

Wstęp

Celem niniejszej pracy jest analiza procesów konstruowania kategorii zdrowia psychicznego oraz choroby i zaburzenia psychicznego we współczesnym społeczeństwie, które zgodnie z przyjętą perspektywą teoretyczną określam mianem społeczeństwa późnej bądź refleksyjnej nowoczesności¹. Procesy te oddziałują na wielu poziomach i angażują zróżnicowanych aktorów życia społecznego. Podjęty przeze mnie problem badawczy sprowadza się zatem do poszukiwania odpowiedzi na pytanie o znaczenia przypisywane kategoriom zdrowia, choroby i zaburzenia psychicznego, konstruowanym ze zróżnicowanych perspektyw teoretycznych oraz wynikających z doświadczeń konkretnych podmiotów (przedstawicielei współczesnego, polskiego społeczeństwa, osób chorujących psychicznie, członków ich rodzin oraz ekspertów w dziedzinie zdrowia psychicznego – psychologów, psychiatrów, psychoterapeutów). Oprócz znaczeń, interesuje mnie również sam proces ich wytwarzania mający określoną dynamikę i strukturę.

Zajmowanie się wyżej wymienioną problematyką jest uzasadnione w kontekście wyników analiz epidemiologicznych, badań przesiewowych oraz obserwacji klinicznych, z których wynika, że choroby i zaburzenia psychiczne stanowią obecnie jedno z najpoważniejszych źródeł niesprawności życiowej ludzi na świecie². Dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazują, że od jednej czwartej do jednej trzeciej światowej populacji cierpi z powodu zaburzeń i/lub chorób psychicznych (najczęściej – depresji i zaburzeń lękowych)³. Podobny obraz wyłania się z ogólnopolskich, reprezentatywnych ba-

¹ A. Giddens, *Konsekwencje nowoczesności*, tłumaczenie E. Klekot, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008; U. Beck., A. Giddens, S. Lash, *Modernizacja refleksyjna*, tłumaczenie J. Konieczny, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.

² W klasyfikacji WHO znajdują się na drugim miejscu chorób powodujących niesprawność, a do 2030 roku mają znaleźć się na miejscu pierwszym. WHO, *Fact sheet – Mental health*, World Health Organization, Regional Committee for Europe – 63rd session 2013, [www.http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/215275/RC63-Fact-sheet-MNH-Eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/215275/RC63-Fact-sheet-MNH-Eng.pdf?ua=1) [dostęp: 10.05.2017].

³ Ibidem.

dań EZOP-Polska z 2012 roku⁴. Na ich podstawie oszacowano, że co najmniej 23,5% przedstawicieli polskiego społeczeństwa między 18. a 64. rokiem życia doświadcza stanów spełniających formalne kryteria przynajmniej jednego zaburzenia lub choroby psychicznej⁵.

Sposób zdefiniowania kryteriów orzekania o zdrowiu lub chorobie psychicznej wpływa na sytuację społeczną jednostek. Co istotne, kryteria te są zmienne w czasie i przestrzeni, są zatem konstrukcją społeczną⁶. Uznanie kogoś za chorego psychicznie w odniesieniu do obowiązujących kryteriów pociąga za sobą ryzyko stygmatyzacji oraz ograniczenia praw i/lub szans życiowych. W zależności od stwierdzonego stanu zdrowia psychicznego, czyny jednostki mogą być kwalifikowane w określony sposób, co może wiązać się z przypisywaniem większej bądź mniejszej odpowiedzialności (w tym odpowiedzialności prawnej) oraz zróżnicowaniem możliwości decydowania o sobie⁷. Osoby uznane za chore psychicznie mogą zostać zakwalifikowane do

⁴ A. Kiejna, P. Piotrowski, T. Adamowski i wsp., *Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP Polska*, „Psychiatria Polska” 2015, nr 49(1), s. 15-27, http://psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_1_2015/15Kiejna_PsychiatrPol2015v49i1.pdf, [dostęp: 23.11.2018], doi: 10.12740/PP/30811. J. Moskalewicz, A. Kiejna, B. Wojtyniak (red.), *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”* Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.

