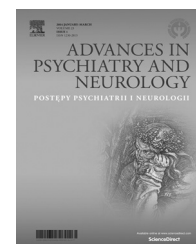


Dostępne online www.sciencedirect.com
ScienceDirect
journal homepage: www.elsevier.com/locate/pin

Praca pogładowa/Review

Role społeczne osób z zaburzeniami psychicznymi w ujęciu nauk społecznych



Social roles of the mentally ill in terms of the social sciences

Mateusz Glinowiecki *

Uniwersytet Warszawski, Katedra Studiów Rodziny i Patologii Społecznej ISNS, Warszawa, Polska

INFORMACJE O ARTYKULE

Historia artykułu:

Otrzymano: 26.03.2014

Zaakceptowano: 27.06.2014

Dostępne online: 05.07.2014

Słowa kluczowe:

- zaburzenia psychiczne
- rola społeczna
- nauki społeczne

Keywords:

- Mental disorders
- Social role
- Social sciences

ABSTRACT

Objective: The paper aims to discuss social roles performed by the mentally ill as well as the changes that have occurred within this area in the last few decades. **Review:** We have presented the sources of social scientific interest in the area of health and sickness, along with the basic theoretical assumptions behind various concepts, such as Parson's social roles, Freidson's secondary deviance, and Goffman's stigma theory as well as Akers and Krohn's social learning theory. Changes that have taken place in the last few years in the type of social roles that are played by the mentally ill have also been discussed, with an evaluation of the contribution made by community psychiatry. A number of public opinion surveys have been referred to, the recent ones including CBOS 2005, 2007, 2008, 2012 and also the OBOP 1975. **Conclusion:** Each individual performs many social roles yet people who suffer from mental disorders face serious limitations in this area. A few decades ago, ubiquitously our society hardly allowed any roles to be played by the mentally ill, who were often isolated and excluded from the social sphere. This situation has improved considerably with the arrival of community-based psychiatry and the creation of such facilities as day wards, patient's clubs, training apartments and protected employment. Patients have now more opportunities to play more roles related to their recovery process, social interactions and professional life. However, there is still an urgent need to break through common stereotypes and raise the level of knowledge about mental disorders in Poland. Public opinion polls reveal that there is still much to be done in this field.

© 2014 Institute of Psychiatry and Neurology. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

Wprowadzenie

Każdy człowiek pełni wiele różnych ról społecznych. Są to role rodzinne, zawodowe oraz te związane z edukacją. Pełnimy

także szereg ról incydentalnych, które wiążą się z aktualnie wykonywaną pracą czy miejscem przebywania. Rola społeczna to system zachowania, który wynika z przynależności do określonych grup czy innych zbiorowości. Na każdą rolę składa się szereg praw i obowiązków, które dana osoba

* Adres do korespondencji: Katedra Studiów Rodziny i Patologii Społecznej ISNS UW, ul. Św. Wincentego 114/277, 03-291 Warszawa, Polska.

Adres email: m.glinowiecki@o2.pl.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pin.2014.06.002>

1230-2813/© 2014 Institute of Psychiatry and Neurology. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

wykonuje dobrowolnie lub pod przymusem. Co ważne, rola społeczna wiąże się bezpośrednio z oczekiwaniami, jakie mają wobec niej inni ludzie. Osoby pełniące daną rolę społeczną odtwarzają zachowania, które są do niej przypisane [1]. Zaburzenia psychiczne niosą wiele ograniczeń w tym zakresie. Aby przyjąć rolę chorego, często konieczna jest rezygnacja z przynajmniej części dotychczas wypełnianych ról. Z drugiej strony rozwój opieki psychiatrycznej przyniósł oczekiwane zmiany. Wzrosła możliwość pełnienia pewnych ról także w czasie choroby. Pozytywny wpływ na ten proces mogą mieć również stopniowe zmiany, jakim ulegają postawy Polaków wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zdrowie i choroba jako temat zainteresowań nauk społecznych

Zainteresowanie nauk społecznych tematami zdrowia i choroby ma ponad 200-letnią historię, która sięga XIX wieku i wiąże się z rozwojem dyscypliny naukowej potocznie nazywanej medycyną społeczną. Wówczas to występowanie różnych chorób zaczęto łączyć nie tylko z czynnikami biologicznymi, ale także z uwarunkowaniami społecznymi. Próbowano odkryć mechanizmy, które są odpowiedzialne za ich powstawanie i rozwój. Nauki społeczne wydawały się być do tego idealne, gdyż poprzez prowadzenie analiz i obserwowanie społeczeństwa mogły wyjaśnić podłoże występowania wielu zjawisk oraz znaleźć właściwe rozwiązania konkretnych problemów zdrowotnych [2, 3].

