

Joanna PALKA

Determinanty wykluczenia społeczno-zawodowego osób chorujących psychicznie w świetle teorii socjologicznych

Wstęp

Jak donosi Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), na świecie w zatrważającym tempie rośnie liczba osób cierpiących na zaburzenia psychiczne i neurologiczne. Problemy związane ze sferą psychiki dotyczą ok. 400 mln ludzi, co gorsza, jak zapowiadają specjaliści, liczba ta w ciągu najbliższych lat będzie się systematycznie zwiększać.

W obliczu tych danych niezwykle istotne wydają się wszelkiego rodzaju działania profilaktyczne i edukacyjne, których celem byłoby zwiększanie świadomości społecznej, związanej z tematyką chorób psychicznych. Mimo iż w porównaniu z latami ubiegłymi, zwłaszcza w Polsce, coraz częściej mówi się o osobach cierpiących z powodu tychże chorób, to jednak nadal w dużej mierze jest to temat tabu. To z kolei, wiąże się z panującym w społeczeństwie stereotypem, którego siła w dalszym ciągu utrudnia podejmowanie dyskursu społecznego idącego w kierunku zmian postaw wobec osób chorych psychicznie. Jednakże aby cokolwiek zmieniać, najpierw powinniśmy odpowiedzieć sobie na pytanie, jaki właściwie jest obraz osób chorych psychicznie, który dominuje w świadomości współczesnych Polaków. Wreszcie, jakie są podstawowe czynniki wpływające na zbiór negatywnych postaw i opinii na temat osób chorujących psychicznie. Czy za ich niekorzystną sytuację społeczno-zawodową obarczać należy wyłącznie stereotyp?

Na gruncie socjologii zdrowie i choroba opisywane są najczęściej jako zjawiska zdeterminowane społecznie. Wiążą się one z problemami przystosowania

jednostki do życia społecznego. Niekiedy zawierają też „oceny moralno-emo-cjonalne w kategoriach stopnia efektywności i poczucia szczęścia jako wy-znaczników zdrowia psychicznego”¹. Istnieje wiele pojęć i teorii z dziedziny so-cjologii, które znajdują zastosowanie w odniesieniu do psychiatrii i zdrowia psy-chicznego w ogóle. Stratyfikacja, grupy społeczne i instytucje, pozycja, status społeczny i pełnione role, wreszcie kultura i szereg jej norm, których łamanie świadczy o dewiacji – wszystkie te i wiele innych pojęć socjologii z powodze-niem umieścić można na kontinuum zdrowie – choroba. Widzimy więc, że zdrowie ludzkie ma charakter wielowymiarowy i zapewne nie można definiować go w zupełnym oderwaniu od pozostałych aspektów. Podchodząc bardziej sys-tematycznie do socjologicznego kontekstu zaburzeń psychicznych, możemy wy-różnić dwa poziomy – makro- i mikrosocjalny. Pierwszy tworzą teorie struktu-ralno-funkcjonalne, teorie konfliktu, czy konstruktywizmu społecznego. Z kolei drugi to – interakcjonizm symboliczny wraz z koncepcją naznaczania społecz-nego i etnometodologią oraz teorią społecznego uczenia się. Jako iż problematy-kę choroby psychicznej coraz częściej porusza się w kontekście problemu spo-lecznego, w dalszej części pracy skupię się na wspomnianej już teorii konstruk-tywizmu społecznego.

Konstruktywizm społeczny – choroba psychiczna jako problem społeczny

Jak już zostało wspomniane na wstępie, pojęcie choroby psychicznej na po-ziomie makrosocjalnym rozpatrywać możemy w oparciu o tzw. konstrukty-wizm społeczny, zwany też konstrukcjonizmem społecznym. Teoria ta spopula-ryzowana została m.in. przez Petera Bergera i Thomasa Luckmanna, którzy to w 1966 r. opublikowali książkę *Społeczne tworzenie rzeczywistości*. To właśnie tezy zawarte w tej publikacji były podstawą, od której wyszli konstruktywiści społeczni. Jak pisze Lucjan Miś, konstruktywizm „wywodzi się z intuicji inte-rakcjonistycznych amerykańskich pragmatystów (Jamesa, Deweya, Meada), rozwijanych w następnym pokoleniu przez Blumera i Goffmana”². Elementem charakterystycznym ich prac było subiektywistyczne i interakcjonistyczne po-dejście do problemów społecznych. Traktowali oni problemy społeczne w spo-sób raczej opisowy i analityczny. Stąd też wywodziła się ich preferencja do mi-nimalizowania teorii jako takiej. Zwłaszcza Goffman znany jest w socjologii ja-

¹ W.A. Brodniak, *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2000, s. 20.

² L. Miś, *Problemy społeczne. Teoria, metodologia, badania*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2007, s. 68.

ko empiryk, niespecjalnie dbający o swój metodologiczny warsztat. Wyniki swoich badań opierał bowiem głównie na przeprowadzanych studiach terenowych i monografiach. Jak pisze Szacki, Goffman zazwyczaj nie dbał o reprezentatywność danych. „Przed wszystkim pokazywał problemy, zadowalając się w wielu wypadkach ilustracjami i przeważnie nie siląc się zbytnio na przeprowadzanie dowodu formułowanych mimochodem twierdzeń ogólnych. [...] Jedne z nich zdają się dotyczyć wszystkich bez wyjątku ludzi, inne natomiast ludzi określonych społeczeństw i czasów [...]”³. Najistotniejszą kwestią dla obu socjologów było przede wszystkim dotarcie do subiektywnych przeżyć badanych jednostek⁴ oraz analiza znaczeń, jakie owe jednostki nadają przedmiotom otaczającego je świata. Ich zdaniem, znaczenia te tworzą się dzięki interakcjom, jakie zachodzą między jednostkami. Innymi słowy, stają się konstruktami społecznymi, które z kolei determinują pełnienie społecznych ról. Odnosząc powyższe ujęcie do problematyki postrzegania osób chorych psychicznie, można przyjąć, iż powstawanie i utrwalanie się stereotypu, możliwe jest właśnie dzięki interakcjom. Ponadto, założenie, że we wspomnianym procesie, mogą uczestniczyć wszystkie jednostki, czy jak kto woli ogół tego, co rozumiemy pod pojęciem społeczeństwa, skłania jednocześnie do postawienia tezy, iż za stereotypy odpowiedzialne są właściwie obie strony. Oczywiście można w tym miejscu polemizować, która z nich przyczynia się do procesu stereotypizacji bardziej, a która mniej. Jednakże faktem jest, że swego rodzaju bariery odnaleźć można po obu stronach. Czynniki, które stanowią podstawę powstawania barier pomiędzy „zdrowymi” a „chorymi”, można wstępnie podzielić na wewnętrzne i zewnętrzne. Wszystkie one sprzyjają procesowi powstawania stereotypów, a w efekcie marginalizacji i wykluczeniu społecznemu.

