

Monika Frąckowiak-Sochańska  
*Instytut Socjologii*  
*Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu*

## **Zdrowie psychiczne a wzory życia małżeńsko-rodzinnego w kontekście wyzwań współczesności**

### **Streszczenie**

Celem niniejszego artykułu jest analiza relacji pomiędzy doświadczeniami rodzinnymi jednostek a ich zdrowiem psychicznym. Rodzina jako mikrostruktura wyznaczająca kontekst najbliższych doświadczeń może osłabiać bądź wzmacniać działanie stresorów pochodzenia makrospołecznego. Powyższa konstatacja nabiera szczególnego znaczenia w świetle danych epidemiologicznych o charakterze międzynarodowym (WHO 2001, EU 2008) oraz lokalnym (EZOP – Polska 2012), które wskazują na rosnącą zapadalność na choroby i zaburzenia psychiczne ze szczególnym uwzględnieniem depresji, zaburzeń lękowych oraz uzależnień (zaburzeń ściśle powiązanych ze stresem). Zmieniające się wzory życia rodzinnego są nierozzerwalnie związane ze zmianami schematów płci społeczno-kulturowej. W związku z tym istotne wydaje się pytanie, w jaki sposób doświadczenia rodzinne oddziałują na kondycję psychiczną kobiet i mężczyzn.

Podstawę empiryczną artykułu stanowi metaanaliza polskich i zagranicznych badań dotyczących powiązań między zdrowiem psychicznym a kontekstem społecznym (w tym rodzinnym) oraz badania własne autorki niniejszego artykułu z roku 2012 (reprezentatywne ogólnopolskie badania sondażowe), stanowiące część szerszego projektu dotyczącego procesu społecznego konstruowania kategorii zdrowia psychicznego oraz chorób / zaburzeń psychicznych.

**Słowa kluczowe:** *zdrowie psychiczne, stan cywilny, płć społeczno-kulturowa, wzory życia małżeńsko-rodzinnego*

**Keywords:** *family, patterns of family life, mental health*

## Wstęp

Rodzinę uznać możemy za swoisty katalizator procesów zachodzących w makroskali. Wydarzenia historyczne, procesy polityczne, mechanizmy związane z funkcjonowaniem rynku pracy i szerzej – systemu gospodarczego, oraz mechanizmy strukturalne generujące nierówności społeczne mają bezpośredni lub pośredni wpływ na doświadczanie stresu przez jednostki (Titkow 1993). Rodzina jako mikrostruktura wyznaczająca kontekst najbliższych doświadczeń może osłabiać bądź wzmacniać działanie stresorów pochodzenia makrospołecznego. System rodzinny może być przestrzenią tworzenia więzi będących podstawą wsparcia oraz zasobów niezbędnych do rozwiązywania problemów, lecz z drugiej strony – może stanowić źródło obciążeń psychicznych.

Konstatacja, iż rodzina ma istotny wpływ na kondycję psychiczną jednostek nabiera szczególnego znaczenia w świetle danych epidemiologicznych dotyczących zdrowia psychicznego. Dane o charakterze międzynarodowym (WHO 2001, EU 2008) oraz lokalnym (EZOP – Polska 2012) wskazują na znaczną zachorowalność na różnego rodzaju choroby i zaburzenia psychiczne ze szczególnym uwzględnieniem depresji, zaburzeń lękowych i uzależnień (zaburzeń ściśle powiązanych ze stresem). Zarówno wyżej wymienione dane ilościowe, jak i jakościowe obserwacje kliniczne prowadzą do wniosków o związkach stanu zdrowia psychicznego z doświadczeniami rodzinnymi jednostek.

Zmieniające się wzory życia rodzinnego są nierozzerwalnie związane ze zmianami schematów płci społeczno-kulturowej. W związku z tym istotne wydaje się pytanie, w jaki sposób doświadczenia rodzinne oddziałują na kondycję psychiczną kobiet i mężczyzn. Dane empiryczne wskazują na zróżnicowanie wskaźników zdrowia psychicznego w zależności od sytuacji rodzinnej jednostek obu płci. Przykładowo, wolne i bezdzietne kobiety są mniej narażone na depresję i inne problemy psychiczne niż mężatki i samotne matki, zwłaszcza te, które nie pracują poza domem. Kawalerowie i rozwodnicy częściej doświadczają zaburzeń psychicznych w porównaniu z żonatymi mężczyznami, natomiast żonaci mężczyźni cieszą się lepszym zdrowiem psychicznym niż zamężne kobiety (Branon 2002, s. 476, Cleary, Mechanic w 1983 Hughes, Galinsky w 1994). Wobec tych ustaleń, ważną kwestią pozostaje pytanie o sposób oddziaływania na kondycję psychiczną jednostek nowych wzorów życia małżeńsko-rodzinnego oraz jego alternatywnych form w porównaniu z formami tradycyjnymi.

Celem niniejszego artykułu jest analiza relacji pomiędzy doświadczeniami rodzinnymi jednostek a ich zdrowiem psychicznym. Podstawę empiryczną artykułu stanowi metaanaliza polskich i zagranicznych badań dotyczących powiązań między zdrowiem psychicznym a kontekstem społecznym (w tym rodzinnym) oraz badania własne autorki niniejszego artykułu z roku 2012, stanowiące część szerszego projektu dotyczącego procesu społecznego konstruowania kategorii zdrowia psychicznego

oraz chorób / zaburzeń psychicznych<sup>1</sup>. Ze względu na złożoność relacji pomiędzy mechanizmami makro- oraz mikrospołecznymi a zdrowiem psychicznym, problematyka poruszana w artykule stanowi jedynie wybór zagadnień<sup>2</sup>.

