

Monika Frąckowiak-Sochańska*

**PSYCHOTERAPEUCI O KLIENTKACH I KLIENTACH –
PŁEĆ SPOŁECZNO-KULTUROWA
JAKO KATEGORIA ANALIZY WZORÓW
FUNKCJONOWANIA KOBIECI I MĘŻCZYŹN
W PROCESIE PSYCHOTERAPII**

Wprowadzenie

Problematyka zdrowia psychicznego analizowanego z perspektywy płci społeczno-kulturowej jest obecna w zachodnich naukach społecznych od kilku dekad (np.: Chesler 1972, Scraf 1980, Cleary, Mechanic 1982, Cleary, Mechanic 1983, Warren, McEachren 1985, Nolen-Hoeksema 1987, Huges, Galinsky 1994, Gratch, Basset, Attra 1995, Astbury 1999, Real 2009, Rosenfield, Mouzon 2012). Na gruncie polskim brakuje natomiast systematycznych badań empirycznych, dotyczących tej tematyki.

Niniejszy artykuł zawiera prezentację wyników wstępnego etapu badań własnych, stanowiących część szerszego projektu poświęconego zdrowiu psychicznemu kobiet i mężczyzn w polskim społeczeństwie. Przeprowadzone badania obejmują wywiady pogłębione z psychoterapeutami na temat wzorów funkcjonowania kobiet i mężczyzn korzystających z psychoterapii. Ich celem była eksploracja oraz wyznaczenie dalszych kierunków i metod analizy.

Ogólny problem badawczy, podjęty w ramach przedstawianego projektu sprowadza się do próby rekonstrukcji problemów zdrowia psychicznego kobiet i mężczyzn postrzeganych z perspektywy profesjonalistów, zajmujących się psychoterapią. Równocześnie, badane wypowiedzi były poddane swoistej metaanalizie, mającej na celu ustalenie, na ile myślenie w kategoriach płci społeczno-kulturowej jest zakorzenione w refleksji badanych profesjonalistów. Szczegółowe problemy badawcze sprowadzają się do poszukiwania

***Monika Frąckowiak-Sochańska** – doktor nauk humanistycznych w zakresie socjologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu; zainteresowania naukowe: socjologia zdrowia psychicznego, socjologia płci społeczno-kulturowej, socjologii wartości i pracy socjalnej zorientowanej na zdrowie psychiczne; e-mail: monikafs@amu.edu.pl

odpowiedzi na pytania: Czy terapeuci dostrzegają określone tendencje związane z doświadczaniem pewnych problemów przez kobiety i mężczyzn? Czy specjaliści w zakresie zdrowia psychicznego dostrzegają zmiany w funkcjonowaniu kobiet i mężczyzn zgłaszających się po pomoc (a jeśli tak, to na czym owe zmiany według nich polegają)?

Postawienie powyższych pytań badawczych jest uzasadnione w świetle danych epidemiologicznych (WHO 2000) oraz przesiewowych (EZOP-Polska 2012), z których wynika, że niektóre zaburzenia występują statystycznie częściej u mężczyzn – np. nadużywanie i uzależnienie od alkoholu, a inne u kobiet – np. zaburzenia depresyjne (Kiejna i in. 2015, s. 20). Dane te ilustrują problematykę zdrowia psychicznego kobiet i mężczyzn w sposób statyczny i nie pozwalają w bezpośredni sposób wnioskować o mechanizmach oddziałujących na zdrowie psychiczne kobiet i mężczyzn. W związku z tym zasadne jest prowadzenie badań jakościowych.

Z perspektywy gabinetu psychoterapeutycznego widoczne stają się problemy doświadczane przez jednostki żyjące w określonych warunkach społeczno-kulturowych. Problemy te są elementem indywidualnych historii życiowych. Równocześnie znaczna ich część stanowi powtarzalne doświadczenia przedstawicieli określonych kategorii społecznych. Można zatem założyć, że trudności te bądź ich manifestacje są w istotnym stopniu pochodną pewnych cech systemu społecznego oraz norm kulturowych funkcjonujących w wymiarze mikro- i makrospołecznym. Umieszczenie wspólnych dla wielu historii życiowych wątków w szerszym kontekście pozwala zrozumieć mechanizmy społeczno-kulturowe przez pryzmat ich wpływu na jednostki.

W świetle zachodniej literatury przedmiotu można postawić tezę o powiązaniach pomiędzy tradycyjnymi schematami płci społeczno-kulturowej a objawami poszczególnych zaburzeń psychicznych. Kobiety częściej doświadczają objawów zaburzeń internalizacyjnych – depresji czy zaburzeń lękowych, a mężczyźni – eksternalizacyjnych – np. zaburzeń kontroli impulsów i zachowania (w tym zachowań dyssocjalnych), co jest zgodne z tradycyjnymi normami zezwalającymi na otwartą ekspresję lęku czy smutku przez kobiety oraz złości i agresji przez mężczyzn (Chesler 1972, Scraf 1980, Cleary, Mechanic 1983, Warren, McEachren 1985, Huges, Galinsky 1994, Gratch, Basset, Attra 1995, Nolen-Hoeksema 1987, Real 2009, Rosenfield, Mouzon 2012).

Z danych statystycznych wynika, że kobiety stanowią większość spośród osób zgłaszających się po pomoc psychologiczną i psychoterapeutyczną (Klatkiewicz 2010, s. 42). Mężczyźni zdecydowanie rzadziej wybierają pomoc psychologiczną bądź psychoterapeutyczną, korzystają z pomocy lekarzy pierwszego kontaktu i specjalistów oraz biorą udział w programach

profilaktycznych. Najczęściej decydują się na wizytę u lekarza w sytuacji absolutnej konieczności (np. związanej z silnym bólem), uniemożliwiającej normalne funkcjonowanie i wypełnianie ról społecznych (Klatkiewicz 2010, s. 42; Gillon 2007). Wśród wyjaśnień tego stanu rzeczy wymienia się tradycyjne schematy męskości skoncentrowane wokół: specyficznie rozumianej siły, niezależności i samodzielności. Ponadto, poradnictwo psychologiczne i pomoc psychoterapeutyczna często w ocenie społecznej wiążą się z takimi cechami, jak: ekspresyjność emocjonalna czy łatwość nawiązywania bliskich relacji, które tradycyjnie są przypisywane kobietom, co może dodatkowo utrudniać mężczyznom sięganie po profesjonalną pomoc psychologiczno-psychoterapeutyczną (Klatkiewicz 2010, s.34). Dodatkowym źródłem barier bywa fakt, że mężczyźni psychoterapeutów jest zdecydowanie mniej niż kobiet psychoterapeutek, co tym bardziej może podtrzymywać obraz psychoterapii jako obszaru aktywności kobiecej i nie stwarza warunków do modelowania i wzmacniania chęci mężczyzn do korzystania z tej formy pomocy (Klatkiewicz 2010, s. 43; por.: Miller 2004).