Mówiąc o wewnętrznych czynnikach, które prowadzą do marginalizacji osób po przebytych kryzysach psychicznych, przede wszystkim należy zwrócić uwagę na samą specyfikę choroby. Charakteryzuje się ona zazwyczaj długim okresem trwania i częstymi nawrotami. Towarzyszące zazwyczaj chorobom psychicznym zaniżona samoocena, lęk, smutek i przygnębienie, znacząco wpływają na poziom aktywności społecznej chorych. Codzienne funkcjonowanie nie-rzadko uniemożliwiają, lub w znacznym stopniu ograniczają, uboczne skutki leków. Już samo to, niejako zmusza daną osobę do wycofania się z wielu sfer życia. Wycofanie to pogłębia się oczywiście wraz z czasem trwania choroby, zwłaszcza przez dłuższy czas nieleczonej. Osłabienie lub całkowity brak motywacji do działania decyduje również o ograniczonej partycypacji w relacjach społecznych. Oczywiście proces izolacji w przypadku różnych osób, jak i róż-

³ J. Szacki, *Historia myśli socjologicznej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 846.

⁴ Por. *ibidem*, s. 592.

nych jednostek chorobowych, może przebiegać mniej lub bardziej dynamicznie. Nie znaczy to jednak, że jakaś choroba jest „lepsz” bądź „gorsza”, tym bardziej, iż jej przebieg w dużym stopniu zależy od ogólnych predyspozycji psychicznych oraz od tzw. „podatności na zranienie”⁵.

Poza tym, osoba doświadczająca choroby psychicznej, mimo iż zazwyczaj ma tendencję do werbalnego zaprzeczania, sama zaczyna dostrzegać u siebie pewne objawy i zachowania, które definiuje jako coś „innego” czy „nienormalnego”. Ucieczka, zamknięcie wewnętrzne i izolacja od „normalnych innych” wydają się zatem „odpowiednim” krokiem. Z czasem pojawia się wstyd, a po nim strach przed ujawnieniem własnej choroby. Jednostka obawia się reakcji innych i stygmatyzacji. Jest przekonana o tym, że nie zostanie zrozumiana, czego skutkiem będzie odrzucenie i skazanie na samotność. Internalizacja objawów choroby oraz jej skutków odnosi się niejako do teorii samonaznaczania. Osoba chora zaczyna sama siebie postrzegać jako „inną”. Niekiedy nawet niezależnie od tego, czy pozostali wiedzą o jej „inności”, czy nie⁶.

Kolejnym istotnym czynnikiem wewnętrznym, predestynującym osoby chorujące psychicznie do „bycia wykluczonym”, jest słabe wykształcenie i niskie kwalifikacje zawodowe⁷. Oddziałuje to zwłaszcza na aspekt wykluczenia z rynku pracy, ale nierzadko ma także wpływ na „uświadamianie” i akceptację swojej choroby, a tym samym na przebieg i czas trwania rehabilitacji.

Obok omówionych powyżej, wewnętrznych predyspozycji i przejawów marginalizacji, albo raczej samomarginalizacji osób chorych psychicznie, wyróżnić możemy szereg czynników zewnętrznych. Zewnętrznych, zatem pochodzących od „zdrowej” reszty społeczeństwa, ale również wynikających z ograniczeń przestrzennych i środowiskowych.

Ważnym czynnikiem powodującym marginalizowanie chorych jest panujący stereotyp osoby chorej psychicznie. Jak wskazują wyniki wielu badań, z reguły wśród społeczeństwa odnotowuje się pejoratywne określenia osób chorych psychicznie. Niekiedy chorych traktuje się wręcz jako dewiantów, gwałcących „niepisane prawa” społeczeństwa. O takim sposobie postrzegania osób chorują-

⁵ Zgodnie z koncepcją podatności na zranienie, do zachorowania dochodzi w wyniku niespecyficznego społecznego stresu, związanego z ważnymi, a zazwyczaj nieoczekiwanymi, zdarzeniami życiowymi. Zob. A. Cechnicki, *Uwagi o modelu podatności na zranienie*, „Psychoterapia” 1990, nr 2, s. 39–42.

⁶ B. Pawlica, *Mechanizmy naznaczania społecznego. Socjologiczne studium teoretyczno-empiryczne*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Częstochowie, Częstochowa 2001, s. 50.

⁷ Fakt ten dotyczy przede wszystkim osób, u których choroba pojawia się w młodości, przez co nauka staje się niemożliwa lub co najmniej znacznie utrudniona. Do chorób psychicznych, które zazwyczaj ujawniają się w okresie młodzieńczym lub we wczesnej dorosłości, należy np. schizofrenia.

cych psychicznie pisał m.in. T.J. Scheff. Swoją teorię wyjaśniał on na przykładzie schizofrenii. Jego zdaniem, choroby psychiczne, w przeciwieństwie do innych chorób, „nie są wolne od wpływów kultury i same w sobie są wykroczeniami przeciwko normom danej kultury”⁸. Zachowanie schizofrenika można zatem w bardzo łatwy sposób wyjaśnić, odwołując się do aspektu kulturowego. Tak więc w jednej kulturze zostanie on uznany za dewianta, np. śmiejąc się w trakcie pogrzebu, w innej – wręcz przeciwnie.

