

Monika Frąckowiak-Sochańska
 Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
<https://doi.org/10.18778/1733-8069.11.4.04>
Poznawcza i emocjonalna adaptacja do sytuacji choroby psychicznej w rodzinie

Abstrakt Celem artykułu jest analiza poznawczych i emocjonalnych aspektów procesu przystosowania do sytuacji choroby psychicznej w rodzinie. Pomiedzy wyżej wymienionymi aspektami istnieją zależności w postaci dodatnich i ujemnych sprzężeń zwrotnych. Istotnym elementem adaptacji poznawczej jest konstruowanie kategorii „choroby psychicznej” oraz „zdrowia psychicznego” tworzących ramy interpretacji przeżywanego doświadczenia. Proces ten jest uzależniony od uprzednich stanów afektywnych i wpływa na dalsze doświadczenia emocjonalne, zwrotnie oddziałując na aktywność poznawczą. Orientację teoretyczną i metodologiczną niniejszego opracowania wyznacza podejście konstruktywistyczne. Podstawę empiryczną prezentowanej analizy stanowią badania przeprowadzone w oparciu o metodologię teorii ugruntowanej. Badania te sprowadzają się do analizy i interpretacji opublikowanych narracji biograficznych członków rodzin osób zmagających się z chorobą psychiczną (Stark, Bremer, Esterer 2002; Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób Mniejszych Szans „Więź” b.d.). Przeprowadzona analiza dotyczyła zarówno treści wypowiedzianych przez narratorów, jak i charakterystycznych sposobów kategoryzowania doświadczeń. W efekcie przeprowadzonych badań odtworzony został proces przystosowania do sytuacji choroby psychicznej w rodzinie wraz z jego wariantami, głównymi etapami i punktami zwrotnymi.

Słowa kluczowe zdrowie i choroba psychiczna, kryzys jako doświadczenie poznawcze i emocjonalne, adaptacja poznawcza i emocjonalna, konstruktywizm, teoria ugruntowana

Monika Frąckowiak-Sochańska, dr nauk humanistycznych w dziedzinie socjologii (2006), mgr socjologii (2002) i psychologii (2006), absolwentka szkoleń z zakresu psychoterapii systemowej w Wielkopolskim Towarzystwie Terapii Systemowej. Adiunkt w Zakładzie Badań Problemów Społecznych i Pracy Socjalnej w Instytucie Socjologii UAM. Przygotowuje rozprawę habilitacyjną pt. „Społeczne konstruowanie kategorii zdrowia psychicznego i chorób/zaburzeń psychicznych w społeczeństwie refleksyjnej nowoczesności”. Jej zainteresowania naukowe

koncentrują się wokół: socjologii zdrowia psychicznego, pracy socjalnej zorientowanej na zdrowie psychiczne, terapii systemowej, socjologii wartości i socjologii płci społeczno-kulturowej.

Adres kontaktowy:

Instytut Socjologii
 Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
 ul. Szamarzewskiego 89 C, 50-568 Poznań
 e-mail: monikafs@amu.edu.pl

Ogólnym celem niniejszego artykułu jest analiza procesu poznawczego i emocjonalnego przystosowania do sytuacji choroby psychicznej w rodzinie. Cele szczegółowe sprowadzają się natomiast do poszukiwania odpowiedzi na następujące pytania badawcze: Jakie strategie poznawcze stosują jednostki zmagające się z chorobą psychiczną członka rodziny? Jakie emocje przeżywają w związku z tym i jak sobie z nimi radzą? Jakiego rodzaju powiązania występują pomiędzy procesem poznawczym i emocjonalnym przystosowania do sytuacji choroby psychicznej bliskiej osoby? Jaka jest dynamika obu procesów?

Postawienie powyższych pytań jest uzasadnione w kontekście danych wskazujących na rosnącą powszechność chorób i zaburzeń psychicznych. Z danych szacunkowych WHO wynika, że statystycznie co czwarty człowiek żyjący obecnie na świecie w którymś momencie swojego życia doświadczy jakiegoś problemu psychicznego (2001; CBOS 2008). Prognoza ta znajduje potwierdzenie w wynikach badań prowadzonych lokalnie, na przykład w Polsce w 2012 roku. Wyniki uzyskane w ramach projektu „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska”¹ pozwalają oszacować, że występowanie zdefiniowanych zaburzeń psychicznych

¹ Badanie EZOP było pierwszym w Polsce badaniem epidemiologicznym zaburzeń psychicznych przeprowadzonym zgodnie z metodologią Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) we współpracy z Konsorcjum World Mental Health (WMH). Zastosowano w nim Złożony Międzynarodowy Kwestionariusz Diagnostyczny (CIDI) w liczącej ponad 10 tysięcy respondentów próbie losowej osób w wieku 18–64 lata. Badaniem objęto najczęściej występujące zaburzenia psychiczne, zaliczające się głównie do zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, zaburzeń nastroju, nerwicowych (w tym lękowych i neurastenii) oraz zaburzeń kontroli impulsów i zachowań autodestrukcyjnych (EZOP 2012: 267).

w populacji w wieku 18–64 lata wynosi około 23%, co daje liczbę około 6 milionów². Ekstrapolacja danych pozwala twierdzić, że doświadczenia z zaburzeniami psychicznymi są udziałem co najmniej co trzeciej polskiej rodziny. Badania dotyczące sposobów radzenia sobie z chorobą psychiczną członka rodziny pozwalają zatem zidentyfikować najistotniejsze problemy doświadczane przez bliskich osób chorujących psychicznie, co posłużyć może konstruowaniu adekwatnych form wsparcia oraz polepszaniu jakości życia chorych oraz ich rodzin. Analiza przedstawiona w niniejszym artykule stanowi część szerszych studiów teoretycznych i empirycznych poświęconych społecznemu konstruowaniu kategorii zdrowia psychicznego i chorób/zaburzeń psychicznych. Zawarte w tekście tezy można traktować jako punkt wyjścia dla budowania teorii wyjaśniającej wskazanego fragmentu życia społecznego.

Zmaganie się z chorobą psychiczną bliskiej osoby spełnia kryteria zdarzenia kryzysowego (krytycznego doświadczenia życiowego) – przekracza dotychczasowe sposoby radzenia sobie z trudnościami, powoduje intensywne napięcie emocjonalne i budzi silny dysonans poznawczy³. Krytyczne wydarzenia życiowe są opisywane w literaturze jako

² Omawiane badanie nie obejmuje wszystkich możliwych zaburzeń, w tym szczególnie dotkliwych i często przewlekłych zaburzeń psychotycznych, zaburzeń psychicznych o podłożu organicznym, a także osób w wieku poniżej i powyżej przyjętego kryterium włączenia do badań. Można zatem przypuszczać, że liczba osób doświadczających problemów w zakresie zdrowia psychicznego oraz ich rodzin jest jeszcze wyższa (EZOP 2012: 267–268).

³ Dysonans poznawczy definiuję zgodnie z tradycyjnym rozumieniem zakorzenionym w psychologii społecznej jako popęd spowodowany uczuciem dyskomfortu stanowiącego konsekwencję utrzymania dwóch lub więcej niezgodnych ze sobą elementów poznawczych (Aronson, Wilson, Akert 1997: 81).

emocjonalnie znaczące wydarzenia wyodrębnione w toku codzienności, mające istotne, często kluczowe znaczenie dla dalszego biegu życia (Sęk 2001: 14), wymuszające zmianę w dotychczasowym funkcjonowaniu osoby w rodzinie, w życiu społecznym, w stosunku do świata i własnej osoby (Badura-Madej 1996: 16), niosące z jednej strony ryzyko pogorszenia funkcjonowania i braku adaptacji, lecz z drugiej strony możliwość podwyższenia poziomu funkcjonowania w wyniku podjętych działań adaptacyjnych (Ogińska-Bulik 2013: 52). Równocześnie przewlekła choroba bliskiej osoby, w tym choroba psychiczna, pociąga za sobą znaczną liczbę obciążeń w znaczeniu codziennych trudności, przeszkód, utrapień (*daily hassles*) (Sęk 2001: 14). Kryzys związany z chorobą psychiczną członka rodziny doświadczany jest zarówno na poziomie poznawczym, jak i emocjonalnym, w skali indywidualnej oraz na poziomie całego systemu rodzinnego.

Istotnym elementem adaptacji poznawczej do sytuacji choroby psychicznej bliskiej osoby jest konstruowanie kategorii choroby psychicznej (i pośrednio – zdrowia psychicznego), tworzących ramy interpretacji przeżywanego doświadczenia. Proces ten pozostaje w ścisłym związku z adaptacją emocjonalną, ponieważ świadomość choroby psychicznej członka rodziny pociąga za sobą określone (niejednokrotnie skrajne bądź sprzeczne) stany afektywne.

