwość emocjonalna (zwłaszcza w zakresie świadomego przeżywania oraz wyrażania lęku i smutku), zdystansowana postawa wobec świata i ludzi, antyintracepcja<sup>17</sup>, aktywność ukierunkowana na zadanie, asertywność oraz agresja (Frąckowiak-Sochańska 2010, s. 161, 2011, s. 396). Według Phylis Chesler (2005), podstawą kwalifikowania zachowań jako symptomów zaburzeń psychicznych jest nadmierne bądź niewystarczające przystosowanie do kulturowych wymogów związanych z płcią. Granice między społecznym przystosowaniem, nonkonformizmem a stanem określanym mianem choroby bądź zaburzenia psychicznego są zatem nieoczywiste i nieostre (Frąckowiak-Sochańska 2010, s. 163, 2011a, s. 396).

Związki między zachorowalnością na określone jednostki chorobowe uwzględniane w systemach klasyfikacyjnych ICD-10 i DSM-IV a płcią są różne, lecz nie mają charakteru zależności bezwzględnych. Fakt, iż dane za-

---

<sup>16</sup> Według Thorsteina Veblena brak społecznego przyzwolenia na otwartą konsumpcję alkoholu przez kobiety (podobnie jak inne ograniczenia, jakim poddawano kobiety) był sposobem eksponowania przez mężczyzn wyższego statusu (zob. Renzetti, Curran 2008, s. 558).

<sup>17</sup> Antyintracepcja stanowi jeden z wymiarów skali F opracowanej przez Theodora Adorno do badania osobowości autorytarnej. Jest to „niechęć wobec wszystkiego, co subiektywne, wyobrażone i miękkie” (Koralewicz 1987, s. 126).

burzenie jest częściej diagnozowane wśród kobiet, nie oznacza, że nie występuje ono u mężczyzn, i odwrotnie. Przemiany schematów ról płciowych (ich uelastycznienie bądź unifikacja) na poziomie określonych wzorów kultury, praktyk życia codziennego oraz indywidualnych doświadczeń powodują, że jednostki mogą reagować na doświadczenia stresogenne zgodnie bądź niezgodnie z tradycyjnymi schematami zachowań oczekiwanych od przedstawicieli własnej płci (Frąckowiak-Sochańska 2012, s. 179, 2013, s. 737). Tutaj koncentruję się jednak na analizie trendu dominującego. W świetle dotychczasowych ustaleń można przyjąć, że kultura (wraz z będącymi jej składową normami płci społeczno-kulturowej) pełni funkcję moderatora zdrowia psychicznego. Osoby przeżywające obciążenie psychiczne (doświadczające urazu lub chronicznego stresu<sup>18</sup>) mogą reagować w zróżnicowany sposób, jednak znacząca ich liczba reaguje zgodnie z kulturowymi, tradycyjnymi schematami ról płciowych. Zaprezentowane dane skłaniają do postawienia pytania, dlaczego jednostki doświadczające różnego rodzaju zaburzeń psychicznych (o mniejszym lub większym natężeniu) tak często reagują zgodnie z tradycyjnymi schematami kobiecości i męskości, gdy tymczasem współczesne wzory ról płciowych uległy znacznemu uelastycznieniu w wielu sferach życia.

#### KONKLUZJE — INTERPRETACYJNE RAMY PSYCHIATRII A CIĄGŁOŚĆ I ZMIANA SPOŁECZNEGO PORZĄDKU PŁCI

Współczesne społeczeństwo określane przez Anthony'ego Giddensa mianem społeczeństwa refleksyjnej nowoczesności stwarza możliwości krytycznej analizy, dekonstruowania, kwestionowania i przekształcania kategorii, które dawniej uznawano za niepodważalne, równocześnie konstytuując proces zmian społecznych.

Zmiana społeczno-kulturowych schematów płci oraz konstruktów zdrowia psychicznego i chorób/zaburzeń psychicznych jest procesem długotrwałym. Podobnie jak większość zmian kulturowych nie ma charakteru prostej zmiany liniowej, lecz następuje w zróżnicowanym tempie, według różnorodnych trajektorii, na wielu poziomach. Pojawienie się nowych wzorów nie oznacza automatycznego zanikania starych, tradycyjnych schematów (które istnieją w dalszym ciągu mimo dezaktualizacji warunków ich powstania). Schematy wywodzące się z różnych historycznie porządków kulturowych współwystępują we współczesnym społeczeństwie — tworząc swoistą mozaikę i synchronicznie oddziałując na świadomość jednostek. Składa się to na szerszy trend kulturowy, określane mianem „różnorodności teraźniejszości” (zob. Ziółkowski 1997, 2000), który przejawia się między innymi w ten sposób, że w społeczeń-

---

<sup>18</sup> Nie musi to być stres o natężeniu ekstremalnym. Wystarczy codzienny stres związany z przeciążeniem informacyjnym i przeciętnym tempem życia.

stwie w jednym czasie funkcjonują tradycyjne i pozatradycyjne wyobrażenia i reprezentacje płci społeczno-kulturowej.

