

# Sytuacja choroby – sytuacja społeczna

Anna Kapusta

## „Ja” sytuacyjne

Sytuacja człowieka jest zawsze społeczna. Nawet jeśli jesteśmy aktualnie najbardziej oddaleni od innych ludzi, nasza samotność odnosi się do bycia z nimi. Zawsze widzimy siebie i świat w relacji do innych. Na kształt naszego rozumienia sytuacji mają więc wpływ czynniki, z których niekoniecznie zdajemy sobie sprawę, a które oddziałują na nas zawsze i wszędzie: od cech naszej indywidualnej osobowości do linearnej sieci zdarzeń, które ukształtowały naszą biografię. Kategoria analityczna „sytuacji społecznej” poddawana była klasycznej refleksji socjologicznej, chyba zaś najkrócej i najtrafniej zdefiniował ją Aleksander Manterys pisząc, iż „sytuacja społeczna” ma miejsce, kiedy „konkretyzacja atrybutów strukturalnych następuje w okazjach społecznych wtedy, gdy aktor ujawnia sobie i innym własny stosunek do obecnych sytuacyjnie atrybutów.”<sup>1</sup> Warto w tym miejscu wypunktować słowa: klucze podane w definicji – konkretyzacja, atrybut, aktor, ujawnienie, stosunek, obecność sytuacyjna. Wszystkie one wskazują na fakt społeczny bezwzględnego bycia człowieka w sytuacji społecznej, która jest zawsze niepowtarzalna, tak jak elementy składowe ją tworzące. Człowiek w sytuacji, to po prostu człowiek funkcjonujący w społeczeństwie. Sytuacja zawsze jest konkretna, czyli dotycząca realnych jednostek. Wskazuje ona na atrybuty jednostki te charakteryzujące, zaś owe atrybuty ujawniane są wobec innych ludzi, choć bez kontekstu sytuacji nie byłyby być może one atrybutami, cechami znaczącymi. Jednym z tych atrybutów konkretyzowanych przez sytuację w odniesieniu do jednostki jest choroba psychiczna. Jednym z wielu i dotyczącym każdego z nas. Jest to sytuacja możliwa, bo atrybut choroby charakteryzuje człowieka jako jednostkę i członka społeczeństwa. „Ja” chorobowe jest zatem także i „ja” sytuacyjnym. Ma swoje konkretne parametry sytuacyjne: czas, miejsce i podmioty działające. Każdy z tych parametrów może tworzyć unikalne konteksty społeczne i wynikające z nich atrybuty. Inność sytuacyjna sprawia, że niepowtarzalnym jest człowiek w sytuacji choroby i dlatego każda sytuacja choroby wymaga odmiennej interpretacji społecznej. To kontekst określa atrybut choroby.

---

<sup>1</sup> A. Manterys, *Sytuacja społeczna*, [w:] tegoż, *Sytuacje społeczne*, Wydawnictwo Nomos, Kraków 2008, s. 13.

## Choroba jako atrybut

Atrybut choroby psychicznej jest cechą uwidaczniającą się w relacji i choć powiedziano już miliony zdań na temat jego konstruktywistycznego, a więc definiowanego społecznie: umownie i nieabsolutystycznie charakteru, atrybut ten jest rewersem traumy. Trauma rozciągnięta jest nieproporcjonalnie w indywidualnym czasie biograficznym jednostki. Oddziałuje także po wygaśnięciu choroby rozumianej w kategorii bodźca. Trauma jako atrybut sytuacji zmienia aktora społecznego, czyli jednostkę, nadaje jego relacjom z innymi nowy wymiar doświadczenia, który stanowi przede wszystkim ogromne wyzwanie komunikacyjne. Mówić o sobie z pozycji osoby posiadającej inne niż standardowe doświadczenie, oznacza przecieć: mierzyć się z własnymi i cudzymi ograniczeniami przyswajania nieznanego wcześniej doświadczenia i choć sytuacja choroby psychicznej to nie jedyne źródło biograficzne takiego wyzwania, bywa jednym z najtrudniejszych. Jak akcentuje Maria Orwid, trauma choroby psychicznej jest wynikiem uwewnętrznionego lęku przed sytuacją „bycia chorym”, która zaistniała w biografii, nie zaś lękiem przed trudnością życiową choroby. Wtórność owego atrybutu sytuacji choroby, polega na tym, iż:

„Choroba może minąć i wiele zaburzeń psychicznych zaniknie, natomiast uraz psychiczny wynikający z faktu, że było się leczonym psychiatrycznie, może pozostać na całe życie i być przyczyną wtórnego wycofania się człowieka z życia społecznego i zawodowego, z nauki szkolnej, z prób podejmowania studiów i organizowania sobie kontaktów towarzyskich, relacji uczuciowych, a nawet budowania rodziny. To właśnie może być przyczyną traumy, a nie sama choroba psychiczna.”<sup>2</sup>

Choroba psychiczna jako atrybut jednostki nie jest cechą stałą, jak każda choroba, której podlega przecież okresowo człowiek w różnych momentach swej biografii, jednak jej wystąpienie to fakt, z którym radzenie sobie wymaga nabycia nowych umiejętności odnajdywania siebie w sytuacjach społecznych. Jedną z tych kluczowych umiejętności jest samodzielne zapobieganie autostygmatyzacji, definiowaniu siebie samego jako osoby „chorej” lub „dotkniętej chorobą”. Choroba nigdy nie jest jedynym składnikiem sytuacji, w której znajduje się człowiek. Redukcja osoby do „choroby” to społeczny proces stygmatyzacji wynikający przede wszystkim z braku odpowiednich narzędzi interpretacji tego stanu. To, że jest lub było się chorym nie stanowi o jedynej cesze naszego bycia w świecie, a atrybut choroby to tylko jeden z atrybutów przypisywanych człowiekowi przez sytuację społeczną, w której się znalazł. Atrybuty są zmienne.

---

<sup>2</sup> M. Orwid, *Trauma*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2009, s. 73.

## Stygmat czy certyfikat?

Kulturowo ugruntowana trauma choroby psychicznej podlega także dynamice kulturowych procesów jej reinterpretacji. Doświadczenie choroby oznacza dokładnie tyle, ile znaczeń przypisze mu konkretny, historyczny kontekst społeczny. Dziewiętnastowieczni romantycy swą niemoc twórczą definiowali kategorią melancholii, dzisiaj mówimy o depresji. Inność, która była stygmatem społecznym pięćdziesiąt lat temu, może być obecnie kapitałem kulturowym przekładalnym na kapitał finansowy. To, że doświadczenie choroby stało się czyimś udziałem, może sprawiać, że dana osoba jest w stanie podjąć pracę w sektorach rynku wymagających takich właśnie doświadczeń. Empatia jest także umiejętnością wynikającą ze szczególnego uwrażliwienia na konkretny problem, a konkret własnego doświadczenia wyostrza takie rozumienie problemu. Praktyka życiowa jest wartością także ekonomiczną, o czym świadczą niezbitcie nowe trendy w tak zwanym zarządzaniu jakością. Gdyby sformułować skrót hasłowy myślenia niszowego o specyfice społecznej późnej nowoczesności, mógłby on brzmieć na przykład: nie ma jakości bez inności. Choroba może dać zatem uprawnienie do profesjonalizacji własnego doświadczenia bycia chorym, czyli innym. Przeglądając nawet przypadkowe publikacje publicystyczne nie sposób nie zauważyć, iż wiele produktów niszowych powstało w sytuacji doświadczenia ich braku przez konkretne osoby w konkretnych sytuacjach kryzysowych. Dylemat jednostki, czy „ujawnić stygmat”<sup>3</sup>, powinien chyba obecnie zostać już ujęty w formule: „jak twórczo wykorzystać sytuację stygmatyzującą”, do której zaliczyć można także chorobę psychiczną. Sytuacja kryzysu psychicznego odsłania przecież słabości strukturalne składników owej sytuacji i pozwala zrozumieć lepiej zagrożenia dla skuteczności instytucji: od państwa po rodzinę. Inaczej mówiąc choroba może być dobrym testem dla tejże skuteczności i podsuwać gotowe rozwiązania naprawcze. W tym sensie zarządzanie chorobą jest nie tylko możliwe, ale wręcz nieodzowne i pożądane. Chory, który ma problem, nie stanowi już zagrożenia dla społeczeństwa, ale jest jednym z jego organów doradczych. Czynniki stresogenny wskazywany przez osobę chorą, dotyczy przecież także szkodliwości dla osób obecnie zdrowych. Jeśli przeszkadza choremu, może też szkodzić zdrowemu. Różnica proporcji nie jest tutaj przesądzającą i z tego punktu widzenia osoby chore są najlepszym katalizatorem ulepszeń. Jeśli eskalacja problemu przez osobę chorą nastąpi, być może uwidoczni ona w ogóle problem, który trudniej byłoby zidentyfikować. A bez jego identyfikacji nie jest możliwa skuteczna korekta.