## Wyzwania współczesności a kondycja psychiczna jednostek

Problemy zdrowia psychicznego mają swój kontekst makrospołeczny oraz rodzinny. W sytuacji, gdy jednostki konfrontują się z ryzykiem znajdującym się poza ich kontrolą – kiedy np. doświadczają w swoim życiu bezpośrednich konsekwencji kryzysu gospodarczego, należy zadać pytanie – na ile wzory życia rodzinnego i szerzej – kształtujące je wzory kulturowe wyposażają jednostki w kompetencje radzenia sobie z obciążeniami, czy z wyzwaniami współczesności.

Z danych Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że od 2007 roku (traktowanego jako początek światowego kryzysu gospodarczego) w krajach europejskich wzrosło nie tylko bezrobocie i zagrożenie ubóstwem, lecz także odnotowano pogorszenie kondycji psychicznej jednostek. Jest to mechanizm wielokrotnie rejestrowany w historii, a jego wskaźniki to: wzrost zachorowalności na różne choroby i zaburzenia psychiczne – ze szczególnym uwzględnieniem depresji, zaburzeń lękowych i uzależnień, wzrost liczby samobójstw i prób samobójczych oraz wzrost odnotowanych przypadków przemocy w rodzinie (co jest zarówno skutkiem, jak i przyczyną pogorszenia kondycji psychicznej jednostek) (WHO 2011, s. 4).

Na znaczną zachorowalność na różnego rodzaju choroby i zaburzenia psychiczne wskazują również dane o charakterze lokalnym (np. epidemiologiczne, reprezentatywne badanie EZOP – Polska 2012)<sup>3</sup>. Na ich podstawie stwierdzono, że objawy różnych chorób i zaburzeń psychicznych przejawia 23,4% przedstawicieli reprezentatywnej próby Polek i Polaków między 18 a 65 rokiem życia. Po ekstrapolacji na populację generalną daje to ponad sześć milionów mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym. Do najczęstszych zaburzeń należały uzależnienia od substancji psychoaktywnych, zaburzenia depresyjne i nerwicowe (lękowe) (Ezop – Polska 2012, s. 267).

Ponadto, stwierdzono, że 20–30% populacji w wieku 18–65 lat uskarża się na problemy, które co prawda nie wystarczają do postawienia rozpoznania konkretnego

<sup>1</sup> Badania własne zostały zrealizowane w dniach 22–25 listopada 2012 na ogólnopolskiej, reprezentatywnej, losowo-kwotowej próbie mieszkańców Polski powyżej 15 roku życia (N=1000) przez firmę TNS Polska dzięki grantowi wewnętrznemu Instytutu Socjologii UAM i Wydziału Nauk Społecznych UAM.

<sup>2</sup> Kwestie dopełniające niniejszy artykuł znajdzie czytelnik między innymi we wcześniejszych publikacjach autorki (Frąckowiak 2005, Frąckowiak-Sochańska 2010, 2011a, 2012).

<sup>3</sup> Badanie EZOP było pierwszym w Polsce badaniem epidemiologicznym zaburzeń psychicznych przeprowadzonym 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 lat (EZOP – Polska 2012, s. 267).

zaburzenia psychicznego, lecz znacząco pogarszają kondycję psychiczną i jakość życia. Do problemów tych należą: stany obniżenia nastroju i aktywności, objawy unikania, przewlekły lęk, drażliwość, lęki napadowe i społeczne, napady złości. Większość tych problemów częściej ujawniają kobiety niż mężczyźni (EZOP – Polska 2012, s. 269). Do podobnych wniosków prowadzą badania ogólnopolskie, reprezentatywne badania zrealizowane przez CBOS, z których wynika, że 36% badanych często lub bardzo często odczuwa zdenerwowanie i rozdrażnienie, 23% – zmęczenie i znużenie, 18% – bezradność, 14% wściekłość, 11% – nastrój depresyjny, a 6% – przejawia częste lub bardzo częste myśli samobójcze (CBOS 2012, s. 4–5).

Problemy zdrowia psychicznego nabierają szczególnego znaczenia w kontekście cech społeczeństwa późnej nowoczesności: refleksyjności, nieprzejrzystości struktury społecznej i konieczności dokonywania wyborów spośród rosnącej liczby alternatyw. Jak pisze Giddens: „Wszyscy uczestniczymy w *codziennych eksperymentach*, których wynik, w ogólnym sensie, pozostaje równie otwarty jak w przypadku eksperymentu dotyczącego całej ludzkości” (2009, s. 83). W powyższym kontekście należy zwrócić uwagę na pojawienie się nowych form ryzyka – niezwiązanego z bezpośrednim zagrożeniem życia, lecz z perspektywą utraty bądź niemożności zdobycia określonego statusu społeczno-materialnego, społecznie cenionej tożsamości, możliwości samorealizacji, podstaw poczucia własnej wartości, zakorzeniających relacji społecznych. Źródła lęku mają pochodzenie społeczne, lecz podobnie jak współczesna struktura społeczna są nieprzejrzyste i rozproszone. W związku z tym lęk staje się niespecyficzny, uogólniony i trudny do zeksternalizowania, co prowadzi do uwewnętrzniania reakcji lękowych. W efekcie pewien poziom lęku spleta się z codziennym doświadczeniem jednostek, a w niektórych przypadkach z tożsamością. Jest to jeden z mechanizmów powstawania zaburzeń lękowych przybierających rozmaite postaci (fobii, lęku panicznego, agorafobii, uogólnionych zaburzeń lękowych, czy zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych). Zaburzenia lękowe szczególnie często współwystępują z zaburzeniami depresyjnymi oraz uzależnieniami substancjalnymi i behawioralnymi.

