

## STATUS CHOREGO PSYCHICZNIE – STATUSEM NIEPEŁNOSPRAWNEGO. SPOŁECZNE KONSEKWENCJE OPEROWANIA STATUSEM JAKO NARZĘDZIEM W INSTYTUCJI

### THE STATUS OF A MENTALLY ILL PERSON – AS A STATUS OF A DISABLED PERSON. SOCIAL IMPLICATIONS OF OPERATING THE STATUS AS A TOOL WITHIN THE INSTITUTION

Rozprawy Społeczne, nr 1 (IX), 2015

**Monika Budnik**

Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej

Budnik M. (2015), *Status chorego psychicznie – statusem niepełnosprawnego. Społeczne konsekwencje operowania statusem jako narzędziem w instytucji*. Rozprawy Społeczne, 1 (IX), s. 12-17

**Streszczenie:** Autorka prezentuje problematyczną kwestię operowania statusem jako kategorią społeczną na przykładzie osób chorych psychicznie. W artykule wskazane są dualizmy, polegające na jednoczesnym- wykluczeniu i gratyfikacji jaka pojawia się wraz z przyznaniem statusu niepełnosprawnego osobie chorej psychicznie. Pracownicy socjalni pracują w obszarze tych ograniczeń ale też są zmuszeni ustalać kryteria statusu uprawniające do społecznego wsparcia. Balansowanie pomiędzy bezpieczeństwem socjalnym jakie daje status i wynikające z niego przywileje, jednocześnie ograniczają. Posiadanie statusu wiąże się także ze stereo typizacją na temat grupy do jakiej kwalifikuje choćby orzeczenie o chorobie. Te bariery, jak wskazuje autorka są konsekwencją operowania statusem w instytucji w której marginalizacja postępuje wraz z przyznaniem statusu osoby niepełnosprawnej.

**Słowa kluczowe:** status, orzeczenie o chorobie psychicznej i niepełnosprawności, stygmatyzacja społeczna, skalowanie stopni statusu osoby niepełnosprawnej

**Summary:** The author presents the problematic issue of operating one's status as a social category on the example of the mentally ill persons. The article indicated dualities, consisting of the simultaneous exclusion and gratification that appear upon conferring the status of a disabled person to a mentally ill person. Social workers work in the area of these limits as well as being forced to establish criteria of status which authorize to receive social support. Balancing between social security provided by such status and privileges resulting from it, which at the same time place restraints. Obtaining a given status is also associated with the stereotypification about the group to which solely the decision about the disease places a given person. These barriers, as indicated by the author, are the result of operating with the status within the institution in which marginalization progresses together with being granted the status of a disabled person.

**Keywords:** status, certificate of mental illness and disability, social stigma, scaling of degrees of disability status

#### Wprowadzenie

Uprawnomocniony sposób kategoryzacji osób niepełnosprawnych stanowi jednocześnie gwarancję instytucjonalnego wsparcia ale i naznacza społecznie. W obliczu dylematów jakie wiążą się z ujawnieniem choroby psychicznej sam proces orzekania o stopniu niepełnosprawności, wydaje się być kolejną sytuacją społeczną w której jednostka narażona jest na społeczny ostracyzm. Wobec istoty spójności instytucjonalnych procesów mających wspierać osoby chore psychicznie niezbędne jest postawienie pytania czy aby obecne normy społeczne wraz z nadaniem statusu osoby niepełnosprawnej nie odmawiają aktywności zawodowej osobie chorej i tym

samym rehabilitacji ze społecznych deficytów jaka dokonuje się poprzez pracę właśnie? Dlatego też celem tego artykułu jest poruszenie kwestii kategoryzacji społecznej, jako legitymizowanej formy przeciwdziałania aktywności zawodowej osób chorych psychicznie. Wobec faktu, że 30% (Raport końcowy, Badanie wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych, s.149) niepełnosprawnych psychicznie kategorycznie odrzuca pracę wobec możliwości utraty renty. Inne źródła badawcze wskazują, że wśród osób z zaburzeniami psychicznymi aż 72,8% (Raport nr 10 Wyniki i wnioski z ogólnopolskiego badania sondażowego przeprowadzonego w ramach projektu pt.: Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych, s.74) nie pracuje i nie poszukuje pracy, dlatego temat ten zachęca do dyskusji nad dysfunkcjonalnością syste-

**Adres do korespondencji:** Monika Budnik, Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej, ul. Ostrowskiego 7, 53-238 Wrocław, tel. 71 770 42 20, e-mail: m.budnik@wns.uni.wroc.pl

mu orzecznictwa osób niepełnosprawnych w Polsce –który nie promuje aktywności a sprzyja bierności zawodowej osób chorych psychicznie.