<sup>3</sup> Zob. E. Czykwin, *Obrona Ja przed skutkami stygmatyzacji*, [w:] *też*, *Stygmat społeczny*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 267-275.

## Czas choroby – trening uważności

Choroba zmienia wrażliwość człowieka na własną i cudzą biografię. Uczy także, co w późnej nowoczesności<sup>4</sup> chyba najcenniejsze, nieortodoksyjnego traktowania linearności biegu życia. Choroba często przesuwa kolejne etapy edukacji: czasem katalizuje długo odkładany wybór życiowy, a czasem mocno przestawia go w projekcie biograficznym. Ze zmianami tymi wiążą się różnorodne ambiwalencje, których doświadcza jednostka: od poczucia utraty do świadomości zysku, od „stygmatu” i „dotknięcia” do „dojrzewania” i „wyróżnienia”. Akceptacja tej zmiany poprzez pozytywne rozwiązanie ambiwalencji jest nieunikniona w procesie zdrowienia. Bez akceptacji choroby jako integralnego składnika biografii niemożliwą jest skuteczna transformacja biograficzna, której wymaga pokonanie (a więc uznanie osobistego znaczenia) choroby. Zwłaszcza choroby psychicznej, a więc – w perspektywie społecznej - struktury symbolicznej mentalnego rozumienia siebie w odniesieniu do społeczeństwa. W wielu pracach poświęconych zdrowieniu jednostki podkreśla się zatem coraz mocniej i jednoznaczniej rolę „uważności”, świadomego i refleksyjnego radzenia sobie z codziennością. Uważność ta uczy jednak człowieka nie tylko radzenia sobie z samymi symptomami choroby, lecz także bardziej skutecznego zarządzania swoim czasem biograficznym. I nie chodzi tutaj oczywiście o jakąkolwiek społeczną presję „nadrobienia straconego w chorobie czasu”, ale o wykorzystanie doświadczenia choroby jako elementu rozwoju osobistego. Ta skuteczność, jak każda nabyta umiejętność, bywa odkrywana dopiero w czasie choroby. John Kabat-Zinn konstatuje, iż „uważność oznacza szczególny rodzaj uwagi: świadomej, skierowanej na chwilę obecną i nieosądzającej”<sup>5</sup>. Te właśnie cechy nabytej – najczęściej w procesie psychoedukacji – umiejętności „bycia uważnym” powodują, że czas choroby staje się czasem osobistego, lepszego: dojrzałego niż przeciętny, treningu rozwiązywania codziennych problemów, nie jest zaś czasem wyjętym lub wykradzionym człowiekowi z biografii. Wcześniejszy nurt psychologiczny skutecznego „radzenia sobie z życiem” rozszerza się obecnie nie tylko na domeny zindywidualizowanych projektów psychoterapii, ale także szkoleń menedżerskich, a nawet nowych poszukiwań duchowościowych<sup>6</sup>. Fakty te nie są obojętne dla osobistej interpretacji choroby psychicznej. To być może kolejny paradoks późnej no-

<sup>4</sup> Zob. A. Giddens, *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, przeł. A. Szulżycka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.

<sup>5</sup> Podaję za: Z. V. Segal, J. M. Williams, J. D. Teasdale, *Uważność*, [w:] tychże, *Terapia poznawcza depresji oparta na uważności. Nowa koncepcja profilaktyki nawrotów*, przeł. R. Andruszko, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009, s. 36.

<sup>6</sup> Fenomen ten znakomicie scharakteryzowała Anna Górka – zob. tejże, *Zjawisko copingu religijnego wśród członków Art of Living*, „Ex Nihilo. Periodyk Młodych Religioznawców”, R: 2009, Nr 2, s. 73-92.

