

Problematyka (nie)męskości w procesie psychoterapii

Mateusz Kobryn

Autor artykułu podejmuje próbę przedstawienia związków między socjologicznymi koncepcjami konstruowania tożsamości płciowej mężczyzny (gendering) a teorią i praktyką psychoterapii psychoanalitycznej. Złożoność procesów (wewnątrz-jednostkowych oraz społecznych), w którym mężczyzna rozeznaje swoją identyfikację płciową, orientację seksualną oraz tożsamość, przysparza wielu wymagających interdyscyplinarnej analizy problemów teoretycznych i praktycznych. Artykuł ukazuje dylematy związane z różnymi wariantami przebiegu identyfikacji płciowej współczesnego mężczyzny oraz trudności, jakie ta różnorodność przysparza psychoterapeutom. Autor wskazuje na potencjał teorii socjologicznych, postulujących odrzucenie kategorii płci biologicznej, które to koncepcje mogą posłużyć psychoterapeutom jako inspiracja do pracy z osobami niewpisującymi się w ogólnie przyjęte schematy płciowości i seksualności.

Wprowadzenie

Problem definiowania oraz (re)konstruowania tożsamości (w tym tożsamości płciowej) jednostki stanowi obszar posiadający pewną tradycję w zainteresowaniach nauk społecznych, zwłaszcza w obszarze socjologii emocji (Turner, Stets 2009), socjologii ciała (Shilling 2010), socjologii oraz psychologii zdrowia i medycyny (Heszen- Niejodek, Sęk 1997; Sokołowska 1980), a także w omawianych poniżej nurtach badań feministycznych, *gender studies* oraz *LGBT studies*. Zagadnienie społecznych uwarunkowań procesu, w którym członek społeczeństwa nabywa jaźń (rozumianą jako zdolność do refleksyjnego myślenia o sobie) stanowi również jeden z centralnych punktów rozważań dla nurtu psychoanalitycznego w psychoterapii (Grzesiuk, Suszek 2005; Hall, Lindzey, Campbell 2006). Mimo bogactwa podejść teoretycznych brakuje nadal syntezy wiedzy dotyczącej chociażby zakresu normy i dewiacji w przebiegu procesu identyfikacji płciowej pacjentów (zadaje się, że dysponujemy jedynie utrwalonymi, „uniwersalnymi” wzorami zachowań, które sugerują konieczność identyfikacji chłopców z dorosłymi mężczyznami oraz dziewcząt z kobietami). Brak zatem strategii pracy terapeutycznej z pacjentami niewpisującymi się w heteronormatywny schemat męskiej seksualności. Celem autora tego artykułu będzie wskazanie na konieczność pogłębiania interdyscyplinarnych badań z zakresu *gender studies*, tak by posłużyły one psychoterapeutom napotykającym w swej pracy problemy dotyczące terapeutyzowania płci oraz seksualności. Artykuł będzie dotyczył socjologicznych oraz psychoanalitycznych koncepcji męskości, zwłaszcza męskości wychodzącej poza heteronormatywne ramy rozumienia płci – zatem mężczyzn transpłciowych i

homoseksualnych, a także mężczyzn metroseksualnych – prezentujących cechy identyfikowane jako kobiece (uległość, kruchość emocjonalna) czy też po prostu zmagających się z integrowaniem w sobie „pierzwiastka kobiecego”.

Czy męskość istnieje?

Jonathan H. Turner i Jan E. Stets stwierdzają, że w klasycznym ujęciu Zygmunta Freuda tożsamość seksualna obejmuje nie tylko identyfikowanie przez jednostkę własnej płci, ale także „emocjonalnie naładowane przekonania na temat siebie jako pewnego rodzaju osoby” (Turner, Stets, 2009: 172-173). Choć teorie Freuda poddawane były wielokrotnie wnikliwej krytyce z powodu swej „nieeksperymentalności” (Crews, 1995: 55), to jednak są one żywe i powszechnie stosowane w psychoterapii opartej na klasycznej psychoanalizie oraz nurtach z niej czerpiących, będąc częścią współczesnego systemu opieki zdrowotnej. Interesujące wydają się szczególnie elementy teorii neopsyoanalitycznych (tzw. francuskiej, angielskiej i amerykańskiej szkoły psychoterapii) odnoszące się do mechanizmów społecznego konstruowania tożsamości płciowej.

Do takich teorii należą założenia koncepcji Jacquesa Lacana będącego reprezentantem tzw. szkoły francuskiej psychoterapii psychoanalitycznej, ograniczającego psychoanalizę właściwie do badania struktury językowej wypowiedzi pacjenta. Ten analityk poświęca wiele uwagi symbolicznym figuram tworzącym owe struktury, gdyż ich interpretacje – zgodnie z założeniami – służą wyjaśnieniu życia psychicznego jednostki (Grzesiuk, Suszek 2005: 71). Niezwykle istotna wydaje się być lacanowska teoria *fallusa*, rozumianego jako symbol męskiej dominacji w społeczeństwie; dominację tę należy rozumieć jako legitymizowaną w zachodnich społeczeństwach wyższość mężczyzn wpisujących się w ramy heteronormatywne nad kobietami i nie-mężczyznami (Dybel 2006: 252). Emancypacja symbolicznego *fallusa* może wyznaczać społecznie akceptowane cechy męczyzny (siła, ekspansywność, skłonność do dominacji), co wydaje się praktyczne, gdyż utrzymuje porządek ontologiczny (męczyzna jest męski tzn. silny, dominujący). Wspomniane założenia są jednak przedmiotem krytyki współczesnych badaczy i badaczek z zakresu *gender studies*. Jest tak, ponieważ symboliczne ujęcie *fallusa* stanowi podstawę do podziału na płęć dominującą (męczyzn) i zdominowaną (kobiety), prowadzi do społecznych nierówności oraz pomija możliwość wyboru indywidualnych cech przez jednostkę. Warto zwrócić tu uwagę na teorię Jacquesa Derridy, który zakładał, że systemem językowym, a co za tym idzie, także systemem społecznym rządzi logika suplementacji, co oznacza tworzenie i stosowanie binaryzmów (męskość/kobiecość, pełne/puste)

mających charakter przemocy, gdyż drugi człon jest podporządkowany pierwszemu – stanowi jego zaprzeczenie – sam zaś nie stanowi treści. Według tej logiki na przykład homoseksualizm stanowi jedynie „pustą kategorię” wyprodukowaną „mocą normatywnego gestu separacji” w opozycji do obowiązkowego heteroseksualizmu, zaś kobiecość – analogicznie, jest nieznaczącym uzupełnieniem męskości. Paradoksalnie dominujące składniki binaryzmu (tu: męskość i heteroseksualność) zdają się nie posiadać znaczenia, jeśli zostaną pozbawione tworzącego ich „pustego” terminu opozycyjnego. Tak więc męskość jawi się jako kategoria oczywista, niedefiniowalna, podobnie jak heteroseksualność. Należy jednak zwrócić uwagę na akt działania wiedzy/władzy „produkującej” termin męskości/homoseksualności. By mogły one zaistnieć, musi zostać im nadany jakiś sens – sensem tym jest wyższość, obowiązkowość, normatywna „normalność”, prawomocność w opozycji do terminu podległego. Zatem męskość jest zaprzeczeniem kobiecości oraz sama w sobie nie stanowi konkretnej treści (Kochanowski 2009: 23-24; Kochanowski 2013: 66-68). Pierre Bourdieu w swojej koncepcji habitusu zalicza płęć do dyspozycji będących rezultatem oddziaływań socjalizacyjnych. Płęć jest zdaniem Bourdieu konstruktem teoretycznym i politycznym służącym tworzeniu „**ciała społecznie od-różnionego**: to znaczy habitusu męskiego jako nie-kobiecego i habitusu kobiecego jako nie-męskiego” (Bourdieu 2004: 34).