W kontekście zajmowania się przez nauki społeczne zagadnieniami medycznymi bardzo istotne okazały się poglądy Roberta Strausa, który w 1957 roku dokonał obowiązującego do dziś rozróżnienia na socjologię w medycynie i medycynę w socjologii [4]. Socjologia w medycynie ma charakter praktyczny i jest zdecydowanie bliższa podejściu medycznemu. Socjologowie w tym wypadku podporządkowani są lekarskiemu modelowi pracy i pełnią jedynie funkcje pomocnicze. Z kolei medycyna w socjologii jest dyscypliną zdecydowanie bardziej teoretyczną i pozostającą w ścisłych związkach z naukami społecznymi. W tym przypadku socjologowie wychodzą na pierwszy plan, prowadząc badania, dokonując analiz i tworząc całościowe koncepcje. W kręgu zainteresowań są kulturowe i społeczne aspekty zdrowia i choroby, funkcjonowanie instytucji i zawodów medycznych oraz systemu ochrony zdrowia [5]. Moment dokonania podziału przez Strausa uważa się za symboliczny początek powstania socjologii medycyny, która zdaniem Nettletona jest jedną z największych i najważniejszych subdyscyplin socjologii [6]. Rolami społecznymi osób chorych zajmowało się wielu wybitnych badaczy życia społecznego.

Rola „chorego” wg Talcotta Parsonsa

Talcott Parsons – twórca teorii systemów i jeden z najwybitniejszych teoretyków socjologicznych w swoim dziele *System społeczny* (1961) zamieścił rozdział poświęcony problematyce socjomedycznej. Dzięki niemu choroba zaczęła być postrzegana jako fenomen socjokulturowy, a chorowanie jako proces społeczny. Parsons, analizując przypadki zaburzeń psychicznych, zauważył, że choroba jest formą dewiacji i destabilizuje

życie społeczne [7]. W znacznym stopniu utrudnia, a niekiedy wręcz uniemożliwia pełnienie dotychczasowych ról. Według niego, społeczeństwo nadaje osobie dotkniętej chorobą zupełnie nową rolę – rolę chorego. Nie jest to sytuacja komfortowa i może prowadzić do społecznej stygmatyzacji. Społeczeństwo uruchamia wobec takich osób specyficzne narzędzia kontroli i identyfikacji, ponieważ ich zachowanie może zakłócać ład społeczny. Bardzo istotne jest to, że zdaniem Parsonsa osoba chora nie odpowiada zarówno za swoją chorobę, jak i za niemożność pełnienia niektórych ról. Chorzy są ustawowo zwolnieni z części obowiązków, a ponadto przypisuje się im różne przywileje, np. prawo do zwolnienia lekarskiego czy otrzymywania renty. Sama osoba chora nie ma jednak możliwości decydowania o tym, czy i w jakim zakresie przyjmie rolę chorego oraz jakie będą jej przysługiwały przywileje. Zgodnie z teorią funkcjonalną, której był zwolennikiem, taką decyzję mogą podjąć tylko lekarze i instytucje medyczne [8, 9].