woczesności, ale właśnie choroba psychiczna kreuje i uprawomocnia pewne umiejętności niszowe, które mogą stać się dodatkową, wartościową i unikalną umiejętnością na rynku pracy. Zdolność do wylapywania i diagnozowania syndromów własnej słabości, otwartość na poradnictwo specjalistyczne i różnorodne konsultacje, zadaniowe i zdystansowane podejście do własnych działań profesjonalnych są dziś bezcenną rekomendacją w obliczu ukierunkowania współczesnej ekonomii na innowacyjność i elastyczność. Akceptacja własnego, chorobowego interwału życia to, także zyskany w zmaganiach z chorobą kapitał twórczej otwartości na inność: słabość i czasowe wyłączenie innych ludzi. Komunikowanie sobie i innym zarówno własnej choroby, jak i choroby drugiego człowieka jest więc – z punktu widzenia skuteczności komunikacji społecznej – innowacyjnym sposobem zarządzania kluczową informacją.<sup>7</sup> I tak na przykład w powszechnym już dziś uznaniu depresji za chorobę cywilizacyjną coraz większą rolę zaczyna odgrywać – jako umiejętność rynkowa – świadoma profilaktyka, którą pojedynczy człowiek jest w stanie kontynuować samodzielnie, już po zakończeniu głównego nurtu leczenia. W tym znaczeniu również przeżyty epizod depresyjny daje szansę, także komercyjnego, zarządzania chorobą. W długiej perspektywie historii kultury zjawisko to, owo „zyskanie, dzięki utracie” nie jest oczywiście niczym nowym, choroba predestynowała przecież i do funkcji szamańskich<sup>8</sup>, i różnych proveniencji teistycznych świętości<sup>9</sup>, jednak odkrycie jej społecznego potencjału w późnej nowoczesności wymaga dopiero oddzielnej refleksji. Sytuacja choroby psychicznej jest nową perspektywą „innego” zobaczenia siebie i świata, a „inność” to dziś przecież wartość także mierzalna ekonomicznie. Być może w późnej nowoczesności kolejna już i nie pierwsza historycznie reinterpretacja pojęć „choroby”, „szaleństwa” i „słabości” jest jeszcze jednym wskaźnikiem rozproszonych dyskursów władzy i wiedzy, które inspirują nieustannie po Michelu Foucault. Wiedza o chorobie to władza nad chorobą. W wymiarze społecznym możliwe jest zatem nadanie psychicznej niedyspozy-

---

<sup>7</sup> Komunikacji z chorym i komunikowania choroby jako złożonym procesom społecznym poświęcała wielokrotnie swą uwagę Anna Grajcarek, zapraszając do dyskusji przedstawicieli różnorodnych dyscyplin społecznej refleksji o chorobie – zob. *Sztuka rozmowy z chorym*, pod red. A. Grajcarek, Wydawnictwo Ad Vocem, Kraków 2001.

<sup>8</sup> Zob. M. Eliade, *Szamanizm i archaiczne techniki ekstazy*, przeł. i wstępem opatrzył K. Kocjan, oprac. naukowe J. Tulisow, Wydawnictwo KR, Warszawa 1994.

<sup>9</sup> Spektakularnym przykładem europejskiej sakralizacji choroby psychicznej jest postać jurodiwego, świętego szaleńca – zob. A. Madys, *Wschodni jurodiwy a model świętego, prezentowany w zachodnim teatrze religijnym doby średniowiecza*, „Rocznik Towarzystwa Literackiego im. Adama Mickiewicza. Szaleństwo a literatura. Materiały z konferencji naukowej zorganizowanej przez Fundację na rzecz Badań Literackich w ramach cyklu: Kontynuatorzy czy nowatorzy? Młodzi badacze i ich warsztaty we współczesnych badaniach nad literaturą. Warszawa, 9-10 lutego 2007 roku”, wstęp i red. M. Piwińska, R: XLII/2007, Warszawa 2007, s. 266-274.

cji waloru dodatkowego „mechanizmu dystansowania” wobec siebie i świata. Wnioski ten potwierdzają (w mojej luźnej i nieustrukturyzowanej badawczo obserwacji) coraz liczniejsze modele biografii profesjonalnych postaci: „od choroby psychicznej do sukcesu”. Okazuje się więc, że na przykład chorobowe wyłączenie z rynku pracy reinterpretowane bywa coraz częściej w procesie zdrowienia jako paradoksalna, bonusowa szansa samorealizacji. A skoro tak, to czas choroby transformuje cele życiowe jako priorytety profesjonalne. Sama choroba zaczyna być akceptowanym społecznie „narzędziem do reinterpretacji”. W ten sposób społeczna sytuacja chorego staje się warsztatem profesjonalizacji własnych pomysłów, które są przyjmowane jako prawomocne i wręcz pożądane<sup>10</sup>. Czas choroby przeżyty uważnie i bez lęku o jego społeczną dewaluację jest dla jednostki w tym paradygmacie „zarządzania chorobą” czasem oderwania się od starych, utartych schematów myślowych. Tak rozumiana retrospekcja, jak chciał tego John Kabat-Zinn i jego kontynuatorzy, wnikliwe spojrzenie w przeszłość i przyszłość bez przyjmowania postawy jednoznacznie oceniającej i wartościującej, uczy człowieka odwagi bycia sobą i w tym sensie eskalacja problemu poprzez jego chorobową perspektywę, staje się nieodzownym punktem wyjścia do jego rozwiązania. Przypadek graniczny choroby określa także funkcjonalność zdrowia. Choroba jednostki stawia zatem zawsze najwartościowsze pytania o to, co społecznie chorobotwórczego należy usunąć z systemu, aby działał sprawnie, skutecznie i nieproblematicznie.