W świetle powyższych ustaleń należy zadać pytanie, czy zarysowane powyżej wzorce w równym stopniu wpływają na sposób funkcjonowania wszystkich kobiet i mężczyzn, czy też ulegają one modyfikacji w określonych subkategoriach – np. wyodrębnionych na podstawie wieku.

Orientacja teoretyczno-metodologiczna i badania własne

Podstawą empiryczną artykułu są badania przeprowadzone zgodnie z zasadami metodologii teorii ugruntowanej stanowiącej konsekwencję założeń zawartych w paradygmacie interpretatywnym. Badania osadzone w tym paradygmacie koncentrują się na żywym doświadczeniu aktorów społecznych, kodach, sensach, znaczeniach, praktykach dyskursywnych oraz ukrytych, uznawanych za oczywiste regułach życia społecznego konstruowanych i rekonstruowanych przez jednostki w toku codziennych doświadczeń (Frąckowiak-Sochańska 2015, s. 91). Zgodnie z kluczowym założeniem teorii ugruntowanej, wszelkie teorie opisujące dany fragment rzeczywistości społecznej oraz pojęcia używane do tego celu nie są odkrywane na podstawie danych empirycznych, lecz konstruowane w trakcie procesu analizy.

Metodologia teorii ugruntowanej pozwala na dokonywanie uogólnień teoretycznych na podstawie analizy pojedynczych przypadków, gdyż jak twierdzą B. G. Glaser i A. L. Strauss, „Pojedynczy przypadek może wskazywać ogólną pojęciową kategorię lub własność, a kilka dalszych przypadków może potwierdzać wskazówkę” (2009, s. 29). Przyjmowana w tradycyjnych badaniach hipoteza w teorii ugruntowanej jest rozumiana jako twierdzenie bądź teza (*preposition*), wskazujące na relacje pomiędzy pojęciami (Konec-

ki 2000, s. 30). Jak twierdzą Glaser i Strauss, zastosowana metoda analizy pozwala opisać badany fragment rzeczywistości społecznej „na tyle żywo, aby tak czytelnik, jak i badacze, mogli prawie dosłownie widzieć i słyszeć zamieszkujących go ludzi – lecz zawsze w powiązaniu z teorią” (2009, s. 176).

Materiał badawczy na potrzeby niniejszego artykułu stanowią wypowiedzi osób udzielających profesjonalnej pomocy psychoterapeutycznej. Zastosowaną techniką badawczą był wywiad pogłębiony. Próba została dobrana metodą celową i liczyła 11 osób. Wśród osób badanych znalazło się 9 kobiet i 2 mężczyzn (co odzwierciedla proporcje płci w zawodach pomocowych). Wśród osób zaproszonych do udziału w badaniach znaleźli się psychologowie i lekarze psychiatrzy. Kontekst ich pracy obejmował terapię osób dorosłych, dzieci i młodzieży, terapię indywidualną, grupową, rodzinną oraz par. Badani mieli doświadczenie pracy w różnych miejscach, do których należały: szpitale psychiatryczne oraz somatyczne, poradnie zdrowia psychicznego, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, poradnie leczenia uzależnień, specjalistyczne ośrodki (jak np. ośrodek dla ofiar przemocy domowej, ośrodek rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży), świetlica socjoterapeutyczna, prywatne ośrodki psychoterapii czy indywidualne gabinety prywatne. Niektórzy spośród badanych łączyli pracę terapeutyczną z działalnością naukową, szkoleniową, treningową oraz rolą superwizora psychoterapii. Staż zawodowy badanych osób wynosił od 8 do 45 lat. Badani praktykowali w Wielkopolsce (w Poznaniu, Kościanie, Lesznie i Gnieźnie). Wywiady przeprowadziłam między 4 stycznia a 26 lutego 2016 roku. Kwestionariusz wywiadu składał się z serii pytań otwartych, podzielonych na bloki tematyczne. W zależności od kierunku narracji możliwe było zadawanie dodatkowych pytań pogłębiających obszary poruszane przez badanych.

Punktem wyjścia analizy materiału badawczego było kodowanie otwarte, które miało na celu poznanie zawartości tekstu. Na jego podstawie przystąpiłam do kodowania skoncentrowanego (ukierunkowanego i selekcyjnego). Wybór najczęstszych i najistotniejszych z perspektywy wyłaniającej się teorii kodów posłużył całościowej kategoryzacji danych. Ze względu na specyfikę badanego materiału zdecydowałam się na kodowanie akapitami, które w większości były tożsame z odpowiedziami na poszczególne pytania wywiadu. Kierowałam się również zasadą teoretycznego nasycania kategorii, oznaczającą zbieranie danych do momentu, kiedy w kolejnych wypowiedziach pojawiają się dane podobne do już zebranych, a gromadzenie kolejnych danych nie prowadzi już do nowych spostrzeżeń teoretycznych (Charmaz 2009, s. 147). Prezentując materiał badawczy posłużyłam się cytatami wyselekcjonowanymi pod względem istotności i trafności egzemplifikacyjnej dla wypowiedzi zawierających podobne treści (Frąckowiak-Sochańska 2015,

s. 94).

Badane wypowiedzi specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego dotyczą osób korzystających z psychoterapii, a zatem tych, które nie zdradzają symptomów poważnych chorób psychicznych (np. schizofrenii, choroby afektywnej dwubiegunowej czy tzw. „dużej depresji”), lecz doświadczają pewnych zaburzeń zdrowia psychicznego, pojawiających się z reguły w reakcji na trudności adaptacyjne w określonych sytuacjach życiowych.

Niewielka liczebność próby nakazuje ostrożność we wszelkich uogólnieniach. Należy zaznaczyć, że analizowane wypowiedzi są obciążone subiektywną perspektywą osób badanych, zatem nie jest możliwe rekonstruowanie na ich podstawie nie budzących wątpliwości faktów. Można natomiast poszukiwać odniesień analizowanych wypowiedzi do pewnych społeczno-kulturowych schematów i badać, na ile schematy te determinują postrzeganie i myślenie osób badanych, a następnie konfrontować poczynione obserwacje z dotychczasową wiedzą naukową oraz wyznaczać dalsze kierunki i metody poszukiwań badawczych.