⁵ Ekstrapolacja powyższych danych na populację pozwala twierdzić, że z powodu chorób i zaburzeń psychicznych cierpi co najmniej 6 mln osób w Polsce, a doświadczenia związane z zaburzeniami psychicznymi są udziałem co najmniej co trzeciej polskiej rodziny. Z danych EZOP wynika, że najczęściej występującymi w Polsce zaburzeniami są: uzależnienia, zaburzenia nerwicowe (lękowe), zaburzenia nastroju (depresja, dystymia i zaburzenia dwubiegunowe) oraz impulsywne zaburzenia zachowania (zaburzenia opozycyjno-buntownicze i eksplozywne). Cytowane badania pozwalają również ustalić rozpowszechnienie wielu objawów, które nie są wystarczające do postawienia diagnozy konkretnych zaburzeń psychicznych uwzględnianych w systemach diagnostycznych (ICD-10 i DSM-V), ale znacząco obniżają jakość życia i mogą zwiastować pojawienie się zaburzeń w bliższej lub dalszej perspektywie czasowej. Stwierdzono, że 20-30% populacji w wieku od 18 do 64 lat doświadcza takich problemów, jak: stany obniżenia nastroju i aktywności, swoiste objawy unikania, przewlekły lęk, drażliwość. Stosunkowo częstym problemem (ujawnianym przez kilkanaście procent populacji) są: lęki napadowe i społeczne oraz napady złości. Ibidem.

⁶ Przykładowo homoseksualizm figurował w klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM do roku 1973, a w klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia – ICD do roku 1990. W kolejnych edycjach wyżej wymienionych klasyfikacji zmieniało się również rozumienie zaburzeń lękowych, depresyjnych i zaburzeń osobowości. Zob. M. Frąckowiak-Sochańska, *O płynności granic między zdrowiem a chorobą psychiczną*, (w:) A. Michalska, Ł. Koperski (red.), *Niepełnosprawność w socjologii – socjologia niepełnosprawności. Stan obecny i perspektywy rozwoju*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2018, w druku.

⁷ W tym kontekście istotne znaczenie mają praktyki orzekania o poczytalności lub niepoczytalności oraz decyzje o ubezwłasnowolnieniu w oparciu o opinię biegłych sądowych –

określonego typu leczenia, tworząc tym samym rynek dla produktów i usług terapeutycznych⁸. Proces społecznego konstruowania kategorii zdrowia, choroby i zaburzenia psychicznego można zatem rozpatrywać w zróżnicowanych kontekstach makro-, mezo- i mikrospołecznych, uwzględniając jego rozmaite wymiary: kulturowy⁹, ekonomiczny¹⁰, prawny¹¹, polityczny¹² itd. Równocześnie doświadczenie choroby psychicznej (własnej bądź bliskiej osoby) wpływa na przeżywanie codzienności – doświadczanie określonych emo-

psychiatrów i psychologów. Zob. D. Hajdukiewicz, *Opiniowanie sądowo-psychiatryczne w sprawach cywilnych*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008; D. Hajdukiewicz, *Podstawy prawne opiniowania sądowo-psychiatrycznego w postępowaniu karnym, w sprawach o wykroczenia oraz w sprawach nieletnich*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007. Por. M. Frąckowiak-Sochańska, *O płynności granic...*, op. cit.

⁸ Przykład stanowi rynek antydepresantów, którego wartość w Polsce wyceniono w 2004 roku na 201,8 mln zł, w 2010 – na 271,2 mln zł., a w 2016 – na ponad 301,2 mln zł. Por. J. Ćwieluch, *Depresanci. Pokolenie na antydepresantach*, „Polityka” Nr 10 (2849), 7.03-13.03.2012, s. 25-27, <http://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1524935,1,pokolenie-na-antydepresantach.read>, [dostęp: 11.06.2016]. PAP, *Polska w depresyjnym dołku. Na antydepresanty wydajemy coraz więcej*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/Polska-w-depresyjnym-dolku-Na-antydepresanty-wydajemy-coraz-wiecej,164082,6.html>, [dostęp: 1.05.2017]. Por. M. Frąckowiak-Sochańska, *O płynności granic...*, op. cit.