Teoria dewiacji wtórnej wg Eliota Freidsona

Tematem ról społecznych pełnionych przez osoby chore zajmował się także Eliot Freidson. Podobnie jak Parsons, był zdania, że choroba jest formą dewiacji dezorganizującą życie społeczne. Freidson w swoich rozważaniach poszedł jednak o krok dalej i dokonał podziału dewiacji na pierwotną i wtórną. Dewiacja pierwotna ma miejsce wówczas, gdy osoba chora nie ma możliwości pełnienia przewidzianych dla niej ról i tym samym musi dokonać w ich zakresie stosownych modyfikacji. Z kolei z dewiacją wtórną mamy do czynienia w przypadku chorób ciężkich i przewlekłych, które całkowicie odbierają szansę na realizowanie większości ról społecznych. W tej sytuacji dana osoba bezwarunkowo i trwale zaczyna wypełniać rolę chorego [10]. Zdaniem Freidsona, fakt chorowania bardzo często jest płaszczyzną powstawania konfliktów, do których dochodzi pomiędzy osobą chorą a lekarzami i instytucjami medycznymi. Konflikty powstają najczęściej na tle odmiennych przekonań dotyczących diagnozy i sposobu leczenia, niezrozumienia niektórych symptomów chorobowych czy też niejasności co do rokowań na przyszłość [11].

„Piętno” choroby wg Ervinga Goffmana

Bardzo istotna dla problematyki ról społecznych okazała się koncepcja „piętna” Ervinga Goffmana, która w dużej mierze dotyczyła osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych. Goffman był zdania, że choroba (a zwłaszcza problemy psychiczne) sprawia, iż dana osoba jest traktowana przez społeczeństwo jako gorsza i niepełnowartościowa. Jest to proces na tyle silny, że może wręcz prowadzić do poczucia bycia półczłowiekiem. Społeczeństwo stosuje wobec chorych różne formy dyskryminacji, zmniejszając ich życiowe szanse. Chorzy są jakby naznaczeni i wykluczeni ze świata społecznego. Społeczeństwo konstruuje wobec nich swoją własną teorię piętna, która wyjaśnia, skąd bierze się niższość napiętnowanego i dlaczego należy taką osobę uznać za niebezpieczną. Tym samym usprawiedliwane są wszelkie przejawy dyskryminacji [12]. Goffman był zdania, że napiętnowanie może mieć różne wymiary. Na subiektywne odczuwanie piętna i sposoby radzenia sobie z jego przejawami wpływ

mają następujące cechy: widoczność (możliwość ukrycia piętna); stopień odpowiedzialności za zaistniałą sytuację, która wywołała piętno; zagrożenie dla innych ludzi; stopień, w jakim piętno zakłóca relacje społeczne; właściwości estetyczne piętna; znaczenie piętna dla poczucia własnej tożsamości; odwracalność piętna (w przypadku chorób ich uleczalność); czas, jaki upłynął od pojawienia się piętna [13].

Uczenie się roli chorego wg Ronalda Akersa i Marvina Krohna

Interesującą koncepcję przyjmowania roli chorego, opartą na teorii społecznego uczenia się, przedstawili Ronald Akers i Marvin Krohn. Opiera się ona na przekonaniu, że zaburzenia psychiczne są wyuczonymi dewiacyjnymi wzorami zachowania. Mogą one przybierać następujące formy:

1. Autonomicznych emocjonalnych odruchów nieadekwatnych do bodźców (odruchy nie przystające do skali bodźców).
2. Niewłaściwych lub niezwykłych działań wyuczonych przez: naśladowanie i modelowanie; w procesie socjalizacji; dzięki unikaniu nieprzyjemnych awersyjnych sytuacji.
3. Deficytów behawioralnych (niewystarczający poziom lub brak umiejętności społecznych).
4. Urojeniowego, symbolicznego definiowania sytuacji społecznych.

Zdaniem Akersa i Krohna, te wzory zachowania w świadomości społecznej przybierają formę dewiacyjnych i nienormalnych. Jeśli dana osoba wykazuje je przez dłuższy czas, z dużą dozą prawdopodobieństwa będzie ona etykietowana jako osoba chora psychicznie i tym samym może przyjąć rolę pacjenta psychiatrycznego [14, 15].