Prezentowane wyniki dotyczą osób będących w procesie psychoterapii, więc z formalnego punktu widzenia ewentualne uogólnienia są uprawnione jedynie w odniesieniu do tej części populacji. Równocześnie jednak można założyć, że nie wszyscy spośród doświadczających zaburzeń zdrowia psychicznego korzystają z psychoterapii. Powodem tego stanu rzeczy może być brak dostępności tej formy pomocy w środowisku życia i/lub obawa przed kosztami emocjonalnymi i społecznymi skorzystania z wsparcia psychoterapeutycznego (np. lęk przed stygmatyzacją). Istotne znaczenie ma również fakt, że granica pomiędzy zdrowiem psychicznym a zaburzeniem jest płynna, bowiem zarówno zakłócanie równowagi psychicznej, jak i jej odzyskiwanie stanowią proces i przebiegają w wielu wymiarach. Osoby nie zdradzające obecnie symptomów zaburzeń psychicznych mogły doświadczać ich w przeszłości bądź w określonych warunkach mogą doświadczyć ich w przyszłości. Tezy te są spójne z danymi szacunkowymi i prognozami WHO, z których wynika, że statystycznie co czwarty człowiek żyjący obecnie na świecie w którymś momencie swojego życia doświadczy jakiegoś problemu psychicznego (WHO 2001; por.: CBOS 2008). Ponadto, zarówno osoby uznawane społecznie za „zdrowe psychicznie”, jak i „zaburzone” podlegają wspólnym mechanizmom społeczno-kulturowym (np. przemianom wzorców kobiecości i męskości). W związku z tym funkcjonowanie kobiet i mężczyzn korzystających z psychoterapii można traktować jako egzemplifikację szerszych tendencji społeczno-kulturowych oraz ich korelatów psychologicznych.

Myślenie w kategoriach płci społeczno-kulturowej i unikanie nadmiernych generalizacji

Na podstawie odpowiedzi na pytania wywiadu można stwierdzić, że wszyscy spośród badanych uznali, że płeć w większym bądź mniejszym stopniu różnicuje funkcjonowanie osób zgłaszających się po pomoc terapeutyczną. Równocześnie osoby badane wyrażały ostrożność we wszelkich generalizacjach, na co wskazują przykładowe wypowiedzi:

„Trzeba bardzo uważać na generalizacje. Tu nie ma czarno-białych podziałów na kobiety i mężczyzn. Są pewne tendencje, ale nie dotyczą one wszystkich kobiet i wszystkich mężczyzn” (wywiad nr 8, psycholog z 10-letnim doświadczeniem).

„[...] to jest bardzo indywidualne [...] tak naprawdę kobieta może się zidentyfikować z zachowaniami matki albo ojca i mężczyzna tak samo. Więc na przykład są ci, którzy są działaniowi i są ci którzy są uciezkowi. [...] to zależy od tego, z czym się identyfikują ludzie wyjściowo, bo zachowania po stronie kobiet i mężczyzn w rodzinach są różne” (wywiad nr 4, psycholog z 9-letnim stażem).

„[...] w zasadzie klienci z jednym problemem przychodzą – to znaczy z lękiem [...] lękowość się po prostu dziedziczy w pewnym sensie. Jeżeli rodzic sam ma takie bazalne poczucie bezpieczeństwa [...], to nie sieje niepokoju sobą, a jak już sieje, to sieje na wszystko, co jest dookoła – czy są to chłopcy czy dziewczynki. Jak oni to przerobią potem, to jest indywidualne. Można szukać płciowych wzorców [...] dziewczynki mogą robić inne rzeczy, a chłopcy trochę inne rzeczy [...] ale dla mnie nie jest to specjalna różnica bo to jest różnica tylko w objawie czy manifestacji” (wywiad nr 2, psycholog z 45-letnim stażem).

Z analizowanych wypowiedzi wynika, że ostrożność badanych wobec generalizacji wynika z: (1) dostrzegania pewnych tendencji przy równoczesnym zauważaniu jednostek, których owe tendencje nie dotyczą, (2) świadomości złożoności mechanizmów oddziałujących na zachowania konkretnych jednostek, (3) rejestrowania wspólnych mechanizmów, których działaniu podlegają zarówno kobiety, jak i mężczyźni. Pomimo powyższych zastrzeżeń, wszyscy badani dzielili się swoimi refleksjami na temat pewnych powtarzalnych schematów pojawiających się w doświadczeniu kobiet oraz mężczyzn.

Problemy doświadczane przez kobiety i mężczyzn korzystających z psychoterapii

Uczestnicy badań odpowiadali na serię pytań dotyczących postrzeganych różnic i/lub podobieństw w zakresie: problemów zgłaszanych przez kobiety i mężczyzn oraz sposobów funkcjonowania przedstawicieli obu płci w te-

rapii. Wobec werbalizowanych przez osoby badane trudności dotyczących globalnego porównania kobiet i mężczyzn zostało zadane pytanie dodatkowe, sugerujące możliwość wprowadzania podziału na kategorie wiekowe i dokonywania porównań przedstawicieli obu płci w obrębie tych kategorii. Analiza wypowiedzi osób badanych pozwala na wyodrębnienie pięciu kategorii wiekowych klientów i klientek.

Dzieci i młodzież

W badanych wypowiedziach zaznaczyło się kilka charakterystycznych wątków związanych z: (1) względną polaryzacją problemów doświadczanych przez dziewczynki i chłopców na najwcześniejszym etapie życia, (2) poszerzaniem repertuaru zachowań identyfikowanych jako problem w okresie adolescencji, (3) odmiennych progów tolerancji wobec określonych zachowań dziewczynek i chłopców oraz (4) selektywności vs globalności obszarów doświadczania problemów przez dziewczynki i chłopców.

Wątek polaryzacji problemów dziewczynek lub chłopców zawarty jest w następującej wypowiedzi:

„Jest pewien typ problemów, z którymi pojawiają się niemal wyłącznie chłopcy i jest pewien typ problemów, z którymi pojawiają się niemal wyłącznie dziewczynki. Mało jest dziewczynek łobuzów [...] mam też o wiele więcej dziewczynek perfekcjonistek, które się różnych rzeczy boją [...]” (wywiad nr 5, psycholog z 9-letnim stażem).

Poszerzania repertuaru zachowań problemowych u adolescentów dotyczy poniższa wypowiedź:

„[...] szala się trochę przechyla w momencie, gdy mamy do czynienia z gimnazjalistami. Tutaj częściej chłopcy są depresyjni, a dziewczyny *fikają*, ale – dziewczynki o wiele rzadziej mają problemy z nauką” (wywiad nr 5, psycholog z 9-letnim stażem).

