

**POMOC PSYCHOSPOŁECZNA A PERSPEKTYWA PŁCI. OBRAZ  
KOBIECY I MĘŻCZYZNY U OSÓB ZAJMUJĄCYCH SIĘ PROFESJO-  
NALNĄ POMOĄ PSYCHOSPOŁECZNĄ I WPLYW TEGO OBRAZU  
NA CZYNNOŚCI PROFESJONALNE<sup>1</sup>**

**PSYCHOSOCIAL SUPPORT AND GENDER PERSPECTIVE. IMAGE OF A WOMAN AND A  
MAN WITH THOSE INVOLVED IN PROFESSIONAL PSYCHOSOCIAL ASSISTANCE AND THE  
IMPACT OF THIS IMAGE ON PROFESSIONAL ACTIVITIES**

Instytut Studiów Społecznych im. Profesora B. Zajonca, Uniwersytet Warszawski

**gender bias  
clinician assessment  
and diagnosis  
psychosocial helping**

*Autorzy na podstawie przeprowadzonych badań wskazują na wpływ płci pacjenta i płci terapeuty na podejmowane czynności kliniczne. Artykuł może nieść praktyczne implikacje, sugerując uwzględnienie problematyki gender bias podczas szkoleń terapeutów oraz specjalizacji klinicznej.*

**Summary:** Depending on experimental condition, the same clinical case was presented as a case of female or male patient. Afterwards, several questions addressing severity of patient problems and therapeutic recommendations were asked. Moderators: ambivalent sexism and authoritarianism (RWA). Experimental design: between-subjects ANOVA in 2 (gender of specialist) x 2 (gender of patient) design. **Results:** N 74 (44F and 30M), participants were professionals in psychological help. Female professionals similarly evaluated patients of both sexes, whereas male therapists revealed systematic error — gender bias: despite the same symptoms, they evaluated psychological malfunctioning of a female patient as significantly worse than the male patient, and recommend more intense treatment for the former. The above interactions were not moderated by the ambivalent sexism or right-wing authoritarianism.

**Conclusions:** 1. Professionals of both sexes share androcentric (agentic) model of mental health, 2. Male professions may tend to perceive similar symptoms of psychological malfunctioning as less serious in men, 3. The fact that the discussed gender bias in clinical judgment was found only among male professions may indicate an existence of ingroup bias. Perhaps, male professionals tend to infer highly positive agentic traits in male patients, because male professionals and male patients belong to the same gender category.

*... chociaż obecnie wszyscy potwierdzamy, że płeć kulturowa jest ważnym wymiarem,  
nie ma powszechnej zgody, dlaczego, w jaki sposób to się dzieje,  
jak o tym myśleć i jak przenieść do praktyki.*

Judith Myers Avis [1]

---

<sup>1</sup>Autorzy serdecznie dziękują Panu Prof. dr. hab. Mirosławowi Kofcie, swojemu naukowemu mentorowi, za ogromną pomoc przed, w trakcie i po dokonanych badaniach. Bez tego wkładu artykuł ten nigdy by nie powstał.

## Wstęp

Diagnozy kliniczne i kryteria zaburzeń (DSM — Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ICD International Classification of Diseases) funkcjonują jako skrypty stosowane przez badaczy i klinicystów z obszaru zdrowia psychicznego do celów lepszej i łatwiejszej komunikacji, także pomiędzy specjalistami z różnych krajów. Są to narzędzia o wielkiej mocy, służące dzieleniu się informacją, pomagające w organizacji służby zdrowia ze względu na specyfikę pacjentów, ujednociające wskaźniki problemów podopiecznych, służące klinicystom w przewidywaniu symptomów oraz umożliwiające naukowcom prowadzenie badań w oparciu o te same wytyczne [2]. Z drugiej jednak strony wielu badaczy podkreśla niebezpieczeństwa bezrefleksyjnego stosowania diagnoz klinicznych, np. Caplan i Cosgrove [3], Kamens [4]. Teorie zajmujące się etykietowaniem i stygmatyzacją osób z zaburzeniami psychicznymi, jak na przykład modified labeling theory of mental illness Kroska i Harknessa [5], sugerują, że przekonania kulturowe na temat zaburzeń psychicznych zawierają element stygmatyzacji. Przekonania te są internalizowane indywidualnie i wpływają na specjalistyczne diagnozy dokonywane przez konkretne osoby, tym samym negatywnie oddziałując na szacowanie trudności pacjenta. Niektórzy argumentują, że międzynarodowe klasyfikacje zaburzeń psychicznych (DSM, ICD) są wręcz mechanizmem społecznej kontroli, ponieważ nie znajdują rozróżnienia pomiędzy faktycznym zaburzeniem psychicznym a zachowaniami nonkonformistycznymi, pomimo że pozorny dewiant jest psychologicznie zdrowy [5], co wydaje się jednak wnioskiem dość daleko posuniętym.