Życie we współczesnym społeczeństwie w dużym stopniu wymaga elastyczności w stosowaniu się do wzorów zachowań kobiecych i męskich. Sztywne, spolaryzowane reakcje okazują się dezadaptacyjne. Można wobec tego postawić hipotezę, iż mamy do czynienia z przesunięciem tradycyjnych schematów ról płciowych do swoistej enklawy. Proces ten może przebiegać na wiele sposobów. Jeden z nich sprowadza się do uznania zachowań ekstremalnie zgodnych z tradycyjnymi konstruktami płci społeczno-kulturowej za objawy choroby czy zaburzenia psychicznego. Można też świadomie realizować tradycyjne wzory i uznawać je za istotną wartość mimo przemian społecznych sprawiających, że społeczeństwo promuje już inne wartości, bądź też zachowywać jedynie fasadę wzorów tradycyjnych.

Pojawia się pytanie, w jaki sposób ustanawiane są społeczne ramy interpretacji pozwalające ujmować określone zachowania w kategoriach objawów chorób i zaburzeń psychicznych oraz jaką funkcję owe ramy pełnią. Przyjęcie założenia, że określone zachowania stanowią objawy choroby bądź zaburzenia psychicznego powoduje, że stają się one zrozumiałe, co nie byłoby możliwe poza ramami interpretacyjnymi psychiatrii. Ponadto zastosowanie tych ram interpretacji pozwala na zachowanie *status quo* — zarówno na poziomie zachowań jednostki, jak i wzorów kultury (wraz z wszystkimi sprzecznościami). Jeżeli zachowanie jednostki zostanie uznane za symptom choroby czy zaburzenia psychicznego, to wywołane przez nie zakłócenie porządku społecznego zostaje wzięte w nawias. Jednostka uznana za „chorą psychicznie” nie musi korygować swojego sposobu działania, gdyż w zakresie znaczeniowym pojęcia choroby mieszczą się stany i objawy behawioralne znajdujące się poza świadomą kontrolą. Osoba mająca status chorej psychicznie może poddać się terapii, która wcale nie musi przynieść rezultatów w postaci zmiany schematów zachowania. Również kultura nie podlega w tym przypadku modyfikacjom (np. tradycyjne wzory społeczno-funkcjonowania kobiet i mężczyzn nie stają się na powrót wzorami dominującymi).

Biorąc pod uwagę współlistnienie różnorodnych tendencji we współczesnej kulturze można postawić tezę, iż porządek społeczny („różnorodność teraźniejszości”) może trwać zachowując swoje niespójności dzięki stosowaniu ram interpretacji instytucjonalnej psychiatrii do wyjaśniania zjawisk wykraczających poza aktualnie dominujące elementy łańcuchów normatywnych. Teza ta ma charakter ogólny i może znajdować odniesienie do różnych wymiarów ładu społeczno-kulturowego, w tym między innymi do społecznego porządku płci.

#### BIBLIOGRAFIA

APA, 2000, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Association, Washington DC (wyd. 4, popr.).

