

## Rodzina, partnerzy i znajomi. Formy wsparcia i nie-wsparcia w narracjach osób z zaburzeniami lękowymi

Osobom z zaburzeniami lękowymi współczesna medycyna proponuje zazwyczaj leczenie farmakologiczne oraz podjęcie psychoterapii, z reguły bez wymogu długotrwałego pobytu na oddziale lub w szpitalu psychiatrycznym. Nadużyciem byłoby stwierdzenie, że funkcjonują one w sposób analogiczny do osób, którym nie dolegają żadne zaburzenia psychiczne, jednak wiele z nich oddaje się życiu rodzinnemu oraz zawodowemu, nawiązując bądź podtrzymując kontakty ze znajomymi i przyjaciółmi. Niniejszy tekst poświęcony jest temu, jak pacjenci ze wskazanymi przypadłościami odbierają i oceniają zachowania i postawy bliskich krewnych, życiowych partnerów (obojsza płci) oraz osób z grona znajomych, przy czym kryterium oceny jest tutaj zakres wsparcia i pomocy udzielanych osobom z zaburzeniami lękowymi. Innymi słowy, będę usiłował odpowiedzieć na następujące pytanie: jak, w optyce osób z zaburzeniami lękowymi, odnoszą się do nich (jako pacjentów, którym przyszło borykać się z określonymi psychicznymi przypadłościami) inne osoby – takie z którymi ci pacjenci dzielą mieszkanie lub z którymi spotykają się w czasie wolnym. Choroby i przypadłości zdrowotne wytwarzają u chorych zapotrzebowanie na pomoc, jaka miałaby płynąć zarówno ze strony specjalistów, jak i ze strony otoczenia społecznego<sup>1</sup>. Tego rodzaju wsparcie może łagodzić negatywne skutki choroby, odbijające się na pacjencie jako na członku społeczeństwa<sup>2</sup>. Także w przypadku zaburzeń psychicznych wskazuje się na

<sup>1</sup> „To, czy ktoś umiał radzić sobie z bólem i cierpieniem lub miał odpowiednie wsparcie, zarówno ze strony rodziny, specjalistycznych instytucji (psycholog, psychiatra, inni lekarze), jak i organizacji działających na rzecz chorych, nierzadko decyduje o kształcie niemalże całego świata, w którym chory musi żyć i działać po diagnozie”: H. Wierciński, „Udowodniono mi czym jest rak”. *Antropologiczne studium cierpienia w relacjach pacjentów chorych onkologicznie*, „Zeszyty Etnologii Wrocławskiej” 2013, nr 1(18), s. 51. Na temat wsparcia społecznego: H. Wierciński, *Rak. Antropologiczne studium narracji i praktyk*, Warszawa 2005, s. 227–242.

<sup>2</sup> M. Hammer, *Social networks and the long term patient*, [w:] *The chronic psychiatric patients in the community*, red. I. Barofsky, R. Budson, Lancaster 1983, s. 55.

znaczącą rolę wsparcia i pomocy niespecjalistycznej: „ludzie, którzy mogą liczyć na swoich bliskich, lepiej radzą sobie ze stresem oraz z sytuacją choroby”<sup>3</sup>. Wsparcie społeczne bywa różnie definiowane w literaturze przedmiotu<sup>4</sup>, natomiast jeżeli chodzi o źródła tego rodzaju wsparcia, to, według Anny Kacperczyk, wymienia się najczęściej rodzinę krewniczą, przyjaciół i znajomych, a także organizacje społeczne<sup>5</sup>; myślę jednak, że można również mówić o wsparciu uzyskiwanym od partnerów lub małżonków (jego istotne znaczenie pokaże zresztą niniejszy tekst).

Poniżej postaram się przedstawić, jak może kształtować się ocena wsparcia społecznego formułowana przez osoby z zaburzeniami lękowymi. Będzie to jednak również tekst o tym, jak w oczach osób z zaburzeniami lękowymi może wyglądać brak wsparcia i pomocy ze strony niektórych osób z otoczenia społecznego<sup>6</sup>.

Artykuł wchodzi w obręb antropologii psychiatrii lub też, według innej nazewnictwa nomenklatury, „antropologii medycznej zdrowia psychicznego”<sup>7</sup>, bardziej przekonuje mnie właśnie druga wprowadzona nazwa. Jest tak dlatego,

---

O amortyzacyjnej roli wsparcia społecznego w trudnych sytuacjach życiowych wśród Trobriandczyków pisał już Bronisław Malinowski: *Seks i stłumienie w społeczności dzikich oraz inne studia o płci, rodzinie i stosunkach pokrewieństwa*, tłum. B. Gołda, G. Kubica, Z. Mach, Warszawa 1987.

<sup>3</sup> S. Konrath, *Social support*, [w:] *Cultural sociology of mental illness. An A to Z guide*, red. A. Scull, Los Angeles–London–Singapore–New Delhi–Washington DC 2014, s. 822.

<sup>4</sup> Anna Kacperczyk, za dwoma badaczami, definiuje wsparcie społeczne jako „dostarczanie jednostce, która doświadcza jakiegoś rodzaju trudności, zasobów emocjonalnych, rzeczowych albo informacyjnych przez innych ludzi: I. McDowell, C. Newell, *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*, Oxford 1987, za: ”: A. Kacperczyk, *Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej*, Łódź 2006, s. 18. Za innym autorem polska badaczka wskazuje także, że wsparcie społeczne dzieli się na „wsparcie socjoemocjonalne – w postaci pochodzących od innych znaczących osób uczuć, sympatii, zrozumienia akceptacji [...] wsparcie instrumentalne – [...] uzyskiwane przez innych porady, informacje, pomoc fizyczną czy wsparcie finansowe”: P. Thoits, *Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress*, „Journal of Health and Social Behaviour” 1983, nr 23, za: A. Kacperczyk, *op. cit.*, s. 18–19.

<sup>5</sup> A. Kacperczyk, *op. cit.*, s. 17.

<sup>6</sup> Jako wymienne określenia dla „wsparcia społecznego” będę używał fraz „pomoc niespecjalistyczna” oraz „wsparcie niespecjalistyczne”.

<sup>7</sup> A. Kleinman, *Medical anthropology and Mental Health. Five questions for the next fifty years*, [w:] *Medical anthropology and the intersections*, red. M. Inhorn, E. Wantzell, Durham–London 2012.

że określenie „antropologia psychiatrii” może nadmiernie koncentrować uwagę na strukturach psychiatrii, jako prymarnym przedmiocie badań; tymczasem jest to tylko jeden z kontekstów, w jakim funkcjonują osoby z zaburzeniami psychicznymi; pozostałe konteksty to np. kontekst pomocy psychoterapeutycznej oraz kontekst otoczenia społecznego, istotny właśnie w przypadku osób z zaburzeniami lękowymi. W badaniach empirycznych z zakresu nauk medycznych poruszana była tematyka nieinstytucjonalnych form opieki, sprawowanych w ramach modelu tzw. psychiatrii środowiskowej nad osobami z różnymi zaburzeniami psychicznymi<sup>8</sup>. Także antropolodzy, których badania można ulokować w nurcie antropologii psychiatrii czy antropologii medycznej zdrowia psychicznego, zainteresowani byli funkcjonowaniem takich pozainstytucjonalnych przestrzeni opieki<sup>9</sup>. W tych przypadkach opisywano przestrzeń społeczną jako przestrzeń aranżowaną, uprzednio przygotowywaną na obecność osób z zaburzeniami psychicznymi, w której częściowo funkcjonowali specjaliści. W niniejszym tekście chciałem natomiast przedstawić odbiór przestrzeni społecznej, w jakiej moi rozmówcy egzystowali na co dzień, nieobjętej zabiegami przystosowawczymi, ale na różne sposoby reagującej na to, że interlokutorzy cierpieli na zaburzenia lękowe.

W toku prowadzonych analiz podążam za wskazówkami Artura Kleinmana, który postuluje, aby antropolodzy medyczni starali się rezygnować z takich – niekoniecznie użytecznych lecz tradycyjnie wykorzystywanych w analizie społecznego wymiaru funkcjonowania osób z zaburzeniami psychicznymi – kategorii, jak piętno czy naznaczenie<sup>10</sup>. Stąd też nie wprowadzam, z wyjątkiem jednego cytatu z pracy autorstwa lekarza psychiatrii, żadnej z tych kategorii: sytuacje braku wsparcia opisywane poniżej nie dają się bowiem, jak sądzę, sprowadzić do sytuacji bycia napiętnowanym, do życia ze stygmatem.

<sup>8</sup> Zob. M. Davies *et al.*, *Community adjustments of chronic schizophrenic patients in urban and rural settings*, „Hospital and community psychiatry” 1989, nr 8, s. 824–830; P. Bronowski, M. Zaluska, *Social support of chronically mentally ill patients*, „Archives of Psychiatry and Psychotherapy” 2008, nr 2, s. 13–19.

<sup>9</sup> Zob. np. A. Perzanowski, *Środowisko. Wykluczenie i reintegracja społeczna w praktyce psychiatrii środowiskowej*, „Lud” 2017 t. 101, s. 203–229; *idem*, *Antropologia i psychiatria. Społeczny wymiar deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej*, [w:] *Antropologia stosowana*, red. M. Ząbek, Warszawa 2013, s. 257–272; P. Brodwin, *The Coproduction of Moral Discourse in U.S. Community Psychiatry*, „Medical Anthropology Quarterly” 2008, nr 22(2), s. 127–147.

<sup>10</sup> A. Kleinman, *op. cit.*, s. 185–186.

Zastosowane będą pojęcia z zakresu badań nad narracjami. Termin „narracja” ma swoją genezę w obrębie nauk o literaturze, jednak w ciągu ostatnich kilkunastu lat narracja stała się kategorią o zdecydowanie empirycznym charakterze i odniesieniu<sup>11</sup>. Jeżeli chodzi o narracje budowane przez pacjentów, to przyjmuję za Arturem Frankiem stanowisko, iż formułowanie narracji na temat określonej przypadłości, to integralny aspekt chorowania – jeden z rozdziałów książki wzmiankowanego autora *The wounded storyteller*, zatytułowany został w sposób znamieny: „Choroba jako wezwanie do tworzenia narracji” (*Illness as a call for stories*)<sup>12</sup>. Inny z badaczy narracji „medycznych”, Lars Hyden, formułuje nawet dalej idącą sugestię, podkreślając, że „narracja odgrywa kluczową rolę w określaniu sposobu, w jaki choroba dotyka jednostkę”<sup>13</sup>. Jeżeli dodać do tego, że narracja wiązana jest prymarnie z wypracowanymi sposobami rozumienia, konceptualizowania rzeczywistości przez dany podmiot<sup>14</sup>, to można suponować, że z perspektywy pacjenta narracja o danym zaburzeniu psychicznym wyraża i jednocześnie buduje rozumienie tego zaburzenia oraz własnego życia z nim<sup>15</sup>, z kolei badaczowi – tu autorzy reprezentujący medycynę, antropologię medyczną i socjologię medycyny są w zasadzie zgodni – narracja taka udostępnia, przynajmniej w pewnym zakresie, świat przeżywany osoby chorującej na daną przypadłość<sup>16</sup>. Pojęcie „świata przeżywanego” przywołuję tutaj za fenomenologicznie zorientowaną socjologią, w której podkreśla się, że wzmiankowany termin „jest utożsamiany ze światem życia codziennego” danej osoby (obszarem zachowań i kontaktów społecznych jednostki a w szczególności ze znaczeniami nadawanymi „działaniom swoim i innych” osób<sup>17</sup>, w moim przypadku brany pod uwagę w kontekście udzielanego lub nieudzielanego wsparcia i pomocy.