### Status jako kategoria społeczna

Status jako jedno z pojęć socjologicznych, opisuje człowieka przez pryzmat jego cech. Jak wskazuje J. Szmatka status nawiązuje do cech jednostki i jej sytuacji społecznej, która jest determinantą dla możliwości jakie posiada człowiek o danym statusie. To co istotne „społeczne statusy wyrażają zdeterminowanie cechami jednostek posiadających owe cechy (Szmatka 2007, s.129). Wskazuje się także na istotne czynniki statusu, które stanowią charakterystykę aktora mającą dwa lub więcej poziomów, które są odmiennie oceniane ze względu na szacunek lub konieczność (Szmatka 2007, s.132). Z jednej strony jesteśmy nim zdeterminowani bo mamy status przypisany ale też mamy wpływ na jego osiąganie, dzięki nabywaniu pewnych kompetencji (Sztompka 2008, s.70). Mówimy o statusie osiąganym, także w odniesieniu do stratyfikacji społecznej w której stosunki gradacji wyrażają wyższe bądź niższe statusy które możemy osiągnąć dzięki kompetencjom.

W tym artykule autorka podejmuje tematykę operowania statusem jako kategorią instytucjonalną. Konsekwencje wykorzystania statusu do podziału społecznych uprawnień ma swoje skutki w wymiarze utrwalania schematów względem osób i grup, które z owych uprawnień korzystają. W ten sposób status, który uprawnia do wsparcia staje się jednocześnie barierą osiągnięcia równych szans.

Operowanie statusem wykorzystywane jest nie tylko do podziału ludzi o pewnych cechach na określone segmenty, ale wyznacza zakres pomocy społecznej. Co więcej statusy są skalowane, układane w stopnie gradacji co ma służyć wyrażaniu natężenia pewnych cech lub dysfunkcji. Wraz z nimi utrwalają się społeczne miary sprawności lub powstają metody identyfikacji pewnych dyspozycji lub stwierdzenia ich braku, co uprawnia do instytucjonalnej pomocy. Różne zmienne jakie wykorzystywane są do instytucjonalnych ewaluacji w których to status jest kategorią uprawniającą bądź wykluczającą – z zasiłku, udziału w projekcie czy dostępu do pracy, stają się być kluczową determinantą społecznej aktywności lub pasywności. W dobie ocen działań polityki społecznej, niezbędnym elementem dyskusji staje się analiza zagrożeń i korzyści operowania statusem w instytucjonalnych zasadach jego nabywania.

Status obecny jest także w modelu podziału społecznego gdzie wskazuje na podklasy, które ze względu na swoją charakterystykę stają się wykluczane z pewnych społecznych pozycji. Pojęcie to staje się także dystynkcją ekonomiczną, która ujmuje nasze konsumenckie ale i społeczne możliwości dostępu do dóbr czy własności. W Marksowskiej koncepcji alienacji to właśnie własność jest zmienną, która stawia jedne osoby w pozycji uprzywilejowa-

nej a inne na nieuprzywilejowanej. Tutaj, status ekonomiczny określa nasze szanse i aspiracje na dobra materialne. Owy system gradacji i nierówności społecznej ujęty przez pryzmat kapitalistycznych stosunków pracy i własności- to tylko jedno spojrzenie na status, który może być zależny od społecznych granic możliwości ludzi zajmujących daną pozycję społeczną.