Rodzi się tu pytanie: Czy mężczyzna niedominujący lub też zdominowany przez kobietę lub innego mężczyznę staje się kobietą? Czy zatem męskość (reprezentowaną przez symbolicznego *fallusa*) może zostać utracona oraz odzyskana – na przykład w procesie psychoterapii lub innym społecznym rytuale?

Według współczesnych krytyków biologicznej koncepcji płci, męskość nie jest niczym zdefiniowanym i stałym. Jacek Kochanowski pisze: „Płęć jest performatywnym konstruktem społecznym, ale jest także wytworem mechanizmów heteronormatywnych (...). Nasza (wytworzona) seksualność determinuje sposób, w jaki konstruowana jest nasza (wytworzona) płęć, zaś normy płci determinują nasze pożądanie i sposoby jego realizacji” (Kochanowski 2009: 43). Zdaniem Kochanowskiego, cechą kategorii męskości jest obligatoryjność seksualnego pożądania kobiety (konceptualizacja męskości ma heteronormatywny charakter). Pisze on na temat kategorii homoseksualnego *mężczyzny* jako osobnika lokującego się na marginesie centralnych kategorii określających płęć, zaznaczając: „Opis taki lokuje (i zarazem blokuje) homoseksualność na (podporządkowanej) pozycji kobiecości, co zarazem umożliwia wypchnięcie go poza zakres

męskości, która dzięki temu pozostaje »czysta« i jednoznaczna” (Kochanowski 2009: 24). Tu można przyjąć, że właściwie w systemie wytwarzającym obligatoryjne, jednoznaczne kategorie płci nie ma miejsca na żadną transcendencję, panuje przymus realizowania „skryptów” dotyczących realizacji przez jednostkę własnej seksualności oraz płciowości w określony sposób.

Płeć a wybór

Warto zauważyć, że wspomniany powyżej „normalny” proces identyfikacji płciowej opiera się o pewne teoretyczne założenia, które mają korespondować z optymalnym funkcjonowaniem społeczeństwa. Zdaje się, że w tym zakresie normy społeczne nie są wcale tak jednoznaczne. Ciekawych wniosków na ten temat dostarczyć może analiza socjologicznych koncepcji dotyczących ludzkiego ciała oraz konstruowania tożsamości płciowej i seksualności.

Arthur Frank ukazuje ciało w kontekście jego relacji do działania człowieka – jego „relacji z innym obiektem” (Fetherstone, Hepworth, Turner 1991: 51). Otóż w tej koncepcji ciało jako podmiot ma do postawienia sobie cztery podstawowe problemy/pytania dotyczące: kontroli (zdolności ciała do przewidywania własnych zachowań), pragnień (zdolności do wytwarzania własnych potrzeb) oraz relacji z innymi (zdolności ciała do lokowania w relacjach z innymi ciałami), a także relacji ciała z samym sobą (zdolności ciała do asocjacji lub też dysocjowania do korporalności). Rozwiązanie tych problemów stanowi o specyficznych strategiach obchodzenia się z ciałem.

Należy w tym miejscu zadać pytania dotyczące społecznych teorii tworzenia ludzkiej tożsamości, w tym tożsamości płciowej:

1. Czy ludzkie ciało, płeć (i tożsamość) są nadane przez biologię i niemodyfikowalne, czy stanowią jedynie naturalizowany konstrukt społeczny, pierwotny w stosunku do realnych różnic płciowych?
2. Czy jednostka funkcjonująca w społeczeństwie jest na tyle wolna, by sama mogła sprawować jedyną kontrolę nad własnym ciałem i seksualnością?
3. Czy człowiek samodzielnie lokuje swoją jaźń i ciało w relacjach z innym?
4. Czy dana jednostka ma zdolność samodzielnego wytwarzania własnych potrzeb (cielesnych oraz seksualnych), czy też może są one generowane za pomocą mechanizmów nadających jej tożsamości i zmuszających do identyfikacji z innymi?

Pytania te (zaczepnięte z koncepcji Franka) wydają się niezwykle trafne, gdyż analizowanie ludzkiej jaźni w relacji z innymi jest analogiczne do perspektywy używanej w nurtach psychoanalitycznych.

Na pierwsze pytanie zdaje się odpowiadać, zdaniem Chrisa Shillinga (Shilling 2010: 94), myśl Michaela Foucaulta, który swoimi koncepcjami zapoczątkował dyskurs między tym, co naturalne i społeczne w rozumieniu ludzkiego ciała. Teorie naturalistyczne uznają ciało (i zakodowaną w nim płęć) za „surowy materiał”/ontologicznie trwały obiekt, zaś Foucault twierdzi, że „to, co naturalne jest konstruowane przez to, co społeczne” (Foucault 2000: 90). Historia ciała jest u Foucaulta analizą specyficznych „kanałów”, dzięki którym „mikrofizyka” władzy przenika do ciał jednostek (Foucault 2000: 88). R. W. Connell twierdzi, iż wczesnodziecięce tożsamości płciowe, które są nadawane ciałom (męskim i kobiecym), nie stanowią odzwierciedlenia rzeczywistych różnic. Autorka określa praktyki wczesnej segregacji płciowej jako „część nieustannego wysiłku utrzymania definicji płci, wysiłku, który jest potrzebny właśnie dlatego, że logika biologii i idąca za nią inercja działań, nie są w stanie utrzymać kategorii genderowych” (Connell 1987: 81-85). Podobnie do problemu odnosi się Judith Butler, pisząc: „to, co sądzimy, że jest percepcją bezpośrednią i fizyczną, jest tylko mityczną i sztuczną konstrukcją »formą wyobrazeniową«, która reinterpretuje cechy fizyczne (same w sobie równie obojętne jak inne, ale zaznaczone przez system społeczny) poprzez sieć relacji, w której są one postrzegane” (Butler 2008: 215).