Człowiek w społeczeństwie późnej nowoczesności staje wobec konieczności wyboru spośród wielu wariantów sposobu życia, form aktywności, możliwości rozwoju (zawodowego, osobistego itd.), relacji społecznych (w tym związków intymnych). Każdy wybór wiąże się z utratą przynajmniej niektórych alternatyw. Możliwości wyboru, przed którymi staje jednostka we współczesnym społeczeństwie są realne bądź jedynie potencjalne. Mimo to, każdy wybór pociąga za sobą perspektywę jakiejś straty. W związku z tym sama sytuacja wyboru (presja, bo go dokonać i wybrać jak najlepiej) może wywoływać najpierw reakcję napięcia emocjonalnego, lęku, a następnie – smutku (żału) po stracie. Dodatkowo, każdy wybór wiąże się ze swoistym ryzykiem, gdyż nie jesteśmy w stanie przewidzieć jego długofalowych konsekwencji. Wielość odrzuconych alternatyw pociąga za sobą multiplikację alternatywnych scenariuszy. Jest to uboczny efekt (czy ukryta funkcja) refleksyjnej nowoczesności. Jednostki mające przed sobą wiele alternatyw należą do kategorii względnie uprzy-

wilejowanych, jednak nie chroni ich przed subiektywnym doświadczaniem strat niewykorzystanych możliwości. Dostrzeżenie tego mechanizmu pozwala wyjaśnić relatywnie wysokie wskaźniki zachorowalności na depresję wśród przedstawicieli i przedstawicielek klasy średniej (Seligman, Walker, Rosenhan 2003, s. 20). Ponadto, z powodu zaburzeń depresyjnych cierpią coraz młodsze osoby<sup>4</sup>.

Spośród analizowanych (w ramach projektu EZOP – Polska oraz przez CBOS w 2012) czynników społeczno-demograficznych mających wpływ na kondycję psychiczną jednostek największą rolę przypisać można tym, które wpływają na wsparcie społeczne. Ważnym, jeśli nie decydującym, czynnikiem ryzyka jest brak zatrudnienia, który obejmuje nie tylko bezrobotnych, ale także rencistów, emerytów oraz gospodynie domowe. Zatrudnienie w tym kontekście jest nie tylko źródłem utrzymania, lecz także – źródłem społecznego wsparcia (EZOP – Polska 2012, s. 269, CBOS 2012, s. 5). Ponadto – brak zatrudnienia – i związane z nim zagrożenie ubóstwem wpływa negatywnie na jakość relacji rodzinnych oraz kondycję psychiczną członków rodzin<sup>5</sup>. Większym ryzykiem zaburzeń psychicznych obciążeni są mieszkańcy dużych miast, szczególnie kobiety (EZOP – Polska 2012, s. 269, CBOS 2012, s. 4–5).

Z badań EZOP – Polska wynika również, że istotnym czynnikiem ryzyka pogorszenia zdrowia psychicznego jest utrata związku. Osoby, które straciły partnera, czy to przez rozwód czy śmierć współmałżonka znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka zaburzeń psychicznych – zwłaszcza depresyjnych, lękowych oraz zaburzeń zachowania (EZOP – Polska 2012, s. 269). Nie oznacza to jednak, że pozostawanie w trwałym związku jest czynnikiem automatycznie zapewniającym równowagę psychiczną. Istotne znaczenia ma bowiem jakość związku, na którą składa się przede wszystkim zakres wzajemnego wsparcia. Badania własne autorki niniejszego artykułu wskazują, iż osoby pozostające w trwałych związkach małżeńskich bądź partnerskich częściej niż pozostałe deklarują niepokój o własne zdrowie psychiczne. Badanie subiektywnych deklaracji ogólnego niepokoj o własne zdrowie psychiczne nie jest tożsame z badaniem samoobserwacji konkretnych objawów zaburzeń uwzględnianych w klasyfikacjach psychiatrycznych (taka procedura została zastosowana m.in. w badaniach EZOP – Polska 2012). Niemniej jednak, niepokój o własne zdrowie psychiczne wskazuje na pewien zakres odczuwanego dyskomfortu

<sup>4</sup> Z danych amerykańskich wynika, że w latach 60. średnia wieku początku stanów depresyjnych wynosiła 30 lat, a obecnie jest to mniej niż 15 lat. Jeden na sześciu nastolatków cierpi z powodu napadów depresji jeszcze przed ukończeniem szkoły średniej, a 25–35% studentów przeżywa przynajmniej łagodne stany depresyjne (Seligman, Walker, Rosenhan 2003, s. 271). Wyniki te są spójne z ustaleniami WHO z 2014 roku, zgodnie z którymi depresja jest najważniejszą z przyczyn niesprawności wśród adolescentów, a samobójstwo powiązane z depresją jedną z trzech najczęstszych przyczyn śmierci osób w wieku 10–19 lat (WHO 2014). Do podobnych wniosków prowadzą również badania polskie, z których wynika, że średnio około jednej trzeciej młodzieży przejawia objawy depresji mierzone skalą depresji Aarona Becka. Stwierdzono również, że w pewnych okolicznościach odsetek ten wyraźnie wzrasta – np. odnotowano związek pomiędzy wzrostem wskaźnika bezrobocia w regionie a depresyjnością dzieci i młodzieży (Jaklewicz 2001, 2007)

<sup>5</sup> Efekt ten został wielokrotnie potwierdzony w badaniach (m.in. Oliwa-Ciesielska 2013).

(napięcia) psychicznego, które może przechodzić w stan chroniczny i powodować stany spełniające kryteria zaburzeń zdrowia psychicznego.

### Stan cywilny, płeć i wzory życia małżeńsko-rodzinnego a poczucie zagrożenia zdrowia psychicznego w świetle badań empirycznych

Stan cywilny i wzory życia małżeńsko-rodzinnego wraz z towarzyszącymi im schematami płci społeczno-kulturowej są w istotny sposób powiązane z subiektywnie odczuwaną jakością życia mającą swój wymiar psychologiczny. Na ów wymiar składają się m.in.: poczucie bezpieczeństwa, możliwość doznawania i udzielania wsparcia, możliwość podtrzymywania pozytywnej samooceny w toku interakcji. Funkcjonowanie w bliskich związkach może pomagać w zachowaniu równowagi psychicznej bądź przeciwnie – ową równowagę zakłócać.