Różnic w zakresie tolerancji określonych zachowań dziewczynek i chłopców (a tym samym zróżnicowanych płciowo kryteriów normy i zaburzenia) dotyczy następująca wypowiedź:

„zdecydowanie widać to na jakie zachowania pozwalamy jako społeczeństwo [...] i jakie zachowania są identyfikowane jako problem u kogo, to znaczy – właśnie chłopcy o wiele częściej pojawiają się z zaburzeniami zachowania, ale z drugiej strony bardzo często dopiero w momencie, kiedy są one już naprawdę bardzo nasilone, tak jakby otoczenie myślało – *a to chłopak, to może trochę rozrabiać*. Natomiast, jeżeli w ogóle zdarzają się dziewczynki z problemami takimi w zachowaniu *stricte* [...] to ten problem jest o wiele mniej nasilony niż u przeciętnego chłopca [...]” (wywiad nr 5, psycholog z 9-letnim stażem).

Na selektywność lub globalność kontekstów manifestowania się problemów w zależności od płci wskazuje poniższa wypowiedź:

„Chłopcy, którzy mają tego typu trudności (zaburzenia zachowania), to zazwyczaj idą po bandzie – nie chodzą do szkoły, olewają wszystko, eksperymentują z używkami i tak dalej i powiedzmy, że spada im poziom wykonania w szkole, a u dziewczynek często bywa tak, że one równo pyskują matce, nawet bywa, że dochodzi do agresji, ale jak się spojrzy na świadectwo – no to WOW” (wywiad nr 5, psycholog z 9-letnim stażem).

Z analizowanych wypowiedzi wynika, że największa polaryzacja problemów ma miejsce wśród najmłodszych dzieci, a główna oś różnicowania związana jest z wymiarem kontroli nad zachowaniem (problem nadmiaru kontroli u dziewcząt i deficytu u chłopców). U adolescentów następuje poszerzenie wzorów zachowań problemowych o zachowania kojarzone z płcią przeciwną (depresyjność u chłopców i zachowania opozycyjno-buntownicze u dziewcząt). Badane wypowiedzi wskazywały również na większą społeczną tolerancję wobec zachowań eksternalizacyjnych u chłopców, a także na wybiórczość kontekstów manifestowania się tych zachowań u dziewcząt oraz globalność i większe nasilenie – u chłopców.

Osoby w wieku ok. 20-35 lat

Z wypowiedzi badanych wynika, że w tej kategorii wiekowej mężczyźni i kobiety realizują najbardziej podobne wzory zachowań. Wskazuje na to przykładowy fragment narracji:

„W tej grupie wiekowej wątki są podobne (u kobiet i u mężczyzn): wątek tożsamościowy (mocny w tym wieku), trudności związane ze studiami, z rodziną pochodzenia, problemy z podjęciem odpowiedzialności za dorosłe życie, budowaniem relacji [...]” (wywiad nr 4, psycholog z 9-letnim stażem).

Badane narracje zawierały również próby diagnozy sytuacji egzystencjalnej młodych dorosłych. Przykład stanowi poniższa wypowiedź:

„U młodszych osób jest zdecydowanie większy relatywizm jeżeli chodzi o wzorce i wartości i tendencja do depresyjności w związku z tym” (wywiad nr 4, psycholog z 9-letnim stażem).

Istotny wątek pojawiający się w badanych wypowiedziach dotyczył roli terapii w procesie kształtowania tożsamości:

„Czasami te młode osoby dopiero w procesie terapeutycznym pracują nad kształtowaniem tożsamości kobiety i mężczyzny [...] Oni czasami dopiero w terapii uczą się wybierać wartości, definiować wartości i wybierają je różne” (wywiad nr 4, psycholog z 9-letnim stażem).

Podsumowując stwierdzić można, że w grupie młodych dorosłych kobiety i mężczyźni zbliżają się do siebie pod względem wzorów funkcjonowania

psychospołecznego, koncentrują się na rozwoju tożsamości i doświadczają podobnych problemów z nim związanych, a terapię traktują jako jedno z narzędzi wspomagających ów rozwój.

Osoby w wieku ok. 35-45 lat

Analiza badanych narracji pozwala dostrzec różnice pomiędzy wzorami zachowań kobiet i mężczyzn należących do tej grupy wiekowej. Dotyczą one: specyfiki problemów, z którymi zgłaszają się klienci, nasilenia objawów oraz deklarowanych bezpośrednich powodów zgłaszania się po pomoc.

W przypadku mężczyzn – najczęściej zgłaszane problemy dotyczą zaburzeń nerwicowych pod postacią somatyczną, a w przypadku kobiet – zaburzeń emocjonalnych (depresyjnych i lękowych). Wskazuje na to przykładowa wypowiedź:

„Mężczyźni, jeżeli już przychodzą, to z zaburzeniami nerwicowymi i są to zaburzenia somatyzacyjne. Kobieta szybciej przyjdzie i powie, że doświadcza po prostu spadku nastroju albo lęku. Mężczyźni częściej przychodzą, bo na przykład leczą się od lat na nadciśnienie i już lekarz im mówił, że chyba mają jakiś powód natury emocjonalnej albo są różne problemy gastroenterologiczne, które nie mają potwierdzenia w badaniach” (wywiad nr 3, lekarka psychiatra z 12-letnim stażem).

Z badanych wypowiedzi wynika również, że mężczyźni, w porównaniu z kobietami dłużej zwlekają ze zgłoszeniem się po pomoc psychoterapeutyczną, co ma wpływ na większe nasilenie objawu w momencie rozpoczęcia terapii.

„Mam wrażenie, jakby kobiety przychodziły szybciej z tym problemem, tak jakby zauważały szybciej te sygnały, że coś się dzieje” (wywiad nr 6, psycholog z 8-letnim stażem).

Badane wypowiedzi wskazują również, że kobiety i mężczyźni szukają pomocy psychoterapeutycznej z odmiennych powodów:

„Kobiety częściej reflektują objawy przez pryzmat zmian, jakie zaszły w obszarze kontaktów. Czyli przychodzą, ponieważ stały się bardziej nerwowe i *cierpią moje dzieci* albo *nie mam tyle cierpliwości, a potem jest mi z tym źle i wiem, że muszę coś z tym zrobić*. [...] Mężczyźni częściej zgłaszają się i mówią, że przez te dolegliwości bólowe są mniej wydolni w pracy” (wywiad nr 3, lekarka psychiatra z 12-letnim stażem).

Podsumowując wypowiedzi na temat tej kategorii wiekowej, można stwierdzić, że: mężczyźni najczęściej zgłaszają się do terapeutów z objawami somatyzacyjnymi, których nasilenie uniemożliwia efektywne funkcjonowanie zawodowe. Kobiety natomiast częściej przychodzą z zaburzeniami emocjonalnymi, które mają negatywny wpływ na relacje z bliskimi. Ów podział

odpowiada tradycyjnym schematom, zgodnie z którymi podstawą konstruowania tożsamości mężczyzn jest aktywność w sferze zawodowej, a kobiet – w sferze bliskich relacji.