- Bastide Roger, 1972, *Socjologia chorób psychicznych*, tłum. Maria Renata Pragłowska, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Beck Ulrich, Giddens Anthony, Lash Scott, 2009, *Modernizacja refleksyjna. Polityka, tradycja i estetyka w porządku społecznym nowoczesności*, tłum. Jacek Konieczny, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Bem Lipsitz Sandra, 1988, *Androgynia psychiczna a tożsamość płciowa*, w: Philip Zimbardo, Floyd Ruch, *Psychologia i życie*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Bordo Susan, 1993, *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture and the Body*, University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London.
- Bradley Harriet, 2008, *Płeć*, tłum. Ewa Chomicka, Sic!, Warszawa.
- Brannon Linda, 2002, *Psychologia rodzaju*, tłum. Magdalena Kacmajor, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Brannon Linda, 2011, *Gender: Psychological Perspectives*, Allyn and Bacon, Boston.
- Brodniak Włodzimierz, 2000, *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Butler Judith, 2008, *Uwikłani w płeć. Feminizm i polityka tożsamości*, tłum. Karolina Krasuska, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa.
- Cantelmi Tonino, Orlando Francesca, 2007, *Przekroczyć narcyzm*, tłum. Wiesława Anna Cichosz, Wydawnictwo Salwator, Kraków.
- Chesler Phylis, 2005, *Women and Madness: Revised and Updated*, Palgrave Macmillan, International Edition.
- Cierpiałkowska Lidia, 2007, *Psychopatologia*, Scholar, Warszawa.
- Culbertson Frances, 1997, *Depression and Gender: An International Review*, „American Psychologist”, t. 52, s. 25–31.
- Curran Daniel, Renzetti Claire, 2008, *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo*, tłum. Agnieszka Gromkowska-Melosik, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- EZOP-Polska, 2013, *Epidemiologia zaburzeń psychicznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Podsumowanie — Rozpowszechnienie, bariery i rekomendacje* (<http://www.ezop.edu.pl/05-Podsumowanie.pdf> [14.02.2014]).
- Foucault Michel, 1987, *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, tłum. Helena Kęszycka, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.
- Frąckowiak-Sochańska Monika 2009, *Preferencje ładów normatywnych w postawach kobiet wobec wartości w Polsce na przełomie XX i XXI wieku*, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań.
- Frąckowiak-Sochańska Monika, 2010, *Rodzinne i społeczno-kulturowe uwarunkowania zaburzeń psychicznych — analiza z perspektywy płci społeczno-kulturowej*, „Roczniki Socjologii Rodziny”, t. 20, s. 153–185.
- Frąckowiak-Sochańska Monika, 2011a, *Zdrowie psychiczne kobiet i mężczyzn. Płeć społeczno-kulturowa a kategorie zdrowia psychicznego i chorób psychicznych*, „Nowiny Lekarskie” nr 80/5, s. 394–408.
- Frąckowiak-Sochańska Monika, 2011b, *Mechanizmy oraz terapia uzależnień kobiet i mężczyzn. Analiza z perspektywy biopsychospołecznej*, „Wychowanie na co dzień” nr 10–11 (217–218), s. 32–38.
- Frąckowiak-Sochańska Monika, 2012, *Doświadczenie przemocy w rodzinie a zdrowie psychiczne kobiet i mężczyzn*, w: Bożena Zawadzka, Małgorzata Orłowska, Magdalena Gościniwicz (red.), *Przemoc a psychospołeczne aspekty zdrowia rodziny*, t. 1, Zakład Pracy Socjalnej i Promocji Zdrowia Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach – Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Kielcach, Kielce.
- Frąckowiak-Sochańska Monika, 2013, *Kobiety w pracy socjalnej zorientowanej na zdrowie psychiczne*, w: Anna Kotlarska-Michalska (red.), *Kobiety w pracy socjalnej*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.