Jeśli chodzi o problem wolności jednostki w wyborze własnej seksualności, warto odnieść się do procesów „nadawania” i „przyjmowania” społecznych kategorii płci. Kochanowski uznaje za Foucaultem, że płęć jest ustanawiana poprzez mechanizmy przemocy/władzy za pośrednictwem ciała (będącego jej nośnikiem), gestów i pragnień jednostek. Wiedza blokuje/lokuje tożsamość, jest narzędziem oskarżenia i segregacji jednostek, przymusza do kategoryzacji, do grania ról (Bator, Wieczorkiewicz 2007: 19-59). Według teorii Foucaulta, od XVIII wieku nastąpiło poszerzenie dyskursów dotyczących seksualności poprzez wyodrębnienie figur „perwersyjnego dorosłego” oraz „prawomocnej heteroseksualnej pary”. W XX wieku upowszechniły się jeszcze bardziej szczegółowe restrykcje dotyczące „korzystania z ciała” zorientowane na ekonomiczność i produktywność, zaś formy kontroli przybrały postać stymulacji, zamiast represji. Według Foucaulta, w XIX powstała nowa forma seksualności a, co za tym idzie, odrębna kategoria człowieka – homoseksualista. Posiada on, zdaniem filozofa, określony zbiór cech o charakterze fizjologicznym oraz osobowościowym. Homoseksualista staje się odrębnym „gatunkiem, gdyż przypisuje się mu

specyficzną naturę: „pewien sposób przemieszania w sobie tego, co męskie i co kobiece”/„androgynia wewnętrzna” (Foucault 2000: 45, Kochanowski 2009: 23). Powyższa myśl stanowi doskonały obraz tego, jak społeczne skrypty dotyczące kategorii płci wytwarzają obligatoryjną kategoryzację. Foucault wyjaśnia genezę „nowej” formy seksualności – mężczyzny zdradzającego cechy kobiece, Derrida zaś (jak to zostało wspomniane) twierdzi, że podobna kategoryzacja nie ma sensu, gdyż męskość może istnieć tylko jako zaprzeczenie kobiecości. Zatem homoseksualny mężczyzna nie należy do odrębnej płci, choć jest specyficzną formą realizowania seksualności. Pożądanie między mężczyznami zdradza natomiast wadliwość i niestabilność samej kategorii mękości. Butler zaznacza pierwszeństwo płci kulturowej (społecznej interpretacji płci), która jest „implantowana jednostce” nad biologiczną (z konieczności powtórnie naturalizowaną). Płeć jest zdaniem badaczki regularnie odtwarzana poprzez „powtarzanie rytualne” (Butler 2008).

Na pytanie, jak człowiek lokuje swoją jaźń w relacjach z innymi, zdaje się odpowiadać wiele klasycznych już teorii. George H. Mead przedstawia teorię społecznego konstruowania tożsamości (jaźni) poprzez jednostkowe przyjmowanie ról (*role-taking*) i odgrywanie ich przed „konkretnym innym” bądź „uogólnionym innym” (Mead 1975: 72). U Ervinga Goffmana jednostka jest aktorem społecznym, który świadomie podejmuje swoje role, oczekując nagrody w „scenerii”, która jest społecznie zaprojektowana (Goffman 1981: 277). Zdaniem Susan Shott, wyrażanie emocji wiąże się z odgrywaniem swojej tożsamości w konkretnej sytuacji, jest zatem konstruowane społecznie (Shott 1979: 1317). Norbert Elias uznaje, że ciało jest nieukończonym zjawiskiem biologicznym i społecznym, podlegającym długotrwałemu procesowi cywilizowania przez edukację, zanim zostanie w pełni zaakceptowane przez społeczeństwo. Ciało cywilizowane jest w stanie zdystansować się do własnych emocji, kontrolować je oraz swoje zachowania, by realizować zinternalizowane reguły zachowań społecznych (Elias 1980: 185).

Przyjmując perspektywę Elias, zauważamy jednak, że ciało (rozumiane jako obiekt zarówno biologiczny, jak i konstrukt społeczny) mimo zdolności do kontrolowania własnych emocji i zachowań, nie ma mocy panowania nad pragnieniami. Zdaje się, że „dystansu do emocji” ukierunkowanego na zmiany behawioralne człowiek uczy się w procesie socjalizacji, zaś pragnienia/popędy należy uznać za pewne determinanty wrodzone. Może zatem zaistnieć konflikt pomiędzy zinternalizowanymi, społecznie kontrolowanymi zachowaniami przyporządkowanymi danej płci, a niejako naturalnymi preferencjami jednostki. Zatem mężczyzna o pragnieniach

homoseksualnych w heteronormatywnym społeczeństwie staje przed wyborem: wyparcia nieakceptowanych społecznie popędów, dostosowania swoich zachowań seksualnych do norm większości, zaniechania aktywności seksualnej bądź realizacji swych popędów z narażeniem na ostracyzm. Nierzadko podobne dylematy oraz ich psychologiczne, społeczne i somatyczne konsekwencje stają się powodem, dla którego pacjent zgłasza się do psychoterapeuty. Innym przykładem konfliktu między normą społeczną a indywidualnymi predyspozycjami może być zainteresowanie chłopców zajęciami typowymi dla dziewczynek (na przykład zabawa lalkami) lub unikanie przez adolescenta towarzystwa rówieśników na rzecz spędzania czasu z matką. Problemy tego typu faktycznie są niepokojące, gdyż pacjenci niemogący realizować oczekiwań otoczenia są poddawani silnej presji społecznej, co może widocznie przełożyć się na stan ich zdrowia.

Rozwijając wątek przymusu regulowania zachowań jednostek, należy odnieść się do teorii Bryan S. Turnera zaznaczającego, że: „socjologia ciała jest przede wszystkim socjologicznym studium kontroli seksualności” (Turner 1984: 114). Świadczy to o rzeczywistej potrzebie kontroli cielesności w nowoczesnych społeczeństwach. Dzieje się tak za sprawą goffmanowskiej „idiomatyki ciała”, czyli obowiązku wspólnych sposobów nadawania i odczytywania sygnałów (jak np. strój, postawa i ruchy, poziom głosu czy też sposoby wyrażania emocji) pozwalających nie tylko na dostarczenie przez ciało informacji, ale także umożliwiających społeczne etykietowanie i klasyfikację zgodną z ustaloną hierarchią (Goffman 2008: 39). Potwierdza to opinia Anthony’ego Giddensa na temat tożsamości płciowej, która zakłada, że „bycie kobietą lub mężczyzną opiera się na nieustannej kontroli i obserwacji ciała i jego gestów” (Giddens 2003: 88). Z przytoczonych teorii wynika, że ludzkie ciało, płeć (i tożsamość) są wytworami społecznych oddziaływań (konceptualizacji, socjalizacji, wtórnej naturalizacji). Co więcej, jednostka zmuszona do ciągłego dostosowywania swoich zachowań do oczekiwań społecznych, gwarantujących jej nagrody w postaci przynależności, akceptacji, szacunku czy prestiżu, musi odpowiednio modyfikować lub maskować własne potrzeby.