Osoby w wieku ok. 45-60 lat

Z badanych wypowiedzi wynika, że wśród klientów należących do tej kategorii wiekowej jest najmniej mężczyzn. Kobiety natomiast dość często korzystają z pomocy psychoterapeutycznej. Wskazuje na to przykładowa wypowiedź:

„[...] w tej grupie wiekowej mam najmniej mężczyzn i to tylko w praktyce lekarskiej. Mężczyźni w tej grupie wiekowej prawie nigdy nie przychodzą do psychoterapii. Jeżeli przychodzą, to tylko po to, żeby dostać jakiś *nasennik* [...] Kobiety w tej grupie wiekowej bardzo często się do psychoterapii zgłaszają. Zaczynają już sobie układać, zaczynają już mieć trochę więcej czasu dla siebie, dzieci już wyrosły i zaczynają reflektować i nazywać niektóre rzeczy i przychodzą po to, żeby to uporządkować [...]” (wywiad nr 3, lekarka psychiatra i psychoterapeutka z 12-letnim stażem).

Część badanych wypowiedzi odnosiła się do postrzeganych przyczyn znaczącej dysproporcji kobiet i mężczyzn w wieku 45-60 lat wśród klientów psychoterapeutów. Oto przykład reprezentatywny dla tej kategorii:

„Mężczyzn około 50-tki jest najmniej, nie dlatego, że nie mają objawów, ale pewnie sami z nimi cierpią i pójście do psychologa jest czymś, co nie mieści się w ich schematach” (wywiad nr 4, psycholog z 9-letnim stażem).

Z badanych wypowiedzi wynika również, że najważniejsze problemy zgłaszane przez osoby należące do omawianej grupy wiekowej koncentrują się wokół kryzysów życiowych, a także nieradzenia sobie na rynku pracy, narastającego poczucia osamotnienia oraz uzależnień i ich konsekwencji.

W świetle analizowanych narracji stwierdzić można, że najważniejsza różnica pomiędzy przedstawicielami obu płci w tej kategorii wiekowej dotyczy potrzeby, gotowości i umiejętności budowania relacji terapeutycznej (znacznie większych w przypadku kobiet niż mężczyzn).

Osoby powyżej 60. roku życia

Badani terapeuci zwracali uwagę na małą gotowość do nawiązywania relacji terapeutycznej osób powyżej 60. roku życia (w przypadku mężczyzn). Wskazuje na to następująca wypowiedź:

„Starsi panowie są często przyprowadzani przez dzieci (sami z reguły się nie zgłaszają) dlatego, że się już wycofali, że widać depresję i rodzina się boi [...] albo są zaburzenia snu. Czasami zdarza się tak, że oni przyjdą, wezmą jakieś leki, potem stwierdzą, że już lepiej się na nich czują i te leki są kontynuowane i przepisywane przez innych lekarzy. Oni nie mają potrzeby relacji

terapeutycznej [...]” (wywiad nr 3, lekarka psychiatra i psychoterapeutka z 12-letnim stażem).

Badani wskazywali sytuacje życiowe, mogące pociągać za sobą destabilizację psychiczną relatywnie najstarszych osób. Należą do nich: przechodzenie na emeryturę, utrata bliskich, utrata zdrowia. Autorzy badanych narracji zwracali również uwagę na psychologiczne konsekwencje procesów makrospołecznych (np. migracji). Traktuje o nim przykładowa wypowiedź: „Bardzo dużo jest [...] takiego totalnego opuszczenia, np. związanego z migracjami [...] to są osoby, które już zaczynają chorować, a są po prostu same [...]” (wywiad nr 3, lekarka psychiatra i psychoterapeutka z 12-letnim stażem).

Ponadto, zidentyfikowany został typowy problem kobiecy, odnoszący się do specyfiki relacji matka-córka w określonych warunkach społeczno-kulturowych. Wskazuje na to następująca wypowiedź:

„Jeżeli chodzi o kobiety, to [...] bardzo często to jest dla nich pierwszy moment depresji, bo tracą matkę [...] One po prostu przez 60 lat [...] żyły w symbiotycznej więzi [...] nawet bliższej niż z mężem. Zwłaszcza w tych rodzinach, które żyły wielopokoleniowo, gdzie mężczyzna służył do zapewniania środków materialnych” (wywiad nr 3, lekarka psychiatra i psychoterapeutka z 12-letnim stażem).

Z badanych wypowiedzi wynika zatem, że najstarsi mężczyźni pojawiają się w terapii najrzadziej z powodu braku potrzeby nawiązywania relacji terapeutycznej. Najstarsze kobiety nieco łatwiej nawiązują relację terapeutyczną i poszukują pomocy z powodu objawów, pojawiających się w kontekście zaburzeń bądź strat relacji z bliskimi.

Zmiany wzorów funkcjonowania kobiet i mężczyzn

Uczestnikom wywiadów zostało zadane pytanie o postrzegane zmiany wzorów zachowań kobiet i mężczyzn korzystających z pomocy terapeutycznej. Psychoterapeuci z kilkudziesięcioletnim stażem zawodowym (obejmującym 35-45 lat) w swoich wypowiedziach odnosili się zarówno do zmian w ujęciu longitudinalnym (obserwowanych bezpośrednio wraz z wpływem czasu), jak i zmian w ujęciu transwersalnym (rekonstruowanych na podstawie obserwacji aktualnych klientów należących do różnych kategorii wiekowych). Osoby z krótszym stażem pracy (obejmującym 8-12 lat) dokonywały porównań wyłącznie w ujęciu transwersalnym.

Na podstawie badanych wypowiedzi wyłonione zostały następujące kategorie, pozwalające ująć najistotniejsze zmiany: (1) uelastycznienie i poszerzenie wzorów zachowań kobiet i mężczyzn, (2) upodabnianie wzorów, (3) łączenie nowych wzorów z elementami starych (tradycyjnych) oraz

(4) zamiana wzorów zachowań (włączanie do własnego repertuaru behawioralnego zachowań należących wcześniej do schematów przynależnych płci przeciwnej).

Uelastycznienia i poszerzenia wzorów zachowań kobiet i mężczyzn dotyczy następująca wypowiedź:

„To się bardzo poszerzyło. Jakoś tak rozpułchniło [...] Młodzi mężczyźni dają sobie przyzwolenie, żeby mówić o emocjach i przyjść do psychologa, tak jak kobiety [...] W przypadku kobiet też jest zmiana. Ona jest mniejsza, bo kobiety w różnych grupach wiekowych dają sobie prawo, żeby pójść po pomoc [...]” (wywiad nr 4, psycholog z 9-letnim stażem).