Obszar psychopatologii od lat jest oceniany jako szczególnie kłopotliwy ze względu na relacje diagnozy, psychoterapii i problematyki płci [6, 7]. Feministki podkreślają, że niektóre diagnozy, jak np. nimfomania, histeria, masochizm, służą wzmocnieniu zachowań konformistycznych u kobiet, gdyż w innym przypadku ryzykują one etykietę osób dysfunkcyjnych [6]. Zaburzenia, które częściej przypisuje się kobietom, to między innymi depresja i zaburzenia lękowe [6]. Niektórzy badacze uważają, że jest to de facto wynik niedoszacowania zasięgu depresji i lęku u mężczyzn, gdyż ekspresja tychże trudności jest odmienna od symptomów kryterialnych — uwzględniających głównie specyfikę kobiet — zawartych w międzynarodowych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych (Good, Thomson, Brathwaite [8]). Badacze twierdzą, że ludzie, generalnie radząc sobie z lękiem i paniką, unikają bodźców lub/i skojarzeń powiązanych z tymi fobiami. Ponieważ doświadczanie tychże uczuć jest awersyjne, w celu uśmierzenia tych stanów mężczyźni zazwyczaj nadużywają alkoholu, narkotyków lub/i posuwają się do impulsywnych zachowań, na co panuje relatywnie większe społeczne przyzwolenie [8]. Systemy diagnostyczne mogą więc mimowolnie podtrzymywać charakterystyczne dla szerszych systemów — politycznych, społecznych — przekonania o podziałach między płciami, tzw. gender distinctions Webb-Woodard [9]. Dla przykładu, kiedy chłopiec słyszy slogan „chłopaki nie płaczą”, automatycznie jest instruowany przez system społeczny, w którym żyje, że okazywanie uczuć i słabości nie jest właściwym stylem interakcji, oraz że „tylko dziewczyny płaczą” [8].

Większość stereotypów płci występujących w wielu kulturach jest oparta na podziale na dwa główne aspekty ludzkiej egzystencji: wspólnotowości i sprawczości, o czym pisał Wojciszke [10]. Wspólnotowość, a więc orientacja na podtrzymywanie i rozwijanie pozytywnych relacji z innymi ludźmi, jest wysoko skorelowana z wymiarem kobiecości. Z

kolei sprawczość, wiążąca się z nastawieniem na osiągnięcia, rozwojem własnych kompetencji i sprawowaniem przez siebie samej kontroli nad realizacją celów, jest wysoko skorelowana z wymiarem męskości [10]. Badacze i badaczki zajmujący się feministyczną rewizją zagadnień klinicznych uważają, że kategorie te są automatycznie nakładane na to, jakie akty behawioralne są wartościowane jako zdrowe bądź zaburzone [11]. Problem pojawia się więc wtedy, gdy terapeuta konstruuje model osoby zdrowej, mając na myśli sprawczego mężczyznę z charakterystycznym dla takiego stereotypu wzorcem postępowania, budowania relacji i obrazu Ja. Preferowane przez kobiety zachowania i style interakcji mogą w takim przypadku być uważane za dysfunkcyjne [12, 13]. Większość tych cech i zdolności, które tradycyjnie bliższe są kobiecości, nie jest wartościowana tak wysoko, jak wartości bliższe męskości, takie jak indywidualizm i racjonalność. To wszystko, co wiąże się z emocjonalnością, intuicją, reagowaniem na potrzeby innych, poszukiwaniem aprobaty, poświęcaniem się w imię uczuć, niewielkim dystansem interpersonalnym, może być odbierane jako wyraz nieradzenia sobie z emocjami czy niedojrzałości, nie zaś jako inna forma doświadczania siebie i świata [13].

Wszystkie autorki ruchów feministycznych twierdzą, że podział płci ma charakter nie tylko dychotomiczny, ale także hierarchiczny, gdzie pierwiastek męski zajmuje wyższą pozycję niż żeński [7]. Przeciwnieństwem więc wyżej wymienionych, „miękkich” cech jest „zdrowy” ideał silnego Ja, bliższy wzorcowi męskości. W naszej kulturze w relatywnie dużym stopniu cenione są asertywność, dążenie do celu, kierowanie się racjami i logiką, samodzielność, posiadanie jasnych i krystalicznych poglądów. Kierowanie się silnymi emocjami, uczuciem czy potrzebami związku — cechami stereotypowo kobiecymi — dość powszechnie jest uznawane za przejaw słabości [14].

Analiza najnowszej literatury dotyczącej wzajemnego przenikania się kultury, zmian społecznych i języka z pojęciami teorii klinicznych oraz praktyką terapeutyczną pokazuje wpływ różnych kategorii/tożsamości społecznych, w tym płci terapeuty i płci pacjenta, na podejmowanie działań w procesie diagnozy i terapii.

Badacze [15] pokazują nadreprezentację diagnozy borderline wśród kobiet z populacji osób, które dopuściły się zachowań kryminalnych. To tak, jakby te same zachowania antyspołeczne były traktowane jako mniej klinicznie patologiczne wśród mężczyzn. Według badaczy może to ostatecznie prowadzić do nieuprawnionego stosowania działań represyjno-naprawczych wobec kobiet, stygmatyzując je jako zaburzone i zmniejszając prawdopodobieństwo rehabilitacji oraz przywrócenia ich do porządku normatywnego.

Kelly i wsp. [16] prześledzili rozpoznania diagnostyczne wśród 1445 amerykańskich weteranów, którzy brali udział w operacjach wojennych w Afganistanie i Iraku. Okazało się, że rasa / pochodzenie etniczne i płeć były związane z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych. Weteranów pochodzenia azjatyckiego, amerykańskich Indian i mieszkańców Alaski oraz kobiety zdiagnozowano szybciej niż białych mężczyzn. Autorzy postulują więc, że niezbędne są badania w celu zidentyfikowania czynników przyczyniających się do różnicy szybkości rozpoznania ze względu na rasę / pochodzenie etniczne i płeć.