Dynamika zmian w pełnieniu ról społecznych przez osoby z zaburzeniami psychicznymi

Powiedziane zostało już, że każdy człowiek wypełnia w swoim życiu wiele ról społecznych. Poważna choroba, a zwłaszcza ta związana ze zdrowiem psychicznym, bardzo ten proces utrudnia. Szczególnie ciężki jest moment pierwszego zetknięcia się z chorobą. Zarówno chory, jak i jego bliscy stają przed niełatwym zadaniem zaakceptowania tego, co się stało. Typowe w tym okresie są uczucia smutku, niepokoju, niepewności i bezradności [16]. Człowiek chory napotyka na wiele przeszkód, które uniemożliwiają mu realizowanie siebie i swoich potrzeb. Zwykle te ograniczenia mają charakter systemowy, związany z brakiem odpowiedniej opieki ze strony instytucji państwowych. Często źródłem tych ograniczeń bywa społeczeństwo. Nie rozumiejąc i obawiając się chorych, utrudnia się im aktywne uczestniczenie w życiu społecznym. Właśnie z taką sytuacją chorzy i ich bliscy zmagali się jeszcze kilka dekad temu.

Role społeczne osób z zaburzeniami psychicznymi kilkadziesiąt lat temu

Jeśli cofniemy się kilkadziesiąt lat wstecz, na pierwszy plan wysuwa się niezbyt optymistyczny obraz sytuacji osób z zaburzeniami psychicznymi. Chorzy oczywiście mogli liczyć na pomoc psychiatryczną, ale ograniczała się ona tylko do

farmakoterapii i izolowania w szpitalach, w których warunki pozostawiały wiele do życzenia. Po zakończeniu leczenia chorzy wracali do domów i często pozostawiani byli sami sobie. Nie istniały bowiem żadne instytucje państwowe czy organizacje pozarządowe, które pomagałyby w powrocie do normalnego funkcjonowania i umożliwiałyby kontynuowanie terapii poza szpitalem. Szczególnie trudna sytuacja dotyczyła powrotu na rynek pracy. Nie funkcjonowały żadne zakłady pracy tworzone specjalnie na potrzeby osób powracających ze szpitali psychiatrycznych. Pesymistycznego obrazu dopełniał fakt, że obecne były wówczas silne stereotypy związane z postrzeganiem ludzi z zaburzeniami psychicznymi. Część z nich znalazło odzwierciedlenie w badaniach OBOP z 1975 roku [17]. Polaków zapytano o najbardziej właściwe miejsca do leczenia osób zmagających się z problemami psychicznymi. 37% respondentów odpowiedziało, że powinny to być oddziały zamknięte, które zapewniałyby całkowitą izolację chorych. 33% badanych uznało, że takie osoby należy umieszczać w szpitalach półotwartych lub sanatoriach, gdzie miałyby one umożliwiony kontakt ze światem zewnętrznym. Tylko niespełna co czwarty respondent był zdania, że to warunki domowe są najwłaściwszym miejscem do leczenia chorych. Statystyki te pokazują, jak duży był w latach 70. poziom obaw Polaków wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Powszechne było przekonanie, że osoby wymagające pomocy psychiatrycznej powinny być raczej odosabniane, tak aby kontakt z nimi był ograniczony.

Role społeczne osób z zaburzeniami psychicznymi obecnie

Lata komunizmu, stanu wojennego, a później transformacji ustrojowej i gospodarki wolnorynkowej przyniosły wiele oczekiwanych zmian, a chorzy mają możliwość pełnienia większej ilości ról.

Nieocenioną rolę w poprawie losu osób z zaburzeniami psychicznymi odegrał ruch antypsychiatryczny, który od lat 60. postulował wprowadzenie do życia psychiatrii środowiskowej. Jest to model leczenia, którego główną ideą jest to, że ma w jak największym wymiarze odbywać się w najbliższym otoczeniu chorego. W proces leczenia włączyć się powinna także rodzina, znajomi oraz cała społeczność lokalna. Już od kilkudziesięciu lat w światowej psychiatrii promowana jest teoria, by chorzy opuszczali oddziały zamknięte tak szybko, jak jest to możliwe. Chodzi o to, by etap hospitalizacji i stosowania intensywnej farmakoterapii był jak najkrótszy, a pacjenci możliwie wcześniej wracali do swoich domów i kręgu znajomych [18–20]. Wszystko po to, aby na nowo włączyć się w życie społeczne i mieć szanse skorzystania z możliwości systemowych, jakich nie było jeszcze choćby 20 lat temu.