- Giddens Anthony, 2001, *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, tłum. Alina Szulżycka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Gove Walter, 1984, *Gender Differences in Mental and Physical Illness: The Effects Of Fixed Roles and Nurturant Roles*, „Social Science and Medicine” t. 19(2), s. 77–84.
- Heitzman Janusz, Łoza Bartosz, Kosmowski Wojciech, 2011, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych — koncepcyjne założenia ICD-11*, „Psychiatria Polska”, t. 45, nr 6, s. 941–950.
- Horney Karen, 2002, *Neurotyczna osobowość naszych czasów*, tłum. Helena Grzegołowska, Rebis, Poznań.
- Hughes Diane, Galinsky Ellen, 1994, *Gender, Job and Family Conditions and Psychological Symptoms*, „Psychology of Women Quarterly” t. 18 (2), s. 251–270.
- Inglehart Ronald, 2000, *Globalization and Postmodern Values*, „The Washington Quarterly” t. 23(1), s. 215–228.
- Inglehart Ronald, 2005, *Pojawienie się wartości postmaterialistycznych*, w: Paweł Sztompka, Marek Kucia (red.), *Socjologia. Lektury*, Znak, Kraków.
- Klasyfikacja..., 2000, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa (wyd. 2, uzup.).
- Koralewicz Jadwiga, 1987, *Autorytaryzm, lęk, konformizm*, Ossolineum, Wrocław.
- Lasch Christopher, 2002, *Narcystyczna osobowość naszych czasów*, „Nowa Res Publica”, nr 1.
- Lorber Judith, 1994, *Paradoxes of Gender*, Yale University Press, New Haven–London.
- Marody Mirosława, Giza-Poleszczuk Anna, 2000, *Być kobietą, być mężczyzną — czyli o przemianach tożsamości związanej z płcią we współczesnej Polsce*, w: Mirosława Marody (red.), *Między rynkiem a etatem. Społeczne negocjowanie polskiej rzeczywistości*, Scholar, Warszawa.
- Mosher Donald L., Sirkin Mark, 1984, *Measuring a Macho Personality Constellation*, „Journal of Research Personality”, t. 18, s. 150–163.
- Nolen-Hoeksema Susan, 1987, *Sex Differences in Unipolar Depression: Evidence and Theory*, „Psychological Bulletin”, t. 101, s. 259–282.
- Nolen-Hoeksema Susan, 1990, *Sex Difference in Depression*, Stanford University Press, Stanford, CA.
- PARPA, 1997, *Kobiety i alkohol*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa.
- Potter Roy, 2003, *Szaleństwo. Rys historyczny*, tłum. Jan Karłowski, Rebis, Poznań.
- Real Terrence, 2009, *Nie chcę o tym mówić: jak przerwać dziedziczenie męskiej depresji*, tłum. Paweł Luboński, Wydawnictwo „Czarna Owca”, Warszawa.
- Rogers Anne, Pilgrim David, 2010, *A Sociology of Mental Health and Illness*, Open University Press, Berkshire.
- Russo Nancy, Green Beth, 2002, *Kobiety a zdrowie psychiczne*, w: Bogdan Wojciszke (red.), *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenia na różnice*, tłum. Sylwia Pikiel, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Seligman Martin E. P., Walker Elaine F., Rosenhan David L., 2003, *Psychopatologia*, tłum. Joanna Gilewicz, Aleksander Wojciechowski, Zys i S-ka, Poznań.
- Stypuła Anna, 2012, *Kultura a choroba psychiczna. Rola czynników kulturowych w postrzeganiu, przebiegu i leczeniu zaburzeń psychicznych*, Nomos, Kraków.
- Torrey E. Fuller, 1981, *Czarownice i psychiatrzy*, tłum. Hanna Bartoszewicz, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.
- Wallen Jacqueline, Waitzkin Howard, Stoeckle John, 1979, *Physician Stereotypes about Female Health and Illness: A Study of Patient’s Sex and the Informative Process During Medical Interviews*, „Women and Health”, t. 4, s. 135–146.
- WHO, 2001, *The World Health Report 2001 — Mental Health: New Understanding, New Hope*, World Health Organization, Geneva.

WHO, 2009, *Mental Health*, World Health Organization, Geneva.

WHO, 2011a, *Gender and Mental Health*, World Health Organization, Geneva.

WHO, 2011b, *Impact of Economic Crises on Mental Health*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen.

Ziółkowski Marek, 1997, *O różnorodności terażniejszości. Pomiędzy tradycją, spuścizną socjalizmu, nowoczesnością i ponowoczesnością*, „Kultura i Społeczeństwo” 1997, nr 4.

Ziółkowski Marek, 2000, *Przemiany interesów i wartości społeczeństwa polskiego*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań.

## GENDER AND MENTAL HEALTH IN A SOCIETY OF REFLEXIVE MODERNITY

### Summary

One of the main traits of a society of reflexive modernity is the critical analysis of categories that in the past appeared unquestionable. Socio-cultural gender and health or illness/mental disorders are categories of this type. Above all, they are socially constructed, that is, they are dependent on culture and on political, economic, and religious factors. The author undertakes to analyse the relations between the diagnostic criteria used in the international system of classifying mental diseases (DSM-IV and ICD-10) and traditional schemas of masculinity and femininity. Confirmation of the incidence of particular diseases in connection with gender is the author's entry point for seeking answers to why individuals suffering from certain illnesses/mental disorders display behaviour corresponding to traditional gender roles, even though contemporary gender roles are fluid in many respects, and hypotheses about biological differences as causes of incidence of disease in men and women have not been empirically confirmed.

### Key words / słowa kluczowe

reflexive modernity / refleksyjna nowoczesność; socio-cultural change / zmiana społeczno-kulturowa; socially constructed categories / kategorie konstruowane społecznie; gender / płeć społeczno-kulturowa; mental health / zdrowie psychiczne; mental diseases / choroby psychiczne; mental disorders / zaburzenia psychiczne