Status określa także stan zdrowia zarówno fizycznego jak i psychicznego. Zdrowie i sprawność jako kryteria kategoryzacji statusu osób uprawnionych do opieki medycznej, są tematem istotnym bo regulującym demograficzny stan ludności oraz jakość jego życia. Jak wskazuje literatura „zdrowie analizowane może być z perspektywy umiejętności efektywnego pełnienia przez jednostkę ról społecznych oraz jej zdolności do nawiązywania stosunków społecznych i wypełniania oczekiwań wynikających z przynależności do grupy (Kaszyński 2004, s.11). Dlatego też konteksty zdrowia psychicznego oraz operowania statusem dla oceny jakości tego zdrowia, oceny szans na polepszenie stanu zdrowia lub prognoza socjalnego statusu osoby chorej stają być tematem spójnie łączącym kategorię statusu ze społecznym znaczeniem zdrowia.

Tym samym ograniczenia zdolności psychicznych i fizycznych człowieka, dzielą obywateli także wobec prawa - na tych, którzy chcieliby wykorzystać pracę, jako formę aktywizacji społecznej i mają do tego odpowiedni status i tych, którzy bez owego statusu zderzają się z barierami. Tego rodzaju dysproporcje można uznać za ryzyko wynikające z błędów w procesie formalizowania. Owe ryzyka pojawiają się tam, gdzie status staje się wskaźnikiem skalowania problemów społecznych. Wtedy to może dochodzić do nadmiernego rygoryzmu przepisów, dublowania działań urzędniczych kosztem realnej pomocy czy nieadekwatności przepisów do działań i celów instytucji (Kurnal 1972, s.130).

W potocznym języku używamy kategorii statusu dla określenia zespołu obowiązków ale i przywileji jakie są nabywane wraz ze statusem: studenta, emeryta czy osoby niepełnosprawnej. Operowanie statusem w zinstytucjonalizowanym życiu społecznym, stało się także kategorią istotną w obszarze polityki społecznej, w której status staje się kategorią przybliżającą bądź oddalającą od pomocy instytucji samorządowej. Status stał się także dychotomią w ocenie [nie] i pełnosprawności, jak określa to B. Balcerzak-Paradowska „*podstawą określenia i wyodrębnienia osób niepełnosprawnych w systemie prawnym i w rzeczywistości społecznej jest orzecznictwo o niepełnosprawności, przynajmniej status osoby niepełnosprawnej*”(Balcerzak -Paradowska, Hebda -Czaplińska 2002, s.285)”. Status nadaje określone prawa w zakresie korzystania ze świadczeń społecznych, zdrowotnych, pomocy w aktywizacji zawodowej, prawa do wydłużonego urlopu wypoczynkowego w pracy.

Status to kategoria dotycząca także podmiotów takich jak zakłady pracy chronionej, które są zo-

bligowane wobec ustawodawcy czerpać korzyści podatkowe tylko wtedy gdy zapewniają warunki i zasady zatrudnienia ustalone w ustawie (Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu niepełnosprawnych). Tego typu podmioty wraz z nowelizacją powyżej wspomnianej ustawy, mogą utracić status zakładu pracy chronionej a więc i status potencjalnego pracodawcy. Od 1 stycznia 2012 r. zgodnie ze zmianami ustawy, status taki otrzymują firmy, które zatrudniają co najmniej 50% osób z niepełnosprawnością i co najmniej 10% osób z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym i znacznym. Tutaj pojęcie statusu także okazuje się barierą wobec potrzeby uelastyczniania rynku pracy dla osób chorych psychicznie.

Paradoksalnie kategoria statusu zobowiązuje do utrzymania owej pozycji, choćby poprzez doprowadzenie szans na poprawę zdrowia lub brak perspektyw na jego poprawę. Podmioty zmuszane są do sprostania nowym warunkom jakie wyznacza ustawodawca. I choć za wartość społeczną można by uznać w Polsce zdrowie, które choć dopiero na piątej pozycji celów i dążeń społecznych w hierarchii Polaków to jednak jest uznawane za wartość, to jednak tego rodzaju zwiększanie warunków utrzymania statusu dla podmiotów, które realizują działania aktywizacyjne wydaje się przeczyć wspieraniu zdrowia psychicznego jako wartości społecznej (Raport CBOS, Cele i dążenia życiowe Polaków, s.3). Paradoksem instytucjonalnego operowania statusem bywają sytuacje gdy poprawa stanu zdrowia może prowadzić do odbierania przywilejów jakim jest choćby zasiłek pielęgnacyjny, czy konsekwentna utrata statusu oraz idąca za tym, utrata materialnych form pomocy.