Obecnie jedną z najpopularniejszych form pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi są oddziały dzienne. Na przestrzeni kilkudziesięciu lat ich liczba sukcesywnie się zwiększała. W 1980 roku funkcjonowały 53 oddziały, w 1990 roku 76, w 2000 roku 143, a w 2009 roku już 257 [21, 22]. Do oddziałów dziennych trafiają przede wszystkim osoby, które niedawno zakończyły pobyt na oddziałach całodobowych, a nie są jeszcze gotowe, by zacząć normalnie funkcjonować i wrócić do codziennych obowiązków. Ich celem jest kontynuacja leczenia farmakologicznego oraz rozwój kompetencji życiowych i społecznych. Pacjenci korzystają z bogatego programu

terapeutycznego (psychoedukacja, arteterapia, relaksacja, zajęcia sportowe) oraz z zajęć grupowych przygotowujących ich do powrotu do pełnienia różnych ról społecznych (trening kulinarny, budżetowy, umiejętności społecznych). Podobne zadania spełniają kluby pacjenta. Klubowicze spędzają w nich swój wolny czas i mają zapewnione rozmaite aktywności. Uczestniczą w zajęciach mających na celu rozwijanie ich zainteresowań, organizują wycieczki, uprawiają sport, wystawiają tworzone przez siebie prace artystyczne [18]. Oddziały dzienne i kluby pacjenta dają osobom z zaburzeniami psychicznymi płaszczyznę do aktywnego spędzania czasu w ciągu dnia. Pozwalają na nabywanie nowych umiejętności oraz stwarzają możliwość spotykania ludzi, którzy na co dzień zmagają się z podobnymi problemami. Wszystko to rozbudowuje ich sieć kontaktów i przeciwdziała zamykaniu się w sobie i społecznemu wykluczeniu.

Od kilku lat w Polsce coraz popularniejsze jest tworzenie mieszkań treningowych będących specjalną formą wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Zwykle są one prowadzone przez organizacje pozarządowe przy merytorycznym udziale instytucji medycznych. Rekrutowane są do nich osoby, które mają za sobą pobyty zarówno na oddziałach całonocnych, jak i oddziałach dziennych. Mieszkania treningowe traktuje się więc jako kolejny etap i swoiste uzupełnienie procesu leczenia i rehabilitacji [18]. Pobyt trwa najczęściej kilka miesięcy, a mieszkańcy pozostają pod opieką profesjonalnie przygotowanej kadry oraz grupy terapeutów i lekarzy. Przechodzą szereg treningów, m.in. kulinarny, porządkowy, higieniczny, poszukiwania pracy, uczęszczają na grupy wsparcia oraz regularnie spotykają się z opiekunami, terapeutami i lekarzami. Głównym celem pobytu w mieszkaniu treningowym jest wykształcenie umiejętności praktycznych i rozwinięcie zdolności nawiązywania relacji interpersonalnych. Wszystko po to, aby po zakończeniu pobytu uzyskać samodzielność i na nowo wejść w życie społeczne [23].

Bardzo ważne jest, że osobom z zaburzeniami psychicznymi stwarza się coraz więcej szans na wypełnianie ról zawodowych. Zdobywanie pracy dla osób, które doświadczyły ciężkiej choroby, jest niezwykle istotne, gdyż umożliwia samodzielne utrzymanie i kontynuację leczenia. Pozwala się realizować, rozwijać i nawiązywać kontakty z innymi ludźmi. Wszystko to przeciwdziała społecznemu wykluczeniu i izolacji. W Polsce rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych opiera się głównie na zakładach pracy chronionej [24]. Osobom z zaburzeniami psychicznymi zapewniają one blisko 84% zatrudnienia [25]. Zakłady pracy chronionej to miejsca, w których praca dostosowana jest do potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych, tak aby nie stanowiła dla nich zbyt dużego obciążenia. Zwykle obejmuje bardzo proste czynności wykonywane w małym wymiarze czasu. Wszystko to sprawia, że jest słabo opłacana. Ważne jednak, że takie miejsca w ogóle się pojawiły i niepełnosprawni mają przestrzeń, by powracać do ról zawodowych.