<sup>11</sup> A. Lebkowska, *Narracja*, [w:] *Kulturowa teoria literatury. Główne pojęcia i problemy*, red. M.P. Markowski, R. Nycz, Kraków 2012, s. 181 i n.

<sup>12</sup> A. Frank, *The wounded storyteller: body, illness and ethics*, Chicago 1995.

<sup>13</sup> L. Hyden, *Illness and narrative*, „Sociology of Health and Illness” 1997, nr 19, s. 48–69.

<sup>14</sup> J. Trzebiński, *Narracyjne konstruowanie rzeczywistości*, [w:] *Narracja jako sposób rozumienia świata*, red. J. Trzebiński, Sopot 2001.

<sup>15</sup> A. Frank, *op. cit.*; L. Hyden, *op. cit.*

<sup>16</sup> H. Wierciński, *Nowotwór i technika medyczna w narracjach „ocalonych” pacjentów – na przykładzie chemio- i radioterapii*, [w:] *Nie czas chorować? Zdrowie, choroba i leczenie w perspektywie antropologii medycznej*, red. D. Penkala-Gawęcka, Poznań 2010, s. 159; L. Hyden, *op. cit.*, s. 48–69; T. Pasiński, *Choroba jako opowieść*, „Medycyna po Dyplomie” 2008, nr 9, s. 68–71.

<sup>17</sup> S. Mandes, *Socjologia fenomenologiczna*, [w:] *Encyklopedia socjologii*, t. 4, red. Z. Boksański, Warszawa 2002, s. 63.

## O rozmówcach i rozmowach

Materiał analityczny tworzą treści zawarte w 29 pogłębionych wywiadach otwartych, przeprowadzonych w latach 2015–2017 z osobami cierpiącymi na różnego rodzaju zaburzenia lękowe. W skład grupy osób, które wyraziły zgodę na udzielenie mi wywiadu, weszło łącznie 29 interlokutorów: 21 kobiet oraz 8 mężczyzn; można jeszcze dodać dla porządku: urodzonych i zamieszkałych w Polsce. Taka, wyraźnie „genderowa”, dysproporcja jest pochodną kilku czynników. Po pierwsze, specjaliści zajmujący się zaburzeniami lękowymi od strony klinicznej, wyraźnie podkreślają, że niektóre z tych zaburzeń, takie jak fobie specyficzne czy generalne (uogólnione) zaburzenia lękowe, zdecydowanie częściej dotyczą kobiet niż mężczyzn<sup>18</sup>; według innego źródła, dotyczy to również zaburzenia agorafobii<sup>19</sup>. Po drugie, wynika ona także z tego, że większość rozmówców i rozmówczyń (łącznie 23 osób) rekrutowana była spośród uczestników grup funkcjonujących w przestrzeni serwisu społecznościowego Facebook.com, a zrzeszających osoby z różnego rodzaju problemami natury psychicznej (zaburzenia lękowe, schizofrenia, borderline, depresja itp.), przy czym w grupach tych zdecydowanie częściej udzielają się kobiety – one stanowią też zauważalnie większą część „zapisanych” do poszczególnych grup osób. W pewnym momencie byłem członkiem, mniej więcej, 10 takich grup – mam więc stosowne rozeznanie w tej materii. Po trzecie, mężczyźni, do których wystosowywałem poprzez wskazany serwis społecznościowy prośby o udzielenie wywiadu w związku z prowadzonymi badaniami, okazali się zdecydowanie mniej – w porównaniu do kobiet – chętni do rozmowy: albo w ogóle nie odpowiadali na moje prośby, albo pisali, że nie są zainteresowani tego rodzaju konwersacją.

Jeżeli chodzi o pozostałą piątkę interlokutorów, to dwoje z nich (kobieta oraz mężczyzna) zgodziło się na rozmowy ze mną po tym, jak moja znajoma, która pracuje jako psycholożka kliniczna, poinformowała ich, że prowadzę badania nad narracjami o zaburzeniach lękowych, kierując do nich pytanie, czy sami nie chcieliby wziąć w nich udziału jako moi interlokutorzy – wyrazili oni wówczas zgodę na spotkanie ze mną (a nawet sami do mnie zadzwonili!); natomiast z dwiema kolejnymi rozmówczyniami skontaktowałem się dzięki koleżance, która przekazywała informacje o moim projekcie swoim znajomym z Facebook.com; jeden rozmówca napisał do mnie maila po tym, jak opublikowałem ogłoszenie o realizowanych badaniach na forum

<sup>18</sup> J. Stirling, J. Hellewell, *Psychopatologia*, tł. M. Trzebiatowska, Gdańsk 2005, s. 93.

<sup>19</sup> *Ibidem*, s. 95.

osób z fobią społeczną – był to mój pierwszy rozmówca i zarazem jedyna osoba, która zgłosiła się do mnie po tym, jak zamieściłem stosowne informacje na kilku forach, skupiających właśnie osoby ze wskazanym zaburzeniem (spotkanie poprzedziła, w tym przypadku, trwająca około dwóch tygodni wymiana maili dotyczących czasu, miejsca udzielenia wywiadu, ogólnej tematyki samej rozmowy itp. zagadnień). Znaczna część wywiadów była przeprowadzana w Warszawie. Niektóre były jednak realizowane przez telefon – z uwagi na to, że moi rozmówcy mieli obiekcję przed spotkaniem twarzą w twarz, bardziej odpowiadała im komunikacja telefoniczna. Zdecydowałem się uszanować ten wymóg, nie rezygnując jednocześnie z próby pozyskania od nich informacji<sup>20</sup>. Przykładowo, Eliza [25], skądinąd osoba z Warszawy, studiująca w stolicy, otwarcie mi zakomunikowała, że tylko forma kontaktu telefonicznego jest w jej wypadku możliwa. Wydaje mi się również, po przestudiowaniu zarówno wywiadów przeprowadzonych „twarzą w twarz”, jak i tych realizowanych z wykorzystaniem telefonu, że nie ma między nimi aż tak znaczących, daleko idących różnic. Z kilkoma osobami rozmawiałem dwukrotnie – zadając im, rzecz jasna, pytania innej treści, dopytując o pewne interesujące mnie zagadnienia<sup>21</sup>. Zgodnie z typową praktyką badań jakościowych wywiady były nagrywane na dyktafon. Następnie podlegały one transkrypcji; ostatecznie pracowałem na materiałach pisanych.

Przyjęcie wywiadu jako głównej metody pozyskiwania danych wiąże się z chęcią poznania, jak sfera otoczenia społecznego odbierana jest przez osoby doświadczające zaburzeń lękowych, a zgodzić się można z opinią, że wywiad otwarty „daje wgląd w punkt widzenia uczestników badania i pozwala na lepsze odzwierciedlenie ich perspektywy<sup>22</sup>”. Wybór takiej właśnie metody moty-

<sup>20</sup> Moja znajoma, pracująca jako psycholożka kliniczna, uprzedzała mnie, że np. osoby z fobią społeczną raczej nie będą chciały spotkać się ze mną osobiście.

<sup>21</sup> Na zasadzie etnograficznej ciekawostki, egzemplifikującej jednak pewne trudności z pozyskaniem rozmówców, dodać można, że we wspomnianych grupach natrafiłem na trzy cierpiące na zaburzenia lękowe uczestniczki zamieszkałe w tej samej dzielnicy miasta, w której mieszkam ja (Ursus). Jednak koniec końców z żadną z nich nie było mi dane się spotkać i porozmawiać – pierwsza, mająca fobię społeczną i w zasadzie niewychodząca z domu, dwa razy na propozycję spotkania odpowiadała odmownie; druga wymówiła się brakiem czasu; trzecia, początkowo chętna na rozmowę, nie stała się w umówionym miejscu o umówionej godzinie, a później pisała o konieczności przygotowania się do egzaminów poprawkowych w związku z nauką w liceum i zagrożeniem powtarzaniem roku szkolnego.

<sup>22</sup> S. Gudkova, *Wywiad w badaniach jakościowych*, [w:] *Badania jakościowe. Metody i narzędzia*, red. D. Jemielniak, Warszawa 2012, s. 116.

wowany jest również innym względem. Realizacja badań z wykorzystaniem obserwacji uczestniczącej wydała mi się o tyle niewskazana, że obecność antropologa mogłaby wnieść znaczny stres w codzienne życie rozmówców, a tego, z uwagi na stan ich zdrowia psychicznego, chciałem uniknąć; wystarczająco stresująca była dla niektórych moich rozmówców sama sytuacja wywiadu (o czym piszę niżej). Nadto obecność antropologa w domu danej osoby wymagałaby również zgody innych domowników, mogłaby im również być nie na rękę. Stąd też wywiad otwarty wydał mi się w tej sytuacji najbardziej akceptowalną metodą.

Odnosnie do realizacji wywiadów otwartych, należy zdać sobie sprawę, że kwestie związane ze zdrowiem psychicznym należą do sfery zagadnień wrażliwych, ewokować mogą u interlokutorów przykre doświadczenia z przeszłości<sup>23</sup>. Zgodzić się należy z sugestią, iż w wywiadach z osobami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne cienka granica oddziela „oddawanie głosu” takim osobom (aby same mogły opowiedzieć o życiu z danym zaburzeniem) od ich „wykorzystywania”: instrumentalizowania faktu, że przyszło im się zmagać z taką, a nie inną przypadłością psychiczną<sup>24</sup>. Stąd konieczność odpowiedniego prowadzenia rozmowy: „szkody psychiczne wyrządzone nierozważnym «odmrażaniem» bolesnych wspomnień i emocji mogą być niepowetowane!”<sup>25</sup>. Starłem się zapewnić moim rozmówcom komfortowe warunki rozmowy, jednak przyznać muszę, że czasami zdarzało mi się kierować rozmowę na obszary tematów „nieprzyjemnych”, dopytywać o kwestie, które uznawałem za priorytetowe z punktu widzenia prowadzonych badań, ale które dla nich wiązały się z przykrymi wspomnieniami. Starłem się jednak, aby takich wątków nie eksploatować zbyt długo. Ogólnie rzecz ujmując, badaczowi rozmawiającemu o takich zagadnieniach, jak życie z zaburzeniem psychicznym, trudno jest jednak ocenić i przewidzieć, czy np. pytanie o reakcję rodziny okaże się pytaniem „drażliwym”, prowokującym silne emocje u interlokutora, czy pytaniem, na które będzie on odpowiadał bez śladu skrępowania czy emocjonalnego poruszenia. I jedno, i drugie postawy obserwowałem podczas realizowanych wywiadów. Cierpiący od wielu lat na fobię społeczną Andrzej [21] czerwielił się i drżały mu ręce, także w jego głosie wychwycić można

<sup>23</sup> K. Kość-Ryżko, *Etnolog w labiryncie znaczeń kulturowych. Psychologiczne wyzwania badań terenowych*, [w:] *Tematy trudne. Sytuacje badawcze*, red. I. Kuźma, Łódź 2013, s. 19.

<sup>24</sup> A. Perzanowski, *Daremność i nadzieja. Psychiatryczna opieka rodzinna w perspektywie antropologicznej*, Warszawa 2018, s. 289.