⁹ Dominujące sposoby rozumienia chorób i zaburzeń psychicznych wpisują się najczęściej w „charakter epoki” – np. pozostają w związku z religią (supranaturalistyczna wizja choroby) bądź nauką (racjonalne, medyczne podejście do choroby). Zob. M. Foucault, *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, przekład H. Kęszycka, M. Czerwiński, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1987; A. Stypuła, *Kultura a choroba psychiczna*, „Nomos”, Kraków 2012. Por. M. Frąckowiak-Sochańska, *O płynności granic...*, op. cit.

¹⁰ Przykładowo – szacuje się, że w Polsce koszty depresji ponoszone przez ZUS (w związku z orzeczeniami o niepełnosprawności) są prawie 4,5 razy większe niż koszty jej leczenia ponoszone przez NFZ. Równocześnie koszty społeczne depresji wynikające z utraconej produktywności wynoszą od 1 do 2,6 mld zł rocznie. Zob. M. Gałązka-Sobotka (red.), *Depresja – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych*, Uczelnia Łazarskiego, Warszawa 2014, www.institutu.lazarski.pl/izwoz/wydawnictwa/raport-nt-depresji/ [dostęp: 19.06.2017]. Por. M. Frąckowiak-Sochańska, *O płynności granic...*, op. cit.

¹¹ Zasady regulujące funkcjonowanie osób chorujących psychicznie w społeczeństwie określają stosowne zapisy prawne. Zob. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r.* Dz. U. z dnia 20 października 1994 r.

¹² Zinstytucjonalizowana psychiatria była wielokrotnie wykorzystywana w służbie władzy politycznej. Na przykład w ZSRR funkcjonowały specjalne zakłady odosobnienia, w którym przetrzymywano przeciwników reżimu pod pretekstem leczenia chorób psychicznych. Najczęściej stawianą diagnozą w takich przypadkach była diagnoza „schizofrenii bezobjawowej” (jednostki nieznannej nigdzie indziej na świecie). Podobnie w Chinach, w specjalnych ośrodkach psychiatrycznych przetrzymywano więźniów politycznych, którzy otrzymywali takie rozpoznania jak: „monomania polityczna” czy „urojenia reformatorskie”. Zob. M. Kruczkowska M., *Mówi pacjent chińskiej psychuszki dla dysydentów*, (w:) „Gazeta Wyborcza” 3.11.2005, <http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114873,2999504.html>, [dostęp: 30.10.2017]. V. Zelakeviciute, B. Jewdokimow, *Psychuszki – sowiecka psychiatria represyjna*, „Karta” 2002, nr 34, s. 58-123. Por. M. Frąckowiak-Sochańska, *O płynności granic...*, op. cit.

cji, zmianę relacji społecznych, możliwości wywiązywania się z codziennych obowiązków itd. Choroba psychiczna ingeruje w proces konstruowania tożsamości, który w terminologii Giddensa określany jest mianem procesu tworzenia refleksyjnego projektu „ja”¹³. Jednostki podejmują zatem próby poznawczej i emocjonalnej adaptacji do sytuacji choroby¹⁴ poszukując bezpośrednich lub pośrednich odpowiedzi na pytania, czym jest choroba psychiczna (jako osobiste doświadczenie), w jakich relacjach pozostaje do zdrowia oraz jak skutecznie radzić sobie w sytuacji choroby. W omawianym kontekście należy zwrócić uwagę na pewną umowność w rozgraniczaniu zbiorowości osób „zdrowych” oraz doświadczających zaburzeń psychicznych bądź chorujących psychicznie. Umowność ta jest związana z faktem, że każdy w pewnych warunkach może doświadczyć kryzysu psychicznego, który na podstawie obowiązujących systemów klasyfikacji objawów może zostać uznany za zaburzenie bądź chorobę psychiczną (dotyczy to zwłaszcza zaburzeń depresyjnych i depresyjno-lękowych) pojawiających się w reakcji na stres.