Ten dualizm statusu -społecznego i normatywnych jego ograniczeń – budzi kontrowersje. Problem orzekania o statusie, determinujący społeczne uprzywilejowanie zderza się z zarzutem wyuczzonej nieudolności urzędniczej czy instytucjonalnego rygoryzmu (Merton, 2002, s.258). Ta nieudolność to nie tylko granice elastyczności i interpretacji prawa, jakie stosują urzędnicy orzekający o statusie ale dotyczą one nieadekwatności interpretacji, czy rutyny stosowania narzędzi do ogółu osób posługujących się danym statusem. To odejście od indywidualizmu dopasowującego narzędzia pracy, metody do przypadku stają się krytyką biurokracji jako systemu w którym podporządkowanie się celom instytucji nie jest tożsamy z rozwiązywaniem problemów. Owe zadaniowe i rutynowe operowanie statusem, które dokonuje się poprzez wyznaczanie statusu legitymizowanego mocą ustawodawcy, zderza się ze społecznymi skutkami podziałów jakie generuje status. Status staje się tutaj obosiecznym mieczem, który niejednokrotnie staje się źródłem i szansą na zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych i jednocześnie odmawia rehabilitacji przez pracę – która może być źródłem afiliacji.

### **Możliwości i zagrożenia związane z uzyskaniem statusu osoby niepełnosprawnej**

Można zadać sobie pytanie, czy skoro pełniemy wiele ról społecznych możemy czerpać korzyści z wielu statusów? Publiczny podział środków wsparcia, może przyjmować różne koncepcje ustalające hierarchie problemów ważnych społecznie. Otóż łączne czerpanie korzyści z więcej niż dwóch statusów staje się także kontrowersyjne w obliczu pojęcia sprawiedliwości społecznej. Także współczesne koncepcje *empowermentu* ograniczające pomoc społeczną i przeciwdziałające wyuczzonej bezradności stają się tematem dyskusji przy konstruowaniu nowych form pracy socjalnej (Frysztacki 2009, s.225). Naznaczanie statusem staje się także czynnikiem włączającym do grup wykluczonych chorych psychicznie, co jak wskazuje E. Czykwin, nie tylko poszerza grono wykluczanych ale staje się czynnikiem statusu (Czykwin 2009, s. 21).

Pojawia się wobec tego pojęcie stygmatu, które pełni rolę piętnującą, szczególnie wobec osób chorych psychicznie, odsyła do interpersonalnej gry między aktorem a publicznością niechętną mu z racji jego odmienności oraz konsekwencji tego faktu dla aktora (Czykwin 2009, s. 30). Stygmat ten bowiem zawiera się w statusie, który ogranicza społeczną racjonalność czy umiejętność funkcjonowania w życiu społecznym zgodnie z oczekiwaniami ogółu społeczeństwa w wymiarze pracy, życia towarzyskiego czy rodzinnego.

Pojawia się tutaj niezbędność orzekania o chorobie psychicznej, która ma stanowić bezpieczeństwo socjalne dla osoby, która może zostać ubezwłasnowolniona całkowicie lub częściowo (Nowak 1999, s.36). Możliwości i bariery jakie kryją ustawy takie jak: o ochronie zdrowia psychicznego, ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, kodeks cywilny to prawny kontekst realiów w jakich funkcjonują osoby chore psychicznie. Te ramy funkcjonowania osób chorych psychicznie w zakresie zabezpieczenia socjalnego, finansowania opieki medycznej jak i zdolności prawnej osoby chorej psychicznie w sytuacji nawrotu jej choroby to wieloaspektowe i złożone sytuacje z jakimi spotykają się włączeni w tę grupę społeczną. Narracje osób młodych, starszych, samotnych lub posiadających rodzinę, to tylko nie liczne różnice jakie wpisują się w odmienne statusy osób chorych psychicznie.

Są jednak zmienne, które okazują się wpływać na statusu jednak nie da się ich prognozować. Są nimi: nastawienie rodziny do chorego - lojalność i troska o osobę chorą na czas wzmożonego okresu choroby, zabezpieczenie sytuacji finansowej i socjalnej osoby chorej lub incydentalne porzucanie osoby chorej czy wykorzystywanie pogorszenia zdrowia do prawnego pozbawienia majątku. Te ryzyka sytuacyjne, ukazują wątpliwość społecznych możliwości osoby chorej które są równie ograniczone w rodzinie jak i wobec instytucji.