<sup>25</sup> K. Kość-Ryżko *op. cit.*, s. 19.

było napięcie – a dodać należy, że rzeczony rozmówca, z uwagi na swoją dolegliwość, zgodził się porozmawiać ze mną nie w miejscu publicznym lecz w swoim samochodzie, na jednym ze stołecznych parkingów wcześniej rano; Maria [30], którą od wielu lat trapią zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, podczas rozmowy wybuchła w pewnej chwili płaczem, a po przeprowadzonym wywiadzie zaczęła nerwowo rysować długopisem na serwetce (spotkanie miało miejsce w lokalu restauracyjnym), co odbierałem jako wysiłek podjęty w celu zniwelowania napięcia i stresu. Takie reakcje nie były jednak obserwowane u wszystkich interlokutorów. Niektórzy z nich rozmawiali ze mną bez żadnych widocznych oznak skrępowania, np. 24-letnia Anna, wysoka, atrakcyjna, pewna siebie i wysportowana dziewczyna, która dość swobodnie opowiadała o własnych lękach fobicznych i kompulsjach psychicznych (dotyczących np. myśli o zabiciu swojej matki lub innych osób) podczas spotkania w jednej z warszawskich kawiarni, mało przejmując się tym, czy jej wyznania usłyszy ktoś z postronnych klientów lokalu.

Scenariusz rozmowy rozpoczął się od ogólnego pytania „Jak to się stało, że cierpisz/cierpi pan/cierpi pani na zaburzenia lękowe?” i biegł w kierunku pytań, obejmujących to, jak do moich rozmówców odnosiły się inne osoby z otoczenia społecznego (pytania oscylowały np. wokół tego, jaka była reakcja znajomych, gdy powiedziała im o swoim zaburzeniu, jak odnosili się do danej osoby członkowie rodziny w sytuacji np. napadów lęku, czy podejście danego rodzica z czasem uległo zmianie, czy dana osoba zdecydowała się powiedzieć członkom swojej rodziny o zdiagnozowanym zaburzeniu i jaka była wówczas reakcja bliskich).

Wywiady trwały zwykle ponad godzinę, a najdłuższa przeprowadzona rozmowa zajęła prawie dwie i pół godziny. W trakcie realizacji wywiadów zwracałem uwagę, by osoby rekrutowane do badań miały postawioną (przez psychologa klinicznego bądź lekarza psychiatrę) diagnozę o występowaniu zaburzeń lękowych. Moi rozmówcy byli w różnym wieku. Pochodzili także z różnych miast i regionów Polski, przeważały jednak osoby egzystujące na co dzień w środowisku miejskim (zarówno w większych, jak i mniejszych miastach). Większość osób miała co najmniej średnie wykształcenie, a spora grupa legitymowała się ukończeniem studiów wyższych. Niektórzy zmagali się z zaburzeniami lękowymi od wielu lat, inni dopiero od miesięcy. Niektórzy dokładnie wiedzieli, że dotknęła ich np. fobia społeczna czy zespół stresu pourazowego, inni natomiast wiedzieli tylko ogólnie, że cierpią na zaburzenia lękowe. W nawiasach kwadratowych informuję również o wieku każdego cytowanego w dalszej części tekstu rozmówcy. Imiona rozmówców



zostały poddane anonimizacji: o tym zostali zresztą zapewnieni na wstępie każdej rozmowy oraz na etapie kierowania do poszczególnych osób prośby o udzielenie mi wywiadu.

## **O zaburzeniach lękowych: ujęcie kliniczne**

Zaburzenia lękowe (ang. *anxiety disorders*) obejmują takie jednostki kliniczne, jak: fobia społeczna (*social phobia*), agorafobia (*agoraphobia*), fobie o charakterze specyficznym (*specific phobias*), generalne (uogólnione) zaburzenia lękowe (GAD: *generalized anxiety disorder*), napady paniki (*panic attacks*), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (OCD: *obsessive-compulsive disorders*), a także zespół stresu pourazowego (PTSD – *posttraumatic stress disorder*)<sup>26</sup>. Co prawda, w najnowszym, piątym, zestawieniu *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2013); monumentalnego, zarówno jeżeli chodzi o objętość, jak i znaczenie dla współczesnych nauk medycznych, aktualizowanego co pewien czas zestawienia różnego rodzaju zaburzeń psychicznych) dolegliwości obsesyjno-kompulsyjne umieszczono poza obrębem zaburzeń lękowych<sup>27</sup>, to jednak autorzy najnowszego DSM podkreślają niewątpliwe istnienie „bliskich związków między zaburzeniami lękowymi, a niektórymi zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi”<sup>28</sup>. Opisując specyfikę zaburzeń lękowych, z uwzględnieniem zarówno zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, jak i innych wyżej wymienionych jednostek, jedna z autorek sugeruje, że „w zaburzeniach lękowych dochodzi do doświadczania lęku i strachu w taki sposób, że emocje te, zamiast sygnalizować pojawienie się realnego niebezpieczeństwa, mobilizują nieadekwatne do sytuacji silne zachowania obronne, które stają się źródłem dojmującego cierpienia [...]”<sup>29</sup>. W literaturze przedmiotu regularnie zwraca się uwagę na fakt, o jakim mowa

<sup>26</sup> Klasyfikacja za: M. Seligman, E. Walker, D. Rosenham, *Psychopatologia*, tłum. A. Wojciechowski, J. Gilewicz, Poznań 2003, s. 180–227; L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia*, Warszawa 2007, s. 343–395; J. Stirling, J. Hellewell, *op. cit.*, 91–110; American psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, fifth edition, Arlington 2013, s. 190–226.

<sup>27</sup> American psychiatric Association, *op. cit.*, <http://pro.psychcentral.com/dsm-5-changes-obsessive-compulsive-and-related-disorders/004404.html> (data dostępu: 29.06.2016).

<sup>28</sup> American psychiatric Association, *op. cit.*, s. 272; por. też M. Seligman, E. Walker, D. Rosenham, *op. cit.*, s. 182.

<sup>29</sup> L. Cierpiałkowska, *op. cit.*, s. 348.

w przywoływanym cytacie: nie istnieją żadne obiektywne przyczyny lęku odczuwanego przez osoby z zaburzeniami lękowymi<sup>30</sup>. Różnego rodzaju zaburzenia o charakterze lękowym mogą współwystępować u jednej osoby. Tak było również u niektórych moich rozmówców: w grupie tej zdarzały się jednostki cierpiące np. zarówno z powodu silnej fobii specyficznej, jak i gwałtownych napadów paniki lub takie, u których ostatnia wskazana dolegliwość sąsiadowała z zespołem silnego stresu pourazowego.

W dyskursie psychiatrycznym wskazuje się, że za powstanie fobii odpowiedzialne są czynnik biologiczny (aspekt predyspozycji genetycznych oraz aspekt neurofizjologiczny, np. w postaci urazów czaszki w młodym wieku) oraz czynnik behawioralny (powstanie w ciągu życia jednostki „bodźca warunkowego”, uruchamiającego lęk)<sup>31</sup>; przy zaburzeniach typu PTSD bierze się pod uwagę także pewne silnie negatywne przeżycia wywołane sytuacją, np. gwałtu, pobicia, udziału w katastrofie; lęk paniczny warunkowany jest biologią układu nerwowego, zaburzeniami fizjologicznymi oraz genetyką<sup>32</sup>; ogólne (generalne) zaburzenia lękowe warunkowane są czynnikiem biologii mózgu oraz neurofizjologią<sup>33</sup>; w powstaniu zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych rolę odgrywa czynnik genetyczny, ale także przebyte „traumatyczne doświadczenia” wyzwalamy kompulsyjne myśli lub zachowania<sup>34</sup>. Jak opowiadała mi lekarka mająca specjalizację w psychiatrii, w powstaniu zaburzeń lękowych istotne role odgrywają czynnik neurobiologiczny (związany z budową i funkcjonowaniem mózgu) oraz środowiskowy (wpływ otoczenia społecznego: rodziny, przestrzeni pracy, osób, które otaczają pacjenta)<sup>35</sup>.

Warto zwrócić uwagę na częstotliwość występowania zaburzeń lękowych w społeczeństwie polskim. W rozległym badaniu ilościowym (koordynowanym i planowanym przez pracowników kilku rodzimych placówek psychiatrycznych współpracujących z zachodnimi instytucjami medycznymi, realizującymi analogiczne badania nad zdrowiem psychicznym w innych krajach) obejmującym próbę liczącą nieco ponad 10 tys. respondentów (mężczyzn i kobiet, pochodzących z różnych miast Polski), realizowanym od listopada

---

<sup>30</sup> M. Seligman, E. Walker, D. Rosenham, *op. cit.*, s. 181; L. Cierpiałkowska, *op. cit.*, s. 345.

<sup>31</sup> M. Seligman, E. Walker, D. Rosenham, *op. cit.*, s. 189–190.

<sup>32</sup> *Ibidem*, s. 211–212.

<sup>33</sup> *Ibidem*, s. 221.

<sup>34</sup> *Ibidem*, s. 225.

<sup>35</sup> Na podstawie konsultacji odbytej 11 października 2018 r.

2010 do marca 2011 r.<sup>36</sup> co dziesiąta osoba ankietowana deklarowała doświadczenie takiej lub innej odmiany zaburzeń lękowych. Wyjąwszy uzależnienia od alkoholu i różnego rodzaju substancji narkotycznych, czyni to zaburzenia lękowe najsilniej rozpowszechnioną kategorią zaburzeń psychicznych w obrębie grupy respondentów<sup>37</sup>.

## **Otoczenie społeczne w narracjach osób z zaburzeniami lękowymi**

Analizując narracyjny obraz otoczenia społecznego rozmówców, skoncentruję się na członkach rodziny nuklearnej, małżonkach bądź partnerach oraz szeroko pojętej kategorii znajomych i przyjaciół (np. z pracy lub szkoły). Te trzy grupy tworzą pewną fundamentalną „tkankę społeczną”, w jakiej zwykle funkcjonuje człowiek<sup>38</sup> i w jakiej funkcjonowała większość moich interlokutorów.

## **Rodzina krewniacza: między negowaniem a wsparciem<sup>39</sup>**

Opisując rolę rodziny w relacjach interlokutorów, chciałbym zacząć od obrazu i roli rodziny w kontekście powstania u moich rozmówców zaburzeń lękowych. To posunięcie sprawia, że będzie można uchwycić ważny aspekt narracji interlokutorów, związany z tym, jakie było, ich zdaniem, pochodzenie ich zaburzeń; immanentnie łączyło się to zresztą z obrazem rodziny ewokowanym w analizowanych wywiadach.

Jeżeli chodzi o środowisko rodziny, to w pozyskanych narracjach struktura rodzinna była bardzo często przedstawiana jako „źródło cierpienia”: postawy i zachowania rodziców stanowić miały bezpośredni katalizator wystąpienia zaburzeń lękowych u rozmówców. Przykładowo, Halina opowiadała, że swoje dzieciństwo pamięta przez pryzmat niezwykle wysokich wymagań

<sup>36</sup> Niuanse założeń projektu wyłożone zostały w publikacji: A. Kiejna *et al.*, *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP – Polska – metodologia badania*, „Psychiatria Polska” 2015, nr 49 (1).

<sup>37</sup> <http://www.ezop.edu.pl/05-Podsumowanie.pdf> (data dostępu: 06.2015).

<sup>38</sup> P. Berger, *Zaproszenie do socjologii*, tł. J. Stawiński, Warszawa 2007; S. Ossowski, *Z zagadnień psychologii społecznej*, Warszawa 2000.