Wróć jednak do typowego rozumienia powstawania stereotypu. Raport z badań, przeprowadzonych w 2005 roku przez CBOS, pokazał, iż w różnym stopniu występuje tzw. przyzwolenie na pełnienie podstawowych ról społecznych. Najczęściej jest ono zależne od stopnia wpływu na samego respondenta, jego rodzinę czy środowisko lokalne⁹. Zjawisko stereotypizacji wydaje się być bardzo istotne, zwłaszcza gdy dotyczy stereotypów panujących wśród pracodawców. Osoby chore psychicznie znajdują się na przedostatnim miejscu na liście potencjalnych pracowników. Przekłada się to zatem na ich społeczno-zawodowe funkcjonowanie oraz ogranicza możliwości ekonomiczne. W przekonaniu pracodawców, praca osoby niepełnosprawnej psychicznie ma przede wszystkim wartość terapeutyczną i nie wiąże się z wymiernymi efektami ekonomicznymi¹⁰. W tej sytuacji mamy do czynienia ze swoistym nawarstwianiem i nakładaniem się na siebie czynników marginalizujących, co jeszcze dobitniej popiera tezę o wielowymiarowości marginalizacji oraz jej charakterze przyczynowo-skutkowym. Przyjmując bowiem marginalizację jako konsekwencję braku środków finansowych, pozwalających realizować podstawowe potrzeby oraz korzystać z powszechnie dostępnych dóbr¹¹, jednoznacznie widzimy, że problem nie dotyczy tylko i wyłącznie chorych i choroby jako takiej. W związku z powyższym, integralnym punktem funkcjonowania i aktywności istniejących instytucji pomocowych (zarówno typu NGO, jak i rządowych) powinny być działania nastawione na zmiany postaw i sposobu postrzegania osób chorujących psychicznie przez społeczeństwo w ogóle. Przykładem tego typu działalności jest chociażby krakowskie Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej oraz Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”, zajmujące się psycho-

⁸ T.J. Scheff, *Schizofrenia jako ideologia*, [w:] *Przełom w psychologii*, red. K. Jankowski, „Czytelnik”, Warszawa 1978, s. 243.

⁹ B. Wciórka, J. Wciórka, *Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie*, Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2005.

¹⁰ A. Brzezińska, *Psychospołeczne uwarunkowania aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych*, Projekt EFS nr WUE/0041/IV/05, Warszawa 2005, s. 267.

¹¹ Zdaniem R. Dahrendorfa, marginalność społeczna może być nie tylko konsekwencją braku tych, czy innych uprawnień, lecz również kwestią praktycznej niemożliwości ich realizacji. Zob. K.W. Frieske, *Marginalność i procesy marginalizacji*, IPiSS, Warszawa 1999, nr 13, s. 252.

edukacją i promowaniem pozytywnych postaw w stosunku do osób chorych, jak również organizacją „Dnia Solidarności z Osobami Chorującymi PsychicZNie”. Analizując bariery w zatrudnianiu osób niepełnosprawnych psychicZNie, nie sposób nie wspomnieć o braku odpowiednich programów zatrudnienia i aktywizacji zawodowej. W tym aspekcie szans na pozytywne zmiany należy upatrywać w promowaniu tzw. ekonomii społecznej i powstających w jej ramach przedsiębiorstw – firm społecznych. Do nielicznych przykładów należy tutaj krakowska kawiarnia Miodowa 9, pensjonat U Pana Cogito, czy Firma Społeczna „Catering Cogito” – zatrudniające osoby po przebytych kryzysach psychicZnych.

Nawiązując do wspomnianych powyżej instytucji, zdecydowanie należy podkreślić, iż ich niewielka liczba znacząco wpływa na proces rehabilitacji osób chorych. W szczególnie trudnej sytuacji znajdują się osoby mieszkające z dala od dużych miast, gdzie zazwyczaj zlokalizowane są ośrodki pomocowe i szpitale. Ograniczony dostęp występuje zatem zarówno pod względem przestrzennym, jak i ilościowym. Mimo wielu pozytywnych zmian, na psychiatrycznej mapie Polski nadal dominują duże szpitale, co nie wpływa korzystnie na przebieg leczenia. Poza tym brakuje specjalistycznych służb zatrudnienia. Mówiąc o wsparciu „instytucjonalnym”, warto również wspomnieć o roli rodziny, która odgrywa jedną z najważniejszych ról w procesie rehabilitacji. Brak wsparcia ze strony rodziny, a nierzadko całkowite odrzucenie, możemy również zaliczyć do czynników wpływających na proces prowadzący do społecznego wykluczenia.