### **Kryzys choroby – jakość doświadczenia**

Choroba psychiczna jest jednym z możliwych etapów świadomego przeprowadzenia zmiany biograficznej przez jednostkę już w fazie zdrowienia. To taka przymusowa reorganizacja porządku biograficznego, który niejako „przy okazji” można także ulepszyć. Tak jak w przypadku awarii instalacji wymuszającej remont i dającej niespodziewaną szansę nowej aranżacji mieszkania. Tą zmianą może być odkrycie nowych wartości, podjęcie nowych wyzwań, ale także odpowiedź na trudne pytania egzystencjalne typu: „kto sprawdził się w mojej chorobie”, „komu coś zawdzięczam” albo „kto nie potrafił sprostać moim nowym potrzebom”. Komunikowanie sobie tej zachodzącej zmiany nazywane bywa w literaturze przedmiotu „sa-

---

<sup>10</sup> Bardzo symptomatycznym zjawiskiem prasowym ilustrującym moją hipotezę w polskojęzycznym uniwersum społecznym jest obecnie podjęta w 2010 roku akcja edukacyjno-publikacyjna prowadzona przez czasopismo „Twój Styl” (trwa nadal). Schemat „choroby” (także psychicznej) jako impulsu radykalnej przemiany biograficznej połączony został z równoległym, systematycznym cyklem prasowych szkoleń menedżerskich. W ten sposób choroba kreowana jest niejako w ekonomicznych kategoriach inkubatora nowego planu marketingowego na życie.



momotywacją”<sup>11</sup>, w praktyce codziennej zaś chodzi po prostu o rozeznanie skuteczności swoich relacji społecznych. Niepodważalny element inicjacji, a więc wtajemniczenia w odmienny od przeciętnego porządek, który jest udziałem chorego psychicznie, przez antropologów symbolicznych z Victorem Turnerem na czele określany był mianem stanu liminalnego (granicznego), owocującego wytworzeniem się wspólnoty (communitas).<sup>12</sup> Choroba psychiczna, jak każdy kryzys osobisty, weryfikuje wiele indywidualnych hipotez więzi społecznych, ale i tworzy też nowe. Siła kryzysu polega bowiem również na szansie ustanawiania nowych, często niespodziewanych wcześniej hierarchii. To w chorobie najczęściej uwiadczenia się prawdziwa grupa znaczących innych, prawdziwa grupa odniesienia. Jakość takich doświadczeń ponownie integruje człowieka z jego miejscem w sieci aktualnych relacji społecznych. Wypowiedzi osób zdrowiejących bardzo silnie akcentują ten pozytywny aspekt zyskania oparcia w drugim człowieku, ale przede wszystkim uwiadcniają nadzieję dojrzałej niezależności od opinii i sądów innych ludzi. Choroba psychiczna, bardziej niż fizyczna, uwrażliwia na relatywność i umowność układów i struktur społecznych. Takie wejście w jakościowy wymiar własnej biografii podbudowane odkryciem sieci wsparcia kształtuje nową osobowość społeczną człowieka. Kryzys przezwyciężony zrozumieniem przyczyn jego wystąpienia bardzo często okazuje się unikatową szansą osobistej przemiany. W ten sposób reinterpretacja biografii istnieje twórczo w późnej nowoczesności. Na gruncie antropologii społecznej nurt stopniowego dowartościowywania „doświadczenia” grup „innych”, bo „mniejszościowych”, wykształcił w efekcie nowy styl świadomego bycia „zawodowym innym”.<sup>13</sup> Okazuje się więc, że aby być dziś profesjonalistą skutecznie zarządzającym potencjałem „inności”, trzeba wręcz wywołać własne doświadczenia owej „inności”, nauczyć się komunikacji z „obcością” poprzez własne odkrycie „bycia obcym”. Antropologia doświadczenia sięga często do opowieści osób poddanych społecznej próbie choroby, aby precyzyjniejszym stało się nasze rozumienie systemów społecznych, w których żyjemy. W tym rozumieniu specyficznego punktu wiedzenia osoby chorej psychicznie do głosu dochodzi świadomość użyteczności takich „niszowych” i „tymczasowych” światów społecznych. Ich - już dziś: jawna umowność i pożądana funkcjonalność zależą przede wszystkim od społecznie wynegocjowanych norm.