Orientacja teoretyczno-metodologiczna

W niniejszym opracowaniu przyjmuję orientację konstrukcjonistyczną. Jak pisze D. Silverman, orientacja ta „przyjmowana przez wielu badaczy posiłkujących się metodami jakościowymi powo-

duje, że poświęcają oni uwagę raczej procesom, za sprawą których teksty opisują *rzeczywistość*, niż ustaleniu prawdziwości lub fałszywości zawartości analizowanych tekstów” (2008: 203; por. Oliwa-Ciesielska 2013: 91). Jak twierdzą A. Rogers i D. Pilgrim, podejście konstruktywistyczne jest skoncentrowane nie tyle na wskazywaniu realności bądź nierealności zjawisk społecznych, lecz na analizowaniu wpływu określonych sił społecznych na definiowanie zjawisk (2010: 15). Punktem wyjścia badań danego problemu jest wybór konkretnego aspektu rzeczywistości społecznej stanowiącego przedmiot analiz i interpretacji. Badacz pośrednio przyznaje zatem, że rzeczywistość społeczna jest bytem realnym. Tym samym zażegnany zostaje spór pomiędzy radykalnym konstruktywizmem a naiwnym realizmem dotyczący ontologicznego statusu rzeczywistości społecznej oraz możliwości jej poznawania. Społeczny konstruktywizm nie musi również oznaczać stanowiska opozycyjnego w stosunku do realizmu oraz społecznego kauzalizmu, zakładającego, iż siły społeczne generują realnie istniejące zjawiska (Rogers, Pilgrim 2010: 16). W kontekście prowadzonych analiz można zatem przyjąć, że to nie zdrowie czy choroba psychiczna są konstruowane społecznie, lecz sposoby ich opisywania i rozumienia. We wszystkich społeczeństwach ludzie zachowują się w sposób, który sygnalizuje dystres i którego inni nie są gotowi zrozumieć, więc z pewną dozą pewności możemy mówić o „realności” chorób i zaburzeń psychicznych. Tym, co wydaje się zmienne i możliwe do zakwestionowania z perspektywy czasu i przestrzeni są sposoby opisywania, rozumienia oraz wartościowania owych stanów (Rogers, Pilgrim 2010: 18).

Podstawę empiryczną prezentowanej analizy stanowią badania własne (analiza danych zastanych scharakteryzowanych szczegółowo w dalszej części artykułu) przeprowadzone w oparciu o metodologię teorii ugruntowanej, będącej konsekwencją założeń teoretycznych zawartych w paradygmacie interpretatywnym. Przedmiotem badań socjologicznych osadzonych w tym paradygmacie jest żywe doświadczenie aktorów społecznych. Dociekania badawcze dotyczą kodów, sensów, znaczeń, praktyk dyskursywnych oraz ukrytych, uznawanych za oczywiste reguł życia społecznego konstruowanych i rekonstruowanych przez jednostki w toku codziennych doświadczeń.

Zgodnie z kluczowym założeniem teorii ugruntowanej wszelkie teorie dotyczące danego fragmentu rzeczywistości społecznej oraz pojęcia używane do tego celu nie są odkrywane na podstawie danych empirycznych, lecz konstruowane w trakcie procesu analizy. Dane zastane są także konstruowane – najpierw przez badanych uczestników życia codziennego, a później przez badacza dokonującego selekcji danych będących przedmiotem analizy (Charmaz 2009a: X). Według K. Charmaz metoda teorii ugruntowanej stanowi zestaw „wskazówek analitycznych, które pozwalają badaczom na zgromadzenie danych i zbudowanie indukcyjnych teorii średniego zasięgu poprzez kolejne poziomy analizy danych i rozwoju pojęć” (2009b: 708; por. Oliwa-Ciesielska 2013: 95).

Co istotne, metodologia teorii ugruntowanej pozwala na dokonywanie uogólnień teoretycznych na podstawie analizy pojedynczych przypadków. Jak twierdzą B. G. Glaser i A. L. Strauss, „pojedyn-

czy przypadek może wskazywać ogólną pojęciową kategorię lub własność, a kilka dalszych przypadków może potwierdzać wskazówkę” (2009: 29). Zasadą generowania teorii jest również „nie posiadać żadnych wcześniejszych postawionych lub ocenianych hipotez, lecz zachowywać wrażliwość na wszystkie możliwe odniesienia teoretyczne wśród setek możliwych rozkładów dostarczonych przez szeroki sondaż” (Glaser, Strauss 2009: 97; por. Oliwa-Ciesielska 2013: 97). Przyjmowana w tradycyjnych badaniach hipoteza jest w teorii ugruntowanej rozumiana jako twierdzenie bądź teza (*preposition*) wskazująca na relacje pomiędzy pojęciami (Konecki 2000: 30; por. Oliwa-Ciesielska 2013: 96–97). Podsumowując, zastosowana metoda analizy pozwala opisać badany fragment rzeczywistości społecznej „na tyle żywo, aby tak czytelnik, jak i badacze mogli prawie dosłownie widzieć i słyszeć zamieszkujących go ludzi – lecz zawsze w powiązaniu z teorią” (Glaser, Strauss 2009: 176).

Badania własne

Materiał badawczy na potrzeby niniejszego artykułu stanowią narracje biograficzne członków rodzin osób zmagających się z chorobą psychiczną. Badane wypowiedzi zostały opublikowane w pracy pod redakcją M. F. Staraka, F. Bremera i I. Esterer – *Przecież ja nie zwariowałem. Pierwszy kryzys psychiczny* (2002) – oraz na stronie internetowej Stowarzyszenia Rodzin i Przyjaciół Osób Mniejszych Szans „Więź”⁴, podejmującego działania na rzecz osób po kryzysie zdrowia psychicznego oraz

⁴ Zob. http://www.archiwum.wiez.org.pl/moja_choroba_rodzina.html (dostęp 24 września 2015 r.).

ich bliskich⁵. Celem wyżej wymienionych publikacji było zaznajomienie szerszego grona odbiorców z doświadczeniami osób zmagających się z problemami zdrowia psychicznego oraz ich rodzin. Analizowane przeze mnie wypowiedzi miały zatem charakter świadomie konstruowanych, przemyślanych narracji formułowanych z intencjami, które uznać można za zbieżne z ogólnymi celami publikacji. Bezpośrednim celem wypowiedzi pochodzących z obu źródeł było przedstawienie perspektywy osób pozostających w bliskich relacjach z chorymi oraz ukazanie zmian w sposobie funkcjonowania rodziny pod wpływem choroby psychicznej jednego z jej członków. Wypowiedzi zamieszczone na stronie internetowej pełnią dodatkową funkcję promowania Stowarzyszenia, co w istotny sposób wpływa na dane (dostępne są bowiem jedynie wypowiedzi osób mających kontakt ze Stowarzyszeniem, przedstawiających jego działalność w korzystnym świetle – np. wskazujących na użyteczność świadczonych przez nie form pomocy). Stała świadomość potencjalnych zakłóceń z tym związanych pozwoliła zachować uważność badawczą w dążeniu do odkrywania uniwersalnych mechanizmów związanych z poznawczą i emocjonalną adaptacją do sytuacji choroby psychicznej w rodzinie.

Ponadto można założyć, że autorzy badanych wypowiedzi realizowali również osobiste cele związane ze strukturalizacją własnych doświadczeń. Jak wskazuje G. Gibbs,

⁵ Ponieważ wyniki badań publikowane w niniejszym artykule stanowią część szerszego projektu teoretycznego i empirycznego, opis metodologii jest zbieżny z opisem pojawiającym się w innych publikacjach autorki (Frąckowiak-Sochańska w druku). Wyniki badań prezentowane w tym opracowaniu nie były wcześniej publikowane.

[b]udowanie narracji czy też opowiadanie historii (*storytelling*) jest jednym z podstawowych sposobów, w jaki ludzie organizują swoje rozumienie świata [...]. Przez opowieści nadają sens swoim przeszłym doświadczeniom, a także dzielą się tymi doświadczeniami z innymi. Uważna analiza tematów, treści, stylu, kontekstu i samego aktu opowiadania pozwala odkryć, jak ludzie rozumieją znaczenia kluczowych wydarzeń w ich życiu bądź w życiu ich społeczności oraz dotrzeć do kulturowych kontekstów stanowiących ramę ich życiowych doświadczeń. (2010: 108; por. Oliwa-Ciesielska 2013: 87)

Wypowiedzi biograficzne charakteryzują się znaczną dozą autorefleksji. Retrospektywna strukturalizacja doświadczenia dokonana przez autorów i autorki wypowiedzi pozwala na przeprowadzenie analizy treści wypowiedzi oraz metaanalizy dotyczącej sposobów, w jakie owe treści są włączane do narracji. Jest to o tyle istotne, że autorzy badanych wypowiedzi często starali się przekazać doświadczenia kryzysowe, niezrozumiałe czy przekraczające posiadane przez nich ramy interpretacji. Konstruowanie nowych ram interpretacji bądź korygowanie istniejących, po to, by pomieściły się w nich relacjonowane doświadczenia odbywało się na bieżąco – w toku wypowiedzi.

Materiał prezentowany przez Starka, Bremera i Esterer był pozyskany w bezpośrednim kontakcie z respondentami. Osoby badane wyraziły zgodę na publikację swoich wypowiedzi i zdawały sobie sprawę z jej celu (Stark i in. 2002). W przypadku narracji zamieszczonych na stronie Stowarzyszenia „Więź” członkowie rodzin osób zmagających się z chorobą psychiczną konstruowali swoje wypowiedzi samo-

dzielnie w formie pisemnej, po otrzymaniu ogólnej instrukcji dotyczącej tematu (Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób Mniejszych Szans „Więź” b.d.). Analizowane narracje dotyczyły polskiego i niemieckiego kontekstu społeczno-kulturowego. Ze względu na bliskość geograficzną i kulturową zostały one włączone do wspólnej puli danych.