<sup>39</sup> Tytuł podrozdziału zainspirowany został tytułem książki *Families and mental disorder. From burden to empowerment*, red. N. Sartorius *et al.*, Chichester 2005.

i wymierzonej przez ojca kary, gdy tylko tych wymagań nie udawało jej się spełnić: „często też takie wyśmiewanie się ze mnie, gdzie ja musiałam być idealna we wszystkim i jeżeli cokolwiek mi się tam gdzieś nie udało, to nie było coś takiego, że postaraj się, zrób to, stać cię na więcej, tylko ojciec się ze mnie wyśmiewał” [Halina 50]. Natomiast Dominika [27] następująco opowiadała o negatywnym ustosunkowaniu się ojca względem jej osoby: „mój tata mojej siostrze nic nie powiedział przykrego, a ja zawsze byłam taką zlewką taką, że tak powiem, na wszystkie jego emocje, łącznie z tym, że mówił jakieś rzeczy, że mnie nie kocha albo, że zniszczyłam mu życie, po co się urodziłam”. Takie podejście miało być kombinacją dwóch elementów: tego, że jej ojciec miał problem z alkoholem oraz faktu, że Dominika była dzieckiem pierworodnym, a więc takim, które, według jej interpretacji, jest w naturalny sposób gorzej traktowane przez rodziców: na nim bowiem rodzice „uczają się” jak powinno wyglądać wychowanie, pozwalając sobie na zachowania, których nie powtórzą wobec młodszych dzieci. Zazwyczaj kulturowo uprzywilejowujący akt pierworództwa staje się w tej narracji źródłem nieprzyjemności, a nawet otwiera drzwi pogardzie, otwarciu artykułowanej przez jednego z rodziców. Ta relacja ewokuje obraz rodzica, który, z jednej strony, w dość bezpośredni sposób wyładowuje własne negatywne emocje na dziecku, ale też, z drugiej strony, uwikłany ma być w praktyki prób i błędów w wychowywaniu córki, nie do końca sam wie, jak się powinien zachowywać wobec dziecka. Sam okres dzieciństwa był w narracjach interlokutorów bardzo często przedstawiany w czarnych barwach: jako obfitujący w przykre, a nawet traumatyczne sytuacje. Wspominano m.in. o doświadczeniu maltretowania fizycznego [Krzysiek 20] czy o byciu ofiarą molestowania przez członka bliskiej rodziny [Sabina 43]. W badaniach nad doświadczaniem i narratywizowaniem choroby nowotworowej prowadzonych przez Huberta Wiercińskiego udzielające wywiadów osoby konsekwentnie lokowały przyczyny swojej choroby w sferze czynników genetycznych (a więc w sferze natury)<sup>40</sup>; moi rozmówcy natomiast zgodnie twierdzili, że to zachowania rodziców (a więc sfera społeczeństwa i kultury) odpowiadają za wywołanie u nich zaburzeń lękowych, negatywnie oceniając kontakty z rodzicami w dzieciństwie (analogicznie w zachodnich badaniach nad doświadczaniem zaburzeń lękowych osoby cierpiące na zaburzenia obsesyjno-kompulsywne oraz zespół unikania patologicznego były skłonne do negatywnej oceny swojej dziecięcej relacji z rodzicami<sup>41</sup>).

<sup>40</sup> H. Wierciński, *Rak. Antropologiczna analiza...*, s. 249–257.

<sup>41</sup> G. Steketee, J. Fogler, *Families of people with severe anxiety disorder*, [w:] *Families and mental disorder...*, s. 93–94.

Narracyjna „genealogia” zaburzeń omijała kwestię genetyki: nikt nie skłaniał się ku wskazaniu czynnika genów, obecnie dość popularnego, także w dyskursie współczesnej kultury masowej, winowajcy problemów człowieka ze zdrowiem<sup>42</sup>. W analizowanych narracjach zaburzenia lękowe to zatem zaburzenia wywoływane przez wpływ społeczny na jednostkę.

Co natomiast analizowane narracje komunikują na temat postaw rodziny krewniaczej wobec rozmówców z zaburzeniami lękowymi? W badaniach nad relacjami dotyczącymi choroby nowotworowej zwracano uwagę, że pacjenci skłonni byli do niedostrzegania, lekceważenia sygnałów cielesnych świadczących o rozwijającej się chorobie<sup>43</sup>. Część moich rozmówców z zaburzeniami lękowymi wskazywała natomiast, że to członkowie ich rodzin artykułowali swoje niedowierzanie i sceptycyzm, odnośnie do tego, że syn lub córka może cierpieć na przypadłość psychiczną. Przykładowo, gdy Paulina [23] po długotrwałych badaniach lekarskich zaczęła w ramach autodiagnozy<sup>44</sup> sugerować, że w grę wchodzić może w jej przypadku dolegliwość natury psychicznej, członkowie jej rodziny zdecydowanie odrzucali taką możliwość:

moja rodzina nie bardzo chciała w to uwierzyć, mówiła mi, żebym sobie nie wmawiała, że jestem chora psychicznie, i „że na pewno to jest jakaś dolegliwość, zaraz to wyleczymy, znajdziemy na to jakiś lek, znajdziemy specjalistę, coś, jakoś wymyślimy” [Paulina 23].

<sup>42</sup> M. Radkowska-Walkowicz, H. Wierciński, *Wstęp. Biomedycyna, reprodukcja, antropologia*, [w:] *Etnografie biomedycyny*, red. eadem, Warszawa 2014.

<sup>43</sup> H. Wierciński, „*Udowodniono mi...*”, s. 33–34.

<sup>44</sup> W narracjach rozmówców pojawiał się motyw autodiagnozy, gdy oni sami dochodzili do tego, jaka dolegliwość ich dotknęła. Łączy się to z innym motywem, który regularnie przewijał się w analizowanych narracjach, motywem problemów instytucji medycznych ze sformułowaniem diagnozy. Na niemożność uzyskania adekwatnej diagnozy odnośnie do własnego stanu zdrowia narzekała m.in. Paulina. Każde kolejne badanie potwierdzało, że rozmówczyni jest zdrowa: kardiolog stwierdzał, że w grę nie wchodzi problemy z sercem, neurolog konstatował brak dolegliwości układu nerwowego. Odbywała się więc swego rodzaju diagnostyka „negatywna” (eliminowanie potencjalnych dolegliwości, na jakie może cierpieć rozmówczyni), a nie „pozytywna” (wskazanie konkretnej dolegliwości, jaka wchodzi w grę). Takie autodiagnozowanie mieści się w ramach biomedycyzacji, w której to osoba chora jest głównym podmiotem odpowiedzialnym za stan swojego zdrowia, a więc również za odkrycie w porę pewnych nieprawidłowości: A. Clarke *et al.*, *Biomedicalization. Technoscientific transformation of health and illness and U.S. biomedicine*, „Sociological review” 2003, nr 2.

W tym konkretnym przypadku, możliwość zaburzenia psychicznego u córki wydaje się trudniejsza do zaakceptowania dla rodziny, niż dla osoby, u której potencjalnie mogło wystąpić określone zaburzenie. Dopiero telefon od psycholożki, która przekazała matce Pauliny informację, że córka cierpi na zaburzenia lękowe, radykalnie zmienił ich postępowanie. Tak więc oficjalna diagnoza miała wielkie znaczenie nie tylko dla rozmówczyni, ale przede wszystkim dla jej rodziców. Piotr Świtaj, pisząc o negatywnym wymiarze diagnozy psychiatrycznej, posuwa się do sugestii, że diagnoza taka „może [...] przyczynić się do nasilenia piętna choroby psychicznej”<sup>45</sup>. Tymczasem w tej sytuacji pojawienie się oficjalnej diagnozy usuwa wątpliwości znaczących innych, a nawet zamyka pewien spór rodzinny (między rozmówczynią a pozostałymi członkami rodziny) dotyczący tego, jakiego rodzaju zaburzenie dotknęło Paulinę. Jest to przypadek, w którym „diagnoza daje prawo do bycia chorym”<sup>46</sup> na zaburzenie psychiczne – przynajmniej w oczach rodziców. Często w trakcie przeprowadzanych wywiadów wspomniano jednak o braku zrozumienia wśród członków bliskiej rodziny. Monika [28] tak opowiadała o sytuacji, gdy dostała ataku lęku i paniki podczas pobytu w domu: „poszłam do mamy, «mama, mam atak», «nie wymyślaj, idź spać», «tato, mam atak», «nie przeszkadzaj, robię coś»”. Z kolei Sandra [23] cierpiąca na zaburzenia lękowe w postaci napadów paniki oraz agorafobię regularnie spotykała się z oskarżeniami matki, iż symuluje chorobę: „już nie wymyślaj” – miała do niej powiedzieć rodzicielka, gdy Sandra miała napad wyjątkowo silnego lęku. Fragment narracji Andrzeja [21] ilustruje, jak łatwo rodzina krewnicza może przechodzić do porządku dziennego nad sytuacjami nagłego pogorszenia samopoczucia czy napadów lęku u osoby z zaburzeniami lękowymi:

Nie liczyłem tutaj na jakieś wsparcie [...] miałem kilka miesięcy temu taki gorszy okres i... miałem coś, co mogę określić takim atakiem paniki, więc... w sytuacji, w które prawie straciłem przytomność, w której ojciec wtedy i dziadkowie chcieli... bo jeszcze wtedy mieszkali z nami dziadkowie, chcieli wzywać pogotowie, ostatecznie nie wezwali, jakoś tam minęło, natomiast po tym zdarzeniu to nie wracali specjalnie do tego... później nie otrzymałem jakieś specjalnej, propozycji specjalnej pomocy [Andrzej 21].

<sup>45</sup> P. Świtaj, *Rola diagnozy psychiatrycznej w procesie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2009, nr 18, s. 385.

<sup>46</sup> A. Jutel, *Sociology of diagnosis. A preliminary review*, „Journal of Health & Illness” 2009, vol 31, nr 2, s. 278.

W tej sytuacji, pomoc członków rodziny przybiera dość rutynowy charakter: ogranicza się do propozycji wezwania karetki pogotowia (do czego finalnie nie dochodzi), jednak nie jest w stanie wykroczyć poza tę propozycję i przekształcić się w oferowane wsparcie, które przybrałoby odczuwalną przez rozmówcę postać. Krytyczne stanowisko rodziców czasami obejmowało także obiekcje względem podjęcia leczenia przez niektórych rozmówców. Maja [35] opowiadała, że matka wielokrotnie jej sugerowała, że niepotrzebnie podjęła terapię u psycholożki: „«ty musisz do tych lekarzy chodzić? Przecież dasz sobie radę sama, jesteś silna», jak jej wytłumaczyłam to 50 razy, w końcu zrozumiała, że jest mi to potrzebne”; kontestowanie terapii wynikało zaś z tego, że „jak idziesz do terapeuty to jesteś nienormalny, a ona nie chce mieć nienormalnych córek”. Wciąż ponawiane pytania wskazują na spory zakres dezaprobaty wobec podejmowania przez dorosłą córkę psychoterapii. Z perspektywy uczestnika terapii trzeba więc przełamywać opór członka rodziny, przekonywać matkę do celowości i sensowności psychoterapii. Paradoksalnie silna osobowość, akcentowana przez matkę, ma nie tyle wykluczać problemy psychiczne, ile konieczność zajmowania się nimi w ramach terapii psychologicznej (motyw, iż silna jednostka sama dojdzie ze sobą do ładu i nie jest jej potrzebna zewnętrzna ingerencja specjalistyczna). Z kolei rodzice Marka [18] byli nastawieni negatywnie do kuracji farmakologicznej, jaką miałyby podejmować ich syn: matka była przeciwko temu, by Marek brał przepisany przez psychiatrę środek Pramolan, ojciec opowiadał się natomiast przeciwko zażywaniu przez syna jakichkolwiek leków psychotropowych. Kwestia farmakologizacji włącza tutaj, nieuchronnie, gdyż mój rozmówca pozostawał pod opieką rodziców, inne osoby. Agata Stanisz na podstawie badań własnych akcentowała, że w ramach struktury rodzinnej zdarza się tak, że pomoc jest udzielana wtedy, gdy dane osoby „dostosują się do preferencji i wymagań krewnych”<sup>47</sup>; w przypadku Marka znaczący inni wyrażają swoje skonkretyzowane (lecz zróżnicowane) preferencje w odniesieniu do leczenia syna, starają się sami kształtować proces terapeutyczny. W obu omówionych przypadkach uwidacznia się zjawisko swego rodzaju „presji terapeutycznej”, istniejącej wewnątrz struktury rodzinnej<sup>48</sup> i skłaniającej jednostki do zaprzestania leczenia specjalistycznego (w pierwszym przypadku – psychoterapii, w drugim – farmakoterapii). Nie zawsze presja taka odnosiła skutek, ale moi rozmówcy kilkakrotnie o niej wspominali, przykładowo Hanna [29] zdecydowała się na

<sup>47</sup> A. Stanisz, *Rodzina made in Poland. Antropologia pokrewieństwa i życia rodzinnego*, Poznań 2014, s. 224.