Jak zatem wspomniane procesy wzajemnego oddziaływania płci osoby szukającej profesjonalnej pomocy i płci osoby, która owej pomocy udziela, mogą wyglądać w naszych polskich warunkach? Co dla naszych rodzimych specjalistów zajmujących się pomaganiem jest bliższe ideałowi zdrowia?

### Material

W obecnym badaniu sformułowaliśmy przypuszczenie, że — zwłaszcza w kulturach tradycyjnych (do których niewątpliwie należy wciąż kultura polska [17]) — pojęcia zdrowia i choroby odzwierciedlają męskie standardy tożsamości i relacji; jest to tak zwany androcentric model of mental health [6]. Zasadniczym celem badania było sprawdzenie, czy owo ukryte założenie podzielane jest przez profesjonalistów zajmujących się pomaganiem i jeżeli tak — czy wpływa ono m.in. na proces diagnozy zaburzeń (ich nasilenia i głębokości), oceny samodzielnego radzenia sobie z problemami, rodzaj formułowanych przez specjalistę zaleceń dla pacjenta/ki. Istotnym pytaniem badawczym było też to, czy owe założenia są podzielane przez specjalistów obu płci, czy też występują, jak można by domniemywać, ze znacznie większym natężeniem u specjalistów płci męskiej.

### Metoda

Poddaliśmy badaniu 74 polskich specjalistów — terapeutów obu płci: 44 kobiety i 30 mężczyzn, zajmujących się zawodowo pomaganiem, z czego 20 stwierdziło, że pracują jako psychoterapeuci. Najliczniejsze grupy ze względu na wykształcenie kierunkowe stanowili psycholodzy (38) i pedagodzy (29), 7 osób ukończyło inne kierunki (socjologdy, lekarz, teolog itp.). Badani mieli przeciętnie 13,77 roku doświadczenia w swoim zawodzie, przy średnim wieku 39,71 roku. Najwięcej osób pracowało w prywatnym gabinecie lub ośrodku (28), w szpitalu psychiatrycznym na oddziale nerwic (18) i PZP (17), a wskazania, z jakimi pacjentami najczęściej pracują, to zaburzenia osobowości (53), depresja (42), uzależnienia (39) i nerwice (38). Wszyscy badani potwierdzili, że regularnie korzystają z superwizji. Zastosowane zostało następujące narzędzie badawcze.

Nasze badanie oparliśmy o dobrze sprawdzoną w literaturze przedmiotu metodę case study [18], gdzie każdy uczestnik — terapeuta — przeczytał szczegółowy opis przypadku klinicznego i został poproszony o jego ocenę. Bohater/ka historii nie był/a jednoznaczny diagnostycznie i prezentował objawy różnych kategorii zaburzeń: lękowych, depresyjnych, nadużywania alkoholu, cech zaburzeń osobowości. Zabieg ten miał na celu stworzenie opisu, który nie będzie uprzedzał do żadnej z płci, czyli będzie możliwie najbardziej uniwersalny. Zależnie od warunków eksperymentalnych ten sam przypadek został przedstawiony jako mężczyzny lub kobiety. Tabela 1. ukazuje liczebności poszczególnych warunków badania.

Tabela 1. Liczebności podgrup dla warunków: płeć respondenta i płeć bohatera

		Płeć respondenta	
		Kobieta terapeutka	Mężczyzna terapeuta
Płeć bohatera	Kobieta pacjentka	22	14
	Mężczyzna pacjent	22	16

Po opisie przypadku badani otrzymali zestaw 10 pytań o charakterze klinicznym. Na potrzeby niniejszej pracy, jej objętości i klarowności wnioskowania, prezentujemy cztery z nich.

1. W jakim stopniu — nasileniu występuje zaburzenie, które zaproponowałeś/aś u pani Marty?

- a. lekkim
- b. średnim
- c. znacznym
- d. bardzo mocnym

2. Poniżej przedstawiamy różne ogólne zalecenia najczęściej proponowane w pracy psychoterapeutycznej czy pomocy psychologicznej. Prosimy Cię, abyś określił, jak bardzo poniższe zalecenia są słuszne, trafne w przypadku pani Marty.

(5 pozycji, 5-stopniowa skala, alfa Cronbacha = 0,67).

Przykłady pozycji dla kontroli pierwotnej:

*Uwierzyła w siebie, poznała swoje mocne strony.*

*Wykorzystywała sytuację, aby udowodnić, że potrafi dokonać rzeczy, na których jej zależy.*

Przykłady pozycji dla kontroli wtórnej:

*Bardziej dostosowywała się do swojej roli i dopasowywała oczekiwania do możliwości.*

*Nie zapominała o innych, dbała o najbliższych (rodzina, sąsiedzi, znajomi z pracy), którzy mogą być oparciem.*

3. Teraz chcielibyśmy zapytać o możliwe źródła problemów pani Marty.

Jak myślisz, w jakim stopniu problemy pani Marty wynikają z poniżej przedstawionych trzech przyczyn problemów — wewnętrznych, zewnętrznych, biologicznych.