Łącznie analizie poddanych zostało jedenaście narracji, stanowiących kompletną reprezentację wypowiedzi członków rodzin osób chorujących psychicznie, zamieszczonych we wskazanych źródłach. Spośród badanych wypowiedzi większość stanowiły te pochodzące od rodziców, przede wszystkim matek osób zmagających się z chorobą psychiczną. Wśród badanych wypowiedzi znalazło się: osiem wypowiedzi matek, jedna wspólna wypowiedź matki i ojca, jedna wypowiedź ojca i jedna wypowiedź brata osoby chorej psychicznie⁶. W większości narracje dotyczyły choroby psychicznej syna (osiem przypadków), córki (dwa przypadki) i siostry (jeden przypadek). W analizowanych publikacjach zabrakło informacji pozwalających w precyzyjny sposób zidentyfikować cechy społeczno-demograficzne autorów badanych wypowiedzi (takie jak: wiek, poziom wykształcenia czy status społeczno-ekonomiczny) oraz podstaw do porównania takich zmiennych, jak: czas chorowania dzieci, zaangażowanie w konkretne czynności składające się na proces radzenia sobie z chorobą czy relacje z pozostałymi członkami rodziny. W związku z tym formułowane wnioski badawcze mają charakter hipotez

⁶ Informacje o płci oraz rolach rodzinnych narratorów wydają się znaczące w kontekście schematów płci społeczno-kulturowej, w tym składających się na nie powiązań kobiecych ról rodzinnych z funkcjami opiekuńczymi.

interpretacyjnych, wymagających systematycznego testowania w powiązaniu z wyżej wymienionymi zmiennymi w ramach dalszych projektów badawczych, stanowiących kolejne etapy studiów nad podjętym tematem. Ponadto należy mieć na uwadze fakt, że w przypadku wypowiedzi zastanych badacz nie ma możliwości oceny prawdziwości bądź fałszywości badanych wypowiedzi. Pomimo powyższych problemów możliwe było realizowanie głównego celu badań sprowadzającego się do próby ustalenia, w jaki sposób autorzy analizowanych wypowiedzi konstruują swoje narracje oraz nadają sens doświadczeniom, a w konsekwencji adaptują się poznawczo i emocjonalnie do sytuacji choroby psychicznej w rodzinie. Ów cel jest związany z poszukiwaniami pewnych uniwersalnych mechanizmów psychospołecznych.

Punktem wyjścia analizy materiału badawczego było kodowanie otwarte, które miało na celu poznanie zawartości tekstu. Na jego podstawie przystąpiłam do kodowania skoncentrowanego (ukierunkowanego i selekcyjnego). Wybór najczęstszych i najistotniejszych z perspektywy wyłaniającej się teorii kodów posłużył całościowej kategoryzacji danych. Ze względu na specyfikę badanego materiału zdecydowałam się na kodowanie wersami. Zabieg ten umożliwił zachowanie stałej uważności na pojawiające się punkty zwrotne narracji, sygnalizowane przez kluczowe wyrażenia odnoszące się zarówno do sfery poznawczej, jak i emocjonalnej. Kierowałam się również zasadą teoretycznego nasycania kategorii, oznaczającą zbieranie danych do momentu, kiedy w kolejnych wypowiedziach pojawiają się dane podobne do już zebranych, a gromadzenie kolejnych danych nie prowadzi już do nowych

spostrzeżeń teoretycznych (Charmaz 2009a: 147). Konstruowane w toku analizy kategorie dotyczyły strategii radzenia sobie z dysonansem poznawczym wywołanym przez chorobę psychiczną członka rodziny oraz emocji przeżywanych w wyżej wymienionej sytuacji. Istotną częścią procesu badawczego było pisanie not teoretycznych pozwalających na bieżącą eksplanację problemów szczegółowych, wyłaniających się w trakcie konstruowania teorii. Prezentując materiał badawczy, posłużyłam się cytatami wyselekcjonowanymi pod względem istotności i trafności egzemplifikacyjnej dla wypowiedzi zawierających podobne treści (Oliwa-Ciesielska 2013: 105).

Poznawcza adaptacja do sytuacji choroby psychicznej w rodzinie

Z przeprowadzonej przeze mnie analizy wynika, że choroba psychiczna członka rodziny budzi dysonans poznawczy. Bliska osoba zaczyna przejawiać zachowania niezgodne ze schematami jej dotychczasowego postrzegania przez przedstawicieli bezpośredniego otoczenia społecznego oraz z normami regulującymi przebieg codziennych interakcji. Przypuszczenie, że zachowania te mają związek z chorobą psychiczną powodują u zdrowych członków rodziny napięcie rzutujące zarówno na autopercepcję w rolach rodzinnych, jak i postrzeganie szerszego otoczenia społecznego, w którym funkcjonuje bliska osoba zdradzająca symptomy choroby.

Na podstawie analizowanych wypowiedzi można postawić tezę o nieostrości granic między zdrowiem a chorobą psychiczną w świadomości jed-

nostek zmagających się z kryzysem psychicznym bliskiej osoby. Ponadto wyodrębnić można kilka zasadniczych sposobów radzenia sobie z dysonansem poznawczym wywołanym przez chorobę psychiczną członka rodziny. Należą do nich: odrzucanie świadomości choroby bądź określonych informacji na jej temat, próby pośredniego ujmowania choroby poprzez nienazywanie choroby oraz ujmowanie jej za pomocą metafor, jak i przenoszenie uwagi z choroby na fakty towarzyszące pojawieniu się symptomów. Autorzy badanych wypowiedzi stosowali również retrospektywne wyjaśnianie zachowań związanych z chorobą, poszukiwali zewnętrznych warunków uzasadniających zachowanie osoby chorej oraz jednoznacznych przyczyn choroby. Ponadto dążyli do zachowywania zasad logicznego wyводу w relacjonowaniu objawów wymykających się zasadom codziennej racjonalności oraz usiłowali wyjaśnić stan bliskiej osoby w szerszej perspektywie poprzez próby zrozumienia ogólnych mechanizmów choroby. Powyższe strategie były relacjonowane przez narratorów w odniesieniu do różnych etapów zmagania się z sytuacją choroby psychicznej w rodzinie, co wskazuje na procesualność adaptacji. Należy jednak zaznaczyć, że nie wszystkie spośród wyodrębnionych strategii były w równym stopniu obecne we wszystkich badanych narracjach, co oznacza, że analizowany proces może przebiegać w sposób zindywidualizowany.

Autorzy i autorki analizowanych narracji wskazywali na trudności w mówieniu o początkach choroby bliskiej osoby. Narratorzy podkreślali nieuchwytność i płynność granic pomiędzy zdrowiem a chorobą. Reprezentatywne dla tej kategorii są na-

stępujące wypowiedzi: „Jest mi bardzo trudno mówić o początkach psychozy mojego syna” (Stark i in. 2002: 28) oraz „Syn zachowywał się niby normalnie, ale jego wypowiedzi były dość dziwne” (Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób Mniejszych Szans „Więź” b.d.). Różnica pomiędzy zachowaniem osoby zdrowej i chorej jest zatem zauważalna, ale trudna do określenia. W związku z tym narratorzy posługują się ogólnymi kategoriami „dziwności” i „inności”. Są one używane do opisu zachowań członków rodziny wobec braku adekwatnych, precyzyjnych ram interpretacyjnych.

Jednym ze sposobów radzenia sobie z dysonansem poznawczym pojawiającym się w sytuacji choroby psychicznej członka rodziny jest odrzucanie świadomości choroby bądź niektórych informacji na jej temat. Przykład stanowi wypowiedź matki młodego mężczyzny, który otrzymał rozpoznanie schizofrenii: „Nie mogłam długo uwierzyć, że to choroba nieuleczalna” (Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób Mniejszych Szans „Więź” b.d.). Świadomość nieuleczalności choroby powoduje zagrożenie *status quo*. Perspektywa nieodwracalnych zmian, jakim musi poddać się rodzina, w połączeniu z niejasnością sytuacji, w jakiej się znalazła, nasila napięcie i uruchamia reakcje obronne. Przez pewien czas bliscy osób chorych próbują żyć tak jak dawniej i traktować osobę chorą tak jak przed rozwojem choroby, jednak nasilający się niepokój oraz pojawiające się obiektywne trudności czynią aktualne warunki nieporównywalnymi z warunkami sprzed wystąpienia choroby. Odrzucanie świadomości choroby jest paradoksalnie możliwe wówczas, gdy jednostka dostrzega już pierwsze przesłanki wskazujące na chorobę psy-

chiczną bliskiej osoby. Myśl o zagrożeniu chorobą psychiczną pojawia się w formie ogólnych, nieugruntowanych, fragmentarycznych przekonań i jest niemal natychmiast usuwana z pola świadomości. Można postawić tezę, że wstępna interpretacja obserwowanego zachowania członka rodziny w kategoriach choroby psychicznej pojawia się zanim jednostka nabędzie emocjonalną gotowość, by skonfrontować się z faktem choroby; brakuje jej skuteczności zaradczej, wiedzy oraz koncepcji dalszego życia w nowej sytuacji.