Dla Giddensa działanie jednostki jest rutynowe, co oznacza realizowanie „niedyskursywizowanych konwencji normatywnych” w celu uzyskania „bezpieczeństwa ontologicznego” (Giddens 2003: 88; Turner 1992: 117), a więc jednostkowej potrzeby bycia kimś określonym, posiadającym trwałą, potwierdzalną w ramach pewnej rzeczywistości tożsamość. Wrażenie obiektywnej, stałej rzeczywistości jednostki osiągają poprzez istnienie „wspólnych systemów znaczeń”, oferowanych na przykład przez systemy religijne, czy polityczne (Berger 2005: 33-36). Również w obszarze socjologii

zdrowia i choroby znana jest koncepcja stawiająca odczuwane przez jednostkę poczucie koherencji oraz „sensowności i przewidywalności świata” za czynniki niezbędny, co więcej skutecznie zmniejszający negatywne konsekwencje stresu oraz zwiększający możliwości adaptacyjne (Heszen-Niejodek, Sęk 1997). Oxana Kozlova wskazuje w swoim artykule na znaczenie durkheimowskich analiz dotyczących anomii społecznej (określanej przez autorkę jako „choroba społeczna”). W świetle przytaczanych teorii anomie można rozumieć jako problem jednostki (w tym pacjenta czy terapeuty) z określeniem norm i wartości, jakimi należy się kierować w zakresie akceptowania i wzmacniania danych skryptów zachowań związanych z seksualnością. Badaczka zauważa, że stan anomii (braku norm) odczuwany w czasach kryzysu wartości prowadzi do osłabienia więzi społecznych i stanowić może zagrożenie dla zdrowia psychicznego jednostki poprzez pozbawianie jej społecznego wsparcia (Kozlova 2013: 31-40). Według Michała Skrzypka, Erick Cassrel i Sidney Cobb „jako pierwsi sformułowali wniosek, że związek pomiędzy zdrowiem a wsparciem istnieje i ma charakter przyczynowo skutkowy”. Tezę tę potwierdzały, zdaniem autora, wszystkie kolejne badania prowadzone w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych. Dominujące w tych analizach wyniki wskazują na „dramatycznie zwiększone ryzyko zgonu” ciążyące na osobach o najniższym poziomie integracji społecznej oraz „postrzeganie deficytów w zakresie wsparcia społecznego jako ważnego czynnika etiologicznego” (Piątkowski, Brodniak 2005: 134-135). Antonina Ostrowska, odnosząc się do społecznej akceptacji sposobu życia jednostki funkcjonującej we wspólnocie, pisze, że „wsparcie to można traktować jako indywidualny zasób, rodzaj kapitału, którym dysponuje jednostka w obronie swojego zdrowia psychicznego” (Piątkowski, Brodniak 2005: 180). Peter Freud warunkuje stan „cielesnego dobrego samopoczucia” w zależności od możliwości utrzymania przez człowieka swojej tożsamości w stanie nienaruszonym przez stres określany jako relacja emocji z warunkami społecznymi (Freud 1990: 461). Zatem niezwykle groźne jest stanie się niemęskim mężczyzną (poprzez brak realizacji heteronormatywnych skryptów seksualności i płciowości), gdyż osobnik taki naraża się – w sensie socjologicznym – na utratę swojej płci, będącej jedną z głównych ról organizujących rzeczywistość i tworzących tożsamość, a tym samym pozbawia się społecznego wsparcia i aprobaty.

Teoria wskazuje zatem, że jednostka jest zniewolona społecznymi skryptami wiedzy/władzy dotyczącymi wytwarzania tożsamości płciowej, odczuwania i realizowania własnych potrzeb seksualnych oraz jest przymuszana do nieustannej kontroli w tych zakresach. Jakkolwiek wytwarzana przez organy wiedzy/władzy rzeczywistość, zdaniem wielu autorów, wspiera jednostki

poprzez nadawanie im trwałych ram postrzegania świata oraz rozumienia samych siebie, to zdaniem krytyków, takie właśnie interwencje stanowią przemoc polegającą na zniewalającej kategoryzacji i ograniczającą jednostkową wolność wyboru tożsamości. Kochanowski postuluje odrzucenie kategorii płci i seksualności poprzez stworzenie nowej teorii – teorii *queer*, tak przez niego defilowanej: „Teoria *Queer* oznacza (...) kres złudzenia stabilnych i jednoznacznych kategorii normatywnych, w tym kategorii płci i seksualności oraz krytykę opartych na tym złudzeniu narracji politycznych i teoretycznych” (Kochanowski 2009: 39). Zdaniem autora tej pracy, konieczne jest podjęcie analizy związku między społecznymi teoriami konstruowania płci a koncepcjami psychoanalitycznymi, by uchwycić i opisać problem konstruowania przez jednostkę własnej tożsamości płciowej w kontekście różnych konceptualizacji normy w tym zakresie.

Przymus identyfikacji a psychoterapia

Jak pisze Włodzimierz Brodniak, „oceną rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w różnych populacjach i ich uwarunkowań zajmuje się epidemiologia psychiatryczna” (Piątkowski, Brodniak: 2005: 185). Badacz wskazuje na ważny problem, mianowicie od początku lat dziewięćdziesiątych znaczącym ograniczeniem dla korzystania z rezultatów badań epidemiologicznych w zakresie zdrowia psychicznego był brak jednoznacznych kryteriów kategoryzacji zaburzeń psychicznych w stosowanych klasyfikacjach. Obecnie specjaliści i badacze dysponują takimi narzędziami diagnostycznymi, jak popularny Złożony Międzynarodowy Kwestionariusz Diagnostyczny (CIDI) zbudowany w oparciu o Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych (rozdział V dotyczący zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania) oraz amerykańską klasyfikację zaburzeń psychicznych – DSM IV. Dostępne są nowe wydania tego typu klasyfikacji, jednak nie ma w nich rozstrzygnięć dotyczących normy w zakresie identyfikacji płciowej. Istotnym jest, zdaniem Brodniaka, że „znaczna większość szacowanego rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych obejmuje różnorodne zaburzenia niepsychotyczne”, do których autor zalicza między innymi „zaburzenia nerwicowe powodowane stresem, zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (np. zaburzenia snu, odżywiania i dysfunkcje seksualne)”, „zaburzenia zachowania i emocji” (Piątkowski, Brodniak: 2005: 185-192). Można zatem wyciągnąć wniosek, że „nieprawidłowości” związane z identyfikacją płciową mężczyzny mogą zostać uznane za zaburzenia psychiczne, a nawet nadają się do tworzenia ogólnej kategorii zaburzenia psychicznego w skali epidemiologicznej.

Należy tu zadać pytanie, czy w procesie psychoterapii psychoanalitycznej (będącej jedną z popularniejszych metod leczenia w systemie ochrony zdrowia psychicznego) pacjent nie identyfikujący się z heteronormatywną koncepcją własnej męskości pozostaje dewiantem? Niepokojący w tym kontekście wydaje się fakt, że transpłciowość (z ang. *transgender*) jest określana w obowiązującej w Polskiej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) mianem „zaburzenia tożsamości płciowej”. Jednak obecna polityka władz UE rzuca na ten problem inne światło. Dokument „Tożsamość płciowa a prawa człowieka” wydany przez Komisarza Praw Człowieka Rady Europy wskazuje, że patologizacja osób transseksualnych może okazać się przeszkodą w dochodzeniu ich praw (Hammarberg 2011). Warto zauważyć, że wśród rekomendacji dla polityki Państw Rady Europy zaleca się prowadzenie badań na temat sytuacji prawnej i życiowej osób transseksualnych oraz zaznacza dystans do dotychczasowej medyczno-psychiatrycznej perspektywy.