4. Zakładając, że pani Marta nie będzie poddana żadnym specjalistycznym oddziaływaniom terapeutycznym, jak sądzisz, czy byłaby w stanie samodzielnie poradzić sobie z problemami? Zaznacz na skali od 1 do 7, gdzie 1 oznacza zdecydowanie nie poradzi sobie, a 7 — zdecydowanie tak, poradzi sobie.

Po pytaniach z zakresu prowadzenia terapii badani mieli jeszcze dodatkowo do wypełnienia dwie skale, które traktowaliśmy jako moderatory zmiennych zależnych: Skalę Seksizmu Ambiwalentnego [19] oraz Skalę Prawicowego Autorytaryzmu [20].

Przyjęto następujące hipotezy:

**H 1.:** Specjaliści będą przypisywali większe nasilenie występującego zaburzenia kobietom niż mężczyznom i tendencja ta będzie silniejsza wśród terapeutów niż terapeutek.

**H 2.:** Spodziewaliśmy się, że kobietom częściej zalecana będzie kontrola wtórna, a więc sugestia, by nauczyły się dostosować do okoliczności. Natomiast mężczyznom zalecane będą częściej strategie dominacji i kontroli pierwotnej, sugerujące konieczność uzyskania większej niezależności od otoczenia.

**H 3.:** Przypisywanie źródeł problemów pacjenta będzie zależne od płci, a nie od rzeczywistych okoliczności. W przypadku oceny kobiet częściej będą dokonywane atrybucje wewnętrzne ich problemów, a w przypadku mężczyzn — zewnętrzne i tendencja ta będzie silniejsza u respondentów — mężczyzn.

**H 4.:** Przypuszczaliśmy, że w ocenie profesjonalistów kobiety będą miały mniejsze szanse na samodzielne poradzenie sobie z problemami, gdy nie będą korzystały z pomocy terapeutycznej.

**H5.**: Efekty przewidywane w powyższych hipotezach będą silniejsze wraz ze wzrostem poziomu seksizmu ambiwalentnego, RWA — prawicowego autorytaryzmu (moderatory efektu).

## Wyniki

Dla zbadania efektów płci respondenta i bohatera historii w pierwszej kolejności przeprowadzono wielowymiarową analizę wariancji (MANOVA).

Zmienne zależne:

### I. DIAGNOZA

- a) Nasilenie zaburzenia.
- b) Jakie są przyczyny — źródła problemów pacjenta/ki?
  - wewnętrzne
  - zewnętrzne
  - biologiczne

### II. TERAPIA

Zalecenia stosowania kontroli pierwotnej vs. wtórnej.

### III. ZARADNOŚĆ

Jaka jest zdolność do samokierowania sobą — do samodzielnego poradzenia sobie z problemami danego pacjenta/tki bez korzystania z profesjonalnej pomocy?

Zmiennymi niezależnymi były:

- a) płeć respondenta,
- b) płeć bohatera — pacjenta,
- c) interakcja między tymi zmiennymi.

Otrzymano istotne oba efekty główne: 1 — bohatera: ( $\lambda$  (lambda Wilksa) = 0,69;  $F(11,60) = 2,04$ ,  $p = 0,043$ ; 2 — płci respondenta:  $\lambda = 0,62$ ,  $F(11,60) = 2,83$ ,  $p = 0,006$ ) i interakcji obu zmiennych ( $\lambda = 0,59$ ,  $F(11,60) = 3,12$ ,  $p = 0,003$ ). Wskazuje to, że w naszym badaniu wstępna diagnoza zależała od płci pacjenta i terapeuty, a ściślej — od tego, czy ocenia się osobę tej samej płci, czy odmienną.

Aby lepiej zrozumieć te wyniki, należy przeanalizować, w jaki sposób płeć bohatera i pacjenta różnicują użyte w badaniu pojedyncze wskaźniki.

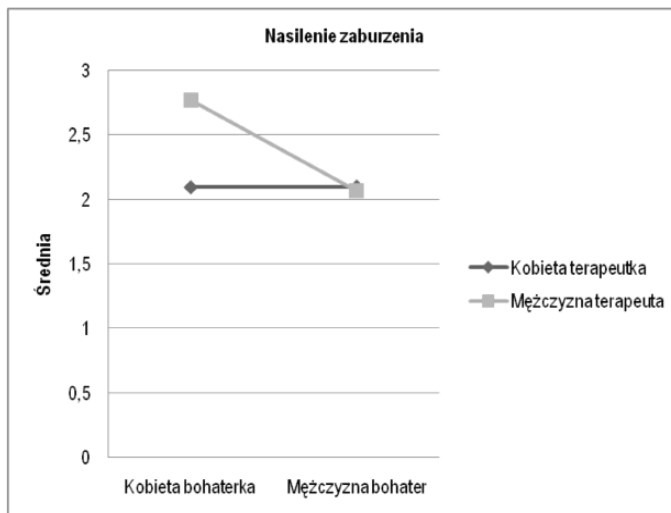
#### Hipoteza 1.: Nasilenie zaburzenia

Wartość zmiennej opisującej postrzegany stopień nasilenia zaburzenia (rys. 1) jest różnicowana przez płeć respondenta:  $F(1,65) = 4,50$ ,  $p = 0,038$  i na poziomie tendencji przez płeć bohatera:  $F(1,65) = 3,50$ ,  $p = 0,066$ ; istotna jest interakcja:  $F(1,65) = 5,90$ ,  $p = 0,012$ . Układa się to we wzorzec — mężczyźni określają zaburzenie jako bardziej nasilone, kiedy dotyczy ono kobiety, niż kiedy dotyczy mężczyzny.