Jak widać, bardzo wiele aspektów determinuje proces społecznej dyskryminacji osób chorujących psychicZNie, który w świetle teorii konstruktywizmu jest – a przynajmniej „ma prawo stać się” – problemem społecznym. Dla przybliżenia zagadnienia owego „stawania się” problemu społecznego, odwołam się do postaci, które szczególnie przyczyniły się do rozwoju koncepcji powstawania problemów społecznych. Tym samym przedstawię kolejne podstawowe założenia, na których opiera się teoria konstruktywizmu. Mowa tu mianowicie o Spectorze i Kitsusem. W swojej teorii skupili się oni głównie na procesach prowadzących do identyfikowania i konstruowania problemów społecznych właśnie. Co więcej, przyjęli oni założenie, że przebieg tego procesu zdeterminowany jest poprzez interesy poszczególnych jednostek, grup, czy instytucji. Odnośnie tego, można z kolei zastanawiać się na ile rodzaj i zakres posiadanej władzy, przekłada się na możliwość realizacji interesów danej jednostki czy grupy. Spector i Kitsuse owe jednostki i grupy określają mianem *claim makers*. „Ich zadaniem jest wysuwanie żądań i zwracanie uwagi opinii publicznej na zjawisko, wobec którego w ich odczuciu potrzebne są jakieś działania. Status problemu społecznego danego zjawiska i jego definicja zależą nie od jego rangi, ale od siły przebicja

claim makers i stopnia jego instytucjonalizacji”¹². Zatem o tym, czy coś zostanie uznane za problem, czy nie, decyduje nie jego istota i waga, ale stopień „upublicznienia”¹³.

Definiując konstruktywizm, Miś podkreśla dwojaki sposób rozumienia i nadawania znaczeń tejże teorii. Z jednej strony konstruktywizm traktowany jest jako jedna z odmian interakcjonizmu, która wykorzystywana jest przede wszystkim do wyjaśniania i analizowania problemów społecznych. Z drugiej strony natomiast, omawiane podejście traktowane jest jako sposób teoretyzowania. Mówiąc o owych teoretyzowaniach, Miś konstatuje za Watersem, iż indywidualny i subiektywny sposób, w jaki badacz teoretyzuje, „dąży do zrozumienia jednostkowych i intersubiektywnych motywów oraz znaczeń i który traktuje ludzi jako kompetentne i porozumiewające się podmioty aktywnie tworzące lub konstruujące świat społeczny”¹⁴. Po analizie rozmaitych materiałów oraz badań dochodzę do wniosku, iż warto byłoby zastanowić się nad tym, na ile zajmowana pozycja społeczna, wiek czy wykształcenie determinuje sposób postrzegania chorujących psychicznie, w jakim stopniu zaś na ów sposób wpływają pewne wyobrażenia i opinie, oderwane od poszczególnych ról. Rzecz jasna zdają sobie sprawę, że jednoznaczne zdychotomizowanie czynników decydujących o stopniu uprawomocnienia stereotypu w umyśle danej jednostki, jest właściwie niemożliwe, bądź co najmniej niezwykle trudne. Powołując się na konstruktywizm, można właściwie uznać, iż w rezultacie próba rozróżnienia omawianych czynników stanie się kolejnym „subiektywnym konstruktem”. Nie stanowi to bynajmniej o niedoskonałości teorii, jaką jest konstruktywizm, lecz w pewnym stopniu potwierdza po raz kolejny, że „każda jednostka wytwarza w sposób wyjątkowy i niezależny własne znaczenia”¹⁵. Należy jednak pamiętać o tym, iż jednostkowe znaczenia wynikające z indywidualnej świadomości podmiotu społecznego, stanowią jednocześnie szeroko rozumianą „świadomość społeczną”. Nadal zbudowana jest ona z pojedynczych świadomości, ale równolegle następuje wzajemna wymiana pomiędzy tym, co „wspólne”, a tym, co „indywidualne”. Przywołując

¹² W.A. Brodniak, *Podstawy socjologiczne współczesnej psychiatrii*, [w:] *Psychiatria*, t. 1, red. A. Bilikiewicz i in., Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2002, s. 302.

¹³ Doskonałym przykładem działania tego mechanizmu jest chociażby, rosnąca w Polsce, aktywność środowisk homoseksualnych. Przemiany ustrojowe oraz rozwój demokracji, a wraz z nią praw człowieka, umożliwiły tym społecznościom artykulację swoich interesów. Instytucjonalizacja ruchów środowisk homoseksualnych przejawia się w powstających stowarzyszeniach i organizacjach o charakterze ogólnopolskim. Dla przykładu – Kampania Przeciw Homofobii powstała w 2001 r. i mająca swe oddziały w kilku największych polskich miastach (zob. www.kobiety-kobietom.com).

¹⁴ L. Miś, op. cit., s. 69.

¹⁵ Ibidem, s. 69.

wspominanych już Bergera i Luckamanna – zawsze istnieje jakaś zależność pomiędzy obiektywnymi faktami, a subiektywnymi znaczeniami.

Jak zostało wcześniej wspomniane, aby doszło do zobiektywizowania danych znaczeń i uprawomocnienia się ich w społecznej świadomości, niezbędne jest ich uzewnętrznienie, czy też „upublicznienie”. Nie ulega wątpliwości to, że problematyka choroby psychicznej była i jest kwestią publiczną. Niezależnie od swoich konotacji – pozytywnych bądź nie, oraz nadawanych jej przez społeczeństwo funkcji i znaczeń, niemal zawsze budzi zainteresowanie, by nie powiedzieć kontrowersje. Jednakże nie zawsze uznawana jest ona za zjawisko kłopotliwe, a sytuacja chorujących osób nie świadczy w pewnych okolicznościach o istnieniu problemu społecznego. Wystarczy chociażby odnieść się tutaj do założeń relatywizmu kulturowego – w praktyce proces „uproblematyczniania” się jakiejś części społecznej rzeczywistości, nie wszędzie i nie w każdych warunkach, społecznych lub kulturowych, zachodzi podobnie. Co więcej, niekiedy ów proces nie zachodzi w ogóle. Wiąże się to przede wszystkim z koniecznością pojawienia się „sprzyjających” czynników. Takim czynnikiem jest chociażby stopień aktywności jednostki, grupy bądź instytucji. Przekładając to na język konstrukttywizmu – o tym, czy dana kwestia stanie się problemem społecznym czy nie, lub też przestanie nim być, decydują podmioty mające w danym momencie największą tzw. siłę przebicia.

Zanim jednak przejdę do charakterystyki grup biorących udział w społecznym dyskursie nad problematycznością zjawiska choroby psychicznej, przedstawię pokrótce zagadnienie „problemu społecznego” jako obszaru badań socjologów.