Porównanie odpowiedzi osób różniących się pod względem stanu cywilnego na pytanie dotyczące niepokoju o własne zdrowie psychiczne wskazuje, że 28,5% osób żyjących w związkach małżeńskich lub partnerskich wyraża niepokój o swoje zdrowie psychiczne. Odsetek ten jest wyższy niż analogiczny wskaźnik dla osób stanu wolnego (23,9%) oraz owdowiałych (24,8%). Osoby rozwiedzione bądź będące w separacji stanowią drugą co do częstości deklarowania niepokoju o własne zdrowie psychiczne kategorię badanych. Odsetek osób wyrażających ów niepokój osiągnął w tym przypadku 26%. Jest to kategoria osób, które, jak można założyć, mają za sobą negatywne doświadczenia bycia w związku.

Tabela 1: Stan cywilny a niepokój o zdrowie psychiczne

Subiektywna ocena niepokoju o własne zdrowie psychiczne		Stan cywilny											
		kawaler\ panna		żonaty\ zamężna\ związek partnerski		rozwiedziony(a)\ w separacji		wdowiec\ wdowa					
		I	%	I	%	I	%	I	%				
Czasami niepokoję się o moje zdrowie psychiczne	zdecydowanie tak	7	23,9%	23	28,6%	4	26,0%	6	24,7%	5,9%			
	raczej tak	58	21,3%	134	24,4%	16	20,8%	19	18,8%				
	trudno powiedzieć	44	16,2%	65	11,8%	8	10,4%	21	20,8%				
	raczej nie	97	35,7%	229	41,6%	33	42,9%	35	34,7%				
	zdecydowanie nie	66	59,9%	99	59,6%	16	63,6%	20	54,5%	19,8%			
	<b>Ogółem</b>	272	100%	550	100%	77	100%	101	100%	100%			

Źródło: Badania własne na reprezentatywnej, ogólnopolskiej, losowo-kwotowej próbie ludności powyżej 15 roku życia (N=1000).

Przeprowadzone równoległe porównanie rozkładu odpowiedzi na pytanie dotyczące odczuwanego niepokoju o własne zdrowie psychiczne w zależności od stanu cywilnego badanych prowadzi do spójnych z powyższymi wniosków. Kategorią najczęściej deklarującą ów niepokój są osoby żyjące w związkach małżeńskich bądź partnerskich. Osoby żyjące w trwałych związkach stanowiły 57,5% badanych wyrażających zdecydowaną i 50% umiarkowaną zgodę z twierdzeniem „Czasami niepokoję się o swoje zdrowie psychiczne”. Analogiczne odsetki osób stanu wolnego wynosiły 17,5% i 15,6%, osób rozwiedzionych bądź w separacji – 10% i 7%, a osób owdowiałych – 15% i 8,4%.

Tabela 2: Stan cywilny osób wyrażających: niepokój, brak niepokoju bądź postawę niezdecydowaną wobec własnego zdrowia psychicznego

Subiektywna ocena niepokoju o własne zdrowie psychiczne		Stan cywilny									
		kawaler\ panna		żonaty\ zamężna\ związek partnerski		rozwiedziony(a)\ w separacji		wdowiec\ wdowa		Ogółem	
		l.	%	l.	%	l.	%	l.	%	l.	%
Czasami niepokoję się o moje zdrowie psychiczne	zdecydowanie tak	7	17,5%	23	57,5%	4	10,0%	6	15,0%	40	100,0%
	raczej tak	58	25,6%	134	59,0%	16	7,0%	19	8,4%	227	100,0%
	trudno powiedzieć	44	31,9%	65	47,1%	8	5,8%	21	15,2%	138	100,0%
	raczej nie	97	24,6%	229	58,1%	33	8,4%	35	8,9%	394	100,0%
	zdecydowanie nie	66	32,8%	99	49,3%	16	8,0%	20	10,0%	201	100,0%

Źródło: Badania własne na reprezentatywnej, ogólnopolskiej, losowo-kwotowej próbie ludności powyżej 15 roku życia (N=1000).

Wobec powyższych wyników należy zwrócić uwagę na specyficzny rodzaj stresu doświadczanego przez osoby żyjące w związkach. Pozostawanie w bliskich relacjach wiąże się z większą częstotliwością oraz intensywnością potencjalnych i realnych konfliktów. W toku codziennych, intensywnych interakcji pojawiają się bowiem rozbieżności celów, interesów, wartości, czy interpretacji komunikatów przekazywanych na wielu poziomach. Rozbieżności te dotyczą wielu kwestii szczegółowych, które ujawniają się pomimo istnienia globalnego konsensu oraz woli tworzenia związku i rodziny.

Można założyć, że konflikty w grupach opartych na bliskich więziach emocjonalnych budzą silniejszy niepokój jednostek niż rozbieżności dążeń pojawiające się w grupach, w których dominują więzi instrumentalne. Zgodnie z koncepcją Lewisa Cosera, grupy o ścisłej więzi (do których należy rodzina) charakteryzują się znaczną częstotliwością interakcji i znacznym zaangażowaniem osobowości ich członków, mają tendencję do tłumienia konfliktu. „Wynika to stąd, że aczkolwiek dostarczają wiele

okazji do wrogości (zarówno uczucia miłości, jak i nienawiści intensyfikują się bowiem przez częste interakcje), pojawienie się takich uczuć jest odczuwane jako groźba dla bliskich stosunków, powoduje zatem tendencje do tłumienia, a nie do zezwalania na ujawnienie się wrogich uczuć” (Cosser 2006, s. 479). W związku z tym pojawia się dysonans pomiędzy własnymi indywidualnymi dążeniami a dążeniami do zachowania bliskich relacji, wzrasta napięcie, które nie zawsze może być odreagowane w sposób bezpośredni oraz obniża się poczucie bezpieczeństwa, bowiem groźba rozpadu relacji w kontekście tłumionych i nierozwiązanych konfliktów i/lub stale pojawiających się nowych rozbieżności wydaje się być immanentną cechą bliskich związków.