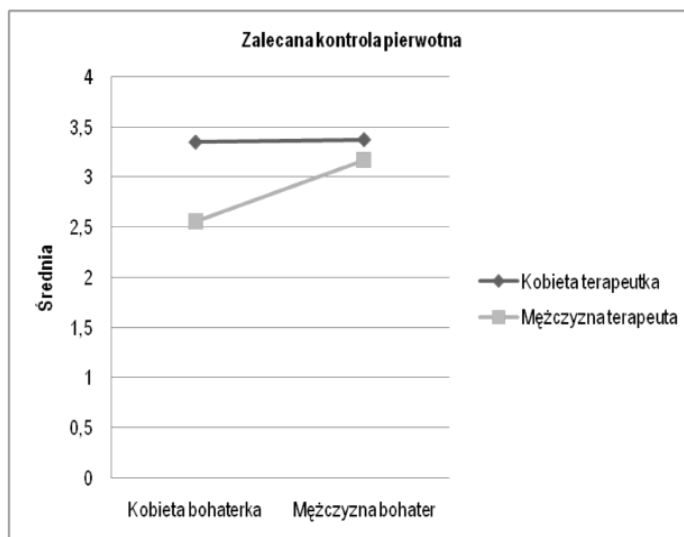
#### Hipoteza 2.: Zalecenia stosowania kontroli pierwotnej

Rothbaum [za: Heeps 21] rozszerzył tradycyjne pojęcie kontroli o dwa procesy sterowania: kontroli pierwotnej i kontroli wtórnej. Kontrola pierwotna to nastawienie, w którym ludzie rozwijają poczucie kontroli osobistej przez wpływ na obiektywne warunki środowiska i dostosowywanie ich do swoich potrzeb. Alternatywnie, wtórna kontrola opiera się na maksymalizacji dopasowania do istniejącego otoczenia.

Rys. 1. Ocena nasilenia zaburzenia



Rys. 2. Zalecana kontrola pierwotna



Terapeuci byli pytani o ocenę, jak bardzo zgadzają się z wymienionymi zaleceniami terapeutycznymi dla danego przypadku kobiety lub mężczyzny. Dla zalecanej kontroli pierwotnej (rys. 2) istotny jest efekt główny płci respondenta  $F(1, 70) = 8,61, p = 0,005$ , nieistotny — efekt główny płci bohatera  $F(1, 70) = 2,38, p = 0,127$ , istotna na poziomie tendencji jest interakcja  $F(1, 70) = 3,25, p = 0,076$ . Oznacza to, że mężczyźni terapeuci mają skłonność do zalecania bohaterkom naszego case study strategii opartych na kontroli

pierwotnej, czyli mniej wierzą w ich zdolności do wpływu na otoczenie, a bardziej w konieczność dostosowania się do zmian.

### Hipoteza 3.: Źródła problemów pacjenta

Po opisie przypadku badani w serii pytań otrzymywali m.in. trzy pytania (skala 1 — 5) o przyczyny problemów pacjenta/ki — wewnętrzne (osobowościowe), zewnętrzne (okoliczności), biologiczne (schorzenia somatyczne).

Rys. 3. Wewnętrzne — osobowościowe przyczyny problemów pacjenta/ki



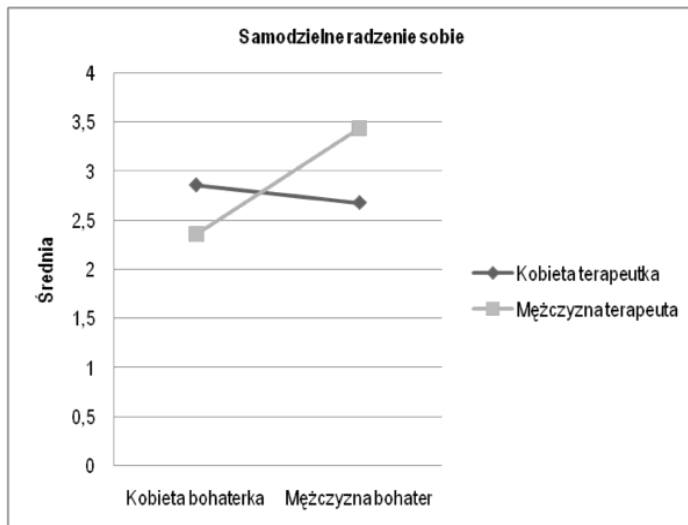
W przypadku wewnętrznych źródeł problemów wykazano istotny efekt główny płci badanego:  $F(1, 70) = 5,18$ ,  $p = 0,026$  i istotną interakcję  $F(1, 70) = 14,47$ ,  $p < 0,001$ , nieistotny jest efekt główny płci bohatera  $F(1, 70) = 2,38$ ,  $p = 0,127$ . Rysunek 3. pokazuje, jaki jest kształt tych zależności: w istocie to mężczyźni terapeuci postrzegają kobiety pacjentki jako sprawczynie swoich problemów, przypisując im wewnętrzne źródła ich trudności.