Relacjonując początki choroby członka rodziny, autorzy znacznej części badanych wypowiedzi stosowali **procedurę nienazywania choroby**. Schemat ten jest obecny w następujących wypowiedziach otwierających narracje: „**To wszystko** zaczęło się”, „**To wszystko**⁷ jest jeszcze bardzo świeżym, nie tak odległym przeżyciem”, „**To wszystko** było dla mnie nowe i obce” (Stark i in. 2002: 28, 37). Powyższe fragmenty wypowiedzi odnoszą się do niemożności dokładnego ujęcia doświadczenia choroby psychicznej bliskiej osoby oraz wskazują na jego złożoność. Procedura nienazywania pojawia się również w dalszych częściach narracji, zwykle w powiązaniu z relacjonowaniem bezradności wobec choroby członka rodziny. Przykład stanowi następująca wypowiedź: „Usilnie poszukiwaliśmy sposobu zaradzenia **tej sytuacji**” (Stark i in. 2002: 213). Nienazywanie choroby może wydawać się zaskakujące zważywszy na fakt, że rozpoczynając konstruowanie badanych wypowiedzi, narratorzy z reguły znali już kategorie diagnostyczne będące podstawą rozpoznania, jakie otrzymali ich bliscy. Za jedną

⁷ Wszystkie wyróżnienia w cytowanych wypowiedziach pochodzą od autorki.

z przyczyn nienazywania choroby uznać można lęk przed zwerbalizowaniem treści uznanych za zagrażające. Zdefiniowanie określonego problemu w kategoriach werbalnych oznacza bowiem konieczność konfrontacji, na którą jednostka może nie być w danym momencie gotowa.

Analizowane wypowiedzi odzwierciedlają proces stopniowego, powolnego budowania świadomości choroby psychicznej bliskiej osoby. W tym kontekście stosunkowo bezpiecznym rozwiązaniem jest **określanie choroby za pomocą metafor**. Metafora pozwala bowiem na zachowanie dystansu wobec problemu poprzez nienazywanie go wprost, lecz równocześnie daje możliwość względnie bezpiecznego osvajania się z nim. Używanie przenośni świadczy o próbach zrozumienia istoty doświadczanych problemów poprzez sprowadzenie ich do rozpoznawalnych, obrazowych reprezentacji poznawczych oraz formułowanie problemu w zrozumiałych kategoriach o charakterze ogólnym. Przykład metaforycznego ujęcia choroby zawarty jest w następującej wypowiedzi nastolatka, którego siostra doświadczała nawracających zaburzeń zachowania: „Czytała bardzo dużo, ale nigdy nie mówiła o uczuciach [...], a przecież umysł nie jest w stanie wszystkiego przerobić. **Kojarzy mi się to z placem, od którego odchodzi 17 ulic, a ty nie wiesz, w którą z nich masz wejść**” (Stark i in. 2002: 37).

Trudności w nazywaniu i precyzyjnym określeniu istoty choroby były kompensowane próbami możliwie szczegółowego i uporządkowanego **relacjonowania faktów** towarzyszących początkom zaburzenia zdrowia psychicznego bliskiej osoby.

Badane wypowiedzi zawierały typowe elementy pozwalające ustalić **co, kiedy i z czym udziałem** działo się w okresie poprzedzającym chorobę członka rodziny. Narratorzy podawali konkretne daty bądź ogólne ramy czasowe. Badane narracje porządkowane były zarówno w odniesieniu do obiektywnych kryteriów czasowych, jak i historii rodziny oraz istotnych wydarzeń w życiu osoby chorej (np. przejścia na kolejny etap edukacji, zmiany szkoły itd.). Narratorzy cyklicznie powracali do opisu zdarzeń w momentach, w których pojawiały się trudności w zinterpretowaniu (a tym samym w zrozumieniu sensu) relacjonowanych wydarzeń bądź w utrzymaniu zaproponowanych wcześniej interpretacji. Faktografia pełni w tym przypadku funkcję porządkującą i tworzy wrażenie panowania nad relacjonowanymi doświadczeniami. Pozwala zatem doraźnie ograniczyć niepokój związany z treścią wypowiedzi i utrzymać nadzieję, że wielokrotne opisywanie zachowań osoby chorej oraz ich kontekstu doprowadzi w końcu do zrozumienia sensu owych zachowań.

Stałym elementem analizowanych narracji było relacjonowanie trudności przeżywanych przez chorego członka rodziny. Narratorzy najczęściej odnosili się do deficytów motywacyjnych, kłopotów z koncentracją i nauką oraz trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktów społecznych. Zabiegiem powtarzającym się we wszystkich analizowanych wypowiedziach było **retrospektywne wyjaśnianie** zachowań członka rodziny w świetle późniejszej wiedzy o jego chorobie. Autorzy wypowiedzi relacjonowali wybrane przeszłe zachowania członka rodziny, zakładając *implicite* lub *explicite*, że to właśnie one stanowiły zwiastu-

ny choroby. Przykładowo narratorzy wspominali o kłopotach wychowawczych sprawianych przez dorastające dzieci, o ich wycofaniu z kontaktów społecznych bądź o eksperymentach z substancjami psychoaktywnymi. Wyżej wymienione zachowania umieszczone w innym kontekście mogłyby być interpretowane w kategoriach normy rozwojowej obejmującej kulturowo usankcjonowany bunt prowadzący do określenia własnej tożsamości, eksperymenty motywowane ciekawością czy zagubienie wynikające z przejścia na kolejny etap rozwoju psychospołecznego. Zabieg retrospektywnego wyjaśniania zachowań bliskiej osoby jest możliwy tylko w przypadku wypowiedzi konstruowanej *post factum*, w sytuacji gdy narratorzy znają już dalszy bieg wydarzeń oraz dysponują pewnym zasobem wiedzy na temat choroby członka rodziny. Ujawnianie informacji na temat chorego członka rodziny w badanych wypowiedziach było podporządkowane wskazywaniu różnic pomiędzy nim a osobami pod pewnym względem do niego podobnymi (np. rówieśnikami). Narratorzy próbowali również uwiarygodnić własne obserwacje poprzez odwoływanie się do perspektywy osób znaczących, które również mogły zauważyć zmianę w zachowaniu chorującego członka rodziny (np. nauczycieli czy znajomych osoby chorej).

Kolejnym wątkiem wyłaniającym się z analizy danych jest dążenie do ustalenia przyczyn choroby psychicznej. Narratorzy testowali hipotezy pozwalające wyjaśnić zachowanie bliskich osób wykraczające poza uznawane standardy. W tym celu **poszukiwali quasi-obiektywnych warunków** uzasadniających owe zachowania oraz powiązanych z nimi wypowiedzi i odczuć. Przekonanie, że

istnieją zewnętrzne, podlegające zmianie warunki, które „wywołały” chorobę, pociąga za sobą nadzieję, że choroba psychiczna jest odwracalna i nie staje się trwałą właściwością bliskiej osoby. Wątek ten porusza narratorka, której syn cierpiał z powodu nawracających epizodów psychotycznych: „Wszyscy mieliśmy nadzieję, że zachorował, ponieważ czuł się samotny w obcym mieście” (Stark i in. 2002: 29). Opisując zewnętrzne uwarunkowania kryzysu psychicznego członka rodziny, narratorzy przenoszą uwagę z osoby chorej na zewnętrzny kontekst stanowiący źródło hipotez dotyczących przyczyn jej niezrozumiałych zachowań. Mechanizm ten odzwierciedla fragment narracji rodziców młodego mężczyzny, zawierający interpretację wypowiedzi syna, które zgodnie z kryteriami obowiązującymi w psychiatrii i psychologii klinicznej wskazują na nastawienia paranoidalne:

„Rzucam się tutaj w oczy” – mówił. Faktycznie mógł zwracać na siebie uwagę wzrostem 1,96 cm, długimi włosami i gitarą, którą zawsze miał przy sobie. [...] Piętro wyżej nad nim mieszkali czarni. Kiedyś [...] powiedział: „Oni ciągle o mnie rozmawiają, ja to słyszę”. Kiedy to mówił, był bardzo wystraszony. „Słyszenie głosów” – tego pojęcia w tamtym momencie jeszcze nie znaliśmy. Mój były mąż uważał strach syna przed sąsiadami za uzasadniony. (Stark i in. 2002: 28)

Nastawienia osoby chorej są początkowo traktowane jako uzasadnione w kontekście rzekomych uwarunkowań zewnętrznych. Zdrowi członkowie rodziny próbują racjonalizować zachowania osoby chorej, jednak racjonalizacje te nie zostają przez nich przyjęte jako stabilne wyjaśnienia. W świetle dalszego ciągu wypowiedzi stwierdzić można,

że narratorzy werbalizują racjonalizacje, po czym przystępują do testowania kolejnych hipotez. Przytoczony powyżej cytat odnosi się również do problemu brakujących kategorii służących opisowi i zrozumieniu zachowań osoby doświadczającej zaburzenia zdrowia psychicznego.