Otóż na wstępie podkreślić należy, iż pojęcie to nie jest powszechnie aprobowane przez socjologów. Często bowiem znaleźć można pewne jego efemerydy, jak na przykład „kwestie społeczne”. Miś pisze, że „fakt włączania do encyklopedycznego kanonu pojęć socjologicznych lub wykluczania z nich terminu, «problemów społecznych» jest znaczący. Wiąże się on z historią pojęcia i jego przydatnością w różnych okresach rozwoju nauki i społeczeństwa. Powszechna obecność pojęcia «ruchy społeczne» i selektywność zaliczania pojęcia «problemów społecznych» do słownikowego kanonu koncepcji socjologicznych to jedna z właściwości statusu interesującego nas terminu»¹⁶. Odnosząc się do wspomnianego stopnia przydatności tegoż terminu w różnych okresach rozwoju nauk społecznych, zaznaczę, iż po raz pierwszy pojawiło się ono w Europie, na przełomie XVIII i XIX wieku (choć niektórzy autorzy, w tym Miś, przyjmują, iż jest ono produktem socjologii amerykańskiej). Z kolei na gruncie polskim „pojawiło się i utrwaliło w [...] socjologii, publicystyce polityczno-społecznej i wy-

¹⁶ L. Miś, op. cit., s. 19.

powiedziach medialnych w latach 90. XX wieku”¹⁷. Termin ten podlegał wielu przeobrażeniom. Przez pewien czas traktowany był wyłącznie w liczbie mnogiej, aby z kolei wyłonić się jako jeden, odrębny problem. Przeobrażenia społeczne, polityczne i gospodarcze sprawiały i sprawiają nadal, iż konieczne jest przyjęcie założenia o dynamice pojęcia, jakim jest problem, bądź problemy społeczne. Pojawiające się coraz to inne aspekty życia społecznego decydują o jego określaniu. Jedne problemy znikają, inne przestają być problemami, wreszcie – pojawiają się nowe.

Jako że mimo licznych zmian, pojęcie „problemu społecznego” nie doczekało się jednego, powszechnie uznanego znaczenia, badacze podzielili siebie i swoje określenia niejako na dwa obozy. Pierwszy z nich – obiektywistyczny – traktował problem społeczny jako coś, co w pewnej istotnej dziedzinie życia społecznego powoduje zaburzenia i dysfunkcje. Można tu zatem znaleźć odniesienia do funkcjonalizmu z jego teorią dewiacji, będącą łamaniem powszechnie akceptowanych norm i wartości. Z kolei obóz przeciwny – subiektywistyczny – jest przejawem podstawowych idei konstrukcjonistów. Odrzucali oni obiektywizm, jako z góry narzucający konieczność i sposób rozwiązania problemu. Ich zdaniem, dany „kłopot” można uznać za problem społeczny w rozumieniu przyjętym przez obiektywizm dopiero wtedy, gdy zostanie on tak potraktowany, nazwany i wyrażony przez subiektywne jednostki. Mówiąc o „nazywaniu” problemu społecznego, przytoczyć należy teorię naznaczania społecznego, czy też tzw. *labelingu*.

Jak widać, powyższa – systematyzująca pojęcie problemu społecznego – dygresja, w rezultacie łączy się z tym, co zostało już powiedziane o procesie jego społecznego uprawomocniania się. Po raz kolejny bowiem stanęliśmy w obliczu schematu, wedle którego dana kwestia zostaje uznana za problem lub nie. Wiemy już, że o tym, czy tak się stanie, decydują nie tyle subiektywne odczucia jednostek, co „siła przebicia” tychże odczuć. Tym samym można przyjąć hipotezę, iż to nie ich skumulowana liczba umożliwi potraktowanie czegoś w kategoriach problemu, lecz to, co stawia omawiane odczucia na uprzywilejowanej względem innych pozycji. Oczywiście nie wyklucza to jednak faktu świadczącego o tym, że niekiedy to właśnie owa dominująca ilościowo opinia czyni jej przedstawicieli liderami, a w końcu zwycięzcami w dyskursie społecznym. Odejdźmy jednak na moment od czysto teoretycznych rozważań i zastanówmy się nad tym zjawiskiem z perspektywy choroby psychicznej jako problemu społecznego.

Niewątpliwie w kontekście choroby psychicznej można mówić o problemie w wielu wymiarach. Pojawiające się tu tzw. grupy interesów odgrywają rozmaite role w jego określaniu i nazywaniu. Faktem jest jednak, iż trudno jedno-

¹⁷ L. Miś, op. cit., s. 19.

znacznie określić, która z owych grup pełni dominującą rolę. Tym bardziej, że zwłaszcza współczesne podejście do chorób psychicznych bierze pod uwagę głosy właściwie wszystkich „aktorów”, którzy mogą cokolwiek znaczyć w zinternalizowaniu choroby psychicznej jako problemu. Oczywiście jedni działają z większym zaangażowaniem, inni wręcz przeciwnie. Jeśli spojrzymy na to zagadnienie z perspektywy skupiającej się na polskiej rzeczywistości, bez trudu jesteśmy w stanie określić przynajmniej niektóre grupy interesów.