Pracę tę można czytać na co najmniej dwóch poziomach. Po pierwsze jest to praca o społecznym wytwarzaniu kategorii zdrowia, choroby i zaburzenia psychicznego we współczesnym społeczeństwie oraz o niespójnościach stanowiących nieodzowną część owego procesu. Po drugie ważnym wątkiem pracy jest próba zrozumienia współczesności przez pryzmat problematyki zdrowia psychicznego. Sposoby konstruowania wyżej wymienionych kategorii wskazują na określone podstawy kulturowe, w tym różne (na pewnym poziomie sprzeczne) wartości i powiązane z nimi mechanizmy regulacyjne. Analiza relacji pomiędzy nimi pozwala w większym stopniu zrozumieć społeczeństwo, w którym żyjemy, ze szczególnym uwzględnieniem mechanizmów generowania stresu wpływających na codzienne życie jednostek, ich kondycję psychiczną oraz definiowanie kategorii zdrowia, choroby i zaburzenia psychicznego. Dotychczasowe analizy problematyki, którą uznać można za pokrewną, dotyczyły odmiennych warunków społeczno-kulturowych i były podejmowane w warunkach różniących się od współczesnego społeczeństwa¹⁵, a nawet gdy czynione były z perspektywy współczesności, miały

¹³ A. Giddens, *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, tłumaczenie A. Szulżycka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001. Por. Frąckowiak-Sochańska, *O płynności granic...*, op. cit.

¹⁴ M. Frąckowiak-Sochańska, *Poznawcza i emocjonalna adaptacja do sytuacji choroby psychicznej w rodzinie*. „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2015, t. 11, nr 4, s. 88–112, www.przegladsocjologii-jakosciowej.org, [dostęp: 18.06.2017].

¹⁵ Zob. M. Foucault, *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, op. cit.; J. Sowa, *Kulturowe założenia pojęcia normalności w psychiatrii*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1984; R. Bastide, *Socjologia chorób psychicznych*, tłumaczenie M.R. Pragłowska, PWN, Warszawa 1972; W.A. Brodnyak, *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2000.

niemal wyłącznie teoretyczny charakter¹⁶. Niniejsza praca stanowi zatem próbę wypełnienia swoistej luki w wiedzy.

Charakterystyczne dla socjologii rozumowanie indukcyjno-dedukcyjne w ramach prowadzonych analiz sprowadza się do konfrontacji dwóch perspektyw. W swojej pracy zadaję pytanie, jakie wnioski dotyczące współczesności wyprowadzić można na podstawie analizy sposobów konstruowania kategorii zdrowia, choroby i zaburzenia psychicznego z różnych perspektyw. Równocześnie stawiam kwestię komplementarną: na ile określony sposób ujmowania współczesności rzuca światło na wzory konceptualizowania kategorii zdrowia, choroby i zaburzenia psychicznego. Innymi słowy – analizując problemy zdrowia psychicznego, stawiam pytania dotyczące współczesności i odwrotnie – analizując koncepcje współczesności – stawiam pytania dotyczące zdrowia psychicznego. Tym samym staram się prześledzić mechanizmy sprzężeń zwrotnych między uwarunkowaniami społeczno-kulturowymi, kondycją psychiczną jednostek oraz sposobami ujmowania kategorii zdrowia psychicznego i jego zakłóceń.