Freud (w swojej strukturalnej teorii ludzkiej psychiki) rozróżniał id, ego i superego jako procesy organizujące ludzkie doświadczenia i zachowania (Freud 1923). Id jest procesem aktywowania libido, uruchomienia popędów seksualnych i agresywnych. Potrzeby generowane przez id pobudzają procesy ego, skoncentrowane na ich zaspokojeniu w sposób społecznie akceptowany – tu aktywowane są procesy superego pomieszczającego w sobie kody kulturowe dotyczące norm zachowania i „skłaniające” ego do ich respektowania, a więc frustrowania potrzeb id. Należy zatem rozumieć, iż jednostka znająca normy społeczne (na przykład dotyczące męskiej ekspresji płciowości), przekraczając je, może doznawać wewnętrznego dyskomfortu (ze strony własnego superego) z powodu lęku przed oceną, jak zostało to opisane w powyższych przykładach. Freud zakładał, że superego pełni funkcję cenzora (hamującego popędowe działanie) oraz sumienia (wyobrażenie ideału, do którego jednostka dąży) (Grzesiuk, Suszek 2005: 31). W obszarze seksualności sposób realizacji popędów jest związany z tożsamością seksualną. Turner i Stets stwierdzają, że „tożsamość seksualna obejmuje jednak znacznie więcej niż autoidentyfikację płci, choć jest to istotny składnik tożsamości” (Turner, Stets 2009: 172-173). Dalej autorzy wskazują, iż ego nie zawsze ma do dyspozycji opcję zmiany tożsamości – może natomiast uruchomić mechanizmy obronne, by w sytuacji naruszenia norm lub zagrożeniu brakiem potwierdzenia tożsamości (również seksualnej) poradzić sobie ze strachem, wstydem, niepokojem i poczuciem winy.

W zakresie normy odnoszącej się do identyfikacji płciowej pacjenta istotne wydają się założenia szkoły amerykańskiej (psychologii ego) reprezentowanej przez Otto Kernberga oraz angielskiej szkoły psychoterapii reprezentowanej przez Melanie Klein. Dotyczą one „prawidłowej identyfikacji płciowej” następującej poprzez utożsamienie się dziecka z rodzicem tej samej płci. Zaburzenia identyfikacji związane są z „nieprawidłowym” rozwiązaniem tzw. trójkąta edypalnego – odejścia chłopca od zażyłej relacji z matką na rzecz zbliżenia się do ojca (i symbolicznego świata mężczyzn), co umożliwić ma seksualne pożądanie skierowane do kobiet (Tyson, Tyson 1990). Jakkolwiek brak tej identyfikacji może zostać uznany przez pacjenta za normę, to jednak z punktu widzenia teorii za prawidłowo rozwiniętego uznaje się mężczyznę heteroseksualnego identyfikującego się (symbolicznie) z ojcem. W psychologii ego w obrębie tożsamości mieści się również tożsamość płciowa, wytworzona w teoriach szkoły amerykańskiej poprzez „obsadzenie emocjami narządów płciowych” (zakłada się, że chłopiec obsadza emocjami narządy płciowe, zaś dziewczynka całe ciało). Lidia Grzesiuk i Hubert Suszek piszą: „Prawidłowa identyfikacja płciowa następuje na drodze identyfikacji z rodzicem tej samej płci. Są tu jednak niebezpieczeństwa. Chłopiec, gdy w rodzinie bardziej dominuje matka, ma chęć się z nią identyfikować. Wtedy powstać może homoseksualizm lub przynajmniej dużo cech kobiecych” (Grzesiuk, Suszek 2005: 104). Identyfikacje płciowe i ich „zaburzenia” są w procesie terapii długo analizowane, jednak to pacjent wybiera, co chce uznać za normę. Zdaniem wymienionych autorów wszystkie szkoły psychoanalizy przyjmują pewien zakres homoseksualizmu (podwójnej identyfikacji płciowej) za prawidłowy w procesie rozwoju dziecka, gdyż jest to związane z równoczesnym zainteresowaniem płciami obojga rodziców, który kończy się w okresie pokwitania. Terapeuci pracujący w nurtach psychoanalitycznych powinni zatem zaakceptować preferencje pacjentów i w procesie terapii wspierać ich wybory, jeśli nie szkodzą one zdrowiu psychicznemu leczonego. Widoczne jest tu jednak ryzyko, gdyż to, co zostanie uznane przez terapeutę za zdrowe, zależy w dużym stopniu od jego subiektywnych rozstrzygnięć. Strategiczne znaczenie ma tu chociażby tożsamość płciowa analityka czy jego system wartości (Gabbard 2004). Nie brak bowiem przykładów psychoterapeutów określających homoseksualizm, metroseksualność czy transpłciowość swoich pacjentów jako odstępstwo od normy, które należy korygować – co zdaniem autora tego artykułu, jest niepokojące, gdyż pogwałca prawa pacjenta do autonomicznego wyznaczania preferencji w zakresie własnej seksualności.

Identyfikacja w psychoterapii

Istnieją sytuacje, w których psychoterapeuta uznaje elementy tożsamości pacjenta (funkcjonowanie jego ego) za nieodpowiednie – wynikające z deficytu (Kernberg 1976) oraz wpływa na jego modyfikację poprzez identyfikację z prezentowanymi przez siebie wzorami (Sugarman, Nemiroff, Greenson 2000: 251-262). Według amerykańskiej szkoły relacji z obiektem, rozwój superego warunkuje optymalne funkcjonowanie ego (brak deficytu w obrębie ego), gdyż tylko za pośrednictwem tego pierwszego jednostka może wytwarzać samodzielnie normy i wartości, którymi chce się kierować (Grzesiuk, Suszek 2005: 105). Zaś w przypadku zaburzonego funkcjonowania superego człowiek przyjmuje normy i wartości otoczenia, będąc w stosunku do innych zależnym i zbyt posłusznym (superego generuje poczucie winy i wstydu). Teoria psychoanalityczna przewiduje w procesie terapii wystąpienie naturalnej identyfikacji pacjenta z terapeutą, stanowiące w założeniu doświadczenie korekcyjne – sytuację, w której terapeuta reaguje w inny sposób niż dotychczasowe otoczenie pacjenta na jego „nieprawidłowe zachowanie”/„nerwicowe reakcje i emocje” (Grzesiuk, Suszek 2005: 46-48). Identyfikacja ta nie powinna być jednak dosłownym naśladowaniem terapeuty, natomiast okresowym korzystaniem z pewnych wzorów zachowań i ocen, które terapeuta poddaje pacjentowi, by ten sam mógł ukształtować swoje zachowanie wybierając odpowiadające mu strategie.