### Hipoteza 4.: Przewidywane samodzielne radzenie sobie

Kolejne pytanie dotyczyło tego, czy jeśli pacjent/pacjentka nie będzie poddany/a żadnym specjalistycznym oddziaływaniom terapeutycznym, to czy byłby/byłaby w stanie samodzielnie poradzić sobie z problemami (skala 1–7). W tym przypadku otrzymaliśmy istotną interakcję:  $F(1, 70) = 4,66$ ,  $p = 0,034$ ; nieistotne są efekty główne bohatera:  $F(1, 70) = 1,35$ ,  $p = 0,249$ ; i respondenta:  $F(1, 70) = 0,262$ ,  $p = 0,610$ . Mężczyźni terapeuci uważają, że oceniani przez nich mężczyźni lepiej poradzą sobie bez pomocy fachowej niż kobiety (rys. 4).



Rys. 4. Zaradność — zdolność do poradzenia sobie z problemami bez profesjonalnej pomocy



#### Hipoteza 5.: Moderatory — Założenia terapeutów o porządku społecznym

Po sprawdzeniu ewentualnych moderatorów okazało się, że owe różnicowanie obserwowane wśród mężczyzn psychoterapeutów nie było spowodowane ani przez seksizm (Skala Seksizmu Ambiwalentnego Glick i Fiske, 1996, w polskiej adaptacji opracowana przez Janinę Pietrzak) [19], ani przez autorytaryzm (Skala Prawicowego Autorytaryzmu RWA, Funke, 2005, polska wersja: Grzesiak-Feldman 2012) [20]. Oznacza to, że efekty te nie są zależne od światopoglądu (poziom autorytaryzmu i seksizmu był w grupie terapeutów bardzo niski), ale najprawdopodobniej wynikają ze sposobów postrzegania i oceny pacjentki/ki przez pryzmat tego, co jest uważane za przejaw zdrowia psychicznego.

#### Omówienie wyników

Badanie wykazało, że podczas gdy terapeutki prezentowały w zasadzie takie same, bez względu na płeć pacjenta, osądy kliniczne, to mężczyźni terapeuci ujawnili systematyczny błąd — gender bias. Przyczyny zaistnienia problemu pacjentki w porównaniu z przyczynami zaistnienia takiego problemu u pacjenta płci męskiej były przypisywane przez mężczyzn terapeutów bardziej przyczynom wewnętrznym (cechom osobowości) niż okolicznościom zewnętrznym. Dodatkowo prawdopodobieństwo poradzenia sobie samodzielnie z kryzysem emocjonalnym, bez profesjonalnej pomocy, było postrzegane przez mężczyzn terapeutów (ale już nie kobiety terapeutki) jako wyższe w przypadku pacjenta płci męskiej. Dzieje się tak, mimo że w istocie profesjonalności obu płci podzielał tzw. męski model zdrowia psychicznego. W przypadku osądu klinicznego pacjentki,

w porównaniu z osądem pacjenta: (a) objawy kliniczne były postrzegane jako bardziej dysfunkcyjne — nasilenie; (b) w mniejszym stopniu sugerowano strategię bezpośredniego wpływu na swoje otoczenie — odradzano zachowania opierające się na kontroli pierwotnej.

Pomocną w lepszym zrozumieniu dyskutowanych tu procesów gender bias wśród terapeutów wydała się nam koncepcja Carol Dweck [22] mówiąca, że ludzie do oceny innych osób używają własnych, tzw. naiwnych teorii osobowości. Teoria Dweck [22] wyróżnia dwa przeciwstawne zespoły przekonań. Po jednej stronie są tzw. incremental beliefs, czyli przekonania, że osobowość człowieka jest plastyczna i człowiek jest zdolny do jej zmiany dzięki własnemu wysiłkowi. Koncepcję taką można określić mianem sprawczego postrzegania osobowości. Po drugiej stronie znajdują się tzw. entity beliefs, według których osobowość jest postrzegana jako wysoce trwały byt z niemodyfikowalną strukturą cech [22]. W naszym badaniu potwierdzeniem teorii Dweck są atrybucje, jakich terapeuci dokonali w dwóch obszarach funkcjonowania pacjenta: w obszarze ustalania przyczyn zaburzenia i oceny zaradności pacjenta/ki, czyli możliwości samodzielnego wyjścia z trudności emocjonalnych (potwierdzenie hipotez: H 3. i H 4.).

1. Jakie są przyczyny — źródła problemów pacjenta/ki? Na ile terapeuci uznają, że problemy pacjenta są wewnętrzne, niejako w nim samym — entity beliefs?

2. Jaka jest zdolność do samodzielnego pokonywania problemów danego pacjenta/ki bez korzystania z pomocy — do samokierowania sobą — incremental beliefs?