Autorzy badanych wypowiedzi poszukiwali nie tylko zewnętrznych uwarunkowań choroby, lecz także starali się **wskazać konkretną przyczynę niestandardowego zachowania członka rodziny**. Przykładem niniejszego mechanizmu było dążenie do weryfikacji roli czynników genetycznych oraz środowiskowych w powstaniu choroby. Choroba psychiczna bliskiej osoby miała istotny wpływ na postrzeganie pozostałych członków rodziny. Wobec powyższych ustaleń symptomatyczna wydaje się następująca wypowiedź mężczyzny, którego córka doświadczyła nawracających kryzysów psychicznych:

Zastanawiam się nieraz, jaka była tego przyczyna, dlaczego zachorowała. Czyżby przejęła ją w genach? Staralem się to rozpoznać. Z przeprowadzonych badań i wywiadów, sięgając wstecz aż do pradziadków z obu stron, ustaliłem, że choroba taka w tych rodzinach nie występowała. Postanowiłem więc prześledzić życie Alicji sprzed wystąpienia u niej choroby psychicznej. (Stark i in. 2002: 212)

Ustalenie zakresu wpływu czynników genetycznych na konkretny przypadek zachorowania z reguły nie jest możliwe, ponieważ dziedziczeniu podlega jedynie podatność na określone spektrum chorób i zaburzeń, a nie sama choroba. Konkretnie przypadki zachorowań są efektem interakcji

czynników biologicznych (wrodzonych lub nabytych) oraz środowiskowych (Seligman, Walker, Rosenhan 2003: 140). Poprzez swe dążenia członkowie rodzin dają jednak wyraz przekonaniu, jakoby możliwe było wskazanie jednoznacznej przyczyny choroby bliskiej osoby. Przywiązanie do iluzji monokausalizmu w wyjaśnianiu można interpretować w kategoriach prób radzenia sobie z niepokojem związanym z niemożnością wypełnienia luk poznawczych oraz wieloznacznością doświadczeń. Problem ten nabiera szczególnego znaczenia w przypadku rodziców osób chorujących psychicznie. Zgodnie ze stereotypowymi wyobrażeniami istnieje tendencja do przypisywania odpowiedzialności za problemy psychiczne dzieci rodzicom. Świadczą o tym między innymi analizowane w kolejnym podrozdziale wypowiedzi dotyczące poczucia winy rodziców w sytuacji choroby psychicznej dziecka. Poszukiwanie niezależnego od własnych działań czynnika, który może zostać uznany za przyczynę choroby psychicznej dziecka, można interpretować jako przejaw działania mechanizmów chroniących pozytywne wyobrażenie narratorów o sobie w roli rodziców. Mechanizmy poznawcze służą w tym przypadku zmniejszaniu (tłumieniu lub czasowemu zawieszaniu) napięcia emocjonalnego.

Autorzy badanych wypowiedzi z jednej strony wskazywali na odmiennosc zachowania bliskich dotkniętych chorobą psychiczną. Z drugiej jednak strony odnosili ich zachowania do wspólnych, utrwalonych kulturowo, nawykowo stosowanych reguł potocznej racjonalności. Przykładowo **relacjonowali i interpretowali wypowiedzi osób chorych w sposób umożliwiający zastosowanie**

kryteriów logicznego wyvodu, zasad przyczynowości linearnej oraz zachowanie wrażenia relewancji wypowiedzi do zewnętrznej rzeczywistości. Mechanizmy te zawarte są w następującej wypowiedzi opisującej zachowanie młodego mężczyzny chorującego na schizofrenię: „był to rodzaj oczyszczającego rytuału, którego wykonanie nakazały mu głosy. [...] Głosy nakazały mu [...] wskoczyć do jeziora, nic nie jeść i nic nie opowiadać o tym, co przeżywał, bo zagrożeni będą wówczas i ci, którzy się o tym dowiedzą” (Stark i in. 2002: 29). Powyższy zabieg polega na wprowadzeniu do narracji kategorii „głosów” z pominięciem komentarza, że stanowią one wytwór psychiki osoby chorej. Pojęcie to zostało użyte w sposób sugerujący odniesienia do obiektywnie istniejącego bytu. Powyższy zabieg pozwala na konstruowanie spójnego i formalnie racjonalnego opisu zachowań uznawanych za irracjonalne w odniesieniu do dominujących kryteriów. Przytaczanie argumentacji osoby chorej bez wyrażenia dystansu do jej toku rozumowania wskazuje na swoistą dezorientację narratorów w początkowej fazie zmagania się z chorobą psychiczną bliskich osób. Można założyć, że w ich świadomości pojawia się napięcie pomiędzy perspektywą osób zdrowych i charakterystycznymi dla niej zasadami spójności logicznej i intersubiektywności a światem choroby z przeżyciami determinowanymi psychozą łamiącą wyżej wymienione zasady.

Brak gotowości do konfrontacji z chorobą stanowi czynnik blokujący poszukiwanie fachowej wiedzy na jej temat. W kulturze zachodniej ten typ wiedzy jest reprezentowany przez paradygmat psychiatryczny. W większości analizowanych wypowie-

dzi perspektywa psychiatrii stanowi dla członków rodziny osoby chorej nową, nieznaną wcześniej ramę interpretacji zachowania. Nadanie etykiety klasyfikacyjnej w ramach postępowania diagnostycznego uruchamia próby wyjaśniania choroby. Dotyczą one już nie tylko samego zindywidualizowanego zachowania osoby chorej, lecz odnoszą się także **do prób zrozumienia ogólnych mechanizmów choroby**. Świadczy o tym następująca wypowiedź: „Psychiatra stan, który przeżył Ralph, nazwał «epizodem psychotycznym». Nie słyszałam o tym nigdy w życiu, teraz usiłowałam dociec, co to właściwie jest, czym jest psychoza” (Stark i in. 2002: 29).

Badane wypowiedzi wskazują, że narratorzy relacjonują proces poszukiwań stosownej wiedzy, które kontynuują do momentu znalezienia możliwych do zaakceptowania ram interpretacji. Co istotne, częstotliwość posługiwania się terminologią psychiatryczną wzrasta w miarę rozwoju narracji. Końcowe części wypowiedzi zawierają więcej odniesień do kategorii psychiatrycznych. Badani częściej nazywają chorobę wprost, posługując się etykietami klasyfikacyjnymi (np. depresja czy schizofrenia). Wzmianki o kolejnych nawrotach choroby pojawiają się często z pominięciem drobiazgowych opisów zachowań osoby chorej oraz ich kontekstu sytuacyjnego – zabiegów charakterystycznych dla relacjonowania pierwszego kryzysu psychicznego bliskiej osoby. Zmiana ta odzwierciedla proces stopniowej konfrontacji z sytuacją choroby psychicznej w rodzinie.

Równolegle z poszukiwaniem ram interpretacji stanu osoby chorej narratorzy poszukują wyjaśnienia

własnych reakcji związanych z silnym stresem i niestabilnością emocjonalną. W tym sensie choroba psychiczna jednego z członków rodziny powoduje zmiany systemowe. Zmiana jednego z elementów generuje zmianę pozostałych oraz wpływa na funkcjonowanie całego systemu. Podstawą sformułowania powyższego wniosku jest następująca wypowiedź matki młodego mężczyzny doświadczającego zaburzeń psychotycznych:

Przeglądałam encyklopedie, wertowałam różne książki dotyczące życia psychicznego, ale w żadnej z nich nie znalazłam definicji, która wyjaśniłaby mi to zjawisko [psychozy]. Książką, która pomogła mi w końcu to wszystko zrozumieć, było *Bogactwo głosów – opowieści o szaleństwie*. Było w niej to, o co mi chodziło, znalazłam **dokładny opis stanu, w jakim się aktualnie znajdowałam**. Poczułam się zrozumiana w moim strachu i bezradności, a tego bardzo mi brakowało. (Stark i in. 2002: 29)

Powyższa wypowiedź odzwierciedla również mechanizm poszukiwania wiedzy (aktywności poznawczej) w celu zrozumienia przeżywanych emocji, a co za tym idzie – obniżenia napięcia emocjonalnego.

Adaptacja emocjonalna do sytuacji choroby psychicznej członka rodziny

Pomimo analitycznego podziału na sferę poznawczą i emocjonalną procesy zachodzące w obu sferach przebiegają równoległe i są ze sobą nierozdzielnie związane. Emocje mogą motywować do aktywności poznawczej, hamować ją bądź przyczyniać się do selektywnego przyswajania informacji.

Z kolei aktywność poznawcza wpływa zarówno na treść, jak i na intensywność doznań emocjonalnych.