Jedną z takich grup niewątpliwie są same osoby, które chorują bądź chorowały psychicznie. Wprawdzie stanowią one stosunkowo liczną kategorię, ale można uznać, iż nadal nie odgrywają znaczącej roli w społecznym dyskursie. Oczywiście nie znaczy to, że osoby z zaburzeniami psychicznymi nie przejawiają żadnej aktywności w stosunku do zmiany swojej sytuacji, ale nie jest to działalność na tyle powszechna, aby była skuteczna. Taki stan rzeczy wynika m.in. z tego, że niekiedy osoby doświadczające kryzysu psychicznego w ogóle nie zwracają się o pomoc lekarską czy terapeutyczną. Z jednej strony dlatego, iż obawiają się napiętnowania i odrzucenia, z drugiej zaś częstą tego przyczyną jest brak wiedzy, czy wreszcie po prostu utrudniony lub całkowity brak dostępu do opieki psychiatrycznej. W tym przypadku trudno mówić o dążeniu osób chorujących do udziału w społecznym dyskursie, mającym zmieniać postawy wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Wprawdzie obecnie można zauważyć pewne przejawy aktywności tej grupy osób, jednakże jej siła przebicia jest jeszcze niewystarczająca, zwłaszcza w starciu z polityką państwa oraz uprzedzonym społeczeństwem.

Istotną przeszkodą, stojącą na drodze do poprawy sytuacji osób chorujących psychicznie, jest właśnie wspomniana polityka państwa. Opieka psychiatryczna w Polsce nadal traktowana jest w sposób marginalny. Problemem jest chociażby brak refundacji większości leków, krótko mówiąc państwo chce „zaoszczędzić” kosztem osób leczących się z powodu zaburzeń psychicznych. W obliczu wyników badań dotyczących stereotypów na temat chorych psychicznie, panujących w polskim społeczeństwie, działanie to wydaje się być doskonale, tudzież równie stereotypowo, „przemyślane” przez zabiegających o społeczne poparcie, polityków. „Według lekarzy psychiatrów, którzy uczestniczyli w konferencji «Zdrowie psychiczne Polaków – palący problem społeczny», schizofrenia jest chorobą wyleczalną niemal w całości. Umożliwiają to nowoczesne, niepowodujące objawów ubocznych leki, dzięki którym chorzy mogą kontynuować naukę, odnosić sukcesy w życiu zawodowym i rodzinnym. Problem w tym, że większość z nich nie podlega refundacji Narodowego Funduszu Zdrowia. Dlatego najczęściej mogą pozwolić sobie na nie osoby zamożne. Nie każdego stać na le-

czenie za 800 zł miesięcznie”¹⁸. Powyższy cytat potwierdza zatem fakt, iż kwestia dotycząca zdrowia psychicznego stanowi swego rodzaju problem społeczny. Co więcej, mimo wielu rozpoczętych działań zmierzających do zmiany sytuacji osób chorujących psychicznie, nadal jest to problem nierozwiązany.

Traktując chorobę psychiczną w kategorii problemu społecznego, warto również powiedzieć kilka słów o samym procesie jego powstawania. Jak już zostało wspomniane wcześniej, o tym, czy coś zostanie uznane za problem, decyduje głównie tzw. siła przebiccia poszczególnych grup interesów. Jednakże w procesie tym, istotne są również inne kwestie, bez których właściwie nie ma on możliwości zaistnieć. Powołując się na Spector i Kitsusego, proces powstawania i uprawomocniania się problemu społecznego można w dużej mierze uzależnić od języka. Ludzie w swoich codziennych interakcjach przeżywają daną kwestię jako pewien kłopot, zakłócający otaczającą ich rzeczywistość. Jednocześnie ów kłopot zostaje jakoś nazwany i jest dalej przedstawiany, przekazywany i omawiany. W procesie tym decydującą rolę odgrywa zwłaszcza wymiar emocjonalny. „Na drodze przekształcenia «kłopotu-trudności» w problem, coraz większego znaczenia nabiera posługiwanie się podobnymi frazami, zwrotami, sformułowaniami, które czynią indywidualne doświadczenia typowymi, jednolitymi dla uczestników interakcji”¹⁹. Aby jednak do tego doszło, konieczne jest również upodobnienie się form mowy oraz przejście z poziomu interakcji jednostkowych na poziom interakcji pomiędzy grupami czy zbiorowościami. Jak pisze Miś, szczególną rolę odgrywają tu, zwłaszcza w społeczeństwach nowoczesnych, masowe środki przekazu²⁰. Mówiąc o problemie choroby psychicznej, można wskazać co najmniej kilka przykładów ukazujących funkcję mass mediów w utrwalaniu stereotypu na temat osób chorujących. Jednym z takich przykładów, będących przejawem pejoratywnego podejścia mediów do osób z zaburzeniami psychicznymi, jest kampania społeczna, pod zgoła kontrowersyjnym tytułem – „Stop wariatom drogowym”. Jakkolwiek miała ona w zamyśle szczytny cel, wzbudziła wiele dyskusji, zwłaszcza wśród samych pacjentów oraz środowisk medycznych. W spocie reklamowym „zbyt szybko i brawurowo jeżdżący kierowca”, ukazany został jako mężczyzna zapięty w kaftan bezpieczeństwa, a mimo to nadal biegający po ulicy i wydający odgłosy pędzącego samochodu. Wokół tej kreacji powstało wiele sporów i dyskusji. W rezultacie reklama nie została zdjęta z anteny m.in. na wniosek środowisk medycznych, lecz dopiero w wyniku naturalnego zakończenia terminu kampanii. Kreacja stworzona przez autorów spotu świadczy głównie o sile stereotypowego postrzegania osób z za-

¹⁸ Źródło: http://www.money.pl/archiwum/wiadomosci_agencyjne/pap/artukul/w;polsce;na;rozne;odmiany;schizofrenii;cierpi;ok;400;tys;osob;5,0,190981.html [stan z: 24.03.2010 r.].

¹⁹ L. Miś, op. cit., s. 70.