<sup>11</sup> Zob. W. R. Miller, S. Rolnick, *Wypowiedzi o zmianie: samomotywacja*, [w:] tychże, *Wywiad motywujący. Jak przygotować ludzi do zmiany*, przeł. A. Pokojska, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010, s. 29-30.

<sup>12</sup> Zob. V. Turner, *Metafory antystruktury w kulturze religijnej*, [w:] tegoż, *Gry społeczne, pola i metafory. Symboliczne działanie w społeczeństwie*, przeł. W. Usakiewicz, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005, s. 229-252.

<sup>13</sup> Zob. B. Walczak, *Antropolog jako Inny. Od pierwszych badań terenowych do wyzwań ponowoczesnej antropologii*, Wydawnictwo SCHOLAR, Warszawa 2009.

Normy mają służyć wysokiej jakości życia, którą jako swoiste, społeczne testery wspomagają biograficzne kryzysy jednostek. Bez kryzysów jakość nie może się poprawiać.

## **Sytuacja wewnętrzna – sytuacja zewnętrzna**

Terapeuci często używają kategorii „wewnętrznego świata pacjenta”<sup>14</sup> jako określenia dla zespołu przekonań, sądów i emocjonalnych odczuć człowieka na temat siebie i świata. Oprócz skrajnych przypadków najcięższych zaburzeń psychicznych w większości chorób świat ten odzwierciedla jednak lęki odwołujące się do realnych problemów znanych człowiekowi z życia codziennego. Warto zwrócić zatem uwagę, że chorobowa karykatura świata zewnętrznego pojawia się w świecie wewnętrznym człowieka nie bez przyczyny. Karykatura zawsze przerysowuje pewne cechy, ale jednocześnie uwypukla ich istnienie w realnym świecie, stąd nawet owe „powiększające” narracje lękowe o świecie społecznym są dobrą wskazówką w korekcie jego nieprawidłowości. W terapii poznawczej zaburzeń lękowych nie neguje się więc na przykład istnienia realnego źródła samych lęków dotyczących codziennych doświadczeń człowieka, a jedynie uczy się samodzielnego docierania do tychże źródeł zniekształceń lękowych.<sup>15</sup> Ich świadome przeskalowanie okazuje się często znakomitą wskazówką dla zarządzającego konkretnym systemem społecznym. Fakt, że jakiś element istniejący w systemie: dysfunkcja instytucjonalna, niejednoznaczność wymagań albo stresogenny styl sprawowania władzy wywołuje patologiczny lęk u jednego człowieka oznacza „tylko” i „aż” tyle, że prawdopodobnie ów czynnik oddziałuje na niego silniej niż na innych ludzi, wpływa jednakże na wszystkich. Uczenie się wydobywania w bezpiecznej sytuacji terapeutycznej takich właśnie społecznych charakterystyk jest więc bezcenną wiedzą o zewnętrznym świecie społecznym odzwierciedlanym w „wewnętrznych światach” opowieści człowieka chorego. To jego specyficzne trudności, właściwie zinterpretowane w kontekście sytuacji ich chorobowego ujawnienia, mogą stać się impulsem instytucjonalnym do usunięcia tych samych, choć względnie funkcjonalnych, trudności zdrowych ludzi. W ten sposób nieco wrażliwsze, wyostrome chorobą spojrzenie na tę samą, rutynową i znaną nam rzeczywistość, odsłania szansę niestandardowych rozwiązań. Dawno temu fakt ten odkryły już wyższe kadry mene-

---

<sup>14</sup> Zob. A. Król-Kuczkowska, *Teoria przywiązania jako sposób rozumienia wewnętrznego świata pacjenta*, [w:] *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej*, pod red. B. Józefik i G. Iniewicza, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008, s. 75-89.