Polacy wobec problemów ze zdrowiem psychicznym w świetle badań opinii publicznej

CBOS w badaniach realizowanych w 2005, 2008 i 2012 roku [26–28] zapytał Polaków, czy obawiają się oni o swoje

zdrowie psychiczne. W 2005 roku do takich obaw przyznało się 45% respondentów. Kilka lat później liczba ta dość znacząco spadła i wyniosła 31% (2008). Z kolei w 2012 roku obawy o zdrowie psychiczne zadeklarowało 33% badanych. Choroby psychiczne na przestrzeni wspomnianych badań cały czas utrzymują wysoką trzecią pozycję wśród chorób, których boimy się najbardziej (po chorobach nowotworowych i chorobach serca). Są one potencjalnie największym zagrożeniem dla co czwartego Polaka (2012 – 25%).

Respondentów poproszono także o ocenienie swojego poziomu wiedzy na temat zaburzeń psychicznych i wskazanie, czy informacje, którymi dysponują, są dla nich wystarczające. Wyniki pokazują, że pomiędzy 2005 i 2012 rokiem zdecydowanie wzrosła liczba osób, które uznały, że wiedzą wystarczająco dużo (z 27% do 45%). Tym samym proporcjonalnie zmalała liczba osób, które odpowiedziały, że chciałyby wiedzieć więcej (z 44% do 27%). Na stałym, stosunkowo wysokim poziomie utrzymuje się za to grupa badanych, których temat zdrowia psychicznego zupełnie nie interesuje. W taki sposób odpowiada średnio co czwarty Polak (23% w 2005 i 26% w 2012 roku).

W 2005 roku jedno z pytań zwracało uwagę na objawy charakteryzujące choroby psychiczne [26]. Najwięcej, bo 89% badanych uznało, że chorzy zawsze bądź przynajmniej czasami mówią od rzeczy, a 87%, że nie wiedzą, co robią. Kolejnymi często pojawiającymi się odpowiedziami były: przejawianie niepokoju (84%), zaniedbywanie higieny (82%) i zachowywanie się niezrozumiale (82%). Warto również zauważyć, że aż 81% badanych uznało, że dla chorób psychicznych charakterystyczna jest agresja.

W tym samym badaniu Polaków zapytano także o kwestie dystansu do ról społecznych pełnionych przez osoby z zaburzeniami psychicznymi. Respondentom zaprezentowano listę ról i poproszono o swoją reakcję na sytuację, w której pełniłyby je osoby, które leczyły się psychiatrycznie. Najwięcej badanych było przeciwnych, by takie osoby zostały opiekunem ich dziecka (85%), nauczycielem ich dziecka (82%) oraz ich lekarzem (76%). Najmniej sprzeciwu budzą za to role najbliższego sąsiada (15%), kolegi z pracy lub ze szkoły (16%) oraz niespodziewanego gościa na przyjęciu (27%). Wyniki te mogą dowodzić, że Polacy są skłonni powierzać osobom z zaburzeniami psychicznymi jedynie takie role, w których nie byłiby od nich bezpośrednio zależni. Respondentom znacznie łatwiej jest zaakceptować obecność osób chorych, gdy to oni mogą zdecydować o formie i częstotliwości kontaktów oraz nie pozostają z nimi w bezpośredniej zależności.

W innych badaniach CBOS z 2007 roku respondentów zapytano o to, czy ich zdaniem osoby z zaburzeniami psychicznymi są ofiarami dyskryminacji [29]. 79,8% badanych taką dyskryminację dostrzegło w dostępie do pracy zawodowej, 76,8% w prawie do poszanowania godności osobistej, a 69,5% w prawie do edukacji. Pogląd, że osoby chore są traktowane tak samo jak osoby zdrowe, wyraziło tylko 4,8% w przypadku pracy zawodowej, 8,4% w przypadku prawa do poszanowania godności osobistej i 8,6% w przypadku prawa do edukacji. Wyniki te wyraźnie pokazują, że Polacy dostrzegają realny problem w nierównym dostępie do podstawowych ról społecznych, jakimi są role zawodowe czy edukacyjne.