²⁰ Ibidem, s. 70.

burzeniami psychicznymi. Jakkolwiek można założyć, iż twórcy nie mieli na celu urażenia samych pacjentów, to jednak stereotypowe podejście do tematyki choroby psychicznej stało się kolejnym dowodem świadczącym o jawnej dyskryminacji i marginalizacji osób cierpiących na choroby psychiczne. Z jednej strony kampania miała negować niebezpieczne zachowania na drogach, z drugiej jednak niejako promowała sposób pejoratywnego postrzegania osób chorujących psychicznie. Pytanie, czy odbiorcom bardziej zapadło w pamięć przesłanie mające skłaniać do zachowania większej ostrożności i rozwagi na drodze, czy też biegnący autostradą mężczyzna w kaftanie? Przeglądając się wynikom badań poświęconych postawom wobec osób chorujących psychicznie, można zauważyć pewien związek ze wspomnianą reklamą, a chociażby najczęściej pojawiającym się wśród ankietowanych określeniem chorych psychicznie²¹. Widać zatem, że język pełni bardzo ważną rolę w przekazywaniu i utrwalaniu się stereotypu. Dane określenie stanowi rodzaj pewnej „etykiety”, której pojawienie się uruchamia dalszy proces uprawomocniania się problemu. Dzięki etykietce możliwe jest przejście od poziomu jednostkowego na poziom grup czy instytucji. Z czasem dana kwestia zyskuje więc status na tyle rozpowszechnionej, iż z powodzeniem może być rozpatrywana w kategorii społecznego problemu.

Przedstawiciele konstruktywizmu, budując teoretyczne ramy swojej teorii, skupiali się po pierwsze na tym, jak powstaje problem społeczny, po drugie postulowali „odpowiedni” sposób patrzenia na ów problem. Tym samym, socjolog powinien być zainteresowany nie tzw. zewnętrznym punktem widzenia, a „‘emicznym’ (emic), czyli intersubiektywnymi sposobami uchwycenia problemu [...] powinien badać, jak ludzie organizują i doświadczają trudności, co wyraża się w formie interakcji i wytwarzania przez ludzi własnego poczucia ‘problemu społecznego’”²². Przenosząc to na problematykę uznania bądź nie problematyczności choroby psychicznej, można zauważyć tu swego rodzaju wielowymiarowość. Załóżmy, że w procesie stawania się choroby psychicznej problemem społecznym bierze udział czterech „aktorów”. Mamy więc osobę chorującą, jej otoczenie, czyli „jakieś” społeczeństwo, psychiatrę, pod postacią którego rozumieć będziemy szeroko rozumiane spektrum specjalistycznych służb zatrudnienia w dziedzinie leczenia i rehabilitacji psychiatrycznej, wreszcie – wspomnianego socjologa, jako obiektywnego badacza subiektywnych znaczeń. Z punktu widzenia wymienionych aktorów proces powstawania, czy po prostu obecności problemu społecznego, może i zazwyczaj przebiega w sposób zróżnicowany. Pomińmy jednak szersze omawianie tych perspektyw, gdyż ich odmiennosc jest truizmem. Ciekawszym bowiem problemem jest samo rozróżnienie na obiektywizm i su-

²¹ Zob. B. Wciórka, J. Wciórka, op. cit., s. 11–13.

²² L. Miś, op. cit., s. 76.

biektywizm. Badacze pracujący w duchu konstruktywizmu kładli szczególny nacisk na zajmowanie się tym, co subiektywne dla danej jednostki oraz tym, co określić można mianem intersubiektywnego, a więc dostępnego więcej niż jednemu podmiotowi. Socjolog powinien tym samym przyjmować jak najbardziej neutralną postawę, dzięki której możliwe będzie obiektywne oddanie subiektywnych reprezentacji. Należy jednak w tym miejscu zapytać, na ile socjolog jest w stanie osiągnąć ową neutralność i obiektywność. W końcu sam jest podmiotem, który posiada swoją własną subiektywność, zatem czy obiektywizm jest w ogóle możliwy? Trudno przecież jednoznacznie zdiagnozować sposób, w jaki badacz rzeczywistości społecznej próbuje przedstawić i ukonstytuować poszczególne – w podmiotowy sposób powstające – przekonania i opinie ludzkie. Wprawdzie z jednej strony socjolog „tylko” opisuje i przekazuje subiektywne fakty, z drugiej jednak istnieje niebezpieczeństwo, iż rezultat takiego opisu będzie tylko kolejnym subiektywnym przekonaniem, tym razem socjologa-jednostki.

Dlaczego socjologia?

Zagadnienie chorób i zaburzeń psychicznych, mimo iż nierzadko kojarzone jest głównie z dziedziną, jaką jest medycyna, stanowi również przedmiot zainteresowań socjologów. Coraz częstsze przypadki zachorowań skłaniają do tego, aby problem zaburzeń psychicznych uznać pod wieloma względami za problem społeczny. Tym bardziej dlatego, iż kwestia umiejscowienia poszczególnych jednostek na kontinuum zdrowie – choroba psychiczna dotyczy całego społeczeństwa. Choroba, zwłaszcza choroba psychiczna, nie jest bowiem problemem tylko dla osób jej doświadczających, lecz zawsze – w mniejszym bądź większym stopniu – oddziałuje na cały system społeczny.

Często poprzez analizę stanu zdrowia danego społeczeństwa zdiagnozować możemy jego aktualny poziom rozwoju, a tym samym problemy, które wymagają opracowania nowych, lub zmodyfikowania starych, rozwiązań. Socjologia jako dyscyplina naukowa posiada więc ogromny potencjał, który niewątpliwie, może i powinien zostać wykorzystany w działaniach idących w kierunku zmiany sytuacji osób chorujących psychicznie. „Ogromna i rosnąca ciągle liczba badań potwierdza znaczenie społecznych i kulturowych czynników związanych z występowaniem i przebiegiem tych zaburzeń oraz z funkcjonowaniem leczenia psychiatrycznego i całego systemu ochrony zdrowia psychicznego. Dlatego te problemy stały się istotnym obszarem badań i analiz socjologicznych”²³.

²³ W.A. Brodniak, op. cit., s. 149.