<sup>15</sup> A. Wells, *Reatribucja werbalna*, [w:] tegoż, *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych. Praktyczny podręcznik i przewodnik po teorii*, przeł. R. Andruszko, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010, s. 80-114.



dżerskie, a obecnie wiedza ta powoli przenika do małych i średnich przedsiębiorstw oraz instytucji państwowych. Efekt budowania tak pojmowanej więzi społecznej: więzi obustronnej współpracy i wsparcia, nie zaś relacji interwencyjnej pomocy i wykluczenia, jest również znakomitym programem lojanościowym. Okazuje się bowiem, że osoby doświadczające kryzysów biograficznych w bezpiecznej bazie instytucjonalnego, społecznego wsparcia, częściej są gotowe wspierać ową instytucję własnymi zasobami takimi jak czas, innowacyjność, czy poczucie obowiązku. Powstanie takich więzi społecznych, wywodzących się z trudnej inicjacji, do których należy psychiczny kryzys chorobowy, gwarantuje trwałość i stabilność wykreowanej w kryzysie grupy odniesienia.<sup>16</sup> Wtedy też, już w dalszym procesie zdrowienia, konflikt pomiędzy światem wewnętrznym: zatowarzyszonej jednostki i zewnętrznym: określonej struktury społecznej staje się nieaktualny. Skoro nie ma przecież w takim, holistycznym ujęciu dwu konfliktowo pojmowanych sytuacji człowieka: zawodowej i prywatnej, jest zaś jedna: konkretna sytuacja człowieka za to znacznie bardziej wielowymiarowa, łatwiej przeprowadzić jej diagnozę a następnie stosowny program naprawczy. Bowiem sfery działalności i aktywności ludzkiej: wewnętrzna i zewnętrzna, mentalna i zwerbalizowana, prywatna i publiczna, będą się przenikać zawsze i wszędzie, a głównie od dojrzałości społecznej osób decyzyjnych zależy, czy stanie się to konkretnym atutem, czy wadą realnego systemu społecznego. Choroba psychiczna jednostki jest zatem tylko jednym z licznych, kryzysowych testów skuteczności instytucji. Jeśli człowiek doświadczy w niej współpracy, więź nawiązana w kryzysie przetrwa także inne próby otwartego i konkurencyjnego rynku pracy. Jeżeli dotknie go zaś brak rozwiązań systemowych, po zażegnaniu kryzysu na pewno odnajdzie on skuteczniejszą grupę odniesienia. Warto o tym pamiętać zarządzając momentami kryzysowymi cudzych biografii, których długofalowe oddziaływanie na instytucje jest znacznie cenniejsze niż natychmiastowe pozbycie się problemu, na przykład wykluczenie osoby chorej psychicznie z danego sektora rynku pracy. Życie człowieka wraz ze swym nieprzewidywalnym rytmem biograficznym uczy nas pokory wobec trudności innych ludzi, którzy – być może – tylko chwilowo potrzebują naszego wsparcia i – być może – to my tylko chwilowo nie jesteśmy od nich zależni. Sytuacje społeczne bywają zaskakujące.

---

<sup>16</sup> O trwałości więzi inicjacyjnych pisał najbardziej dobitnie Arnold van Gennep – zob. tegoż, *Obrzędy przejścia. Systematyczne studium ceremonii*, przeł. B. Biały, wstępem opatrzyła J. Tokarska-Bakir, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 2006.

## Opowieści sytuacyjne

Sytuacja społeczna jest zawsze opowieścią możliwą do nowego, innego opowiedzenia. Nie ma sytuacji jednowymiarowych, nie istnieje też jedna, prawidłowa narracja. Pewien człowiek obdarzył mnie kiedyś znakomitą historią rodzinną ilustrującą tę regułę opowiadania.

Oto ona:

Para młodych ludzi odziedziczyła stary dom. Dar umożliwił im łatwiejsze życie, bo nie musieli samodzielnie poszukiwać lokum ani budować własnego siedliska. Poprzedni właściciel zamontował jednak w tym domu fatalnie brzydką podłogę. Podłoga tak bardzo nie podobała się młodym ludziom, że co dzień rano mieli z jej banalnego powodu zły humor. Rozrzutnością i niegodziwością według nich byłoby jednak wydawanie skromnych dochodów na wymianę owej feralnej podłogi. Męczyli się więc jej widokiem, ale nic nie można było z tym zrobić. Pewnego dnia piorun uderzył w ich dom. Spłonęło wszystko. Oczywiście spaliła się też i podłoga. Ludzie Ci zastanawiali się od czego zacząć, jak się ratować w biedzie. Stracili przecież wszystko, co mieli. I wtedy odkryli, że zyskali właśnie wielką szansę. Piorun uwolnił ich przecież od brzydoty podłogi. Niewiarygodna radość tego paradoksalnego odkrycia spowodowała, iż ruszyli do nowych wyzwań. W niedługim czasie za zarobione pieniądze wybudowali własny dom. Taki, o którym zawsze marzyli. Gdyby nie rujnujący ich majątek piorun, nie osiągnęliby takiego zadowolenia. Gdyby nie bieda, nie uwolniliby siły swoich marzeń. Gdyby nie takie właśnie doświadczenie, nie mieliby odwagi, aby walczyć o własną wizję świata. Gdyby nie ślepy los, nie byłiby sobą.