Na podstawie naszych badań przypuszczamy, że polscy terapeuci (bez względu na płeć) są w pewnym stopniu wyznawcami — często nieświadomymi — incremental theory of mental health (w tradycji psychoterapeutycznej jest to wspomniany wcześniej androcentric model of mental health) [12]. Pacjentom, ale nie pacjentkom, jako reprezentantom kategorii społecznej „mężczyźni”, stereotypowo przypisuje się w większym stopniu tzw. cechy męskie i sprawczość, oraz inne cechy związane z asertywnością, zdolnością do samodzielnego pokonywania problemów, logiką i celowością działań. W związku z tym osoby zajmujące się pomocą profesjonalną mogą mieć tendencję do spostrzegania analogicznych zaburzeń emocjonalnych jako mniej poważnych u pacjentów niż pacjentek i uważać je za łatwiejsze do przezwyciężenia przez mężczyzn.

Fakt, że stwierdzony przez nas gender bias występuje wyłącznie u terapeutów, a nie terapeutek, może być związany z tym, że terapeuci — ponieważ sami są mężczyznami — okazują tu rodzaj ingroup bias, tj. łatwiej akceptują ideę, że mężczyźni są „mocniejsi psychicznie”, że „dadzą sobie radę”, co prowadzi do zbyt „liberalnego” traktowania objawów i problemów u mężczyzn — tzw. niedoszacowania diagnostycznego [23]. Wyjaśnienie różnic w gender bias między terapeutami a terapeutkami zakłada więc, że w przypadku mężczyzn obie siły (podzielanie „męskiej” koncepcji zdrowia psychicznego + ingroup bias) działają w tym samym kierunku, a więc ich efekty sumują się, dając na wyjściu stwierdzone przez nas gender bias. Natomiast w przypadku kobiet jedna z tych sił (podzielanie „męskiej” koncepcji zdrowia psychicznego) pcha je w kierunku gender bias, natomiast druga siła — ingroup bias — popycha w kierunku przeciwnym, czego efektem jest na wyjściu brak efektu gender bias wśród terapeutek.

## Wnioski

Celem artykułu była rewizja tego, do jakiego modelu zdrowia psychicznego odwołują się polscy specjaliści zajmujący się pomaganiem. Terapeuci, nim staną się klinicystami, najpierw jako uczestnicy kultury nabywają poprzez swoją rodzinę, najbliższe środowisko i media różne potoczne wyobrażenia na temat świata społecznego, w tym również na temat tego, co jest uważane za zdrowe zachowanie i jakie są właściwe role przypisane płciom. Dlatego uznaliśmy za pomocną w lepszym zrozumieniu zaznaczonych przez nas procesów gender bias wśród terapeutów koncepcję Carol Dweck [22] mówiącą, że ludzie do oceny innych ludzi używają własnych, tzw. naiwnych teorii osobowości. Wyniki zaprezentowanych badań pozwalają sformułować przypuszczenie, że to, co bliższe wyobrażeniu zdrowia wśród terapeutów, odzwierciedla bardziej stereotypowo męskie cechy bycia (sprawczość, asertywność, klarowność celów, samosterowność), co w koncepcji Dweck [22] bliższe jest tzw. incremental beliefs. Dotyczy to zarówno kobiet, jak i mężczyzn terapeutów, z tą jednak różnicą, iż tylko u mężczyzn terapeutów zauważamy inne ocenianie pacjentów, a inne pacjentek. Osądy kliniczne obciążone są więc u terapeutów mężczyzn tzw. gender bias. Być może są one następstwem nieświadomego przyjmowania „wzrostowej” teorii zdrowia psychicznego, co, w połączeniu ze zjawiskiem nieświadomego „faworyzowania swoich” (przedstawicieli tej samej płci), prowadzi do stwierdzanych w naszym badaniu tendencji w ocenach i sądach klinicznych.

Z naszego badania wyciągamy także praktyczne implikacje, a mianowicie, że warto uwzględnić problematykę gender bias podczas szkoleń terapeutów oraz specjalizacji klinicznych.

Polska badaczka Barbara Józefik [24], jednocześnie klinicystka i psychoterapeutka, w swej niedawno wydanej książce [24] zauważa, że „jakkolwiek perspektywa medyczna zakłada wieloczynnikowe uwarunkowania, anoreksji i bulimii, wystąpienia objawów, to ich rozumienie jest uproszczone w porównaniu z tym, co wnosi współczesna socjologia ciała czy nauki genderowe”. Autorka dalej pisze: „wielość dyskursów, w jakich interpretowane są zaburzenia odżywiania, ich społeczne konsekwencje sprawiają, iż uważam za ważne poszerzanie rozumienia o wiedzę z dziedzin pokrewnych i odrębnych. Mam nadzieję, że psychoterapeuci, psychologowie, psychiatrzy czy studenci tych dziedzin docenią wątki kulturowe”.

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę, iż trafność i rzetelność ustaleń zależy w znacznym stopniu od poziomu świadomości metodologicznej samego diagnosty, a także członków społeczności, z którymi pozostaje on w kontakcie zawodowym [25]. Dlatego tak ważne jest podejmowanie refleksji nad własną dyscypliną i osobliwościami procesu diagnozowania [26]). Stemplewska-Żakowicz [25] podkreśla wagę kompetencji kulturowej w diagnozowaniu, a później w udzielaniu pomocy. Jest ona kompetencją fundamentalną (drugą jest świadomość etyczna), rozumianą jako wiedza, umiejętności i postawy dotyczące odmienności pod względem różnych aspektów tożsamości, a więc również płci [25]. Trudno nie uznać tej kompetencji za kluczową, skoro profesjonalista w swej praktyce zawsze spotyka mężczyznę lub kobietę. Sytuacje te nie są więc wyjątkami, a wręcz przeciwnie — zdarzają się za każdym razem [25].