Doświadczenie nowej reakcji pokazuje pacjentowi, że możliwe jest inne (lepsze) zachowanie, co skłania go do naśladowania analityka (Hall, Lindzey, Campbell 2006: 48). Jest to możliwe dzięki rozpoznawaniu w trakcie psychoterapii (już przez Freuda) zjawiska zwanego przeniesieniem (*transference*), rozumianego jako przesunięcie emocji, pragnienia, fantazji z osoby dawnej na obecną (np. z ojca na męża lub terapeuta) (Gabbard 2004). Koncepcja tego zjawiska zakłada specyficzną postawę psychoanalityka, polegającą na neutralności (interakcja zorientowana jest wyłącznie na problemy pacjenta). To wywołać ma tzw. nerwicę przeniesieniową – intensywne nagromadzenie się przeniesień na osobę psychoanalityka, skutkujące jego reakcjami/afektami (określanymi przeciwprzeniesieniem) w relacji z pacjentem. Celem doświadczenia korekcyjnego w psychoterapii jest taka modyfikacja zachowań i postaw pacjenta, aby przywrócić mu pewien rodzaj „normalnego funkcjonowania”. Zatem istnieje prawdopodobieństwo, że terapeuta psychoanalityczny, który uzna na przykład metroseksualność swojego pacjenta za niekorzystny lub nienormalny może pokierować procesem psychoterapii tak, aby pacjent zidentyfikował się z bardziej „męskimi” cechami samego psychoanalityka lub innego człowieka z otoczenia pacjenta.

Autor artykułu, podając ten przykład, nie ma na celu negowania zasadności podobnych interwencji (mogą one rzeczywiście posłużyć pacjentowi – na przykład, gdy ten pragnąłby zmienić swoje zachowania na bardziej „męskie” i potrzebował wskazówek). Warto jednak zaznaczyć, że ten schemat działania opiera się o rozstrzygnięcia heteronormatywne. Należy się zastanowić, czy terapeuta może rozstrzygać, co będzie „normalnym” sposobem realizacji roli mężczyzny? Decydujących czynników może być wiele: dążenie do reprodukcji, odgrywanie cech charakterystycznych dla danej roli-płci, zdolność do naśladowania zachowań ojca. Z pewnością jednak warto pozostawić jednostce swoją męskość do autodefinicji, ponosząc ryzyko, że efekt tego samookreślenia nie będzie zaakceptowany przez środowisko. Zdaniem autora tego artykułu, psychoterapeuta psychoanalityczny nie ma przed sobą łatwego zadania. Jeśli uda mu się zdobyć zaufanie pacjenta i zrozumieć jego problem, to nadal prowadzący proces nie ma pewności, jaki program leczenia zastosować. Nawet jeśli nastąpi proces identyfikacji poddawanego terapii z analitykiem, skutkować to może przypisaniem temu pierwszemu określonej tożsamości lub systemu normatywnego (co stanowi przedmiot krytyki zwolenników indywidualnej wolności w odnajdywaniu i ekspresji własnej płciowości). Pocieszające w tej sytuacji wydaje się założenie, że pacjent identyfikujący się z terapeutą (lub kimkolwiek innym), rozumiejący normy społeczne dotyczące seksualności, nadal dysponuje możliwością wyboru sposobu wyrażania własnej męskości. Zatem doświadczenie korekcyjne obejmujące identyfikację z płcią terapeuty należy uznać za zjawisko wspierające pacjenta w indywidualnym wyborze. Co więcej, w terapii psychoanalitycznej zarówno pacjent, jak i terapeuta grają symboliczne role (analizujący/analizowany, kobieta/mężczyzna, dziecko/rodzic itp.). Relacja obu aktorów ma charakter performatywny – bazując na obserwacji realnej interakcji, analityk tworzy w swym umyśle schemat doświadczeń pacjenta pochodzący z zupełnie innych relacji, co poddawane jest interpretacji. Posługując się przykładem, można założyć, że na podstawie analizy przeniesienia analityk może odkryć, że pacjent traktuje go jak symbolicznego „surowego ojca”, to pozwala terapeutce korygować pewne zachowania odgrywającego rolę „dziecka”. Zatem można uznać, że proces psychoterapii psychoanalitycznej może być dla jednostki okazją do odegrania różnych symbolicznych ról. Pacjent może być równolegle (lub na przemian) na przykład: mężczyzną, matką, dzieckiem, co pozwala mu niejako sprawdzić się w każdej z tych ról społecznych oraz wybrać odpowiednią. Jest to także okazja do przekroczenia granic własnej płci. Warto wspomnieć, że teoria jungowska zwraca uwagę na pewien psychologiczny zasób każdej jednostki – mianowicie posiadania cech psychicznych odmiennej płci (Dudek 1995, 2002). Odgrywanie i przeżywanie siebie w ramach różnych płci (lub

poza tymi ramami) należy zatem określić jako normę, a zarazem wyzwanie rozwojowe. Terapia stanowi zatem „spektakl”, gdzie widoczna jest transcendencja w doświadczaniu różnych identyfikacji.

Przebieg analizy seksualności pacjenta

Wielu wskazówek na temat pracy w nurcie psychoanalitycznym z pacjentami niewpisującymi się w heteronormatywne skrypty dotyczące płciowości dostarcza specjalistom seksuologia, której myśl w dużej mierze wydaje się spójna ze współczesnymi koncepcjami socjologicznymi opisanymi wyżej. Jak wskazuje teoria schematów płciowych (Bem 1981: 354-364), jedynie 50% ludzi gotowa jest do schematycznego podejmowania zachowań zgodnych ze społecznymi definicjami męskości i kobiecości. Autorka tej koncepcji wskazuje, że androgynia umożliwiła pozostałym jednostkom na pełny rozwój swojej osobowości, gdyż nie są one ograniczone skryptami zachowań, przekonań i emocji akceptowanymi dla danej płci. Zatem terapeuci spotykający w swoim gabinecie mężczyzn niewpisujących się w heteronormatywny sposób realizowania płciowości nie mają powodów do obaw, że dana jednostka znajduje się poza społeczną normą, a więc jest dewiantem. Otwartość psychoanalitka może jawić się poprzez akceptację dla tego rodzaju „pomieszania ról” oraz ciekawość dotyczącą tego, jak własną metroseksualność, transpłciowość czy homoseksualność przeżywa i rozumie pacjent. Dodatkowo Sandra Bem wskazuje, że Freud uznał homoseksualizm za jedną z możliwych – normalnych strategii rozwoju seksualnego, nie zaś za efekt niedojrzałości lub zatrzymania procesu dorastania w wyniku destrukcyjnych doświadczeń. Odnosząc się do tego stwierdzenia autorka krytykuje część przedstawicieli nurtu psychodynamicznego lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych odpowiedzialnych za wtórną patologizację homoseksualizmu (Bem 2000).