Im wyższą wartość stanowią dla jednostki bliskie relacje interpersonalne, tym wspomniane problemy wydają się dotkliwiej odczuwane. W tym kontekście istotne znaczenie ma zróżnicowanie płciowe przekazów socjalizacyjnych ze szczególnym uwzględnieniem socjalizacji kobiet do większej zależności emocjonalnej od innych ludzi oraz mężczyzn do większej niezależności (Frąckowiak-Sochańska 2009, s. 141). Mechanizmy te pozwalają wyjaśnić najwyższe wskaźniki niepokoju o własne zdrowie psychiczne w subkategorii kobiet pozostających w stałych związkach. Szerzej zależności te zostaną omówione w dalszej części tekstu.

Konflikty wymagają elastyczności na poziomie opracowywania i wdrażania strategii negocjacyjnych, eksperymentowania, poszukiwania rozwiązań metodą prób i błędów. Ponadto zderzenie własnej perspektywy z perspektywą partnera/partnerki może powodować dysonans poznawczy (wraz z jego konsekwencjami emocjonalnymi i behawioralnymi). W efekcie wyżej wymienionych problemów jednostki mogą poddawać w wątpliwość własną ocenę sytuacji w odniesieniu do kwestii, które oceniane w pojedynkę wydawały się jednoznaczne (czy wręcz oczywiste). Ów stan braku pewności i czytelnych odniesień pozwalających na skuteczną orientację w bliższym i dalszym otoczeniu może być odczuwany jako pogorszenie kondycji psychicznej.

Wobec powyższych kwestii, istotne znaczenie ma również potencjalny rozdźwięk pomiędzy oczekiwaniami wsparcia a faktycznie otrzymywanym wsparciem. W warunkach płynnej (Bauman 2006), późnej, czy refleksyjnej (Giddens 2001, 2009) nowoczesności potrzeby, oczekiwania, sposoby ich komunikowania, interpretacje owych komunikatów oraz możliwe reakcje nie są utrwalone w postaci stabilnych wzorców, lecz niemal za każdym razem są konstruowane *ad hoc*. Z jednej strony stwarza to możliwość zindywidualizowanego uzgadniania sensów i znaczeń oraz osiągania porozumienia przez partnerów. Z drugiej strony jednak rośnie ryzyko nieporozumień w toku codziennych interakcji. W efekcie pojawia się rozczarowanie wspólnym życiem ze względu na konieczność kompromisów, których cena wydaje się zbyt wysoka. Wysiłek związany z funkcjonowaniem w bliskich relacjach wydaje się niewspółmierny wobec oczekiwań, iż związek, określany przez Giddensa mianem „czyste” (tzn. autotelicznej) relacji będzie stanowił przestrzeń rozwijania „refleksyjnego projektu ja” (Giddens 2001, s. 122–136). Innymi słowy zderzenie kulturowej wartości indywidualizmu z realiami życia w związku powoduje dysonans tak duży, że może być on odczuwany w kategoriach zaburzenia równowagi psychicznej.



Funkcjonując w bliskich relacjach jednostki realizują zróżnicowane schematy ról płciowych. We współczesnym społeczeństwie jednostki mogą wybierać spośród różnorodnych wariantów płci społeczno-kulturowej. Można wobec tego zadać pytanie, czy płeć jako zmienna niezależna jest w dalszym ciągu czynnikiem różnicującym postawy, sposoby działania oraz opinie będące przedmiotem badań społecznych. Przeprowadzone w 2012 roku reprezentatywne, ogólnopolskie badania pozwalają dostrzec pewne tendencje różnicujące sposoby postrzegania własnego zdrowia psychicznego przez kobiety i mężczyzn. Porównanie między kategoriami kobiet i mężczyzn pod względem rozkładu odpowiedzi na pytanie dotyczące odczuwania niepokoju o własne zdrowie psychiczne wskazuje, że ów niepokój deklaruje więcej kobiet (29,45%) niż mężczyzn (23,69%).

Tabela 3: Subiektywna ocena niepokoju o własne zdrowie psychiczne przez kobiety i mężczyzn

Subiektywna ocena niepokoju o własne zdrowie psychiczne		Płeć					
		mężczyźni			kobiety		
		I.	%		I.	%	
Czasami niepokoję się o moje zdrowie psychiczne	zdecydowanie tak	18	23,7%	3,8%	22	29,45%	4,2%
	raczej tak	95		19,9%	132		25,2%
	trudno powiedzieć	74	15,5%	64	12,2%		
	raczej nie	190	60,80%	39,8%	204	58,32%	39,0%
	zdecydowanie nie	100		21,0%	101		19,3%
	<b>Ogółem</b>	477	100%	100%	523	100%	100%

Źródło: Badania własne na reprezentatywnej, ogólnopolskiej, losowo-kwotowej próbie ludności powyżej 15 roku życia (N=1000).

Z przeprowadzonego równoległe porównania liczebności kobiet i mężczyzn w kategoriach osób wyrażających zgodę, niezdecydowanie oraz sprzeciw wobec twierdzenia dotyczącego odczuwania niepokoju o własne zdrowie psychiczne wynika, że kobiety stanowiły większość osób, które wyraziły zdecydowaną (55%) oraz umiarkowaną (58,1%) zgodę z twierdzeniem „Czasami niepokoję się o moje zdrowie psychiczne”.

Tabela 4: Płeć osób wyrażających określone subiektywne oceny niepokoju o własne zdrowie psychiczne

Subiektywna ocena niepokoju o własne zdrowie psychiczne		Płeć				Ogółem
		mężczyźni		kobiety		
		I	%	L	%	
Czasami niepokoję się o moje zdrowie psychiczne	zdecydowanie tak	18	45,0%	22	55,0%	100%
	raczej tak	95	41,9%	132	58,1%	100%
	trudno powiedzieć	74	53,6%	64	46,4%	100%
	raczej nie	190	48,2%	204	51,8%	100%
	zdecydowanie nie	100	49,8%	101	50,2%	100%

Źródło: Badania własne na reprezentatywnej, ogólnopolskiej, losowo-kwotowej próbie ludności powyżej 15 roku życia (N=1000).