Metodą wyznaczającą sposób pracy nad niniejszą rozprawą jest metoda monograficzna służąca wszechstronnej analizie i interpretacji badanego problemu. Ramy teoretyczne wyznacza realizm krytyczny pozwalający przyjąć wyjściową koncepcję zdrowia, choroby i zaburzenia psychicznego oraz konstruktywizm/konstrukcjonizm¹⁷ pozwalający formułować konkretne założenia badawcze. Realizm krytyczny pozwala traktować „zdrowie”, „choroby” i „zaburzenia psychiczne” jako zjawiska „realne”, gdyż, jak twierdzą Anne Rogers i David Pilgrim, we wszystkich społeczeństwach (wyodrębnianych historycznie i geograficznie) znaleźć można jednostki, które zachowują się w sposób wskazujący na przeżywanie silnego, dezorganizującego stresu, który nie znajduje wyjaśnienia w społecznie podzielanych kategoriach odnoszących się do życia codziennego¹⁸. Te same stany psychiczne mogą być jednak w odmienny sposób opisywane, interpretowane oraz wartościowane (nie tylko w różnych kulturach i okresach historycznych, lecz także w ramach zróżnicowanych dyskursów współwystępujących w danym społeczeństwie). Badanie zróżnicowanych dyskursów, konstruowanych z perspektywy odmiennych podmiotów pociąga za sobą wybór orientacji konstruktywistycznej zakorzenionej w paradygmacie interpretatywnym i socjologii wiedzy. Konsekwencją przyjęcia tej orientacji jest zastąpienie pytania: „co to znaczy być współcześnie zdrowym bądź chorym psychicznie?” szeregiem pytań obejm-

¹⁶ A. Stypuła, op. cit.

¹⁷ Terminy te będą w niniejszej pracy używane wymiennie. Szczegółowe relacje pomiędzy nimi zostaną omówione w rozdziale piątym.

¹⁸ A. Rogers, D. Pilgrim, *A sociology of mental health and illness*, McGraw Hill Open University Press, Berkshire 2010, s. 18.

mujących między innymi następujące kwestie: „z jakich perspektyw i w jaki sposób definiowane są współcześnie kategorie zdrowia, choroby i zaburzenia psychicznego?”, „jakie są kulturowe podstawy oraz społeczne konsekwencje przyjmowania określonych perspektyw?”, „jakie podmioty biorą udział w procesie społecznego konstruowania kategorii zdrowia, choroby i zaburzenia psychicznego?”, „jakie są ich interesy oraz relacje między nimi?”, „jakie szersze (i głębsze) mechanizmy życia społecznego odsłania analiza procesów konstruowania kategorii zdrowia, choroby i zaburzenia psychicznego?”.

Poszukiwanie odpowiedzi na powyższe pytania jest możliwe dzięki złożonemu modelowi postępowania badawczego. Ów model obejmuje analizę teorii reprezentujących główne paradygmaty socjologii, identyfikowanych w ramach socjologii zdrowia psychicznego oraz badania empiryczne pozwalające uwzględniać zróżnicowane perspektywy aktorów biorących udział w procesie konstruowania kategorii zdrowia psychicznego oraz jego zakłóceń. Zgodnie z przyjętymi założeniami wynikającymi z podejścia konstruktywistycznego, teorie socjologiczne zostały potraktowane jako specyficzny rodzaj „danych”, stanowiących wytwory kultury powstałe w określonym kontekście historycznym i społecznym. Część pracy im poświęcona pozwala na zarysowanie holistycznej, wieloparadygmatycznej perspektywy badań zjawisk i procesów związanych z konstruowaniem kategorii zdrowia, choroby i zaburzenia psychicznego. Problematyka zdrowia, chorób i zaburzeń psychicznych była i jest podejmowana w obrębie wielu dyscyplin naukowych obejmujących zarówno nauki medyczne i przyrodnicze (psychiatrię, neurologię, neurofizykę, biochemię), jak i społeczne (psychologię, socjologię), historyczne (historię medycyny i psychiatrii) oraz filozofię. Socjologiczna refleksja nad zdrowiem psychicznym jest uprawiana w ramach zróżnicowanych subdyscyplin socjologii, między innymi: socjologii zdrowia i choroby, socjologii dewiacji, socjologii rodziny, socjologii kultury, socjologii wiedzy. Wiąże się z tym możliwość wielopoziomowego wyjaśniania zjawisk i procesów opisywanych za pomocą kategorii zdrowia psychicznego. Wymienione wyżej socjologie szczegółowe są uprawiane w ramach różnych paradygmatów, co również pozwala na budowanie wzajemnie uzupełniających się modeli wyjaśniających. Oznacza to, że nawet jeśli na pewnym poziomie modele te wydają się rozłączne, a nawet sprzeczne, to po uwzględnieniu szerszej perspektywy są wobec siebie komplementarne¹⁹. Wieloparadygmatyczność ana-