<sup>48</sup> Por. M. Hammer, *op. cit.*, s. 49.

psychoterapię bez przyjmowania farmaceutyków, jednak po pewnym czasie jej matka zaczęła naciskać, by mimo wszystko córka zaczęła brać leki.

Bywało jednak również tak, że to członkowie rodziny (zwłaszcza matki) organizowali osobie chorej wizytę u psychiatry lub psychologa klinicznego, a więc, jak można domniemywać, opowiadali się za podjęciem psychoterapii albo farmakoterapii przez rozmówców. Można zresztą pójść o krok dalej i zasugerować, że mieli istotny udział w objęciu moich interlokutorów pomocą specjalistyczną. Wśród osób, z którymi dane mi było przeprowadzić wywiady, były również takie, którym rodzina służyła daleko idącym wsparciem, a jej członkowie poświęcali rozmówcom swój czas wolny i energię. Wiktoria, osoba z silnymi lękami agorafobicznymi, opowiada, że otrzymała duże wsparcie od rodziców (szczególnie od matki), ale także brata i ojczyma:

takie generalne zrozumienie było w domu [...] nie było czegoś, że ja wymyślałam, że ja udaję, no mama mi powtarzała: „weź się uspokój, nic się złego przecież nie dzieje, oddychaj głęboko, wszystko jest w porządku, nie ma żadnego zagrożenia” [Wiktoria 28].

W trudnych momentach rozmówczyni mogła zawsze zadzwonić do swojej matki i porozmawiać z nią, a w sytuacjach, gdy musiała wyjść z domu (co zawsze wiązało się z lękiem) oprócz mamy towarzyszyli jej pozostali domownicy. W tym wypadku, cały mikroorganizm rodziny jest zaangażowany w udzielanie Wiktorii pomocy w trudnych momentach. Co znaczące, sama rozmówczyni sugeruje, że możliwa reakcja jej rodziny mogła oscylować wokół niewiary w stany lękowe Wiktorii – niewiary, o której wspomniano we wcześniej cytowanych narracjach. W innych przypadkach członkowie rodziny wchodzili nawet w rolę quasi-terapeutów. Weronika [33] opowiadała o swojej obsesji na punkcie mierzenia ciśnienia: miała trzy ciśnieniomierze (jeden z nich zawsze nosiła w torebce) i potrafiła sprawdzać poziom ciśnienia nawet 20 razy dziennie, także będąc poza domem. Wpływ rodziny doprowadził do wykorzenienia kompulsywnego nawyku: „mi to tak powiedzieli, powiem, że tak mąż, mama, że mam nie chodzić i nie mierzyć po prostu, także z czasem po prostu odstawiłam i teraz po prostu nie mierzę”. Nie psychoterapia, podejmowana przez rozmówczynię na równi z farmakoterapią, ale stymulacja ze strony osób z najbliższego otoczenia miała decydujące znaczenie. Warto w tym kontekście przywołać także fragment wywiadu z Anną, która opowiadała o reakcjach swojej matki na jej obsesyjne przekonania o śmiertelnej chorobie, końcu świata lub wojnie:



Mama mnie zawsze uspokajała i tłumaczyła, że nie powinnam się tego bać, szczególnie z końcem świata, bo to był taki główny mój lęk w tamtym okresie... mówiła mi, że to jest głupota, żebym sobie poczytała, my jesteśmy wierzące, żebym w ogóle nie wierzyła w takie zabobony, jak się bałam wojny, to tłumaczyła mi, że nikt nie ma na to wpływu, tak? Będzie to będzie, nikt nie jest w stanie z nas nad tym zapanować, tak samo z chorobą, a zresztą tłumaczyła mi, że jestem zdrowa więc nie mam się czego bać, gdybym miała jakieś złe wyniki badań, no to wiadomo można się stresować, a zresztą nawet jeżeli byłabym chora, to z choroby da się wyjść [ Anna 24].

Matka starała się więc metodycznie rozwiewać lęki Anny. Co warte uwagi, retoryka przyjęta przez rodzicielkę i przywoływana w narracji Anny w sporym stopniu pokrywa się z rekomendowanymi w dyskursie specjalistycznym (dyskursie psychologii klinicznej) taktykami postępowania terapeutycznego wobec osób z zaburzeniami lękowymi: podważaniem lękotwórczych przekonań oraz podsuwaniem bardziej racjonalnych sposobów myślenia o tym, co wywołuje lęk<sup>49</sup>. Skłania to do wniosku, że pomoc osób z rodziny nuklearnej może niekiedy się zbliżać pod kątem merytorycznym do pomocy specjalistycznej, ale również skutecznie uzupełniać tę pierwszą wtedy, gdy jest to konieczne.

Z kilku narracji płynął też wniosek, że rodzina krewniacza jest strukturą dynamiczną, jeżeli chodzi o oferowane wsparcie: niektórzy rozmówcy wspominali, że pomoc ze strony rodziny, chociaż początkowo nie istniała, to jednak pojawiała się po upływie pewnego czasu (co zresztą egzemplifikowała już wcześniej przywoływana narracja Pauliny). Agnieszka [23] opowiadała, że jej rodzice początkowo w ogóle odmawiali jej pomocy i wsparcia, jednak, gdy przyjechała do domu i doświadczyła szczególnie dotkliwego pogorszenia samopoczucia, ich stanowisko zaczęło ulegać zmianie:

Teraz od nowego roku się zmieniło, bo tak jak mówię, jak pojechałam na te dwa dni po świętach, to oni zobaczyli, że jest coś nie tak, bo ja unikałam z nimi kontaktu, nie chciałam nic z nimi wspólnie robić, nie chciałam nawet tej mamie pomóc tej choinki tam rozebrać czy tam coś takiego... no po prostu zobaczyli, że coś jest nie tak, bo po prostu nie wstawalam z łóżka tak, że teraz

<sup>49</sup> Opis za: [http://torun-psychoterapia.pl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8:psychoterapia-behawioralno-poznawcza&catid=2:kierunki-i-metody-psychoterapii&Itemid=3](http://torun-psychoterapia.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=8:psychoterapia-behawioralno-poznawcza&catid=2:kierunki-i-metody-psychoterapii&Itemid=3) (data dostępu: 10.11.2017); zob. też: M. Seligman, E. Walker, D. Rosenham, *op. cit.*

podchodzą do tego inaczej, się pytali, czy byłam u tego psychologa, i że tak powiem się zainteresowali tym tematem bardziej.

Sytuacja alienowania się od znaczących innych, rezygnacja ze wspólnych praktyk budzi podejrzenia, skłania rodziców do oceny stopnia owego wycofania w odniesieniu do stanu psychicznego (do zdrowia) córki. Pojawia się forma troski w postaci pytania (a być może sugestii) związanego z podjęciem przez Agnieszkę pomocy specjalistycznej, co jest *de facto* uznaniem przez rodziców, że faktycznie w grę wchodzi sytuacja, że ich córka dotknięta jest zaburzeniem psychicznym. W narracjach osób chorych wskazywano czasami, iż wśród członków rodziny poświęcenie zmienia się w obojętność wobec osoby chorej<sup>50</sup>. W relacjach kilkorga moich rozmówców z zaburzeniami lękowymi uwidaczniała się natomiast praktyka odwrotna: początkowa obojętność i brak zrozumienia przechodziły w zainteresowanie sytuacją chorej jednostki. Postawy i zachowania członków rodziny nie są więc strukturami długiego trwania, możliwa jest ich zmiana i to na korzyść osoby cierpiącej. Pewien powszechny wzór zachowania członków rodziny chorego, o jakim wspominał Tomasz Pasierski, ulega tutaj odwróceniu.

Podsumowanie narracyjnego obrazu rodziny umiejscowione będzie, dla większej klarowności wyводу i wskazania różnic między obrazem rodziców oraz partnerów/małżonków, nie tutaj lecz w zakończeniu kolejnego podrozdziału. Tutaj natomiast można zaznaczyć, że w psychiatrii strukturze rodzinnej przyznaje się funkcję „naturalnej, pierwotnej grupy oparcia (*primary support group*)<sup>51</sup>”. Realizowane przeze mnie badanie pokazuje, że trudno w sposób jednoznaczny odnieść takie określenie do rodziny krewniaczej, a konkretnie – do rodziców (wsparcie z ich strony przeplatać się miało z ignorowaniem potrzeb i sytuacji osób z zaburzeniami lękowymi). Najbardziej skonkretyzowany motyw odnośnie do narracyjnego obrazu rodziny w analizowanych wywiadach to rola rodziny nuklearnej (rodziców) w powstawaniu u rozmówców zaburzeń lękowych.

---

<sup>50</sup> T. Pasierski, *op. cit.*

<sup>51</sup> J. Wciórka, *Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2000, nr 9, s. 327.

## **Partnerzy/małżonkowie: silne, znaczące źródło wsparcia**

Zajmę się teraz przybliżeniem narracji rozmówców, względem małżonków/partnerów. Większość moich interlokutorów pozostawała w mniej lub bardziej sformalizowanych związkach, zamieszkując wspólnie ze swoimi partnerkami lub partnerami. Co konstatowano względem ich postaw i zachowań? Przede wszystkim wspomniano o zaangażowaniu ze strony takich osób, o daleko idącej pomocy, którą oferowali. Padały sugestie, że to z ich strony doświadczano wsparcia większego niż to, jakie płynęło ze strony rodziny krewniczej. Przykładowo, mąż Izy [39] miał regularnie wyręczać ją w różnych obowiązkach domowych:

bardzo dużo mi pomógł w tym czasie, gdy te leki na początku brałam, nie nadawałam się do życia, spałam na okrągło, więc on w domu wszystkie obowiązki przejął, gotowanie, lekcje z córką, no i nawet do tej pory mówi, po co chcę wszystko sama, „mów mi co mam zrobić”.

Przyjmowanie leków wyłącza rozmówczynię z trybu obowiązków domowych, sprawia, że „dom”, jako przestrzeń przypisanych obowiązków i zadań, zaczyna spoczywać na barkach męża. Ta narracja oddaje gotowość męża do wsparcia żony, długotrwale się utrzymującą chęć „wejścia” w zakres zadań do tej pory wykonywanych przez małżonkę.

Z kolei Sabinę [43] jej partner regularnie transportował autem na psychoterapię oraz, w celach relaksacyjnych, zabierał na spacer. Dowożenie na terapię było istotne o tyle, że moja rozmówczyni od momentu, gdy pojawiły się u niej zaburzenia lękowe miała opory, związane z prowadzeniem samochodu, zaś w pojazdach komunikacji publicznej doznawała napadów lęku. Tym samym zaangażowanie partnera stało się warunkiem *sine qua non* uczestnictwa Sabiny w psychoterapii: w tej sytuacji pomoc niespecjalistyczna pozwala danej osobie korzystać z terapii specjalistycznej. Na tym przykładzie uwidacznia się jak w praktyce może się (z pozytywnymi skutkami dla osoby, cierpiącej na dane zaburzenie) przecinać wsparcie specjalistyczne i pomoc niespecjalistyczna, jak te drugie mogłoby nie istnieć bez pierwszego. W tej historii pojawia się motyw koniecznej unifikacji obu rodzajów pomocy, obecny także w innych analizowanych historiach.