Wyżej wymienione różnice stały się jeszcze wyraźniejsze, gdy pod uwagę wzięto łącznie dwie zmienne niezależne: płeć i stan cywilny. Porównanie subkategorii kobiet i mężczyzn o różnym stanie cywilnym pod względem odpowiedzi na pytanie dotyczące niepokoju o własne zdrowie psychiczne wskazuje, iż najczęściej ów niepokój deklarują kobiety żyjące w związkach małżeńskich bądź partnerskich (33%) i rozwiedzione lub w separacji (31%). Najrzadziej niepokój o własne zdrowie psychiczne deklarowali mężczyźni mający doświadczenie rozwodu bądź separacji (18%)<sup>6</sup>, wdowy (23%), kawalerowie (23%) oraz żonaci mężczyźni (24%). Zamężne kobiety częściej deklarują niepokój o własne zdrowie psychiczne niż żonaci mężczyźni. Podobną tendencję zauważyć można wśród osób rozwiedzionych. Równocześnie wdowy rzadziej odczuwają niepokój o własne zdrowie psychiczne niż wdowcy.

<sup>6</sup> Należy jednak zaznaczyć, że w skali całej próby liczebność tej subkategorii była niewielka, w związku z czym uogólnienia danych na populację powinny być dokonywane z dużą ostrożnością.



Przywołane powyżej wyniki badań nie dostarczają wiedzy na temat modeli związków realizowanych przez osoby badane. Istnieją jednak badania, na podstawie których stwierdzić można, że modele związków najczęściej realizowane we współczesnym polskim społeczeństwie opierają się na wzorcach umiarkowanie tradycyjnych, w których oboje partnerzy pracują zawodowo, z tym że kobiety są w większym stopniu odpowiedzialne za dom i dzieci, a mężczyźni za zapewnienie środków utrzymania (Frąckowiak-Sochańska 2010, s. 369–370, Kwak 2010, Korolczuk 2010). Nie oznacza to, że kobiety pracują zawodowo znacząco mniej niż mężczyźni. Z danych GUS wynika, że w skali dobowego budżetu czasu na pracę zawodową poświęcają średnio 13 minut mniej, natomiast na nieodpłatną pracę w gospodarstwie domowym o prawie 2 godziny więcej niż mężczyźni (GUS 2007, s. 213–214, Frąckowiak-Sochańska 2011b, s. 197). Samotne matki pracujące zawodowo oraz pracujące, zamężne kobiety będące równocześnie matkami, mają najmniej wolnego czasu spośród wszystkich uwzględnionych przez GUS subkategorii (GUS 2007, s. 213–214, Frąckowiak-Sochańska 2011b, s. 197). Mają zatem najmniej czasu na regenerację sił psychofizycznych. Większa odpowiedzialność mężczyzn za finansowy aspekt funkcjonowania rodziny wynika zatem z wyższych dochodów, jakie otrzymują mężczyźni, a nie z większego zaangażowania w pracę zawodową (mierzonego dzienną długością czasu pracy). Podsumowując, można stwierdzić, że kobiety ponoszą wyższe koszty łączenia ról zawodowych i domowo-rodziny – są bardziej obciążone obowiązkami wynikającymi z tzw. „podwójnego etatu”, mają mniejsze szanse na odpoczynek i odreagowanie stresu wynikającego z przeciążenia<sup>7</sup>. Ponadto ich pozycja zawodowa jest często bardziej niepewna niż pozycja mężczyzn. Można zatem postawić tezę, iż w tradycyjnym i umiarkowanie tradycyjnym układzie – rodzina stanowi dla kobiet źródło obciążenia, a dla mężczyzn – podstawę wsparcia<sup>8</sup>. Kobiety łączące role

<sup>7</sup> Badania prowadzone od kilku dekad w wielu krajach pokazują, że kobiety mają mniej czasu wolnego niż mężczyźni. (Berk, Fenstermaker Berk 1979, Henderson, Bialeschki, Shaw, Freysinger 1989, Green, Hebron, Woodward 1990, Samuel 1996, Wearing 1998, Bittman, Wajcman 2000, Clough, White 2001, Carmichael Aitchison 2003, Mattingly, Bianchi 2003, CBOS 2010, GUS 2007). Ponadto, dowiedziono empirycznie, że przedstawiciele obu płci doświadczają czasu wolnego w odmienny sposób. Czas wolny kobiet jest bardziej różnorodne wymagania i obowiązki. W czasie uznawanym za wolny, kobiety wykonują część prac domowych i kontynuują opiekę nad dziećmi. Jak zauważają Mattingly i Bianchi (2003, s. 1005), proste ilościowe badania budżetu czasu nie uwzględniają wielozadaniowości, która wpływa na doświadczanie czasu wolnego. Kobiety częściej niż mężczyźni wykonują kilka czynności jednocześnie i w związku z tym odczuwają większe przeciążenie i presję czasu (Frąckowiak-Sochańska 2011b, s. 190, 200).

<sup>8</sup> Założenie to jest prawdziwe, o ile jednostki faktycznie mają możliwość realizowania kulturowo zaprogramowanych ról. W przypadku mężczyzn, dla których punktem odniesienia jest tradycyjna rola żywiciela rodziny, w sytuacji, gdy z powodów leżących poza jednostkową kontrolą wypełnianie tej roli jest niemożliwe, pojawia się stan silnej dezorganizacji. Reagowanie na obciążenie emocjonalne zgodne z tradycyjnym schematem męskości zakłada nadużywanie alkoholu oraz zachowania impulsywne (łącznie z zachowaniami agresywnymi i autoagresywnymi, których skrajną postacią jest samobójstwo). W tym kontekście należy przywołać polskie dane