¹⁹ Podział na paradygmaty socjologii jest także swoistą konstrukcją nakładaną na teorie wymykające się jednoznacznej klasyfikacji, podobnie jak jednoznacznym klasyfikacjom wymyka się rzeczywistość społeczna, do której teorie te się odnoszą. Te same wątki pojawiają się w odmiennych kontekstach na gruncie różnych paradygmatów – np. wątek napięć strukturalnych pojawia się zarówno w ramach podejścia funkcjonalno-strukturalnego (u Talcotta Parsonsa oraz Roberta Mertona), jak i teorii konfliktu (Lewis Coser, Ralph Dahrendorf). Ponadto prace

liza pozwala na uzyskanie wzajemnie dopełniających się obrazów badanego fragmentu rzeczywistości społecznej. Świadome i uważne używanie różnych „soczewek” (stanowiących metaforę zróżnicowanych teorii socjologicznych) wyostrzających określone aspekty badanych zjawisk i procesów społecznych pozwala na unikanie uproszczeń i zarejestrowanie możliwie złożonej, lecz uporządkowanej wizji owych zjawisk i procesów. Zarysowana perspektywa pozwala analizować i interpretować dane empiryczne prezentowane w drugiej części pracy.

Przeprowadzone badania empiryczne obejmują: badania sondażowe na reprezentatywnej próbie przedstawicieli polskiego społeczeństwa (N=1000), analizę opublikowanych narracji biograficznych osób mających doświadczenie kryzysu psychicznego i leczenia psychiatrycznego oraz członków rodzin osób chorujących psychicznie, a także wywiady pogłębione z osobami pełniącymi role ekspertów w dziedzinie zdrowia psychicznego (psychologami, psychiatrami, psychoterapeutami). W tle głównych wątków wynikających ze wskazanych powyżej kierunków analiz znajduje się refleksja nad treściami kulturowymi oddziałującymi na określone sposoby konceptualizowania kategorii zdrowia, chorób i zaburzeń psychicznych. W efekcie zastosowania opisanego wyżej modelu badawczego uzyskałam kompleksową charakterystykę kontekstów, w jakich odbywa się proces społecznego konstruowania interesujących mnie kategorii oraz zrekonstruowałam główne wątki pojawiające się w dyskursie na temat zdrowia psychicznego i chorób psychicznych. Model ten może mieć różnorodne zastosowania – od *stricte* poznawczych po pragmatyczne (związane z takimi obszarami, jak: promocja zdrowia i psychoprophylaktyka, edukacja, praca socjalna oraz psychoterapia). Odbiorcy mogą korzystać z niego w sposób całościowy bądź fragmentaryczny w celu prowadzenia dalszych analiz teoretycznych, badań empirycznych oraz projektowania praktycznych rozwiązań w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego.

Niniejsza praca składa się z dwóch części. Pierwsza z nich, poświęcona analizie głównych nurtów teoretycznych w socjologii zdrowia psychicznego, składa się z czterech rozdziałów. Druga, poświęcona przeprowadzonym przeze mnie badaniom empirycznym, zawiera siedem rozdziałów.

tych samych autorów są klasyfikowane jako reprezentatywne dla różnych paradygmatów. Przykład stanowią między innymi prace Niklasa Luhmana klasyfikowane równocześnie jako neofunkcjonalistyczne oraz konstruktywistyczno-konstrukcjonistyczne. Por. L. Miś, *Konstruktywizm/konstrukcjonizm w socjologii, pracy socjalnej i terapii*, (w:) L. Miś (red.), *Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach*, (zeszyty pracy socjalnej, nr 14), Instytut Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008, s. 35; M. Ziółkowski, *Teorie systemu i funkcjonalizm*, (w:) A. Jasińska-Kania, L.M. Nijakowski, J. Szacki, M. Ziółkowski (red.), *Współczesne teorie socjologiczne*, tom 1, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2006, s. 365.