Swego rodzaju atutem perspektywy socjologicznej, w odniesieniu do szeroko rozumianych zaburzeń psychicznych, jest jej wieloaspektowość. Socjologia umożliwia bowiem nie tylko podejście indywidualne, ale bada również kwestię zaburzeń psychicznych z różnych punktów widzenia – grup, społeczności lokalnych, „szerszych procesów społecznych oraz ich wpływu na ludzi i stan ich zdrowia psychicznego”²⁴. Ponadto, mówiąc o roli socjologii w procesie zmiany sytuacji osób chorujących psychicznie, nie sposób nie wspomnieć o takich koncepcjach, jak koncepcja kultury, ról związanych ze statusem oraz społecznych stosunków i interakcji. Te z kolei bezpośrednio wiążą się z pojęciami tożsamości, identyfikacji czy też integracji, które stanowią niejako punkt wyjścia dla potencjalnych zmian postaw wobec osób chorych psychicznie, czy też psychiatrii w ogóle.

Jak zatem socjologia może przyczynić się do zmiany, a ściślej mówiąc poprawienia sytuacji osób chorujących psychicznie? Sądzę, iż przede wszystkim perspektywa socjologiczna umożliwia głębsze zrozumienie i wyjaśnienie problemów, z jakimi osoby chorujące psychicznie i ich bliscy borykają się na co dzień. Badania socjologiczne, dzięki którym jasno sprecyzować można wszelkiego rodzaju bariery, przyczyniają się do bardziej świadomego podejmowania działań idących w kierunku zmiany sytuacji osób dotkniętych chorobą psychiczną. Podobną rolę odgrywają również dawne i współczesne koncepcje modyfikacji piętna, partnerstwa, *empowermentu* czy też związane z psychologią społeczną zagadnienia wartości kontaktów międzygrupowych. Ciągły rozwój owych socjologicznych podejść niewątpliwie przyczynia się do stopniowego poprawiania sytuacji osób cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych. Między innymi to dzięki nim problem stereotypowego postrzegania osób chorujących psychicznie jest coraz częściej dostrzegany, tak przez specjalistów, jak i społeczeństwo w ogóle. W związku z tym, iż problematyka chorób psychicznych z biegiem lat staje się coraz bardziej dostępna i obecna w świadomości społecznej, możliwe są skuteczniejsze na ową świadomość oddziaływania. To z kolei pozwala wielu dotychczas zepchniętym na margines życia społecznego ludziom wrócić do „normalnego” życia oraz w pełni w nim uczestniczyć.

Niewątpliwie oprócz możliwości, perspektywa socjologiczna posiada również ograniczenia. Nierzadko wobec socjologii wysuwane są zarzuty dotyczące nadmiernej ogólności, niejasności czy też subiektywizmu. Sądzę jednak, iż dopóki owe ewentualne „niedociągnięcia” nie stanowią szczególnego zagrożenia, zwłaszcza dla osób dotkniętych chorobą psychiczną, a wręcz przeciwnie – niekiedy przyczyniają się do jakichkolwiek pozytywnych zmian w ich życiu i sposobie funkcjonowania, nie powinniśmy jako socjologowie odrzucać owych roz-

²⁴ Ibidem, s. 149–150.

wiązań, a raczej dążyć do ich ewentualnej modyfikacji i ulepszenia. Nasze działania powinny zatem przede wszystkim koncentrować się na konkretnych jednostkach, ich odczuciach oraz doświadczeniach, bowiem to właśnie one stanowią niezwykle cenne źródło wiedzy, będące punktem odniesienia do jakichkolwiek kroków mających zmienić stereotypy, zmodyfikować piętno, a tym samym zapobiec społecznej marginalizacji i wykluczeniu osób chorych psychicznie.

Bibliografia

- Brodniak W.A., *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2000.
- Brodniak W.A., *Podstawy socjologiczne współczesnej psychiatrii*, [w:] *Psychiatria*, t. 1, red. A. Bilikiewicz i in., Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2002.
- Brzezińska A., *Psychospołeczne uwarunkowania aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych*, Projekt EFS nr WUE/0041/IV/05, Warszawa 2005.
- Cechnicki A., *Uwagi o modelu podatności na zranienie*, „Psychoterapia” 1990, nr 2.
- Frieske K.W., *Marginalność i procesy marginalizacji*, IPISS, Warszawa 1999, nr 13.
- Miś L., *Problemy społeczne. Teoria, metodologia, badania*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2007.
- Pawlica B., *Mechanizmy naznaczania społecznego. Socjologiczne studium teoretyczno-empiryczne*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Częstochowie, Częstochowa 2001.
- Scheff T., *Schizofrenia jako ideologia*, [w:] *Przełom w psychologii*, red. K. Janowski, „Czytelnik”, Warszawa 1978.
- Szacki J., *Historia myśli socjologicznej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
- Wciórka B., Wciórka J., *Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie*, Komunikat z badań CBOS, Warszawa 2005.

Strony internetowe

www.psychologia.net.pl

Streszczenie

Artykuł poświęcony jest analizie czynników wpływających na proces wykluczenia społeczno-zawodowego osób chorujących psychicznie. Autorka opisuje powyższe zjawisko w świetle konstruktywizmu społecznego. Przewodnim

tematem jest problem stereotypowego postrzegania osób chorujących psychicznie i traktowanie ich jako dewiantów oraz zjawisko naznaczania społecznego. Ponadto w pracy poruszona została kwestia traktowania sytuacji osób cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych jako problemu społecznego.

Summary

Determinants of Social-Occupational Exclusion of People with Mental Health Problems in the Light of Social Constructivism Theory. Mental Health Problem as the Social Problem

The article is constitute review of factors which contribute to social and occupational exclusion people with mental health disorders. Autor describes this process in the light of social constructivism. The main subject of this article is problem of stereotype point of view about mental health patients, treating them as a deviants and also self-stigmatization process. Moreover in this study autor raising an issue concern about mental health person situation as a social problem.