przeżywają więcej dylematów, częściej są narażone na dysonans i towarzyszące mu napięcie emocjonalne. W społeczeństwach zachodnich zaburzenia depresyjne są diagnozowane 2 do 3 razy częściej wśród kobiet niż wśród mężczyzn (Seligman, Walker, Rosenhan 2003, s. 280). Najwyższe wskaźniki depresji (powiązanej często z zaburzeniami lękowymi) obserwowane są wśród samotnych matek, gospodyń domowych oraz pracujących zameźnych kobiet będących równocześnie matkami<sup>9</sup>. Wśród mężczyzn częściej niż depresja rozpoznawane są uzależnienia, lecz można postawić tezę, iż wskaźniki depresji wśród mężczyzn są niedoszacowane ze względu na maskowanie jej symptomów zachowaniami spełniającymi kryteria innych zaburzeń – przede wszystkim zachowaniami impulsywnymi w większym stopniu odzwierciedlającymi tradycyjne schematy męskości niż klasyczne objawy depresji takie jak: smutek, lęk, wycofanie z aktywności, utrata zdolności przeżywania przyjemności (Real 2009).

## Konkluzje

Szywność ról małżeńsko-rodzinnych ogranicza możliwości rozwoju i wpływa negatywnie na kondycję psychiczną jednostek. Równocześnie zwiększająca się elastyczność i labilność również niesie ze sobą pewne trudności. Nieustanna konieczność negocjacji oraz problemy interpretacyjne i komunikacyjne pojawiające się w interakcjach powodują narastającą niepewność, a skrajnie indywidualistyczna orientacja – pociąga za sobą poczucie osamotnienia. Refleksyjność późnej nowoczesności przejawia się między innymi w nawykowej autoanalizie, która z jednej strony zwiększa samoświadomość jednostki, lecz z drugiej strony – wzmacnia odczuwanie napięć i dyskomfortu.

Pytanie o skuteczne formy adaptacji do życia w mikro i makrosferze społecznej sprowadza się do starego dylematu sformułowanego w sposób pozytywny: „wolność i indywidualizm *vs* bliskość i przynależność” bądź w sposób negatywny – „samotność *vs* symbioza i utrata indywidualności/autonomii”. Jednostki oscylują między tymi biegunami. Ten sam proces przechodzą ich partnerzy i partnerki. Poszukiwanie optymalnego miejsca w ramach wyżej wymienionego kontinuum odbywa się w drodze

---

dotyczące samobójstw. W roku 2013 odnotowano rekordową od początku lat 90. liczbę czynów samobójczych zakończonych śmiercią (6097). Liczba mężczyzn, którzy popełnili samobójstwo sześciokrotnie przekroczyła liczbę kobiet decydujących się na ten krok. (Komenda Główna Policji: 2014). Wśród samobójców dominują mężczyźni – w wieku powyżej 50 lat, bezrobotni z małych miast i wsi, równocześnie doświadczający kryzysu w małżeństwie lub samotni (Matusiak, Misiniec 2014).

<sup>9</sup> Istnieją teorie wyjaśniające etiologię depresji w odniesieniu do przeciążenia przy niewystarczającym wsparciu oraz stylu życia związanego z niesprawowaniem władzy. Z pierwszym problemem konfrontują się na co dzień matki pracujące zawodowo, w tym kobiety mające doświadczenie samotnego macierzyństwa, z drugim – gospodynie domowe – zależne finansowo od partnerów (Frąckowiak-Sochańska 2010, s. 165, Friedan 1963/2012, 1983).

improwizacji i może, choć nie musi, być sprzężone z optymalnym umiejscowieniem partnera/partnerki. Pomimo trudności związanych z życiem małżeńsko-rodzinnym jednostki dążą jednak do zaspokojenia swoich istotnych potrzeb psychologicznych w bliskich relacjach, w relatywnie trwałych związkach i w rodzinie, a alternatywne wobec tak czy inaczej rozumianego życia małżeńsko/partnersko-rodzinnego formy bytowania w społeczeństwie w dalszym ciągu mają status niszowych.

## Bibliografia

- Bauman, Zygmunt. 2006. *Płynna nowoczesność*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Beck, Ulrich, Anthony Giddens i Scott Lash. 2009. *Modernizacja refleksyjna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Berk, Richard A. i Sarah Fenstermaker Berk. 1979. *Labor and Leisure at Home: Content and Organization of the Household Day*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Bittman, Michael i Judy Wajcman. 2000. *The rush hour: the character of leisure time and gender equity*. „Social Forces”, nr 79 (1), s. 165–189.
- Brannon, Linda. 2002. *Psychologia rodzaju*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Carmichael, Aitchison, Cara. 2003. *Gender and leisure: a social-cultural nexus*. London: Routledge.
- Centrum Badania Opinii Społecznej. 2010. *Czas wolny Polaków*. Warszawa: CBOS.
- Centrum Badania Opinii Społecznej. 2012. *Zdrowie psychiczne Polaków*. Warszawa: CBOS.
- Clery, Paul i David Mechanic. 1983. *Sex differences in psychological distress among married people*. „Journal of Health and Social Behavior”, nr 24 (2), s. 111–121.
- Clough, Sharon i Judy White (red.). 2001. *Women's leisure experiences: ages, stages and roles*. Brighton: Leisure Studies Association.
- Coser, Lewis. 2006. *Społeczne funkcje konfliktu*, [w:] A. Jasińska-Kania, L. Nijakowski, J. Szacki, M. Ziółkowski (red.), *Współczesne teorie socjologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, s. 478–481.
- EU. 2008. *European Pact for Mental Health and Well-being*. Brussels: EU – High Level Conference.
- EZOP – Polska. 2012. *Epidemiologia zaburzeń psychicznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Podsumowanie – Rozpowszechnienie, bariery i rekomendacje*. Publikacja internetowa: <http://www.ezop.edu.pl/05-Podsumowanie.pdf>, data dostępu: 30.09.2014.
- Frąckowiak-Sochańska, Monika. 2004. *Anorexia nervosa – fenomen ponowoczesnej kultury i choroba systemu rodzinnego*. „Roczniki Socjologii Rodziny”, nr 16, s. 171–188.
- Frąckowiak-Sochańska, Monika. 2010. *Aksjologiczny wymiar tożsamości polskich kobiet – konteksty, ciągłość i zmiana*, [w:] M. Frąckowiak-Sochańska (red.), *Kobiety w polskiej transformacji 1989–2009. Podsumowania, interpretacje, prognozy*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 347–377.