W rozdziale pierwszym stawiam pytanie o związki kategorii zdrowia i choroby psychicznej z procesami integracji i dezintegracji społecznej, a możliwe odpowiedzi na nie rozważam w kontekście funkcjonalno-strukturalnej perspektywy w socjologii zdrowia psychicznego. Kolejną perspektywę w socjologii zdrowia psychicznego (przedstawioną w rozdziale drugim) stanowi teoria krytyczna zakorzeniona w paradygmacie konfliktu. W jej ramach, najważniejsze znaczenie mają wątki skoncentrowane wokół: socjoekonomicznych uwarunkowań zaburzeń psychicznych oraz konstruowania kategorii zdrowia psychicznego i chorób/zaburzeń psychicznych z perspektywy interesów podmiotów zaangażowanych w ten proces. W rozdziale tym został również omówiony proces medykalizacji życia społecznego ze szczególnym uwzględnieniem problematyki zdrowia psychicznego. W rozdziale trzecim zarysowuję perspektywę zakorzenioną w tradycji humanistycznej i paradygmacie interpretatywnym. Koncentruje się ona na wzajemnych oddziaływaniach pomiędzy sferą znaczeń kulturowych, bezpośrednich interakcji oraz subiektywnych doświadczeń jednostek. Przedmiotem zainteresowania badawczego są w tym kontekście mechanizmy podtrzymywania znaczeń kategorii zdrowia, choroby i zaburzenia psychicznego na poziomie kultury tworzącej ramy dla bezpośrednich interakcji i doświadczeń osobistych obejmujących przyjmowanie i odgrywanie społecznej roli chorego psychicznie oraz kształtowanie jednostkowej tożsamości w odniesieniu do wyżej wymienionej roli. Celem rozdziału czwartego jest próba rekonstrukcji znaczeń przypisywanych kategoriom zdrowia psychicznego, chorób i zaburzeń psychicznych we współczesnym społeczeństwie opisywanym w terminach społeczeństwa późnej bądź refleksyjnej nowoczesności. Warunkiem niezbędnym dla realizacji powyższego celu jest zrozumienie (w drodze socjologicznej analizy i interpretacji) kontekstu, w jakim odbywa się bezpośrednio i (lub) pośrednio konstruowanie omawianych kategorii. Ów kontekst, na który składają się szczegółowo omówione społeczno-kulturowe cechy współczesności, oddziałuje zarówno na kondycję psychiczną jednostek, jak i na proces konstruowania kategorii zdrowia, chorób i zaburzeń psychicznych.

Rozdział piąty poświęcony został założeniom teoretyczno-metodologicznym przeprowadzonych przeze mnie badań empirycznych. Przedstawiam w nim teoretyczne korzenie reprezentowanego przeze mnie podejścia, nakreślam argumenty na rzecz dokonanych wyborów metodologicznych (i umieszczam je w szerszym kontekście dyskusji prowadzonych w ramach metodologii i filozofii nauki) oraz prezentuję szczegółową koncepcję badań własnych. Rozdziały szósty i siódmy stanowią prezentację wyników reprezentatywnych, ogólnopolskich badań sondażowych. Główne wątki podjętych analiz dotyczą linii demarkacyjnych pomiędzy kategoriami zdrowia i choroby psychicznej postrzeganych przez osoby badane, źródeł wiedzy