Instytucja oraz aparat biurokratyczny także operuje statusem jako kategorią ujmowaną nie tylko w ustawach definiujących status chorych. Przykładem tego jest określenie i wyodrębnienie osób niepełnosprawnych w systemie prawnym i w rzeczywistości społecznej w orzecznictwie o niepełnosprawności, przyznające status osoby niepełnosprawnej (Balcerzak –Paradowska, Hebda –Czaplińska 2002, s.285). Osoba chora psychicznie aby ubiegać się o pomoc z funduszu poza rentowego, także winna posiadać orzeczenie o chorobie psychicznej jako formie niepełnosprawności. To właśnie prawna wartość decyzji orzeczeń o stopniu niepełnosprawności lub o niezdolności do pracy, staje się determinantą wymiaru społecznego doświadczania statusu. Decyzja o stopniu niepełnosprawności z nakierowaniem na cel jakiemu ma służyć (np. uczestnictwo w terapii zajęciowej lub zatrudnienie) choć w przypadku umiarkowanego stopnia niepełnosprawności ograniczenia czasu pracy mogą stać się barierą przed wykonywaniem pracy.

Problemem jednostki jest nie tylko trudność utrzymania statusu, jego ciągłość która może się zmienić wraz z poprawą zdrowia lub jego pogorszeniem ale status może zostać utracony przez nie spełnienie wymogów administracyjnych –które w sytuacji nasilenia się choroby psychicznej nie są proste do wykonania dla osoby chorej, gdy nie ma osób innych czuwających nad jej społecznymi obowiązkami. Samo zadbanie o opiekę dla osoby chorej psychicznie, wymaga starań albo to samej osoby chorej świadomej swoich ograniczeń albo członków rodziny lub osób innych. Wobec tego, płynność w utrzymaniu statusu staje się kierunkiem aspiracyjnym wielu, posiadających status niepełnosprawnego lub też wśród tych, którzy go utracili lub o niego się ubiegają. Co istotne przeciwdziała się w instytucji podwójnym statusom, które mogą podwójnie zobowiązywać ale i uprzywilejować. Wobec tego jak wskazują dla przykładu autorzy, statusu osoby bezrobotnej nie może uzyskać osoba, która nabyła prawo do renty inwalidzkiej (Balcerzak –Paradowska, Hebda –Czaplińska 2002, s. 285 -286)". Tym samym status może być nadawany przez instytucję na czas określony lub nieokreślony w zależności od szans na powrót do pełnego zdrowia. Czas nieokreślony, gdy stan zdrowia nie rokuje poprawy oraz czas określony, gdy stan zdrowia może ulec poprawie.

Status okazuje się być także instytucjonalnym narzędziem, które ma wyznaczać standardy pomocy oraz zakres wsparcia do jakiego jednostka jest uprzywilejowana. Paradoksalnie status może także wykluczać ze wsparcia.

To co istotne poza definiowaniem to także skalowanie stopni statusu. Obserwujemy instytucjonalne skale niepełnosprawności uwzględnione w ustawie w której wskazuje się na lekki stopień niepełnosprawności, umiarkowany oraz znaczny stopień niepełnosprawności. Szczegółowo medycznie ale i psychicznie określa się zasób czynności, umiejętności jakie na danym poziomie winna wyko-

nać osoba ubiegająca się o określenie stopnia niepełnosprawności. Instytucje jako organy orzekające o statusie, posługują się dwoma trybami orzecznictwa i tym samym posługują się odrębnym zakresem uprawnień jakie nadawane są wraz z uzyskaniem statusu.

Wskazuje się zatem na dwa tryby orzekania o niepełnosprawności, orzekanie dla celów ubezpieczeniowych (rentowych) są to orzeczenia wydawane są przez lekarza orzecznika gdzie podstawowym celem jest ustalenie zakresu i czasu niezdolności do pracy. Zakłady Ubezpieczeń Społecznych są tego typu instytucją, która dla osób chorujących poprzez uzyskanie orzeczenia, gwarantuje ubezpieczenie zdrowotne i społeczne adekwatne do stanu zdrowia i niezdolności do pracy.