- Frąckowiak-Sochańska, Monika. 2010. *Rodzinne i społeczno-kulturowe uwarunkowania zaburzeń psychicznych – analiza z perspektywy płci społeczno-kulturowej*. „Roczniki Socjologii Rodziny”, nr 10, s. 153–185.
- Frąckowiak-Sochańska, Monika. 2011a. *Mechanizmy oraz terapia uzależnień kobiet i mężczyzn. Analiza z perspektywy biopsychospołecznej*. „Wychowanie na co dzień”, nr 10–11, s. 32–37.
- Frąckowiak-Sochańska, Monika. 2011b. *Czas wolny kobiet i mężczyzn. Ilość i jakość czasu wolnego jako wymiar nierówności społecznych*, [w:] D. Mroczkowska (red.), *Status i znaczenie czasu wolnego. Refleksje, dylematy, polemiki*. Warszawa: Wydawnictwo Difin, s. 190–210.
- Frąckowiak-Sochańska, Monika. 2012. *Doświadczenie przemocy w rodzinie a zdrowie psychiczne kobiet i mężczyzn*, [w:] B. Zawadzka, M. Orłowska, M. Gościńiewicz (red.), *Przemoc a psychospołeczne aspekty zdrowia rodziny*, t. I. Kielce: Zakład Pracy Socjalnej i Promocji Zdrowia Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Kielcach, s. 154–182.
- Frąckowiak-Sochańska, Monika. 2009. *Preferencje ładów normatywnych w postawach kobiet wobec wartości w Polsce na przełomie XX i XXI wieku*. Poznań: Wydawnictwo Poznańskie.
- Friedan, Betty. 1983. *The Second Stage*. New York: Abacus.
- Friedan, Betty. 2012. *Mistyka kobiecości*. Warszawa: Czarna Owca.
- Giddens, Anthony. 2001. *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Główny Urząd Statystyczny. 2007. *Kobiety w Polsce*. Warszawa: GUS.
- Green, Eileen, Sandra Hebron i Diana Woodward. 1990. *Women’s leisure, what leisure?* Basingstoke: Macmillan.
- Henderson, Karla, Debora Bialeschki, Susan Shaw i Valeria Freysinger. 1989. *A leisure of one’s own: a feminist perspective on women’s leisure*. State College PA: Venture Publishing.
- Hughes, Diane i Ellen Galinsky. 1994. *Gender, job and family conditions and psychological symptoms*. *Psychology of Women Quarterly*, nr 18 (2), s. 251–270.
- Jaklewicz, Hanna i in. 2001. *Zaburzenia depresyjne u młodzieży w okresie transformacji społecznej*. „Psychiatria i Psychologia Kliniczna Dzieci i Młodzieży”, nr 1 (1), s. 26–36.
- Jaklewicz, Hanna. 2007. Rozmowa Bożeny Aksamit z prof. Hanną Jaklewicz, specjalistą ds. depresji młodzieży. Publikacja elektroniczna: <http://wyborcza.pl/1,78162,3872550.html#ixzz3EnhRhAT1>, data dostępu: 30.09.2014.
- Komenda Główna Policji. 2014. *Liczba zamachów samobójczych zakończonych zgonem*. Publikacja elektroniczna: <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa>, data dostępu: 30.09.2014.
- Korolczuk, Elżbieta. 2010. *Z matki na córkę? Ku międzygeneracyjnemu modelowi przemian kobiecej tożsamości we współczesnej Polsce*, [w:] M. Frąckowiak-Sochańska (red.) *Kobiety w polskiej transformacji 1989–2009. Podsumowania, interpretacje, prognozy*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 528–553.
- Kwak, Anna. 2010. *Niedokończony proces indywidualizacji kobiet – czy Ulrich Beck ma rację?*, [w:] M. Frąckowiak-Sochańska (red.), *Kobiety w polskiej transformacji*

- 1989–2009. *Podsumowania, interpretacje, prognozy*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 491–509.
- Mattingly, Marybeth i Suzanne Bianchi. 2003. *Gender difference in the Quantity and Quality of free time: The U.S. Experience data*. „*Social Forces*”, nr 81 (3), s. 999–1030.
- Matusiak, Wojciech i AgataKinasiewicz. 2014. *2013: rekord samobójstw. Mężczyźni pod presją*. Publikacja elektroniczna: [http://wyborcza.pl/1,75478,15713588,2013\\_\\_rekord\\_samobojstw\\_\\_Meczczyni\\_pod\\_presja.html#ixzz3EnmVc2GE](http://wyborcza.pl/1,75478,15713588,2013__rekord_samobojstw__Meczczyni_pod_presja.html#ixzz3EnmVc2GE), data dostępu: 30.09.2014.
- Oliwa-Ciesielska, Monika. 2013. *W poszukiwaniu kultury ubóstwa*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Real, Terrence. 2009. *Nie chcę o tym mówić. Jak przerwać dziedziczenie męskiej depresji*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Samuel, Nicole (red.). 1996. *Women, leisure and the family in contemporary society: a multinational perspective*. Wallingford: CAB International.
- Seligman, Martin, David Rosenhan i Elaine Walker. 2003. *Psychopatologia*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Titkow, Anna. 1993. *Stres i życie społeczne. Polskie doświadczenia*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Wearing, Betsy. 1998. *Leisure and feminist theory*. London: Sage.
- World Health Organization. 2002. *Mental Health Report 2001. Mental Health: new understanding, new hope*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2011. *Impact of economic crises on mental health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. 2014. *Health for the world's adolescents 2014*. Geneva: WHO. Wersja elektroniczna: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/en/>, data dostępu: 30.09.2014.