respondentów na temat zdrowia i chorób/zaburzeń psychicznych, zakresu kontaktów z osobami chorującymi psychicznie, a także sporządzonych na podstawie analizy pytań otwartych map mentalnych odzwierciedlających pola semantyczne kategorii „zdrowia psychicznego” i „choroby psychicznej/zaburzenia psychicznego”, a także wyobrażenia na temat „osób zdrowych” i „chorych psychicznie/doświadczających zaburzeń psychicznych”. W rozdziale ósmym przedstawiam analizę opublikowanych narracji biograficznych osób chorujących psychicznie. Skupiam się na treściach przypisywanych kategoriom zdrowia i choroby psychicznej. Równocześnie analizuję aspekty formalne procesu konstruowania wyżej wymienionych kategorii, związane z używaniem określonych form językowych oraz strategiami budowania narracji. Są one cennym źródłem wiedzy na temat ukrytych założeń wpływających zarówno na sposoby rozumienia pojęć zdrowia i choroby psychicznej, jak i na wzory doświadczania zdrowia psychicznego oraz jego zakłóceń. Rozdział dziewiąty został poświęcony badaniom opublikowanych wypowiedzi biograficznych osób, których bliscy chorują psychicznie. Główne wątki analizy dotyczą procesów poznawczej i emocjonalnej adaptacji do sytuacji choroby psychicznej członka rodziny, w toku których narratorzy dochodzą do mniej lub bardziej stabilnych konceptualizacji zdrowia i choroby oraz interakcji społecznych stanowiących kontekst owych procesów. Rozdziały dziesiąty i jedenasty zawierają prezentację wyników badań z udziałem ekspertów w dziedzinie zdrowia psychicznego (uczestniczących w wywiadach pogłębionych). Najistotniejsze kwestie sprowadzają się tutaj do: prób formułowania *differentia specifica* kategorii „zdrowia”, „choroby” i „zaburzenia psychicznego” w kontekście własnych doświadczeń zawodowych, postrzeganych relacji pomiędzy nimi, postaw wobec procedur diagnostycznych wynikających z oficjalnych systemów klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych (ICD i DSM), zmian sposobu posługiwania się kategoriami zdrowia, choroby i zaburzenia psychicznego w miarę zdobywania doświadczenia zawodowego, a także uwarunkowań instytucjonalnych, kulturowych i osobistych wpływających na postrzeganie wyżej wymienionych kategorii. Pracę zamyka podsumowanie wskazujące również dalsze kierunki poszukiwań badawczych i teoretycznych.

Pisząc o zakłóceniach zdrowia psychicznego, używam dwóch form gramatycznych: „choroba” i „zaburzenie psychiczne” – w liczbie pojedynczej oraz „choroby” i „zaburzenia psychiczne” – w liczbie mnogiej. Pisząc o „chorobie” i/lub „zaburzeniu” psychicznym, mam na myśli ogólnie rozumiany stan zakłócenia zdrowia psychicznego (niemieszczący się w społecznym pojmowaniu zdrowia), natomiast pisząc o „chorobach” i „zaburzeniach” psychicznych, mam na myśli zróżnicowane jakościowo stany zakłócenia zdrowia, określane za pomocą odrębnych nazw – np. tzw. „duża depresja”

(ang. *major depression*), zaburzenia nastroju typu depresyjnego o różnym natężeniu (od łagodnego przez umiarkowane po głębokie), schizofrenia i zaburzenia psychotyczne (niespełniające w całości kryteriów schizofrenii), choroba afektywna dwubiegunowa i inne.

Przyjmuję również założenie, że różnica pomiędzy zaburzeniem a chorobą dotyczy stopnia zakłócenia funkcji psychospołecznych (w tym sensie pojęcie zaburzenia jest szersze i ogólniejsze od pojęcia choroby). Ponieważ zakłócenia te rozwijają się w sposób procesualny, nie zawsze możliwe jest wskazanie wyraźnej granicy pomiędzy zaburzeniem a chorobą (np. pomiędzy zaburzeniem nastroju typu depresyjnego przyjmującym natężenie od łagodnego przez umiarkowane do ciężkiego a tzw. „dużą depresją” – uznawaną za chorobę). W związku z tym w niniejszej pracy terminy: „choroba(-y) psychiczna(-e)” i „zaburzenie(-a) psychiczne” pojawiają się w różnych relacjach: sformułowania: „choroba(-y) i „zaburzenie(-a) psychiczne” używam domyślnie, różnicując stany o mniejszym i większym jakościowym nasileniu, natomiast sformułowania „choroba(-y)/„zaburzenie(-a) psychiczne” używam wówczas, gdy zasadnicze znaczenie ma odróżnienie owych kategorii od kategorii zdrowia psychicznego (a nie różnicowanie pomiędzy nimi)²⁰.

²⁰ Więcej światła na te kwestie rzucają wyniki badań z udziałem ekspertów prezentowane w rozdziałach dziesiątym i jedenastym.