Z badanych wypowiedzi wynika, że czynnikiem wyzwalającym silne emocje są: zachowania członka rodziny, którego choroba nie jest jeszcze czytelna dla otoczenia, próby radzenia sobie z sytuacją choroby członka rodziny, napięcia w interakcjach z przedstawicielami szerszego otoczenia społecznego. Spektrum stanów afektywnych pojawiających się w wymienionych kontekstach obejmuje zarówno uogólnione napięcie emocjonalne (nieróżnicowany silny stres), jak i konkretne emocje, takie jak przede wszystkim lęk czy smutek oraz ich pochodne (poczucie winy, nadzieja, rozczarowanie i rozpacz). Powyższe stany emocjonalne są w analizowanych narracjach prezentowane z perspektywy intrapsychicznej (jako element indywidualnego zmagania się z kryzysem) oraz interpersonalnej (jako doznania pojawiające się w interakcji z innymi ludźmi). Badane wypowiedzi zawierają odniesienia do poszczególnych etapów adaptacji emocjonalnej i towarzyszących im procesów poznawczych. Na każdym z etapów dominuje określony rodzaj stanów afektywnych, lecz granice pomiędzy nimi są płynne. Emocje odczuwane wcześniej mogą powracać na kolejnych etapach, lecz z reguły ich intensywność jest mniejsza. Narratorzy i narratorki odnosili się również do czynników wpływających na doznawane emocje (np. braku wsparcia w otoczeniu nasilającym napięcie i przeciążenie psychiczne bądź zaangażowania religijnego pozwalającego na doznawanie ulgi emocjonalnej), a także do konsekwencji doświadczanych emocji (np. wpływu poczucia winy na tożsamość w roli rodzica chorującego psychicznie dorastającego dziecka).

Kategorie wyłonione na podstawie analizy wypowiedzi dotyczą zatem treści przeżyć emocjonalnych, dynamiki doświadczanych emocji, czynników wpływających na przeżywane emocje oraz pozostających pod wpływem owych emocji. Z uwagi na nakładanie się pewnych wątków w naturalnych wypowiedziach, na poziomie analizy wątki te są ze sobą również powiązane, choć uporządkowane według klucza pozwalającego na formułowanie hipotez (twierdzeń) dotyczących relacji pomiędzy wyodrębnionymi kategoriami. Szczególnie istotne znaczenie mają w tym kontekście powiązania pomiędzy emocjonalnym a poznawczym aspektem adaptacji.

Autorzy i autorki badanych wypowiedzi relacjonowali swoje reakcje emocjonalne na zakłócenia procesu interakcji z bliskimi doświadczającymi zaburzeń zdrowia psychicznego. Niekonwencjonalne zachowania, które nie są jeszcze interpretowane jako symptomy choroby, podważają etnometody i wymagają reakcji niemieszczących się w dotychczasowych schematach postępowania. Narastające w związku z tym napięcie pojawia się równoległe z próbami przykładania coraz mniej dopasowanych ram „normalności” do zachowania członka rodziny, u którego rozwija się choroba. Emocje relacjonowane przez narratorów w znacznym stopniu odzwierciedlają stan początkowej niepewności i dezorientacji poznawczej. W niezrozumiałej sytuacji pojawiają się bliżej nieokreślone odczucia lękowe, określane jako „**złe przeczucia**” (Stark i in. 2002: 34).

Narastające trudności, obejmujące między innymi niemożność skutecznej interpretacji zachowań

bliskiej osoby oraz podjęcia skutecznych działań w odpowiedzi na nie, powodują wzrost napięcia. W konsekwencji jednostki zaczynają poszukiwać pomocy (z reguły u lekarza pierwszego kontaktu), co pociąga za sobą konieczność przynajmniej częściowej konfrontacji z chorobą bliskiej osoby. Początkowe etapy tego procesu są z reguły określane w kategoriach punktów krytycznych. Narratorzy opisują dynamikę swoich przeżyć, odnosząc się do **silnego, uogólnionego stresu**. W niektórych przypadkach ów stres jest łagodzony jedynie poprzez czasowe przerwanie świadomości. Przykładem wypowiedzi odzwierciedlającej ten mechanizm jest relacja samotnej matki młodego mężczyzny chorującego na schizofrenię: „Jeszcze wtedy miałam nadzieję, że wszystko będzie dobrze, choć cała ta nowa sytuacja, spowodowana chorobą, była koszmarem. [...] Sen dawał mi chwile zapomnienia i odpoczynku, dlatego najbardziej nieszczęśliwa byłam rano, po przebudzeniu, bo ten koszmar stał się rzeczywistością” (Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób Mniejszych Szans „Więź” b.d.). Z powyższej wypowiedzi wynika, że konfrontacja z obciążającą sytuacją nasila odczuwanie stresu. Mechanizm ten jest szczególnie intensywny na początku procesu zmagania się z chorobą psychiczną bliskiej osoby, kiedy jednostka nie dysponuje jeszcze skutecznymi sposobami radzenia sobie, a świadomość doznanych strat i lęk przed kolejnymi dominuje sferę doznań intrapsychicznych, co zwrótnie utrudnia przystosowanie.

Napięcie opisywane w badanych wypowiedziach dotyczy nie tylko sfery intrapsychicznej, lecz także interpersonalnej. Poniższy fragment wypowiedzi pozwala formułować wnioski dotyczące dynamiki

relacji rodzinnych uruchomionych przez kryzys psychiczny jednego z członków rodziny:

Dwa lub trzy tygodnie po urlopie zadzwonił do mnie mój były mąż: „Powiedz, czy coś się stało? Ralph jest jakiś dziwny. Myślisz, że rzeczywiście jest przesładowany?”. „Nie” – odpowiedziałam spontanicznie, zaczęłam się jednak zastanawiać. Opowiedziałam o urlopie i o tym, że uważałam to raczej za egocentryczne zachowanie. (Stark i in. 2002: 28)

Zmiana w sposobie funkcjonowania jednego z członków rodziny powoduje wzrost napięcia emocjonalnego pozostałych jej członków i stanowi impuls do podjęcia komunikacji pomiędzy nimi. Uczucie zdziwienia i niepokoju uruchamia interakcje prowadzące się do porównywania perspektyw postrzegania zachowania bliskiej osoby doświadczającej kryzysu psychicznego. Celem omawianych interakcji jest łągodzenie przeżywanych indywidualnie napięć. Podjęta komunikacja ma na celu wyjaśnienie, co się dzieje z osobą doświadczającą kryzysu zdrowia psychicznego oraz znalezienie adekwatnego sposobu reagowania na jej zachowania. Próby te nie zawsze jednak prowadzą do zakładanych rezultatów.

Szczególny obszar wewnątrzrodzinnych interakcji stanowi komunikacja na płaszczyźnie emocji pomiędzy zdrowymi i chorymi członkami rodziny. Traktuje o niej następujący fragment wypowiedzi matki młodego mężczyzny doświadczającego zaburzeń psychiatrycznych: „doskonale wyczuwał mój niewypowiedziany lęk, powiedział mi wtedy: «Nie musisz się bać, że popełnię samobójstwo, z pewnością tego nie zrobię»” (Stark i in. 2002: 30).

Partnerzy interakcji wzajemnie antycypują swoje napięcia i podejmują w związku z tym określone działania mające na celu przywrócenie równowagi emocjonalnej. Role skoncentrowane wokół prób niwelowania napięć są do pewnego stopnia pełnione wymiennie, pomimo różnic statusu zdrowych i chorych członków rodziny.

Na podstawie analizowanych wypowiedzi można postawić tezę, że choroba psychiczna bliskiej osoby jest doświadczana jako **emocjonalny kryzys całego systemu rodzinnego**. W niektórych spośród analizowanych wypowiedzi sytuacja ta była postrzegana nawet jako załamanie dotychczasowego sposobu funkcjonowania narratorów i ich rodzin. Reprezentatywne dla tej kategorii są następujące wypowiedzi: „Wydawało mi się, że moje życie legło w gruzach, że nieszczęście, które dotknęło moją rodzinę, jest nie do przewyciężenia” oraz: „Dla mnie – jako matki – było to trzęsienie ziemi. Długo nie mogliśmy pogodzić się z faktem, że to właśnie naszego syna dotknęła choroba” (Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób Mniejszych Szans „Więź” b.d.).

Destabilizacja emocjonalna w sytuacji choroby psychicznej bliskiej osoby może skutkować **poczuciem zagrożenia własnego zdrowia**. Wątek ten zawarty jest w następującej wypowiedzi: „To, że sama nie trafiłam do szpitala, zawdzięczam tylko temu, że oparłam się na Bogu” (Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób Mniejszych Szans „Więź” b.d.). Z powyższej wypowiedzi wynika również, że jedną ze strategii radzenia sobie z kryzysem wywołanym chorobą psychiczną w rodzinie stanowią poszukiwania duchowe. Ich cel sprowadza się między innymi do dociekań nad sensem obciążających doświadczeń.

Wskazuje to na wspomnianą już nierozzerwalność procesów poznawczych i emocjonalnych. Na podstawie badanych wypowiedzi można postawić tezę, że choroba psychiczna bliskiej osoby jest przez narratorów doświadczana zarówno w kategoriach kryzysu własnych zasobów odpornościowych, jak i kryzysu egzystencjalnego przejawiającego się niemożnością nadania sensu i znaczenia przeżywanej sytuacji. Źródłem wspomnianych sensów i znaczeń mogą być zarówno odniesienia transcendentalne, jak i racjonalna perspektywa naukowej psychiatrii.