Jak zatem współczesny psychoanalityk rozumieć ma niestandardowe zachowania pacjenta płci męskiej w zakresie ekspresji własnej płciowości oraz seksualności? Badacze seksualności człowieka rozumieją ową seksualność jako zjawisko złożone z wielu elementów (Nowosielski 2010: 91-100). Na najbardziej podstawowym poziomie znajduje się rola płciowa, a więc społeczne wyrażanie swojej płci – granie przez jednostkę schematycznej roli męskiej lub żeńskiej. Następnie określić można preferencje i zachowania seksualne (zwykle mniej eksponowane). Są one określeniem obiektu seksualnego, celu i skryptu realizacji aktywności seksualnej. Kolejnym elementem ludzkiej seksualności jest orientacja seksualna, definiowana jako „trwały, emocjonalny, uczuciowy i

seksualny pociąg wobec osób określonej płci” (Bojarska, Kowalczyk 2010: 34-61). Następnie analityk określić może identyfikację płciową, a więc „fundamentalne, egzystencjalne poczucie czyjejs męskości lub kobiecości i akceptację własnej płci na psychologicznym poziomie” (Miluska 1996: 24). Należy pamiętać, że autorzy mają tu na myśli identyfikację z tak zwaną płcią psychologiczną, a więc subiektywne i trwałe poczucie przynależności osoby do danej płci (Imieliński, Dulko, Filar 1997).

Warto również zaznaczyć, że wspomniane teorie socjologiczne odnoszą się do podobnego konceptualizowania płci, a także pozostawiają przestrzeń dla osób, które nie chcą zamykać się ramach ról rodzajowych – pacjenci mogą zatem nie wybrać sobie płci, z którą się identyfikują. Może to co prawda utrudniać schematyczne rozumienie ich seksualności, niemniej jednak powinno zostać uszanowane przez analityka. Ostatnim elementem opisującym seksualności jednostki jest funkcjonowanie seksualne, kategoria odnosząca się do zdrowia oraz higieny podejmowanych aktywności. Zdaje się, że właśnie ostatni poziom jest strategiczny, gdyż psychoanalityk ma za zadanie nakierowywać osobę poddającą się terapii na takie zachowania, które w jej odczuciu są zdrowe i konstruktywne, niezależnie od tego, jaki sposób i cel realizacji własnej seksualności dana jednostka sobie wybiera. Zatem można stwierdzić, że podstawowym wyzwaniem oraz obowiązkiem psychoterapeuty pracującego z pacjentem zgłaszającym się do terapii z trudnościami obszarze własnej płciowości jest zrozumienie pełnego obrazu seksualności. Obraz ten uwzględnia zarówno przynależną pacjentowi rolę płciową związaną z płcią biologiczną, ale także jego identyfikację z płcią psychologiczną – spójną z poczuciem tożsamości oraz umożliwiającą podejmowanie satysfakcjonujących zachowań seksualnych. Należy tu stwierdzić, że „(nie)męskość mężczyzny” zgłaszającego się do terapii nie powinna być rozumiana płytko jako niespójność między nadaną mu płcią a ekspresją tejże roli. Powinna być ona analizowana w kontekście pragnień i wolności wyboru pacjenta. Nie oznacza to, że psychoterapeuta jest w tej sytuacji niepotrzebny – przeciwnie, bywa niezbędny jako towarzysz w dylematach dotyczących społecznego, psychicznego oraz fizycznego rozumienia kategorii męskości.

W niniejszym artykule zostało zadane pytanie, czy męskość można utracić oraz odzyskać – na przykład w procesie terapii? Społeczne teorie dotyczące płciowości wspominają o symbolicznej kastracji (utracie *fallusa*), obowiązkowości odgrywania płci biologicznej (czego zaniechanie grozi sankcjami) czy chociażby o niemęskości mężczyzn, których obiektem seksualnego pożądania nie są kobiety. W tym sensie męczyźnie nieheteronormatywnemu męskość może zostać odebrana.

Jednak wsparcie w postaci psychoterapii stanowić ma w rozumieniu autora tego artykułu drogę do niezależnego, subiektywnego wyboru własnej płci – lub rezygnacji z tegoż wyboru.

Podsumowanie

Punktem wyjścia dla tego artykułu były koncepcje socjologiczne przedstawiające męską płć jako wytwór społecznie (re)konstruowanych zasad – scenariuszy, które ma do odegrania mężczyzna. Liczne teorie dowodzą, że płć biologiczna nie jest prostym determinantem ludzkiej tożsamości. Nie jest ona także biologicznie „zaprogramowanym” źródłem konkretnych pragnień i zachowań. Płć okazuje się (w wielu przypadkach) zależna od subiektywnej identyfikacji, przekraczalna oraz zmienna. Współczesne społeczeństwa nie mogą pozostawać obojętne na coraz widoczniejszą grupę mężczyzn, którzy nie wpisują się w heteronormatywny schemat seksualności i płciowości. Osoby transseksualne, homoseksualiści i niemęscy mężczyźni stają się coraz widoczniejsi, lecz nadal muszą się borykać z presją, jaką wytwarza społeczeństwo realizujące obligatoryjne sposoby rozumienia płci oraz zaspokajania potrzeb seksualnych. Terapeuci pracujący z pacjentami zgłaszającymi problemy w obszarze własnej płciowości mają za zadanie nie tylko pomóc im w poradzeniu sobie ze skutkami nietolerancji, ale także nierzadko na nowo odnaleźć własną identyfikację psychoseksualną. Psychoterapeuci psychoanalityczni niejako zmuszeni są odnosić się (i uświadamiać pacjentowi) społeczne normy dotyczące męskości. Zjawisko przeniesienia w wielu przypadkach sprowadza się do identyfikacji pacjenta z terapeutą (lub terapeutką, o czym nie wolno zapominać), jednak to pacjent ostatecznie wybiera, jak pragnie realizować własną płć i seksualność. Terapeuta ma za zadanie wspierać go w tym oraz pomagać w znoszeniu ewentualnych przykrości związanych ze społecznymi reakcjami.

Zdaniem autora artykułu, można założyć, że mimo wielu niejasności teoretycznych oraz braku rozstrzygnięć co do normy w zakresie „prawidłowego” przebiegu procesu identyfikacji płciowej mężczyzny, terapia psychoanalityczna bywa doświadczeniem niezwykle korzystnym. Proces terapeutyczny przeprowadzony przez analityka nienarzucającego swemu pacjentowi skryptów realizacji męskości ma szansę wspierać osobę niewpisującą się w schematy heteronormatywnego społeczeństwa oraz pomóc dotrzeć jej do bogactwa wielu sposobów myślenia o tym, kim właściwie jest mężczyzna.