„Terapeutom grozi niebezpieczeństwo uznawania za oczywiste, że pacjenci mogą się pozytywnie rozwijać tylko w obrębie ustanowionych przez nas norm i modeli. Często jednak szansę rozwoju daje im właśnie przeciwstawienie się naszym wyjaśnieniom, wskazówkom i interpretacjom” — Jurg Willi [27].

### Piśmiennictwo

1. Avis JM. Feminist issues in family therapy. W: Piercy FP, Sprenkle DH, red.: Family Therapy sourcebook. The Guilford Press, New York, London, second edition; 1999.
2. Blashfield RK, Keeley JW, Burgess DR. Classification. Oxford textbook of psychopathology W: Blaney PH, Millon T. New York: Oxford University Press. 2009, s. 35–57.
3. Kaplan PJ, Cosgrove L. Bias in psychiatric diagnosis. Maryland. The Rowman and Littlefield Publishing Group, Inc. 2004.
4. Kamens SR. On the proposed sexual and gender identity diagnoses for DSM–5. History and controversies. *Hum. Psychol.* 2011; 39: 37–59.
5. Kroska A, Harkness SK. Exploring the role of diagnosis in the modified labeling theory of mental health. *Department of Sociology.* 2008; 71: 193–208.
6. Broverman IK, Broverman DM, Clarkson FE. Sex-role stereotypes and clinical judgments of mental health. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1970; 34(1): 1–7.
7. Barbaro de B, Józefik B, red. *Terapia rodzin a perspektywa feministyczna.* Kraków: Wydawnictwo UJ; 2004.
8. Good GE, Douglas A, Brathwaite T, Brathwaite AD. Men and therapy. Critical concepts, theoretical frameworks and research recommendations. *J. Clin. Psychol.* 2005; 61(6): 699–711.
9. Webb-Woodard L. Kobiety, terapia rodzin i szersze systemy. W: Braverman L, red. *Podstawy feministycznej terapii rodzin.* Gdańsk: GWP; 2003.
10. Wojciszke B, Szlendak MA. Skale do pomiaru orientacji sprawczej i wspólnotowej. *Psychol. Społ.* 2010; 51(13): 57–70.
11. Bograd M. *Feminist approaches for men in family therapy.* New York: Routledge Published; 2013.
12. Braverman L. *Podstawy feministycznej terapii rodzin.* Gdańsk: GWP; 2003.
13. Eriksen K, Kress EV. Gender and diagnosis: struggles and suggestions for counselors. *J. Couns. Develop.* 2008; (86) : 152-162.
14. Slany K, Struzik J, Wojnicka K. *Gender w społeczeństwie polskim.* Kraków: Wydawnictwo NOMOS; 2013.
15. Langer R. Gender, mental disorder and law at the borderline: Complex entanglements of victimization and risk. *Psych. Psychol. Law.* 2016; 23(1): 69–84.
16. Koo KH, Hebenstreit CL, Madden E, Seal KH, Maguen S. Race/ethnicity and gender differences in mental health diagnoses among Iraq and Afghanistan veterans. *California, San Francisco. Psych. Res.* 2015; 229 (3): 724–731.
17. Kwiatkowska A. Tożsamość a kultura. W: Szuster A, Maison D, Karwowska D, red. *W stronę podmiotowości: o emocjonalności, tożsamości, dobrych uczynkach i korzyściach płynących z porannego wstawania.* Warszawa: Smak Słowa; 2012.
18. Garb HN. *Studying the clinician: judgment research and psychological assessment.* Washington: American Psychological Association (APA); 1998.

19. Pietrzak J, Mikołajczak M. Religia a legitymizacja nierówności płciowej w Polsce. W: Kofta M, Bilewicz M, red. *Wobec obcych. Zagrożenia psychologiczne a stosunki międzygrupowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2011, s. 115–128.
20. Grzesiak-Feldman M. Prawicowy autorytaryzm oraz orientacja na dominację społeczną jako predyktory różnych form myślenia spiskowego. *Warszawa: Psychol. Społ.* 2012; (7): 48–63.
21. Heaps LJ. *The role of primary/secondary control in positive psychological adjustment*. Melbourne: Deakin University; 2000.
22. Dweck C S. Can personality be changed? The Role of beliefs in personality and change. *Curr. Direct. Psychol. Sci.* 2008; 17(6): 391–394.
23. Brannon L. *Psychologia rodzaju. Kobiety i mężczyźni: podobni czy różni*. Gdańsk: GWP; 2002.
24. Józefik B. *Kultura, ciało, (nie)jedzenie. Terapia. Perspektywa narracyjno-konstrukcjonistyczna w zaburzeniach odżywiania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2013.
25. Stemplewska-Żakowicz K. *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: GWP; 2009.
26. Słysz A. *Typy diagnostów, preferencje poznawcze psychologów a strategie diagnozowania*. Poznań: Instytut Psychologii UAM (niepublikowany maszynopis pracy doktorskiej); 2008.
27. Willi J. *Terapia pary*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Fundament; 2012.

Adres: [sniegu8@wp.pl](mailto:sniegu8@wp.pl)