Brzydka podłoga, która spłonęła wraz całym dobytkiem. Powierzchowne, nieprawdziwe więzi, które zostały zdemaskowane w próbie choroby psychicznej. Instytucja, która nie umiała wesprzeć momentu kryzysowego. Motywacji do podjęcia trudu przemiany biograficznej może być wiele. Kryzys choroby psychicznej należy do przewartościowań, które zmieniają całe życie człowieka albo utwierdzają go w słuszności zaufania podarowanego innym jeszcze przed zachorowaniem. Poddając refleksji kategorię „sytuacji społecznej” napotykamy na optymistyczny wymiar sytuacji chorowania. Przekraczanie własnych granic, trudna siła inicjacji, nowe więzi wytworzone w niemocy choroby. To wszystko czyni człowieka nieprzewidywalnym i niepowtarzalnym, chociaż dojrzałość przyjęcia owego potencjału przychodzi w fazie zdrowienia. Społeczne wymiary sytuacji choroby to dla nas wszystkich najlepsza lekcja zdrowia publicznego.

## Bibliografia

- Madys A., *Wschodni jurodiwy a model świętego, prezentowany w zachodnim teatrze religijnym doby średniowiecza*, „Rocznik Towarzystwa Literackiego im. Adama Mickiewicza. Szaleństwo a literatura. Materiały z konferencji naukowej zorganizowanej przez Fundację na rzecz Badań Literackich w ramach cyklu: Kontynuatorzy czy nowatorzy? Młodzi badacze i ich warsztaty we współczesnych badaniach nad literaturą. Warszawa, 9-10 lutego 2007 roku”, wstęp i red. M. Piwińska, R: XLII/2007, Warszawa 2007.
- Czykwin E., *Stygmat społeczny*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Eliade M., *Szamanizm i archaiczne techniki ekstazy*, przeł. i wstępem opatrzył K. Kocjan, oprac. naukowe J. Tulisow, Wydawnictwo KR, Warszawa 1994.
- Giddens A., *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, przeł. A. Szulżycka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.
- Górka A., *Zjawisko copingu religijnego wśród członków Art of Living*, „Ex Nihilo. Periodyk Młodych Religioznawców”, R: 2009, Nr 2.
- Król-Kuczkowska A., *Teoria przywiązania jako sposób rozumienia wewnętrznego świata pacjenta*, [w:] *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej*, pod red. B. Józefik i G. Iniewicza, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008.
- Manterys A., *Sytuacje społeczne*, Wydawnictwo Nomos, Kraków 2008.
- Miller W. R., Rolnick S., *Wywiad motywujący. Jak przygotować ludzi do zmiany*, przeł. A. Pokojska, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.
- Orwid M., *Trauma*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2009.
- Segal Z. V. , Williams J. M., Teasdale J. D., *Terapia poznawcza depresji oparta na uważności. Nowa koncepcja profilaktyki nawrotów*, przeł. R. Andruszko, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009.
- Sztuka rozmowy z chorym*, pod red. A. Grajcarek, Wydawnictwo Ad Vocem, Kraków 2001.
- Turner V., *Gry społeczne, pola i metafory. Symboliczne działanie w społeczeństwie*, przeł. W. Usakiewicz, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005.
- Van Gennep A., *Obrzędy przejścia. Systematyczne studium ceremonii*, przeł. B. Biały, wstępem opatrzyła J. Tokarska-Bakir, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 2006.
- Walczak B., *Antropolog jako Inny. Od pierwszych badań terenowych do wyzwań ponowoczesnej antropologii*, Wydawnictwo SCHOLAR, Warszawa 2009.
- Wells A., *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych. Praktyczny podręcznik i przewodnik po teorii*, przeł. R. Andruszko, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.



