Drugi wymiar nadawania statusu to orzekanie dla celów poza ubezpieczeniowych przez wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności, które określają stopień niepełnosprawności (znaczny, umiarkowany, lekki). Z perspektywy osoby chorej psychicznie, nie bez znaczenia jest uzyskanie statusu dla celów rentowych, gwarantujących środki do życia ale także orzeknięcie stanu zdrowia, który jest niezbędny dla skierowania na terapię zajęciową czy pracę w grupie w zakresie swojego schorzenia. Takie formy leczenia w których afiliacja jako potrzeba uspołecznienia, jest istotna nie jest bez znaczenia w przypadku chorób psychicznych. Także ergoterapia jako społeczna rehabilitacja przez pracę, tworzenie rzeczy, produktów, samodzielne realizowanie zadań to forma powrotu do homeostazy psychicznej i społecznej. Status osoby niepełnosprawnej staje się tutaj także zmienną istotną do zakwalifikowania do pracy w zakładach pracy chronionej, które dedykowane są tym którzy nie mają realnych szans znalezienia zatrudnienia na otwartym rynku pracy (Nowak 1999, s.74).Tego rodzaju uprawnomocnienia statusu okazują się być istotne dla wielu grup wykluczonych jednocześnie dysfunkcyjnych w zakresie poruszania się po systemie administracji. Jednocześnie ciągłość statusu dla tego typu wykluczonych staje się być determinantą i przepustką do uczestnictwa w formach kształcenia, aktywizacji czy integracji. Tam gdzie wskaźniki statusu stają się przybliżać bądź oddalać do udziału w kursie czy otrzymaniu pracy status staje się wyznacznikiem możliwości społecznych.

### **Operowanie kategorią chorego psychicznie a ryzyko wykluczenia społecznego**

Na bazie strachu, wzbudzania lęków społecznych rozwijały się nie tylko nacjonalizmy ale także dochodziło do wielokrotnych społecznych osądów. Bywa, że i status wpisuje jednostkę w grupę, która posiada uogólniony i stereotypowy wizerunek, który dominuje w opinii publicznej. Wzbudzanie lęku i wrogości ma swoje miejsce także w budowaniu mitów na temat takiej grupy społecznej jak chorzy psychicznie.

Operowanie stygmatem „choroby psychicznej” stało się także symbolem grozy, wobec której przyjęło się klasyfikować potencjalnych dewiantów społecznych (Czykwin 2009, s.354). Pogłębianiu ostrych podziałów pomiędzy normalnością a odmiennością, sprzyjają jednolite przekazy medialne ale także opinie czy oceny ekspertów które selekcyjnie podawane jako źródło informacji budują obraz grup ryzyka – które są potencjalnym społecznym zagrożeniem. Nawet jeżeli w obywatelskim społeczeństwie sektor pozarządowy popularyzuje wiedzę o chorobach psychicznych, to jednak inkluzja osób chorujących w sferę życia zawodowego, nadal jest trudna z powodu barier społecznych o charakterze mentalnym. Szczególnie w sytuacji nie komfortowej sytuacji na polskim rynku pracy, gdzie przybywa grupy bezrobotnych lub słabo opłacanych sprawa pracy dla chorych psychicznie wydaje się być marginalizowana. Tego rodzaju warunki nie są korygowane przez odpowiednie rozwiązania prawne i finansowe w których to pracodawca widziałby korzyści w tworzeniu warsztatów pracy dla osób chorych psychicznie. Tym samym, tam gdzie problem zmienności i gwałtowności przebiegu choroby psychicznej uniemożliwia pełną dyspozycyjność zawodową można byłoby umożliwiać aktywizację.