O upodabnianiu wzorów zachowań przedstawicieli obu płci traktuje poniższy fragment narracji:

„Bo jakoś ci młodszy mężczyźni bardziej przypominają kobiety [...] nie ma takiej różnicy, czyli to, co się nazywało męskim – nieprzyznawanie się do lęku albo odcinanie się od uczuć taki wzorzec *poker face* [...] jakoś im nie za bardzo odpowiada. Oni są delikatniejsi [...], one są mniej kobiece, więc mam wrażenie, że im młodszy, tym ta różnica jest mniejsza” (wywiad nr 2, psycholog z 45-letnim stażem).

Wątek łączenia nowych elementów z tradycyjnymi obecny jest w następującej wypowiedzi:

„Ci najmłodszy mężczyźni [...] między 20-tką a 30-tką mają już większą uważność na to, co się z nimi dzieje w sensie psychologicznym, trochę jak wcześniej kobiety, oni sami wychwytyują, że coś jest nie tak [...] Oni mają [...] przyzwolenie, większą otwartość na doświadczanie emocji. [...] a jednocześnie niektórzy są bardzo związani ze schematycznymi tradycyjnymi rolami męskimi i nie chcą z nich zrezygnować” (wywiad nr 4, psycholog z 9-letnim stażem).

Na swoistą „zamianę wzorców zachowań” wskazuje poniższa wypowiedź: „Zmiana polega na treściach tego, co zgłaszają obie płci. Kiedyś były tematy zarezerwowane tylko dla pań i tylko dla panów. Panie mówiły o relacjach, o związkach, o porozumieniu, o komunikacji, o emocjach. Panowie mówili, że to są rzeczy nieistotne, że [...] ważne jest działanie, konkretne [...]. W tej chwili panie często skupiają się na działaniu. Panowie zaczynają mówić o uczuciach, emocjach o potrzebie kontaktu. Myślę o osobach od początku dorosłości do 50-tki, natomiast gros to jest przedział wiekowy 30-40 lat [...] na przykład [mężczyzna] mówi o tym, że czuje się emocjonalnie zaniedbany, że nikt go nie tuli, nie głaszcze, nie rozmawia z nim, nie dba o niego, nie komplementuje. Kiedyś było tak, że mężczyzna choćby nie wiem co, nie przyznałby się do niesprawności seksualnej [...] W tej chwili panowie mówią to, co mówiły kiedyś panie: że ich głowa boli, że oni nie są

maszynami do seksu, że jeśli ona jest cały dzień dla niego niemila, to niech nie liczy na jego sprawność. I to panowie trzymają teraz ten atut w rękę, [...] a panie przychodzą z frustracją tej potrzeby. Jakby zamienili się zupełnie miejscami [...] Może ci mężczyźni rzeczywiście nie wiedzą, gdzie jest ich miejsce [...] i tacy się robią małostkowi, tak bardzo chcą przeforsować swoje pomysły w takich tematach... żeby to zobrazować... no np. jak zorganizować przyprawę w kuchni (autentyczny przykład z sesji pary), a z drugiej strony – takie przrzucanie się odpowiedzialnością i winą np. kto źle wychował dziecko [...]” (wywiad nr 1, psycholog z 35-letnim stażem).

Analizowane wypowiedzi wskazują, że oprócz ogólnego zmniejszenia sztywności wzorów zachowań kobiet i mężczyzn, najistotniejsze zmiany polegają na zwiększaniu emocjonalności mężczyzn oraz zadaniowości kobiet (zwłaszcza na etapie wczesnej i średniej dorosłości). Konsekwencją wyżej wymienionych zmian jest wzrastająca gotowość młodszych mężczyzn do podejmowania psychoterapii. W przypadku kobiet – poszerzanie tradycyjnego repertuaru zachowań o nowe wzorce, czy zastępowanie starych wzorców nowymi nie ma większego wpływu na gotowość i potrzebę nawiązywania relacji terapeutycznych.

Interpretacje i wnioski

Przeprowadzona analiza pozwala zauważyć, że problemy doświadczane przez kobiety i mężczyzn różnicują się bądź upodabniają się do siebie w poszczególnych fazach życia. W tym kontekście pojawia się pytanie, czy określone doświadczenia charakterystyczne dla danego etapu życia nasilają bądź osłabiają tendencje do różnicowania wzorów społecznego funkcjonowania kobiet i mężczyzn, czy raczej na poszczególnych etapach jednostki odnoszą się do odmiennych, funkcjonujących równolegle w kulturze, bardziej lub mniej spolaryzowanych konstruktów kobiecości i męskości.

Uczestnicy wywiadów zwracali uwagę zarówno na pozytywny, rozwojowy potencjał przeobrażeń schematów kobiecości i męskości, jak i na nowe problemy, wynikające z analizowanych zmian. W badanych narracjach oba wątki przeplatały się w naturalny sposób, co wskazuje na swoistą dialektykę myślenia oraz unikanie łatwych uproszczeń.

Badane wypowiedzi wskazują, że zwiększanie emocjonalności mężczyzn odbywa się w drodze przejmowania dawnych kobiecych wzorów zachowań z racji braku dostępnych adekwatnych wzorców wypracowanych przez mężczyzn. Analogicznie, kobiety wkraczając kilka dekad temu w obszary zarezerwowane wcześniej dla mężczyzn również replikowały wzory zachowań transmitowane społecznie w linii męskiej (np. zadaniowości i powściągliwości emocjonalnej w sferze zawodowej czy w obszarach związanych ze spra-

wowaniem władzy).

Zarówno kobiety, jak i mężczyźni należący do relatywnie najmłodszej grupy dorosłych stają wobec konieczności wyboru spośród znacznej liczby alternatyw, obejmujących wzorce wyniesione z przeszłości oraz konstruowane współcześnie. Sytuacja ta pociąga za sobą ryzyko swoistego „paraliżu decyzyjnego” wobec niemożności przewidzenia konsekwencji dokonanych wyborów. W tym kontekście jednym z wątków pracy terapeutycznej jest określanie własnej tożsamości przez pryzmat świadomie wybieranych wartości. Oznacza to, że terapia wypełnia swoistą lukę, kiedy w naturalnym otoczeniu społecznym brakuje wsparcia (bliskich osób i/lub norm kulturowych), pozwalającego podejmować decyzje tożsamościowe.