Także w narracji Maksymiliana [32] wsparcie, uzyskiwane od dziewczyny łączyło się z korzystaniem z pomocy o charakterze specjalistycznym:

mieszkaliśmy razem, też ona [dziewczyna Maksymiliana – K.G.] widziała w jakim jestem stanie i że ja muszę iść do lekarza po prostu i ona mi pomogła tego lekarza też załatwić, pojechała ze mną [...] mogłem z nią pogadać, więc ona też najbardziej mi pomogła w tej walce.

Widać tutaj, że partnerka rozmówcy ma swój udział w objęciu go pomocą specjalistyczną, jest obecna przy inauguracji leczenia (Maksymilian finalnie podjął terapię psychologiczną oraz zaczął zażywać leki psychotropowe), pozostaje także otwarta na potrzebę rozmowy ze strony partnera. A więc Maksymilian korzysta z kombinacji pomocy specjalistycznej i niespecjalistycznej, przy czym kluczową jednostką okazuje się nie osoba oferująca pomoc specjalistyczną (Maksymilian szczególnie ciepło wyrażał się o psycholożce, u której podejmował terapię), ale właśnie partnerka. Wsparcie niespecjalistyczne uznawane jest za bardziej znaczące niż pomoc specjalistyczna, jakkolwiek oba odgrywają istotną rolę w procesie leczniczym.

Dla kilkorga rozmówców momentem trudnym była chwila, gdy informowali swoich partnerów życiowych o dolegliwościach, z jakimi przyszło im się zmagać (był to swoisty *coming out*, przyznanie się do danego zaburzenia, a więc do bycia nie-zdrowym psychicznie). We wszystkich relacjonowanych mi sytuacjach partnerzy jednostek z zaburzeniami lękowymi (bez względu na płeć i stopień sformalizowania związku) przyjmowali ową wiadomość ze zrozumieniem. Chłopak, a potem narzeczony, Sandry [23] miał w następujący sposób zareagować na wiadomość, że dziewczyna ma zaburzenia lękowe manifestujące się m.in. w postaci napadów lęku: „on powiedział, że mi pomoże, że mam się w ogóle nie wstydzić”. Także gdy zamieszkali razem narzeczony był dla niej dużym wsparciem<sup>52</sup>. Co warte uwagi, Sandra była prawdopodobnie jedyną osobą w gronie moich rozmówców, która nie odczuła znaczącej poprawy samopoczucia po odbyciu terapii psychologicznej oraz długotrwałym zażywaniu leków. Dopiero rozpoczęcie nowego związku i przeprowadzka do mieszkania narzeczonego przyniosły jej poprawę nastroju w tak dużym stopniu, że zaczęła rozważać rezygnację z farmakoterapii: „w końcu znalazłam tę motywację, że ja już jestem chyba na tyle silna, że już bym mogła zrezygno-

---

<sup>52</sup> Rozmówczyni tak opisuje, co mówił jej narzeczony, gdy Angelika miała napady lęku: „ja cię kocham, ja jestem przy tobie, ja będę przy tobie, nie zostawię cię, przecież tobie się... coś ci się wkręca, musisz się czymś zająć, pamiętaj zawsze w takich chwilach, że ja cię kocham, ja cię będę wspierał”. Odwołując się do wcześniej zarysowanych rodzajów wsparcia, można powiedzieć, że jest to wsparcie o charakterze emocjonalnym: A. Kacperczyk, *op. cit.*, s. 18–19.

wać z tych leków, spróbować, i gdzieś zawsze to jego wsparcie mam”. A zatem, odnosząc się do narracji rozmówcy, można powiedzieć, że wspólne zamieszkanie z partnerem (jako forma zacieśnienia relacji ich łączącej) na tyle mocno i pozytywnie wpływa na samopoczucie jednostki, że czyni niekoniieczną kontynuację leczenia specjalistycznego. Wsparcie niespecjalistyczne eliminuje więc pomoc o charakterze specjalistycznym.

W niektórych narracjach ujawniał się motyw, który można by kolokwialnie określić jako „swój do swego”: gdy moi rozmówcy opowiadali, że wchodzili w związki z osobami, które również cierpiały na zaburzenia psychiczne (choć niekoniiecznie o podłożu lękowym). Przykładowo, Joanna ukończyła terapię u psycholożki, po czym poznała swojego przysłego męża, który jak się okazało, cierpiał w przeszłości na depresję: „on mówił, że ma depresję, a ja mam właśnie takie zaburzenia” [Joanna 53]. Z analizy zebranych narracji można wyciągnąć wniosek, że osoby z zaburzeniami psychicznymi przyciągają się, jeżeli chodzi o budowanie związku: choć rozmówcy nie sugerowali *explicite*, że poszukiwali partnerów akurat w grupie osób z problemami psychicznymi. W jednym z badań jakościowych wskazywano, że związki osób cierpiących na zaburzenia psychiczne implikują „rzadsze kontakty z lecnictwem szpitalnym takich osób oraz zapewniają znaczny poziom satysfakcji z relacji”<sup>53</sup>. W odniesieniu do narracji moich rozmówców można sugerować, że między nimi a ich również cierpiącymi z powodu problemów psychicznych partnerami pojawiała się „więź obiektywna”<sup>54</sup>, ewokowana obopólną świadomością wzajemnych zaburzeń, dodatnio wpływająca na poziom wsparcia w związku. W tym kontekście można przywołać fragment wywiadu z Krzyśkiem [20], który wiedział, że jego partner cierpi na depresję; w pewnym momencie mój rozmówca przyznał się partnerowi, że sam zmagają się z zaburzeniami lękowymi:

– Ja mam chłopaka, i on ma depresję, i próbowałem mu jakoś w miarę objaśnić, jak to wygląda, gdzie trzeba iść, itd. No on się poddawał, więc mu powiedziałem, że ja też jestem chory, na inną chorobę. Wtedy jego relacja się jakoś... więcej wyrozumiałości wtedy bym powiedział [się – K.G.] pojawiło.

<sup>53</sup> J. Shanks, P. Atkins, *Psychiatric patients, who marry each other*, „Psychological Medicine” 1985, nr 15, s. 381.

<sup>54</sup> Więż obiektywną Piotr Sztompka definiuje jako „poczucie wspólnoty wynikające z podobieństwa sytuacji życiowej: miejsca zamieszkania, zawodu, wieku”; wydaje się, że można tutaj również umieścić fakt zmagania się z daną chorobą/zaburzeniem: P. Sztompka, *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Warszawa 2010, s. 198.

– A zdarza się, że ze swoim chłopakiem rozmawiacie o takich sprawach, związanych czy z twoimi zaburzeniami lękowymi czy właśnie z jego depresją?

– No zdarza się to codziennie [...] Jakoś tak dwa miesiące temu, była taka sytuacja, gdzie mówiliśmy wprost nerwica itd., bo... pokłóciliśmy się o jakąś rzecz, i powiedziałem mu wprost dosadnie, że ja nie dam rady znosić huśtawek nastroju, bo z takimi wybuchami, bo sam mam ciężko, i wytłumaczyłem mu wtedy, jak ja się czuję, jak on mi mówi różne rzeczy, jakie mam objawy, jak mi się ręce trzęsą, jak się denerwuję [...].

– A to coś zmieniło w jego podejściu?

– Tak, więcej wyrozumiałości, więcej na to patrzy, żeby jakoś nie wiem, mniej mnie stresować, więcej mi pomagać, więcej mi wspierać; zauważyłem, że zaczął mówić, że jest ze mnie dumny, że sobie poradzę itd. takie wsparcie dostałem od niego.

Przyznanie się do zaburzenia, będące dość spontanicznym wyznaniem, mającym na celu podbudowanie psychiki partnera, a w dalszej kolejności opowieść o własnych doznaniach jako reakcjach na zachowania partnera, skutkują polepszeniem sytuacji w związku: wprowadzeniem do relacji praktyk związanych z bezpośrednim generowaniem wsparcia wobec Krzyska. Związek ten stał się relacją, w której obydwaj partnerzy wspierają siebie nawzajem (np. Krzysiek kupił swojemu partnerowi książkę o depresji i namawiał go na wizytę u terapeuty).

Ale w części zgromadzonych narracji pojawił się też motyw „toksycznych związków”, w jakich tkwić miała pewna grupa rozmówców<sup>55</sup>. Podążając za sugestią Lily Abu-Lughod, aby do realizowanego projektu etnograficznego włączać narracje stanowiące swego rodzaju *votum separatum*, należy wspomnieć również o takich przypadkach. Takie „toksyczne” związki miały działać negatywnie na samopoczucie rozmówców, przyczyniając się do wywołania bądź nawrotów zaburzeń lękowych. O swoim związku Bartek [28] mówił wprost, że „to był związek toksyczny, świetna pożywka na dla zaburzeń lękowych”. Z kolei Wiktoria [28] opowiadała, że: „mój były mąż pił i awanturował się bardzo, [to] jeszcze bardziej dołuje”; eksmąż był też jedyną osobą z jej otoczenia, która nie udzielała jej wsparcia w walce z zaburzeniami lękowymi, oskarżając ją o pozorowanie sytuacji choroby: „on zawsze twierdził, że ja udaję”. Jedna moja rozmówczyni, nie chcąc wgłębiać się w detale

---

<sup>55</sup> Z innej perspektywy o negatywnym wpływie toksycznych relacji na osobowość jednostki: M. Gdula, *Trzy dyskursy miłosne*, Warszawa 2009, s. 127–128.

relacji, w jakiej funkcjonowała, opowiedziała o końcowym okresie tej relacji w sposób pośredni, porównując ją do innego epizodu swojego życia:

dla mnie ostatnie pół roku życia z mężem to była największa katorma, nie ten okres, kiedy rozstałam się, było mi oczywiście ciężko, nie mogłam znaleźć nigdzie pracy, bo miałam małe dziecko, nikt mnie nie chciał zatrudnić [...] jak byłam z mężem, nie pracowałam, bardzo dobrze zarabiał, nie widział potrzeby, żeby mnie puścić do pracy [Halina 50].

Sytuacja faktycznego, długotrwałego bezrobocia w połączeniu z opieką nad małym dzieckiem (jak można przypuszczać: właśnie bycie samotną matką implikowało pozycję osoby „niezatrudnialnej”) i finansowego niedostatku, jest mimo wszystko mniej dla niej dokuczliwa niż bycie w związku, który przynajmniej zabezpieczał ją od strony materialnej. Płynie z tego wniosek, że cierpienie psychiczne związane z zachowaniem byłego męża było trudniej znieść niż niestabilną sytuację materialną. Zaznaczyć należy, że w wypadku partnerów lub małżonków przeważały jednak zachowania nastawione na wspieranie osób cierpiących na zaburzenia lękowe. Jeżeli chodzi o porównanie wizji rodziny krewniczej oraz wizji związku zawartych w narracjach rozmówców, to można powiedzieć, że rodzina w wielu przypadkach była przedstawiana jako źródło zaburzeń, a czasami płynęła z niej pomoc w kierunku rozmówców, natomiast związek (małżeństwo lub relacja nieformalna) czasami wpływać miał na powstanie u rozmówców zaburzeń lękowych, jednak w wielu przypadkach ze strony osób, z którymi moi rozmówcy pozostawali w związku, płynęło duże wsparcie. Nie siła relacji pokrewieństwa zatem<sup>56</sup>, lecz relacja małżeńska lub partnerska okazywała się decydująca, jeżeli chodzi o generowanie pomocy i wsparcia. Wsparcie to miało być przy tym wysokie zarówno w związkach sformalizowanych, jak i niesformalizowanych.