Wnioski

Podsumowując, należałoby stwierdzić, że na przestrzeni kilku dekad sytuacja osób z zaburzeniami psychicznymi uległa zasadniczej zmianie. Główny w tym udział miało wprowadzenie i udoskonalanie idei psychiatrii środowiskowej, dzięki której w latach 70. rozpoczęła się gruntowna reforma polskiej psychiatrii, a chorzy zyskali szereg możliwości systemowych [30]. Osoby z zaburzeniami psychicznymi nie są już tak często jak kiedyś skazywane na długie pobyty w szpitalach. W zamian proponuje się im opiekę psychiatryczną niemal w ich środowisku – w ambulatoriach, na oddziałach dziennych czy w mieszkaniach treningowych. Bardzo pręźnie losem chorych zajmują się także stowarzyszenia i fundacje, które działają na coraz większą skalę, prowadzą wiele ciekawych inicjatyw i stopniowo zwiększają swój udział w procesie rehabilitacji psychiatrycznej [31]. Obecnie w całej Polsce działa blisko 50 takich organizacji [18]. Zwiększa się też stan wiedzy Polaków na temat zaburzeń psychicznych, a istniejące od dziesięcioleci stereotypy są stopniowo przełamywane. Chorzy są częściej obecni w mediach. Zostają bohaterami filmów, seriali, książek, a o ich chorobie coraz więcej się pisze i mówi. Obcowanie ze środowiskiem osób z zaburzeniami psychicznymi sprawia, że społeczeństwo przestaje się ich obawiać. Chorzy mają także większą szansę pełnienia ról zawodowych. To co kiedyś nie było możliwe ze względu na brak odpowiednio przygotowanych stanowisk, w dniu dzisiejszym jest realizowane przez zakłady pracy chronionej. Warto pamiętać, że sytuacja osób z zaburzeniami psychicznymi jest diametralnie różna w zależności od miejsca zamieszkania. Opisywana dość komfortowa sytuacja chorych dotyczy przede wszystkim Warszawy, Krakowa, Wrocławia i innych dużych miast wojewódzkich. W mniejszych miejscowościach sytuacja nie zmieniła się znacznie przez ostatnie dekady. Jest tam jeszcze wiele do zrobienia. Zlikwidowanie tych dysproporcji to zapewne najważniejsze zadanie na następne lata. Każdy człowiek powinien mieć możliwość pełnienia ról społecznych. Wszyscy chcemy się realizować na różnych polach – zawodowych, naukowych, rodzinnych czy towarzyskich. W przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi nie jest inaczej. Każda poważna choroba przynosi jednak wiele ograniczeń. Dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest to dodatkowo trudne ze względu na negatywny odbiór społeczny. Dlatego tak ciężko jest im wrócić do normalnego funkcjonowania. Wielki autorytet, ale przede wszystkim lekarz i przyjaciel całej rzeszy ludzi chorych – prof. Antoni Kępiński twierdził, że „wykluczenie ze świata społecznego, śmierć społeczna równa się dla człowieka śmierci biologicznej” [32]. Dlatego tak bardzo ważne jest, by osób z zaburzeniami psychicznymi nie odrzucać, a przeciwnie – zaprosić ich do otaczającego nas świata społecznego.

Konflikt interesu/Conflict of interest

Nie występuje.

Finansowanie/Financial support

Nie występuje.

Etyka/Ethics

Treści przedstawione w artykule są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej, dyrektywami EU oraz ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych.