Przedstawiciele relatywnie starszych kategorii wiekowych wykazują większą zgodność wzorów zachowań z tradycyjnymi schematami płci społeczno-kulturowej (przy czym dotyczy to w większym stopniu mężczyzn). Doświadczenie przez mężczyzn zaburzeń somatyzacyjnych i związana z tym koncentracja uwagi na objawach zlokalizowanych w ciele pozwala unikać (przynajmniej na początku) szczegółowego analizowania emocji i otwartego przyznawania się do przeżywanego lęku.

W świetle analizowanych wypowiedzi stwierdzić można, że zmiany męskich wzorców nie zawsze są zsynchronizowane ze zmianami wzorców kobiecych w sposób przynoszący jednoznaczny skutek w postaci poczucia wyższej jakości życia. W konsekwencji pojawiają się nowe problemy we wzajemnych relacjach kobiet i mężczyzn, zgłaszane w ramach terapii indywidualnej oraz par. Poczucie braku stabilności w relacji pociąga za sobą próby przejmowania kontroli za pomocą dostępnych środków (np. toczenia sporów o elementy codzienności i prób narzucania własnego zdania partnerowi lub partnerce).

Analiza wypowiedzi na temat zmian wzorców kobiecości i męskości pozwala stwierdzić, że zmiany te przebiegają na wielu płaszczyznach, według odmiennych trajektorii. Pojawienie się nowych elementów w ramach konstruktów kobiecości bądź męskości nie oznacza automatycznego zanikania starych. Oznacza to, że mamy do czynienia z zachodzącymi synchronicznie procesami zamian oraz odtwarzania pewnych elementów tradycyjnego porządku. Rozluźnienie wyniesionych z przeszłości, tradycyjnych schematów kobiecości i męskości nie pociąga za sobą wytworzenia nowego – jednorodnego ładu normatywnego, wypełnionego nowymi treściami. Mamy obecnie do czynienia z wielością punktów odniesienia, wymagających refleksyjnej postawy w dokonywaniu wyborów tożsamościowych na różnych etapach życia. Obserwacje te są spójne między innymi z koncepcjami płynnej (Bauman) i refleksyjnej (Giddens) nowoczesności zakorzenionymi w myśleniu o jednostce i kulturze.

Rekomendacje oraz przesłanki do dalszych badań

Eksploracja badanych zjawisk umożliwiła opracowanie modelu dalszych, bardziej zobiektywizowanych badań. Proponowany model zasada się na łączeniu jakościowych i ilościowych metod badawczych. Prowadzone dotychczas badania jakościowe powinny zostać uzupełnione o badania sondażowe, realizowane na większej, spełniającej kryteria reprezentatywności próbie profesjonalistów zajmujących się psychoterapią. Pozyskane w ten sposób dane będą mogły być poddane analizie statystycznej. Pytania sondażowe powinny koncentrować się wokół:

- jawnie deklarowanych przekonań osób badanych na temat wpływu płci osób uczestniczących w procesie terapeutycznym na wyżej wymieniony proces oraz szerzej – wpływu płci na wzory funkcjonowania psychospołecznego jednostek (kobiet i mężczyzn);
- ukrytych założeń dotyczących schematów kobiecości i męskości, mających wpływ na postrzeganie i ocenianie w kategoriach diagnostycznych osób korzystających z pomocy terapeutycznej (problem „stronniczości genderowej diagnozy”¹);
- obserwacji dotyczących wzorów psychospołecznego funkcjonowania kobiet i mężczyzn uczestniczących w terapii oraz zmian wyżej wymienionych wzorów;
- relacji pomiędzy jawnymi przekonaniami i ukrytymi założeniami oraz powiązań pomiędzy nimi a obserwacjami, dotyczącymi wzorów psychospołecznego funkcjonowania kobiet i mężczyzn uczestniczących w terapii (problem selektywności obserwacji)².

¹Problem ten staje się czytelny między innymi w kontekście wyników badań Waisberg i Page (1988) oraz Wallen i Waitzkin (1979). W badaniach psychologowie mający doświadczenie w stawianiu rozpoznaw klinicznych otrzymywali do oceny fikcyjne „historie przypadku”, odnoszące się do różnego rodzaju zaburzeń – w tym depresji, zaburzeń lękowych, alkoholizmu oraz zachowań antyspołecznych. W opisach tych modyfikowano płeć pacjenta. Wyniki powyższych badań wskazują, że osoby badane oceniały te same symptomy depresji i/lub zaburzeń lękowych jako poważniejsze w przypadku mężczyzn niż kobiet, podczas gdy ten sam opis choroby alkoholowej i/lub zachowań antyspołecznych traktowali jako cięższy przypadek, gdy pacjentem była kobieta (Real 2009, s. 47; Frąckowiak-Sochańska 2011, s. 404). Ponieważ cytowane wyniki badań odnoszą się do rzeczywistości lat 70. i 80. XX wieku, istotnym celem badawczym jest ich weryfikacja w kontekście współczesności.

²Można przyjąć, że jawne i ukryte założenia – nie zawsze muszą być spójne. W przypadku niespójności, to ukryte założenia pełnią funkcję „filtra”, mającego wpływ na percepcję rzeczywistości oraz interpretację obserwowanych zjawisk.

Prowadzone w dalszym ciągu wywiady pogłębione będą źródłem danych umożliwiających egzemplifikację bądź wyjaśnianie tendencji zarejestrowanych w badaniach ilościowych. W efekcie uzyskany zostanie względnie zobiektywizowany, lecz niepozbawiony niuansów obraz badanego fragmentu rzeczywistości społecznej.

Zaproponowany projekt ma szansę wypełnić swoistą lukę w obrębie prowadzonych w Polsce badań z zakresu socjologii zdrowia psychicznego. Do tej pory w badaniach w tym zakresie dominowała perspektywa abstrahowania od płci (*gender blindness*). Analiza zachodniej literatury uwzględniającej perspektywę płci pozwala natomiast zauważyć, że pewne tezy są w niej replikowane³. Jednym z celów badań planowanych na gruncie polskim jest próba odpowiedzi na pytanie, na ile tezy te odzwierciedlają pewne uniwersalne mechanizmy, a na ile wymagają korekty w kontekście polskich uwarunkowań społeczno-kulturowych.

Wyniki badań (zarówno już przeprowadzonych, jak i planowanych) mają również potencjał praktycznego wykorzystania zarówno w psychoterapii, jak i w innych obszarach, w których kondycja psychiczna jednostek (kobiet i mężczyzn) wydaje się kluczowa dla osiągania założonych celów (np. w pracy socjalnej, edukacji czy promocji zdrowia).