Tymczasem status niepracującej osoby chorej psychicznie, staje się dominującym. Często gdy zostaje orzeczone niepełnosprawność wysiłek osoby i jej rodziny koncentruje się na tym, aby ów status utrzymać. Co więcej fakt wyjawiania lub zatajania choroby psychicznej, niesie z sobą dylemat zaufania społecznego – zarówno po stronie chorującego jak i pracodawcy. Wpływają na te dylematy negatywne odniesienia – zarówno po stronie pracodawców, którzy liczą na punktualność, niezawodność i rzetelność pracownika a spotkali się z naruszeniem tych zasad. Także chorujący psychicznie, mają swoje negatywne odniesienia, które skłaniają do skupienia się na utrzymaniu statusu bez aspiracji zawodowych.

W ten sposób w społeczeństwie ryzyka konstruują się obraz osób chorych psychicznie, jako osób niepewnych, obarczonych piętnem zagrożenia, jakie identyfikowane jest z typem choroby. Co ciekawe wyjawianie faktu choroby psychicznej staje się argumentacją w ocenach społecznych, motywach zachowań bo w potoczności to stwierdzone (nie zawsze potwierdzone) fakty i zewnętrżność stają się impulsem do formułowania opinii.

Jak wskazuje E. Czykwin, prostota formułowania stereotypów dotyka wszystkich obszarów postrzeganych za naruszenie normy. Tą zachwianą normą jest zdrowie psychiczne lub jego brak, określony lub orzeczony statusem. Jak stwierdza

„nadwaga czy otyłość ale także pozostawianie na wózku inwalidzkim, bycie osobą z Downem, z widocznymi dermatologicznymi defektami, chromą, garbatą jest postrzegane jako odbiegające od pryncypialnej normy. Dziś to co zewnętrzne jest postrzegane jako symptom tego, co wewnętrzne” (Czykwin 2009, s.343).

Komentarz i jednocześnie społeczny wyrok na osobę chorą psychiczną zapada w dyskursie medialnym najczęściej jako konkluzja czy wyjaśnienie motywów napaści, zabójstwa czy samobójstwa. Ten stygmat jak wskazuje koncepcja stygmatu przylega wyjątkowo silnie do „byłych pensjonariuszy zakładów psychiatrycznych lub osób leczonych psychiatrycznie” (Czykwin 2009, s.46). W ten sposób utrwalają się stereotypy i groza przed ową grupą ryzyka, wobec której większość obywateli nie wie jak postąpić w sytuacji która powinna być identyfikowana jako np. schizofreniczny epizod. O ile o zdrowiu psychicznym wspominają kampanie społeczne to brak profilaktyki zachowań w sytuacji incydentu z osobą chorą psychicznie w takich sytuacjach jak praca zawodowa, nadal oddala pracodawców od akceptacji pracownika, o którym wie, że jest on chorującym.

Wobec takich problemów niezbędne wydaje się promowanie podstawowej wiedzy o chorobach psychicznych ale także o objawach i pomocy chorym w sytuacjach zagrożenia. W ten sposób społeczne budowanie oporów i lęków przed grupą której zachowań nie jesteśmy stanie przewidzieć (równie jak większości obcych nam osób) operowanie kategorią statusu chorego staje się formą opresji społecznej (Barnes, Graham 2008, s.28). Jedne z form tak owej opresji jest marginalizacja i bezsilność, która pogłębia lęki tych, którzy podejmują się leczenia i jednocześnie są świadomi niewielkiego wyboru lub znikomej kontroli nad własnym życiem (Barnes, Graham 2008, s.31). Nie bez znaczenia jest tutaj kulturowy wizerunek niepełnosprawności i łączenia dysfunkcji fizycznych z chorobami psychicznymi czy upośledzeniami – ten zbiór odmienności wpisuje się w kategorię wykluczenia, choć jego społeczny i prawny wymiar ma nie tylko odmienne podstawy ale każde z nich utrwała społeczne obawy i lęki przed grupami osób, które stają się grupami ryzyka wobec współuczestniczenia w życiu społecznym. Wobec takich procesów jak gettoizacja, tworzenie instytucjonalnych i społecznych enklaw, wobec których nie wiemy jak się zachować, jak reagować na ich zachowanie, lub jak i czy wchodzić z nimi w relacje, utrwalają schematy ocen i opinii w których to status „chorego psychicznie” staje się stygmatem zapisanym w statusie chorego.