### ***Znajomi/przyjaciele: wsparcie, perswazja, niedowierzenie***

Przejdę teraz do przybliżenia opinii rozmówców na temat osób z grona bliższych i dalszych znajomych. Reakcje tej grupy jednostek opisywane były, w zdecydowanej większości przypadków, jako pozytywne i wspierające; w kręgu znajomych i przyjaciół danego rozmówcy czy rozmówczyni były z reguły osoby, gotowe do niesienia pomocy. Monikę [28], w sytuacjach napadów

<sup>56</sup> Zob. A. Stanisław, *op. cit.*, s. 253–277.

lęku, trwających nieraz nawet kilka godzin, przyjaciółki kilkakrotnie odwoziły do domu – przyjeżdżając po nią w różne punkty Warszawy. Z kolei Maja [35] opowiadała, jak wiele, mimo podejmowanej psycho- oraz farmakoterapii, znaczyło dla niej wsparcie koleżanek, z którymi kontaktowała się telefonicznie, gdy pogarszało jej się samopoczucie:

w napadach hysterii, dwie godziny rozmawiania w takim totalnym wyciu, w totalnym płaczu. I one wtedy mówią „racjonalizuj to”, zanim zaczęłam sama to robić, to one były tą racjonalizacją, zwłaszcza Marina, która jest psychologiem z wykształcenia, która z zewnątrz to nawigowała, mówiąc: „to jest tak i tak, a czy chciałabyś tego i tego, teraz wyglądasz tak, tak”.

Przyjaciółki są przez Maję traktowane niczym pogotowie wzywane w trudnych emocjonalnie momentach. Można powiedzieć, że odbywa się w ten sposób niejako „druga”, nieformalna psychoterapia – m.in. ze względu na to, jak rozmówczynie opisuje zachowania przyjaciółek („to one były tą racjonalizacją”) oraz na wykształcenie jednej z dziewczyn (z uwagi na ten ostatni czynnik po raz kolejny zaznacza się wysoka jakość merytoryczna oferowanej pomocy nieprofesjonalnej: wspomniana Marina zdaje się łączyć dwie role: przyjaciółki i psycholog, która fachowo eksplikuje stan psychiczny Mai). Uwidacznia się tutaj również poświęcenie sporej ilości czasu Mai przez przyjaciółki (jak wskazywała interlokutorka, rozmowy trwały nawet po dwie godziny), co znamionuje zakres gotowości do udzielenia wsparcia. Cytowaną rozmówczynię przyjaciółki przekonały również do podjęcia farmakoterapii: chociaż bowiem wykupiła przepisany jej przez psychiatrę lek antydepresyjny, nie była początkowo skłonna do jego zażywania. Dopiero dzięki rozmowom z przyjaciółkami zmieniła zdanie: „wszystkie przyjaciółki dookoła brały leki, mówią, że spoko, że nic się nie dzieje”. W tym przypadku, to nie psychiatra przekonał interlokutorkę do przyjmowania leków, ale osoby jej bliskie, które same zdecydowały się w przeszłości na leczenie farmakologiczne. Jest to sytuacja, w której farmakoterapia rozgrywa się nie tylko na linii lekarz–pacjent, jest to sytuacja egzemplifikująca rolę i znaczenie otoczenia społecznego dla poddania się przez jednostkę konkretnemu leczeniu specjalistycznemu. Inaczej rzecz ujmując: lekarz wystawił receptę na dane leki, jednak to inne jednostki przekonały rozmówczynię do zażywania tych leków. W dyskursie naukowym często mówi się o tzw. farmakoterapeutyzacji życia pacjentów z problemami psychicznymi, szczególną wagę przykłada się do aktywności marketingowej firm z branży farmaceutycznej popularyzujących wśród pa-



cjentów zażywanie leków psychotropowych<sup>57</sup>. A tymczasem – jak pokazuje przypadek Mai oraz wcześniej cytowany przypadek Marka – to nie aktywność pola medyczno-farmaceutycznego<sup>58</sup>, lecz kontekst społeczny, może być istotnym regulatorem zaangażowania się jednostki w farmakoterapię (w przypadku Mai można wręcz mówić o zjawisku „farmakoterapii uspołecznionej”).

O perswazyjnym oddziaływaniu znajomych i przyjaciół wspomniano częściej. Bartkowi [28] jeden z jego znajomych rekomendował podjęcie psychoterapii: „przyjacieli, on mnie w sumie namawiał na terapię, on widział, że mam nie do końca poukładane to wszystko i w sumie dzięki niemu też... zacząłem działać w tym kierunku”. Podobnie, jak w poprzednim wypadku, także i tu perswazja ze strony otoczenia społecznego odgrywa kluczową rolę w podjęciu przez jednostkę leczenia specjalistycznego. Wpływ niespecjalisty determinuje zatem szukanie pomocy specjalistycznej i zorientowanie rozmówcy na tego rodzaju pomoc. Taka perswazja ze strony znajomych była przy tym częstsza, niż perswazja ze strony małżonków lub partnerów. Można taki motyw narracji moich rozmówców określić jako motyw „stymulacji terapeutycznej”. Była ona przy tym oceniana w kategoriach pozytywnych, jako działanie za które moi rozmówcy byli wdzięczni znajomym oraz przyjaciołom.

Podkreślano, że sam kontakt z innymi osobami może wpływać dobroczynnie na jednostkę. W wypowiedzi Sabiny [43] akcentowana jest zarówno potrzeba kontaktu z ludźmi, jak i przekonanie, że kontakt ten może odgrywać rolę terapeutyczną: „staram się teraz jak najwięcej wychodzić, żeby spotykać się z ludźmi po prostu. To pomaga, to na pewno pomaga, po prostu się nie myśli”. „Niemyślenie” oznacza tutaj brak obsesyjnych myśli na temat np. swojego zdrowia i różnych chorób, których bali się niektórzy rozmówcy (często chodziło np. o raka). Takie paranoidalne myśli określane były przez osoby udzielające mi wywiadów jako „wkręcanie” (sobie czegoś). Przykładowo, Weronika [33] regularnie „wkręcała sobie” stany zawałowe lub przedzawałowe za każdym razem, gdy poczuła ból czy ukłucie w okolicy serca. Można ów terapeutyczny wpływ otoczenia wpisać w koncepcję zdrowia psychicznego Ericha Fromma: nadmierna koncentracja na sobie (na własnym ciele) jako forma egotyzmu jest źródłem lęków i postawą samą w sobie chorobotwórczą

<sup>57</sup> N. Rose, *Disorders without borders? The expanding scope of psychiatric practice*, „Biosocieties” 2006, nr 1, s. 465-484; E. Martin, *The pharmaceutical person*, „Biosocieties” 2006, vol 1, nr 3, s. 273-287; P. Conrad, *The shifting engines of medicalization*, „Journal of Health and Social Behavior” 2005, nr 45, s. 3-14.

<sup>58</sup> Pojęcie pola wykorzystuję w rozumieniu Pierre’a Bourdieu: P. Bourdieu, L. Wacquant, *Zaproszenie do socjologii refleksyjnej*, tł. A. Sawisz, Warszawa 2001.

(jeżeli chodzi o stan zdrowia psychicznego), natomiast regularne kontakty i interakcje społeczne siłą rzeczy owe skoncentrowanie na sobie redukują („odciągają” od własnych doznań), zapewniając równowagę psychiczną (między skupieniem na sobie i skupieniem na innych) i poprawiając samopoczucie<sup>59</sup>. Odnosnie do kontaktów z innymi osobami, jak opowiadała cierpiąca na fobię społeczną Agnieszka [23], w gronie znajomych jej zaburzenie (uporczywy lęk przed kontaktami z innymi osobami) paradoksalnie w ogóle nie daje o sobie znać:

jeżeli wychodzę [ze znajomymi] na miasto, to po prostu czuję się jakbym tej fobii [społecznej] i zaburzeń lękowych w ogóle nie miała, bo jestem w grupie. Jak na ognisku siedzę ze znajomymi, śmiejemy się, rozmawiamy, mamy jakieś tam wspólne fajne tematy, to po prostu w ogóle nie ma objawów, żadnych, tylko po prostu wracam do domu skończy się impreza, przykładowo wracam do domu i w domu po prostu wejdę za próg drzwi i sobie uświadamiam coś mnie ściska, kręci mi się w głowie, że zaraz zemdleję.

Bycie z innymi radykalnie zmienia samopoczucie rozmówcy, czasowo usuwając przypadłości psychiczne: gwarantując pewnego rodzaju sytuacje „odpoczynku” od fobii społecznej oraz napadów lęku. Dla jej znajomych wspólne spotkania to zapewne czas relaksu, dla niej są zdecydowanie czymś więcej: momentami wolności od problemów psychicznych. Według tej narracji, towarzystwo innych jednostek buduje u Agnieszki wrażenie, iż nic jej nie dolega; kondycja psychiczna jest zatem silnie warunkowana kontaktami z innymi osobami<sup>60</sup>. Podczas spotkania ze znajomymi kreowana jest atmosfera, która ma skutecznie „odpędzać” fobię społeczną. Co znaczące, w analizowanych narracjach, tak jak we fragmencie powyższym, często wskazywano, że stan samotności to stan ewokujący lęki. Bazując na materiałach z wywiadów, można zaznaczyć, że kontakty i spotkania z innymi okazują się niezwykle istotne dla osób cierpiących z powodu zaburzeń lękowych, oddziałując na ich zdrowie psychiczne. Tak o wsparciu ze strony swojego przyjaciela mówił Bartek [28]:

[przyjaciel] natomiast jest taką osobą, której mogę powiedzieć, tak? **I on zawsze mnie podtrzyma na duchu**, zawsze możemy coś porobić, możemy pójść na spacer, takie wsparcie zawsze otrzymam, zawsze możemy, nie wiem, wyjść

<sup>59</sup> E. Fromm, *Patologia normalności*, tł. S. Baranowski, R. Palusiński, Kraków 2016.

<sup>60</sup> Zob. *ibidem*, s. 61–62.

gdzieś na miasto, z tym też nie będzie problemu, albo film obejrzeć sobie we dwójkę, jeżeli nie mam ochoty nic innego robić, tak że... w tej kwestii to mam bardzo duże wsparcie od niego.

W zgromadzonych narracjach, znajomych i przyjaciół portretowano przeważnie jako osoby wykazujące się tolerancją i zrozumieniem, np. w sytuacjach, gdy rozmówcy z uwagi na napady lęku nie mogli uczestniczyć we wspólnym wyjściu czy spotkaniu: „są wyrozumiali, jak mówię, że się nie mogę spotkać, bo nie zawsze mogę, się źle czuję, to rozumieją, nie obrażają się, no taka empatia i zrozumienie z ich strony jest” [Radosław 46]. Czasami już samo to, że nie następowało odrzucenie ze strony znajomych, wystarczało moim rozmówcom – nie wymagali od swoich znajomych więcej, nie oczekiwali innej formy pomocy<sup>61</sup>. Tak, jakby brak odrzucenia był już istotnym wysiłkiem poczynionym przez znajomych. Ale ta szersza pomoc, jak wskazywałem wyżej, często się pojawiała. Co znaczące, w innych przypadkach, gdy rozmówcy przyznawali się swoim znajomym do zmagania z zaburzeniami lękowymi, znajomi reagować mieli przede wszystkim zaskoczeniem i niedowierzaniem. Tak było w przypadku znajomych Hanny [29]: „zdecydowanie wszyscy praktycznie podchodzili do tego z mocnym niedowierzaniem, że jak to, ja?”. Jest to istotny element narracyjno-retoryczny, wymagający nieco wnikliwszej interpretacji: wydaje się, że opowieść o zaskoczonych przyjaciółach, oprócz tego, że przekazuje obraz zachowania tych ostatnich w stosunku do Hanny, buduje jednocześnie wizerunek danej osoby jako jednostki „normalnej”, sugerując, że na poziomie odbioru społecznego, zachowania jednostki nie wzbudzały żadnych kontrowersji ani podejrzeń, że w grę mogą u niej wchodzić jakiegokolwiek zaburzenia psychiczne lub niezrównoważenie<sup>62</sup>. Innymi słowy, zdziwienie ze strony znajomych ma sugerować, że interlokutorka uznawana jest społecznie za osobę zdrową psychicznie. Podsumowując, w badanych narracjach znajomi i przyjaciele są przedstawiani jednoznacznie pozytywnie: ich wsparcie, jakkolwiek mniejsze niż wsparcie partnerów, ma istotny wymiar

<sup>61</sup> Tylko u jednej rozmówczyni, Elizy [45], nastąpiło zerwanie kontaktów przez znajomych po tym, gdy ich poinformowała, że cierpi na zaburzenia lękowe. Jak opowiadała rozmówczyni, wówczas pewna grupa osób „przestała się ze mną kontaktować”.