Negatywne doznania emocjonalne dodatkowo potęguje świadomość braku wsparcia społecznego. Problem ten jedna z narratorek relacjonuje słowami: „Może dlatego tak mocno przeżywałam tę chorobę, że zmagalam się z nią zupełnie sama” (Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób Mniejszych Szans „Więź” b.d.). Brak wspierających relacji jest zarówno przyczyną, jak i skutkiem dalszego nasilania się kryzysu. Jednostki zmagające się z chorobą psychiczną bliskiej osoby spotykają się z brakiem zrozumienia ze strony otoczenia. W związku z tym ograniczają kontakty społeczne, co wpływa na kurczenie się potencjalnej sieci wsparcia. Stan pogłębiającego się kryzysu i skrajnego przeciążenia emocjonalnego pociąga za sobą poczucie wyobcowania. W tym sensie choroba psychiczna zmienia nie tylko osobę chorą, lecz także jej bliskich. Różnica dotyczy kierunku, stopnia i odwracalności zmian. Proces ten ilustruje następująca wypowiedź: „Cierpienie było widoczne na mojej twarzy. Zmieniłam się i nie byłam podobna do reszty ludzi” (Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób Mniejszych Szans „Więź” b.d.).

Autorzy badanych wypowiedzi relacjonują swoje **przygnębienie i smutek** pojawiające się w reakcji na kryzys psychiczny bliskiej osoby. Szczególnie wyrazisty przykład stanowi w tym kontekście porównanie emocji doświadczanych w sytuacji choroby psychicznej córki do odczuć towarzyszących narratorowi w czasie żałoby: „Niewiele było sytuacji w moim życiu, oprócz dwóch przypadków śmierci, w których czułam się tak bezradny i nieszczęśliwy” (Stark i in. 2002: 35). Sens tego porównania sprowadza się do ujmowania choroby psychicznej w kategoriach utraty (metaforycznej śmierci) tożsamości zdrowej osoby.

Świadomość choroby psychicznej członka rodziny i stany afektywne z nią związane wpływają na poczucie tożsamości narratorów. Przykładowo – auto-identyfikacja w roli rodzica różni się w przypadku rodziców dzieci zdrowych i chorych psychicznie. Rodzice, których dzieci doświadczyły kryzysu zdrowia psychicznego, relacjonują odczuwanie **poczucia winy** będącego pochodną lęku, smutku i złości skierowanej na siebie. Wskazuje na to następująca wypowiedź: „Jako matka poczułam się wtedy bardzo zraniona – byłam przekonana, że to ja jestem wszystkiemu winna” (Stark i in. 2002: 28). Poczucie winy jest stanem przykrego napięcia, od którego jednostka pragnie się uwolnić. W tym kontekście poprawa stanu osoby chorej jest traktowana jako warunek poprawy samopoczucia pozostałych członków rodziny. Stan osoby chorej znajduje zatem bezpośrednie odzwierciedlenie w emocjach, procesach poznawczych oraz działaniach członków rodziny.

Z całościowej analizy badanych wypowiedzi wynika, że bliscy osób zmagających się z kryzysem

zdrowia psychicznego **oscylują pomiędzy nadzieją a rozczarowaniem i rozpaczą**. Narastające niepowodzenia w dążeniach do zrozumienia zachowania chorego członka rodziny oraz nieadekwatność podejmowanych na własną rękę prób niesienia pomocy przyczyniają się do uznania własnej bezradności. Wówczas rodzina zaczyna z reguły poszukiwać zewnętrznego wsparcia. Napięcie emocjonalne stanowi zatem źródło motywacji do działania. Zdrowi członkowie rodziny próbują nawiązać kontakt z osobami uznawanymi, na podstawie zróżnicowanych, zależnych od światopoglądu kryteriów, za kompetentne w zakresie udzielenia pomocy (z lekarzami, terapeutami, duchownymi reprezentującymi instytucje religijne oraz osobami praktykującymi alternatywne formy duchowości). Zgłaszają się także do kolejnych instytucji (szpitali, poradni, ośrodków terapeutycznych). Następujące po sobie próby leczenia wiążą się z odczuwaniem nadziei na poprawę zarówno stanu zdrowia osoby chorej, jak i interakcji w rodzinie, a co za tym idzie – jakości życia rodziny jako całości oraz poszczególnych jej członków. W większości analizowanych wypowiedzi pojawia się wątek swoistej „wędrówki” w poszukiwaniu miejsca, w którym osoby chore i ich rodziny otrzymałyby akceptowaną i subiektywnie uznawaną za użyteczną pomoc. Początkowe niepowodzenia w tym zakresie przyczyniają się do poczucia rozczarowania, zagubienia, przeciążenia, narastającego niepokoju i pogłębiającego się kryzysu. Obserwacja pogarszającego się stanu osoby chorej oraz pojawiających się ubocznych efektów leczenia pociąga za sobą stany emocjonalne określane przez autorów analizowanych wypowiedzi jako rozczarowanie, utrata nadziei oraz rozpacz.

Autorzy badanych wypowiedzi relacjonują **rozczarowanie kontaktami z przedstawicielami instytucji służby zdrowia**. Odczucia te są charakterystyczne dla początkowego stadium radzenia sobie z kryzysem wywołanym chorobą psychiczną członka rodziny. W tym okresie dopiero krystalizuje się wiedza jednostek na temat choroby psychicznej oraz ich oczekiwania wobec systemów wsparcia społecznego, w tym systemów eksperckich. Równocześnie napięcie emocjonalne i związana z nim potrzeba doznania ulgi są szczególnie silne. W związku z tym członkowie rodzin osób chorych mogą oczekiwać od przedstawicieli instytucji działań przynoszących odciążenie emocjonalne. Zderzenie oczekiwań z ograniczeniami pojawiającymi się na gruncie realiów powoduje poczucie rozczarowania i zwrótnie nasila negatywne reakcje afektywne. Mechanizmy te odzwierciedla następująca wypowiedź:

Jeszcze tego samego dnia [...] rozmawiałam z psycholog. [...] Powiedziała mi jednak, że nie może nic zrobić, bo nie leży to w zakresie jej kompetencji. W tym czasie nasz lekarz był na urlopie, a ambulatoryjna pomoc psychiatryczna okazała się bezradna. Czuliśmy się całkowicie zdruzgotani i nie wiedzieliśmy, co mamy zrobić. (Stark i in. 2002: 33)

Analizowane narracje odnoszą się do dynamiki odczuć i amplitudy doznań emocjonalnych na poszczególnych etapach procesu adaptacji do choroby członka rodziny. Znamienne są w tym kontekście wypowiedzi otwierające i zamykające narrację matki młodego mężczyzny cierpiącego na zaburzenia psychiatryczne:

Myślałam, że te dziwaczne zachowania miną i wszystko będzie OK. [...] [Syn] nie akceptował choroby i ja też jej nie akceptowałam. [...] Dziś widzę pewne plusy tej nowej dla nas sytuacji. Zaczęłam inaczej postrzegać świat i ludzi, a w szczególności tych chorych. Mam wrażenie, że to wielkie cierpienie wypaliło w moim wnętrzu różnego rodzaju paskudztwa, które nagromadziły się tam przez lata. Jestem jakby lżejsza, bardziej wolna wewnętrznie i mam więcej radości w sercu. (Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób Mniejszych Szans „Więź” b.d.)

Powyższe fragmenty narracji odzwierciedlają proces przemiany sposobu odczuwania i skłaniają do postawienia pytania o czynniki mające wpływ na osiągnięcie względnej równowagi emocjonalnej po kryzysie.

W świetle przeanalizowanych danych można przyjąć, że warunki dla doznania ulgi emocjonalnej tworzy szereg elementów składowych, w tym: stopniowe osvajanie się z trudną sytuacją, zwiększanie zasobu wiedzy, poszukiwanie szerszych odniesień dla własnych doświadczeń, weryfikacja kontaktów społecznych i zastąpienie niesatysfakcjonujących relacji nową siecią wsparcia społecznego. Niektórzy spośród autorów badanych wypowiedzi relacjonują nawiązywanie nowych kontaktów społecznych w ramach grup wsparcia, stowarzyszeń i innych dobrowolnych zgrupowań nastawionych na wzajemną pomoc. Krok ten pozwala na przełamywanie izolacji, poczucia osamotnienia i braku zaufania do innych oraz – będącego ich konsekwencją – przeciążenia emocjonalnego. Więzy na bazie wspólnych doświadczeń tworzą się relatywnie szybko, a następnie zacieśniają i przenoszą na

rozmaite płaszczyzny. Jednostki nie muszą pokonywać wstępnych barier towarzyszących nowym kontaktom ani zastanawiać się, w jaki sposób przekazać innym swoje doświadczenia obłożone tabu społecznym (Frąckowiak-Sochańska w druku). Sam kontekst nawiązywania relacji pozwala zniwelować powyższe trudności. Budowanie nowych więzi wpływa na obniżenie napięcia emocjonalnego, co w istotny sposób przyczynia się do zwiększenia jakości życia. Świadczą o tym następujące wypowiedzi: „Nareszcie znalazłam ludzi, którzy mieli podobne problemy, którzy rozumieli, o czym mówię. [...] Powoli coraz bardziej angażowałam się w pracę społeczną na rzecz stowarzyszenia, co dawało mi poczucie, że robię coś pożytecznego”, „Dzięki kontaktom z osobami o podobnych problemach jakość mojego życia rodzinnego stała się lepsza” (Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób Mniejszych Szans „Więź” b.d.).