BIBLIOGRAFIA

- Antonowsky, Aaron. 1997. *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*. W: (red.) Heszen-Niejodek, Irena, Sęk, Helena. *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bator, Joanna, Wieczorkiewicz, Anna. (red.). 2007. *Ucieleśnienia II. Płeć między ciałem a tekstem*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Bem, Sandra. 2000. *Męskość, kobiecość. O różnicach wynikających z płci*. Tłum. Sylwia Pikiel. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Bem, Sandra L. 1981. *Gender schema theory. A cognitive account of sex typing*. W: "Psychological Review" 88, 4, s. 354-364.
- Berger, Peter. 2005. *Święty baldachim. Elementy socjologicznej teorii religii*. Tłum. Włodzimierz Kurdziel. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bojarska, Katarzyna, Kowalczyk, Robert. 2010. *Homoseksualność i społeczeństwo*. W: (red.) Lew-Starowicz, Zbigniew, Skrzypulec, Violetta. *Podstawy seksuologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Bourdieu, Pierre. 2004. *Męska dominacja*. Tłum. Lucyna Kopciwicz. Warszawa: Wydawnictwo Oficyna Naukowa.
- Butler, Judith. 2008. *Uwikłani w płeć. Feminizm i polityka tożsamości*. Tłum. Karolina Krasuska. Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej.
- Campbell, John, Hall Calvin S., Lindzey, Gardner. 2006. *Teorie osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Connell, R. W. 1987. *Gender and Power: Society, the Person, and Sexual Politics*. Stanford: Stanford University Press.
- Crews, Frederick. 1993. *The Unknown Freud*. W: *The Memory Wars: Freud's Legacy in Dispute*. The New York Review of Books.
- Domańska, Ewa. 2007. *Zwrot performatywny we współczesnej humanistyce*. W: „Teksty Drugie” 2, s. 48-61.
- Dudek, Zenon, Waldemar. 1995. *Psychologia integralna Junga*. Warszawa: Wydawnictwo ENTEIA.
- Dudek, Zenon, Waldemar. 2002. *Podstawy psychologii Junga. Od psychologii głębi do psychologii integralnej*. Warszawa: Wydawnictwo ENTEIA.
- Dybel, Paweł. 2006. *Zagadka drugiej płci. Spory wokół różnicy seksualnej w psychoanalizie i feminizmie*. Kraków: Wydawnictwo Universitas.
- Elias, Norbert. 1980. *Przemiany obyczajów w cywilizacji Zachodu*. Tłum. Tadeusz Zabułdowski. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Featherstone, Mike, Hepworth, Mike, Turner, Bryan S. 1991. *The Body: Social Process and Cultural Theory*. London: SAGE Publications Ltd.
- Foucault, Michel. 2000. *Historia seksualności*, Tłum. Bogdan Banasiak, Krzysztof Matuszewicz. Warszawa: Wydawnictwo Czytelnik.
- Freidson, Eliot. 1970. *Profession of medicine: a study of apilled knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company.
- Freud, Zigmunt. 1923. *The ego and the id*. London: Hogard Press. W: „Standard Edition” 12.

- Freund, Peter. 1990. *The Expressive Body: a Common ground for the Sociology of Emotions and Health and Illness*. W: "Sociology of Health and Illness" 12,4, s. 452-477.
- Gabbard, Glen. 2004. *Long-term Psychodynamic Psychotherapy*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Giddens, Anthony. 2003. *Stanowienie społeczeństwa. Zarys teorii strukturacji*. Tłum. Stefan Amsterdamski. Poznań: Zysk.
- Goffman, Ervin. 1981. *Człowiek w teatrze życia codziennego*. Tłum. Helena Śpiewak, Paweł Śpiewak. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Goffman, Ervin. 2005. *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Tłum. Aleksandra Dzierżyńska, Joanna Tokarska- Bakir. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Goffman, Ervin. 2008. *Zachowanie w miejscach publicznych*. Tłum. Olga Siara. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Grzesiuk, Lidia, Suszek, Hubert (red.). 2005. *Psychoterapia. Teoria*. Warszawa: Wyd. ENETEIA.
- Hammarberg, Thomas. 2011. *Tożsamość płciowa a prawa człowieka*. W: Dokument tematyczny Komisarza Praw Człowieka Rady Europy. Tłum. Wiktor Dynarski. Warszawa.
- Imieliński, Kazimierz, Dulko, Stanisław, Filar, Marian. 1997. *Transpozycje płci. Transseksualizm i inne zaburzenia identyfikacji płciowej*. Warszawa: Wydawnictwo ARC-EN-CIEL.
- Kernberg, Otto F. 1976. *Technical considerations in the treatment of borderline personality organization*. W: „Journal of the American Psychoanalytic Association” 2, 24(4), s. 795-829.
- Kochanowski, Jacek. 2009. *Spektakl i wiedza. Perspektywa społecznej teorii queer*. Łódź: Wyd. Wschód- Zachód.
- Kochanowski, Jacek. 2013. *Socjologia seksualności. Marginesy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kozlova, Oxana. 2013. *Anomia jako choroba społeczna*. W: „Miscellanea Antropologica et Sociologica” 14 (2), s. 31-40.
- Lacan, Jacques. 1995. *Funkcja i pole mówienia i mowy w psychoanalizie*. Tłum. Barbara Górczyca, Wincenty Grajewski. Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Mead, George H. 1975. *Umysł, osobowość i społeczeństwo*. Tłum. Zofia Wolińska. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Mikulska, Jolanta. 1996. *Tożsamość kobiet i mężczyzn w cyklu życia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Nowosielski, Krzysztof. 2010. *Identyfikacja i rola płciowa*. W: (red.) Lew-Starowicz, Zbigniew, Skrzypulec, Violetta. *Podstawy seksuologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Piątkowski, Włodzimierz, Brodny, Włodzimierz Adam. (red). 2005. *Zdrowie i choroba: perspektywa socjologiczna*. Tyczyn: Wyd. WSSG.
- Richardson, Stephen A., Dohrenwend, Barbara S., Klein, David. 1968. *Interviewing. It's Form and Function*. Birmingham, AL: American Marketing Association. W: „Journal of Marketing Research” 5, (2), s. 232-234.
- Shilling, Chris. 2010. *Socjologia ciała*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Shott, Susan. 1979. *Emotion and social life: A symbolic interactionist analysis*. W: „American Journal

of Sociology" 84, (6) s. 1317-1334.

Skrzypek, Michał, 2002. *Kategorie społeczno- kulturowe w badaniach nad chorobą niedokrwienną serca jako przykład perspektywy socjosomatycznej*. W: (red.) Piątkowski, Włodzimierz, Titkow, Anna. *W stronę socjologii zdrowia*, Wyd. UMCS, s. 134-135.

Sokołowska, Magdalena. 1980. *Granice medycyny*. Warszawa: Wyd. Omega.

Sugarman, Alan, Nemiroff, Robert A., Greenson, Daniel P. (eds.), *The Technique and Practice of Psychoanalysis. Volume 2: A Memorial Volume to Ralph Greenson*. Madison & Connecticut: International Universities Press INC.

Turner, Bryan S. 1992. *Regulating Bodies. Essays in Medical Sociology*. London: Routledge.

Turner, Bryan S. 1996. *The Body and Society*. London: Sage.

Turner, Jonathan H., Stets, Jan E. 2009. *Socjologia emocji*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN.

Tyson, Phyllis. 1990. *Psychoanalytic theories of development: An Integration*. Yale: Yale University Press.