<sup>62</sup> Zob. J. Wasilewski, A. Skibiński, *Prowadzeni słowami. Retoryka motywacji w komunikacji publicznej*, Warszawa 2008, s. 84–91; o przypisywaniu pewnych cech jednostkom: E. Goffman, *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, tł. A. Dzierżyńska, J. Tokarska-Bakir, Gdańsk 2005, s. 36–47; o nieco innej manifestacji motywu zaskoczenia w narracjach osób chorych: H. Wierciński, „*Udowodniono mi...*”, s. 33–34.

terapeutyczny; w odróżnieniu od rodziny i partnerów, znajomi i przyjaciele nie doprowadzają do powstania u rozmówców zaburzeń lękowych.

### **Otoczenie społeczne: podsumowanie**

Na podstawie informacji uzyskanych od rozmówców można ocenić, że duże wsparcie płynęło do nich ze strony znajomych i przyjaciół, znaczącą pomoc zapewniali małżonkowie lub partnerzy (jakkolwiek informowano też o negatywnym charakterze związków „toksycznych” – jak określali to moi rozmówcy), najbardziej „niepewnym” środowiskiem było pod tym względem środowisko rodziny krewniaczej. Warto podkreślić, że oddziaływanie partnerów i osób znajomych, a także, w pewnych przypadkach, rodziny można uznać za znaczące w kontekście podjęcia przez pacjentów z zaburzeniami lękowymi pomocy specjalistycznej. Bez zachęty i sugestii płynących z otoczenia niektórzy moi rozmówcy mogliby nie podjąć leczenia. Stąd też oba te rodzaje pomocy można uznać za przeplatające się ze sobą, wzajemnie interferujące, powiązane. Zresztą nawet w narracjach osób, które uczęszczały na psychoterapię i/lub przyjmowały leki psychotropowe, uwidaczniał się pozytywny wpływ otoczenia społecznego (Sabina, Agnieszka, Maja, Bartek, Anna, Maksymilian), który, jak określa to Muriel Hammer, mediował sytuację zmagania z zaburzeniami lękowymi<sup>63</sup>. Okazuje się więc, że pomoc, którą na potrzeby tego artykułu można określić jako pomoc niespecjalistyczną, może z powodzeniem uzupełniać pomoc o charakterze specjalistycznym, a nawet przewyższać tę ostatnią pod względem skuteczności (przypadek Sandry).

Można zasugerować, że w przypadku moich rozmówców zachodziła amplifikacja (rozszerzenie) pola terapeutycznego: istnienie odczuwalnej, jakkolwiek nieprofesjonalnej, pomocy, która była również dostępna poza gabinetem psychologa, a oferowana przez różne osoby z otoczenia społecznego pacjentów, cierpiących na interesujące mnie zaburzenia<sup>64</sup>. Nie zachodziła jednak tu,

<sup>63</sup> M. Hammer, *op. cit.*, s. 58.

<sup>64</sup> Inspirowałem się w czynionej interpretacji rozważaniami Anny Wieczorkiewicz i Noemie Fontenelle, dotyczącymi znaczenia praktyk cielesnych jogi w życiu współczesnych mieszkańców Warszawy. Jak wskazywały wzmiankowane autorki, ich rozmówcy opowiadali o pewnego rodzaju ekspandycji jogi na różne obszary życia: „bardzo często joga ukazywana jest jako system terapeutyczny pomagający przebudować życie i odnaleźć nowy porządek poza tymi ramami, które dotychczas wydawały się dla jednostki istotne”: A. Wieczorkiewicz, N. Fontenelle, *Wędrująca joga. Przystanek Warszawa*, online: <http://kulturaoddolna.pl/wedrujaca-joga/> (data dostępu: 20.12.2017).

co warto podkreślić, demedycyzacja zaburzeń lękowych<sup>65</sup>: znacząca rola pomocy niespecjalistycznej nie przekreślała pomocy o charakterze specjalistycznym, świadczonej przez psychiatrów (przepisujących leki psychotropowe) oraz psychoterapeutów (odpowiadających za terapię danej osoby), z której to pomocy korzystała zdecydowana większość moich rozmówców. Dlatego też niniejszy tekst może być głosem w dyskusji nad koegzystencją obu form pomocy: specjalistycznej oraz niespecjalistycznej.

Należy jednak w tym miejscu przywołać trzy dyskusyjne przypadki. Odnośnie Sandry [23], wsparcie niespecjalistyczne, jakie otrzymała ze strony partnera i dzięki któremu odczuła zmianę w samopoczuciu, nie płynęło w kontrze względem pomocy specjalistycznej, z której korzystała: wsparcie to okazało się po prostu, w optyce rozmówczyni, skuteczniejsze niż pomoc specjalistyczna, a skoro przyniosło pozytywne efekty, rozmówczyni poważnie rozważała zaprzestanie korzystania z pomocy specjalistycznej w postaci farmakoterapii (w czym kryje się zresztą racjonalne uzasadnienie: po co bowiem kontynuować coś, co nie daje efektów). Z kolei w przypadku Izy [39], sprawa rysowała się następująco: rozmówczyni ta nie wierzyła, że psychoterapia może jej pomóc („to jest takie pierdzielenie”), po pewnym czasie zrezygnowała też z leku antydepresyjnego (gdy przytyła po nim 8 kg), jedynie sporadycznie sięgała po doraźnie działający środek benzodiazepinowy (Afobam). Natomiast ma znaczne wsparcie ze strony męża, a także rodziców, siostry i bratowej (te dwie ostatnie pomagają Izcie, rozmawiając z nią; jak wskazuje Iza: „ja chyba lubię sobie tak porozmawiać, to mi pomaga”). W tej sytuacji faktycznie występuje, wpisując się w proces demedycyzacji<sup>66</sup>, powątpiewanie w celowość pomocy specjalistycznej (pod postacią psychoterapii) oraz rezygnacja z korzystania z tej pomocy (odstawienie leku antydepresyjnego) – być może motywowane właśnie skumulowaną siłą otrzymywanego wsparcia społecznego. Zbliżona sytuacja wystąpiła w przypadku Wiktorii [28]: nie chciała ona leczyć się za pomocą leków psychotropowych, nie widziała

---

Na temat „kultury terapeutycznej”: M. Jacyno, *Kultura indywidualizmu*, Warszawa 2007; M. Nowakowski, *Medycyzacja we współczesnych społeczeństwach Zachodu. Studium literatury przedmiotu*, niepublikowana praca doktorska, Lublin 2013.

<sup>65</sup> Demedycyzację można określić jako sytuację, gdy „problem przestaje być traktowany w kategoriach medycznych, a zaangażowanie personelu medycznego jest uznawane za niezasadne”: P. Conrad, *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Baltimore 2007, s. 67, za: M. Nowakowski, *op. cit.*, s. 230.

<sup>66</sup> M. Nowakowski, *op. cit.*, s. 228–231.

również sensu w psychoterapii, otrzymywała jednak, jak to wcześniej wskazywałem, znaczną pomoc ze strony wszystkich prawie członków rodziny. Dwa ostatnie przypadki na pewno są znaczące pod kątem siły otrzymywanego wsparcia społecznego i niewielkiego zaangażowania w korzystanie z pomocy specjalistycznej. Można tu wskazać na zasadę, łączącą sytuacje Izy i Wiktorii: znaczny poziom wsparcia niespecjalistycznego koreluje z nastawieniem (raczej niechętnym) względem pomocy specjalistycznej i zapotrzebowaniem (relatywnie niewielkim) na taką pomoc.

Jak zwraca uwagę Carl Cohen, w psychiatrii od momentu wprowadzenia i upowszechnienia kolejnych generacji leków psychotropowych uformowany został „biomedyczny model” leczenia zaburzeń psychicznych, który odsuwał na dalszy plan społeczne czynniki, zarówno wywołujące, jak i pomagające w uśmierzaniu zaburzeń<sup>67</sup>. Także funkcjonowanie ruchu antypsychiatrii doprowadziło, paradoksalnie, do ugruntowania poglądu o kluczowej roli biologicznego wymiaru zaburzeń psychicznych, na jakim ma koncentrować się medycyna<sup>68</sup>. Z kolei obecnie, w dobie biomedycyzacji, wiele mówi się o rosnącym znaczeniu indywidualnej odpowiedzialności członków społeczeństwa za stan swojego zdrowia<sup>69</sup>. Tymczasem lektura narracji osób z zaburzeniami lękowymi uświadamia konieczność wzięcia pod uwagę wpływu otoczenia społecznego na stan i samopoczucie pacjentów z zaburzeniami lękowymi. Na podstawie omawianego materiału z narracji rozmówców można zasugerować, że społeczeństwo wpływa na powstanie zaburzeń lękowych (rodzice, toksyczne związki) ale może też brać czynny udział w pomocy jednostkom, aby się od tych zaburzeń uwolnić. W szerszym zakresie ewokuje to ogólniejszy problem roli wspólnoty w kontekście funkcjonowania i samostanowienia jednostki<sup>70</sup>. Można, rzecz jasna, się zastanawiać, jak dalece taka pomoc ma charakter wyjątkowy: wydaje się jednak, że raczej mało prawdopodobne jest, by społeczeństwo pełniło aż tak istotną rolę w przypadku pacjentów z urazami mechanicznymi i cierpiących na przewlekłe dolegliwości związane raczej z ciałem, niż z umysłem. Takie rozciągnięcie pola terapeutycznego było zaś zauważalne w przypadku moich rozmówców z zaburzeniami lękowymi.

---

<sup>67</sup> C. Cohen, *The Biomedicalization of Psychiatry. A Critical Overview*, „Community Mental Health Journal” 1993, nr 6, s. 509-521.

<sup>68</sup> M. Nowakowski, *op. cit.*, s. 60.

<sup>69</sup> A. Clarke *et al.*, *op. cit.*, s. 161–163 i n.

<sup>70</sup> Ch. Taylor, *Etyka autentyczności*, tł. A. Pawelec, Kraków 1996; por. A. Mol, *The logic of care. Health and the problem of patient choice*, New York 2008, s. 4.

## **Summary**

***Family, partners and friends.***

***Forms of help and support in the narratives of people with anxiety disorders***

The aim of the article is to analyze the narratives of the Polish citizens suffering from anxiety disorders from the perspective of receiving help and support from the social surrounding. A lot of support came from spouses and partners as well as from friends and colleagues. Nuclear family was described as ambiguous in terms of providing personal support. However, help from social surrounding, which can be described as a non-professional kind of help, may successfully complement the professional help: in certain areas and dimensions the former may even outperform the latter. It leads to the conclusion, that there is an amplification of the therapeutic field, which includes not only psychologists or physicians, but also people from social surrounding of the sufferers with anxiety disorders.