P I Ś M I E N N I C T W O / R E F E R E N C E S

- [1] Merton R. Teoria socjologiczna i struktura społeczna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2002: 25.
- [2] Bloom SW. The word as a scalpel. A history of medical sociology. Oxford: Oxford University Press; 2002, 63–74, 165–166.
- [3] Tobiasz-Adamczyk B. Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2000: 28.
- [4] Straus R. Medical sociology: a personal fifty year perspective. *Health Soc Beh* 1999;40:103–110.
- [5] Skrzypek M. Geneza i ewolucja podstawowych kategorii analitycznych socjologii medycyny. *Medycyna ogólna i nauki o zdrowiu* 2012;18:371–378.
- [6] Nettleton S. Medicine and the Sociology of health and illness: some common interests. W: Nettleton S, red. *The Sociology of health and illness*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
- [7] Parsons T. System społeczny. Kraków: Zakład Wydawniczy NOMOS; 2009: 319–355.
- [8] Uranowska-Żyto B. Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych. Warszawa: Wyd. IFIS PAN; 1992.
- [9] Słowska Z. Hasło: „choroba”. W: *Encyklopedia socjologii*. Warszawa: Oficyna Naukowa; 1998.
- [10] Freidson E. Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge. With a new afterword. Chicago: The University of Chicago Press; 1988: 288–297.
- [11] Piątkowski W. Choroba jako zjawisko socjologiczne. Wprowadzenie do wybranych koncepcji badawczych. W: Barański J, Piątkowski W, reds. *Zdrowie i choroba: wybrane problemy socjologii medycyny*. Wrocław: Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe; 2002. p. 21.
- [12] Piętno Goffman E. Rozważania o zranionej tożsamości. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
- [13] Crocker J. Piętno/stygmat. W: Manstead ARS, Hewstone M, reds. *Encyklopedia Blackwella. Psychologia społeczna*. Warszawa: Wyd. Jacek Santorski & Co; 2001. p. 348–350.
- [14] Brodnyk WA. Społeczno-kulturowe uwarunkowania zaburzeń psychicznych. Próba syntezy. W: *Zdrowie choroba społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*. Lublin: Wydawnictwo UMCS; 2004: 54.
- [15] Cockerham WC. *Sociology of mental disorder*, wyd. 4. New Jersey-London-Sydney: Prentice Hall; 1996.
- [16] Brodnyk WA. Społeczne problemy leczenia zaburzeń psychicznych. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1985: 27.
- [17] Komunikat OBOP 10/51/1975. *Choroby psychiczne w opinii społecznej*. Warszawa 1975.
- [18] Załuska M, Prot K, Bronowski P. *Psychiatria środowiskowa jako środowiskowa opieka na zdrowiem psychicznym*. Warszawa: Wydawnictwo IPI; 2007.

- [19] Załuska M. Środowiskowy model leczenia psychiatrycznego a zmiany w strukturze lecznictwa w ostatnich latach w Polsce. *Post Psychiatr Neurol* 2006;15:277-285.
- [20] Wciórka J. Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło. *Post Psychiatr Neurol* 2000;9:319-337.
- [21] Zakłady psychiatrycznej i neurologicznej opieki zdrowotnej. *Rocznik 2006. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa 2006.*
- [22] Zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej. *Roczniki statystyczne. Rocznik 2009. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa 2009.*
- [23] Regulamin mieszkania chronionego. Dokument Stowarzyszenia Rodzin i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznymi "INTEGRACJA".
- [24] Borczyński A. Zakłady pracy chronionej w polskim systemie rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych. Warszawa: Dział Wydawnictw Kig-R; 2001.
- [25] Czapiński P. Raport o stanie zatrudnienia osób niepełnosprawnych w Polsce. Warszawa: POPON; 2010.
- [26] Komunikat CBOS nr BS/118/2005. Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie. Warszawa: 2005.
- [27] Komunikat CBOS nr BS/123/2012. Zdrowie psychiczne Polaków. Warszawa: 2012.
- [28] Komunikat CBOS nr BS/124/2008. Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Warszawa: 2008.
- [29] Raport z badań CBOS dla Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Opinia publiczna o chorobach psychicznych. Warszawa: 2007.
- [30] Słupczyńska-Kossobucka E, Wciórka J. Psychiatria środowiskowa. W: Bilikiewicz A, Pużyński J, Wciórka J, reds. *Psychiatria. Tom 3. Wrocław: Urban & Partner; 2003. p. 507-525.*
- [31] Gechnicki A. Rehabilitacja psychiatryczna. *Psychiatria w praktyce medycznej* 2009;2:41-54.
- [32] Kępiński A. *Rytm życia. Warszawa: Wydawnictwo Literackie; 2012: 86.*