## Zakończenie

Refleksja nad operowaniem kategorią statusu przez ustawodawcę, instytucje ale i media skłaniają do analizy uproszczeń jakie pojawiają się wraz z etykietowaniem (Howard 2009, s.180). O ile status staje się narzędziem operującym segmentami osób, które cechują pewne dysfunkcje i w związku z tym akceptowane jest udzielanie materialnego i niematerialnego wsparcia, o tyle pejoratywna wyłączność komentarzy medialnych wpisująca w dekiacje społeczne na różnym tle informacje o fakcie (przeszłego lub obecnego) leczenia psychiatrycz-

nego, kreują podmiotowo grupy ryzyka społecznego. Zarówno instytucjonalne błędy wynikające z trudności dopasowania aktów normatywnych do sprawnego funkcjonowania zasad nabywania statusu i jego utrzymania, jak i społeczna opresja w wymiarze rynku pracy, aktywności towarzyskiej czy edukacyjnej, ukazują spektrum ukrytych nierówności społecznych. Wraz z wdrażaniem ocen skuteczności działań społecznych warto zastanowić się nad barierami utrzymania ciągłości statusu u osób chorych psychicznie. Zaburzone funkcjonowanie społecznych umiejętności takich jak punktualność, świadomość konsekwencji zaniechania pewnych obowiązków czy kompletowania historii choroby to elementarne czynniki, które z perspektywy instytucjonalnej są nieistotne a z perspektywy społecznej są wskaźnikami utrzymania statusu. Wypełnienie prostych administracyjnie czynności, staje się determinantom utrzymania owego statusu. Wobec tych instytucjonalnych błędów które osadzone na rygorystycznym normatywnym nie pozostawiają wątpliwości w zakresie fizycznych i psychicznych barier jakie człowiek może spotykać na drodze komunikacji z urzędem, kwestia wykluczenia przez status okazuje się być nie tylko socjologiczną tezą. Wobec podjętego problemu, mówienie o statusie chorych psychicznie z perspektywy zagrożenia wykluczeniem administracyjnym wydaje się być podstawą do analizy funkcjonowania statusu tej grupy w społeczeństwie.

#### Literatura:

- Balcerzak-Paradowska B., Hebda-Czaplińska I. (2002), *Sytuacja osób niepełnosprawnych w Polsce*. Raport IPiSS. Zeszyt nr 22, Wyd. IPiSS, Warszawa.
- Barnes C., Mercer, G. (2008), *Niepełnosprawność*. Wyd. Sic, Warszawa.
- Becker H. (2009), *Outsiderzy: studia z socjologii dewiacji*. Wyd. PWN, Warszawa.
- Czykwin E. (2009), *Stygmat społeczny*. Wyd. PWN, Warszawa.
- Frysztański K. (2009), *Socjologia problemów społecznych*. Wyd. Scholar, Warszawa.
- Hill M. (2010), *Polityka społeczna we współczesnym świecie: analiza porównawcza*. Wyd. Difin, Warszawa.
- Kaszyński H. (2004), *Socjologiczna praca socjalna w trosce o zdrowie psychiczne*. Zeszyty Pracy Socjalnej, z. 9, Wyd. UJ, Kraków.
- Kurnal J. (1972), *O sprawności i niesprawności organizacji: szkice o biurokracji i biurokratyzmie*. Warszawa, Wyd. PWE.
- Merton R. (2002), *Teoria socjologiczna i struktura społeczna*. Wyd. PWN, Warszawa.
- Nowak A. (1999), *Wybrane edukacyjne i prawne aspekty niepełnosprawności*. Wyd. Impuls, Kraków.
- Szmatka J. (2007), *Małe struktury społeczne*. Wyd. PWN, Warszawa.
- Sztompka P. (2008), *Socjologia analiza społeczeństwa*. Wyd. Znak, Kraków.
- Raport CBOS/BS 161/2010, *Cele i dążenia życiowe Polaków*.
- Raport nr 10. Wyniki i wnioski z ogólnopolskiego badania sondażowego przeprowadzonego w ramach projektu pt.: *Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych* (2010), SWPS na zlecenie PFRON, Warszawa.
- Raport końcowy, *Badanie wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych cz. 5 Perspektywa osób chorych psychicznie*, Badanie finansowane ze środków PFRON.
- Ustawa z dn. 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008 r., Nr 14, poz. 92).
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.).