Literatura

- ASTBURY J. (1999), *Gender and Mental Health*, Key Centre for Women's Health, University of Melbourne, Melbourne.
- BUCHMANN M. (1989), *The Script of Life in Modern Society: Entry into Adulthood in a Changing World*, The University of Chicago Press, Chicago and London.
- CBOS (2008), *Polacy o niepokojach, zagrożeniach i oczekiwaniach dotyczących zdrowia psychicznego. Komunikat z badań*, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa.
- CHARMAZ K. (2009), *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

³Na przykład – teza o powiązaniach pomiędzy tradycyjnymi schematami płci społeczno-kulturowej a objawami poszczególnych zaburzeń psychicznych (Chesler 1972, Scraf 1980, Cleary, Mechanic 1983, Warren, McEachren 1985, Huges, Galinsky 1994, Gratch, Basset, Attra 1995, Nolen-Hoeksema 1987, Real 2009, Rosenfield, Mouzon 2012) oraz o różnicach w funkcjonowaniu kobiet i mężczyzn w procesie psychoterapii (Jones, Zoppel 1982, Kaplan 1987, Schut, Stroebe, van den Bout, de Keijser 1997, Cottone, Drucker, Javier 2002).

- CHESLER PH. (1972), *Women and madness*, Avon, New York.
- CLEARY P. D., MECHANIC D. (1982), Sex differences in psychological distress among married people, [in:] *Journal of Health and Social Behavior* nr 24, s. 111-121.
- COTTONE J., DRUCKER PH., JAVIER R. (2002), Gender differences in psychotherapy dyads: Changes in psychological symptoms and responsiveness to treatment during 3 months of therapy, [w:] „*Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*”, 39(4), s. 297-308.
- FRĄCKOWIAK-SOCHAŃSKA M. (2011), Zdrowie psychiczne kobiet i mężczyzn. Płeć społeczno-kulturowa a kategorie „zdrowia psychicznego” i „chorób psychicznych”, [w:] „*Nowiny Lekarskie*”, nr 80(5), s. 394-406.
- FRĄCKOWIAK-SOCHAŃSKA M. (2015), Poznawcza i emocjonalna adaptacja do sytuacji choroby psychicznej w rodzinie, [w:] „*Przegląd Socjologii Jakościowej*”, t.11, nr 44, s. 88-112, [data dostępu: www.przegladsocjologiiijakosciowej.org].
- GILSON E. (2007), Gender differences in help seeking. HCPJ, [w:] „*Healthcare Counselling and Psychotherapy Journal*”, 7(3), s. 3-10.
- GLASER B. G., STRAUSS A. L. (2009), *Odkrywanie teorii ugruntowanej, NOMOS*, Kraków.
- GRATCH V. L., BASSET M. E., ATTRA S. L. (1995), The relationship of gender and ethnicity to self-silencing and depression among college students, [w:] „*Psychology of Women Quarterly*”, nr 19, s. 509-515.
- HUGES D. L., GALINSKY E. (1994), Gender, job and family conditions and psychological symptoms, [w:] „*Psychology of Women Quarterly*”, nr 18, s. 251-270.
- JONES E., ZOPPEL CH. (1982), Impact of client and therapist gender on psychotherapy process and outcome, [w:] „*Journal of Consulting and Clinical Psychology*”, 50(2), s. 259-272.
- KAPLAN A. G. (1987), Reflections on gender and psychotherapy, [w:] „*Women & Therpay*”, 6, s. 1-24.
- KIEJNA A., PIOTROWSKI P., ADAMOWSKI T., MOSKALEWICZ J., WCIÓRKA J., STOKWISZEWSKI J., RABCZENKO D., KESSLER R. C. (2015), Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP-Polska, [w:] „*Psychiatria Polska*”, nr 49(1), s. 15-27.

- KLATKIEWICZ A. (2010), Kobieta i mężczyzna w procesie pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej – czy płeć ma znaczenie?, [w:] „Nowiny Lekarskie”, 79(1), s. 39-46.
- KONECKI K. T. (2000), Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana, PWN, Warszawa.
- MILLER J. (2004) Limiting the damage, [w:] „Mental Health Today”, 9, s. 24-27.
- NOLEN-HOEKSEMA S. (1987), Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory, [w:] „Psychological Bulletin”, nr 101, s. 259-282.
- REAL T. (2009), Nie chcę o tym mówić. Jak przerwać dziedziczenie męskiej depresji, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa.
- ROSENFELD S., MOUZON D. (2012), Gender and Mental Health [w:] Handbook of the Sociology of Mental Health: Surveying the Field, ed. Aneshensel C. S., Phelan J. C., Bierman A. Springer, s. 277-296.
- SCHUT H. A. W., STROEBE M. S., VAN DEN BOUT J., DE KEIJSER J. (1997), Intervention for the bereaved: Gender differences in the efficacy of two counselling programmes, „British Journal of Clinical Psychology”, 36, 1, s. 63-72.
- SCRAF M. (1980), Unfinished Business: Pressure Points in the Lives of Women, Doubleday, New York.
- WAISBERG J., PAGE S. (1988), Gender Role Nonconformity and Perception of Mental Illness, [w:] „Women and Health”, vol. 14(1), s. 3-16.
- WALLEN J., WAITZKIN J. D. (1979), Physician Stereotypes about Female Health and Illness: A Study of Patient's Sex and the Informative Process During Medical Interviews, [w:] „Women and Health”, vol. 4, s. 135-146.
- WARREN L. W., MCEACHREN L. (1985), Derived identity and depressive symptomatology in women differing in marital and employment status, [w:] „Psychology of Woman Quarterly”, nr 9(1), s. 133-144.
- WHO (2000), Women's Mental Health: An Evidence Based Review, World Health Organization, Geneva.
- WHO (2001), Mental Health Report 2001. Mental Health: new understanding, new hope, World Health Organization Geneva.

Monika Frąckowiak-Sochańska

**PSYCHOTHERAPISTS ON THEIR FEMALE AND MALE CLIENTS:
GENDER AS A CATEGORY FOR THE ANALYSIS OF PATTERNS
OF WOMEN AND MEN FUNCTIONING IN THE PROCESS
OF PSYCHOTHERAPY**

Keywords: women, men, gender, mental health, psychotherapy.

This article locates itself within the field of social studies with a special focus on the overlap between sociology and psychology. It attempts to answer the question to what extent the problems affecting the mental health of women and men reflect certain constructions of gender that function in modern society. The empirical basis of the article is data obtained during in-depth interviews with psychotherapists. This data was analyzed in accordance with the rules of the Grounded Theory Method. The research shows that gender is a category commonly used in summaries and interpretations of experiences of individuals. The analysis of the research material makes it possible to identify the most important problems of mental health of women and men, and to deduce directions and mechanisms of changes in gender schemes realized by women and men.