Wnioski

Rezultaty prezentowanego procesu badawczego wskazują, że pomimo ograniczeń wynikających z analizy źródeł zastanych możliwe okazało się dotarcie do elementów wykraczających poza bezpośrednią treść przekazywaną werbalnie. Wśród nich najistotniejsze znaczenie mają określone strategie strukturalizacji doświadczenia osób zmagających się z chorobą psychiczną członka rodziny. Przeprowadzona analiza oraz metaanaliza pozwalają zauważyć obopólne zależności pomiędzy poznawczą a emocjonalną adaptacją do sytuacji choroby psychicznej członka rodziny. Proces przyswajania informacji niezbędnych do wytworzenia ram interpretacji doświadczeń przebiega sprawniej,

jeśli zostanie opanowany lęk oraz inne destabilizujące emocje. Posiadana wiedza zwiększa możliwości sprawowania kontroli oraz zdolności skutecznego działania, przez co złagodzeniu ulega napięcie emocjonalne. Z drugiej strony zbyt silny stres blokuje przyswajanie informacji skojarzonych z jego źródłem i sprawia, że napływające informacje mogą zwrotnie nasilać napięcie.

Przewlekła choroba bliskiej osoby (w tym choroba psychiczna) powoduje zaburzenie homeostazy rodzinnej i wiąże się z niepokojem o przyszłość całego systemu rodzinnego oraz jego poszczególnych członków. Jednostki dysponują określoną wiedzą wyjściową na temat chorób i zaburzeń psychicznych, mającą niejednokrotnie fragmentaryczny charakter. Pozostawanie w bliskiej relacji z osobą chorą psychicznie stanowi impuls do dokonywania zmian w obrębie struktur poznawczych (w tym do weryfikowania, poszerzania i pogłębiania posiadanej wiedzy) oraz do odnoszenia posiadanej wiedzy o charakterze ogólnym do konkretnej, osobistej sytuacji życiowej. W związku z powyższym dla osób zmagających się z sytuacją choroby psychicznej w rodzinie wiedza na temat zdrowia psychicznego i jego zaburzeń nie jest jedynie zbiorem neutralnych emocjonalnie schematów poznawczych, lecz jest „naładowana afektywnie”.

Kryzys zdrowia psychicznego bliskiej osoby jest przez autorów badanych wypowiedzi ujmowany jako źródło trudności w codziennym funkcjonowaniu oraz podstawa uzyskania statusu „innego” i „obcego” przez osobę chorą. Z badanych wypowiedzi wynika również, że choroba psychiczna budzi lęk (oraz powiązane z nim emocje) wśród part-

nerów interakcji osoby chorej oraz obserwatorów. Choroba psychiczna bliskiej osoby postrzegana jest jako czynnik generujący zmianę funkcjonowania na poziomie globalnym, obejmującą między innymi: zmianę postrzegania rzeczywistości, przeobrażenie tożsamości zarówno osoby chorej, jak i jej bliskich, a ponadto rozluźnienie więzi społecznych i będące jego konsekwencją poczucie alienacji.

Badane wypowiedzi oscylują pomiędzy perspektywami różnych podmiotów zaangażowanych w proces konstruowania wyobrażeń o chorobie psychicznej konkretnej osoby oraz chorobie psychicznej w rozumieniu ogólnym: narratorów, osób chorych, pozostałych członków rodzin, przedstawicieli dalszego otoczenia społecznego oraz ekspertów w zakresie zdrowia psychicznego. Analizowane narracje stanowią zarówno próbę zrozumienia przeżyć osoby chorej, jak i reakcji ich autorów na trudności pojawiające się w związku z chorobą członka rodziny.

W świetle analizowanego materiału badawczego refleksja nad chorobą ma charakter pierwszoplanowy, a spostrzeżenia dotyczące zdrowia są ujmowane w sposób pośredni (w relacji do choroby). Choroba psychiczna w doświadczeniu autorów badanych wypowiedzi jest złożonym stanem, którego nie można w prosty sposób odróżnić od stanu określanego mianem zdrowia. Zwiastuny choroby są nieoczywiste i niespecyficzne, co sprawia, że granice pomiędzy zdrowiem a chorobą są płynne. Autorzy badanych wypowiedzi wykazywali trudności w nazywaniu choroby oraz w interpretacji zachowań zwiastujących kryzys psychiczny. Wobec powyższych trudności choroba psychiczna bliskiej osoby stanowi czynnik uruchamiający ak-

tywność poznawczą zmierzającą do zrozumienia jej istoty. W tym celu narratorzy testują kolejne hipotezy dotyczące przyczyn choroby oraz rokowań. Choroba psychiczna wystawia również na próbę społecznie uznane zasady myślenia – logiki i intersubiektywności. Można przyjąć, że stanowi ona czynnik skłaniający do poszukiwań spójności logicznej na głębszym poziomie pomimo zewnętrznych sprzeczności.

Badane wypowiedzi stanowiły rejestrację drogi, jaką pokonują bliscy osoby chorej – od poczucia dezorientacji wywołanego pierwszymi objawami choroby psychicznej bliskiej osoby do wdrażania strategii adaptacyjnych wypracowanych w toku zdobywania doświadczeń. Ważnym elementem procesu adaptacji poznawczej jest dokonywanie przekształceń w obrębie istniejących schematów poznawczych, a w szczególności: włączanie nowych elementów, łagodzenie pojawiających się sprzeczności, kwestionowanie określonych elementów poznawczych oraz poszukiwanie brakujących informacji i ram interpretacyjnych pozwalających nadawać znacznie i sens pojawiającym się doświadczeniom.

W ramach analizowanego procesu przystosowania do choroby psychicznej członka rodziny można wskazać pewne etapy, lecz granice pomiędzy nimi są płynne, zmiany nie mają charakteru liniowego, a w ich trakcie pojawiają się kryzysy. Jednostki powracają do dawnych, ugruntowanych nawyków, zanim trwale zasymilują nowe sposoby myślenia o chorobie psychicznej. Przyczyną kryzysów w procesie adaptacji poznawczej są nierozzerwalne powiązania pomiędzy komponentami poznawczymi a emocjonalnymi. Z badanych wypowiedzi wyni-

ka, że wiedza na temat zdrowia psychicznego i chorób/zaburzeń psychicznych w kontekście choroby bliskiej osoby budzi silne emocje: lęk, złość, poczucie bezsilności, przygnębienie, lecz także nadzieję i wolę walki. Odczucia te pojawiają się w określonych konfiguracjach, w pewnych sekwencjach w zindywidualizowanym tempie, co wpływa na proces adaptacji poznawczej, na przykład decyduje o otwartości poznawczej bądź jej braku, selektywności przyswajania informacji oraz dokonywanych interpretacjach.

Na podstawie analizowanych narracji można postawić tezę o cykliczności mechanizmów służących redukowaniu napięcia, na przykład wielokrotne powracanie do opisów zdarzeń wobec doświadczenia trudności w interpretowaniu określonych zachowań osoby chorej. Ponadto w badanych wypowiedziach równolegle pojawiają się sprzeczne sposoby ujmowania doświadczenia choroby członka rodziny. Sprzeczności te mają jednak charakter pozorny i są możliwe do zintegrowania na głębszym poziomie.

Dysonans poznawczy wywołany chorobą psychiczną członka rodziny powoduje szereg działań kompensacyjnych. Autorzy badanych wypowiedzi w sposób intuicyjny formułowali hipotezy dotyczące przyczyn choroby członka rodziny, które następnie poddawali weryfikacji, dążąc do przyjęcia akceptowanego, relatywnie spójnego wyjaśnienia. Konstrukty formułowane *ad hoc* są doraźnie włączane w obręb struktur poznawczych w celu wyrównywania niedostatków wiedzy operacyjnej i zwiększania możliwości rozumienia otaczającej rzeczywistości. Dopóki adekwatne kategorie nie

zostaną włączone do struktur poznawczych narratorów, dążą oni do wypełniania luk poznawczych poprzez budowanie narracji w oparciu o zasady liniowej przyczynowości i przyjmowanie tymczasowych wyjaśnień. W tym kontekście można postawić tezę, że jednostki mają ograniczoną zdolność tolerowania niejasności poznawczej, a podtrzymywanie wrażenia monoprzyczynowości w poszukiwaniu źródeł choroby psychicznej bliskiej osoby daje namiastkę poczucia bezpieczeństwa wynikającego ze sprawowania kontroli poznawczej (lecz niekoniecznie z posiadania rzetelnej, złożonej wiedzy). Posługiwanie się pewnymi uproszczeniami pozwala przynajmniej czasowo uwolnić się od napięcia pojawiającego się wobec dysonansu, jaki budzi choroba psychiczna członka rodziny.

W świetle powyższych ustaleń można postawić tezę, że interpretacyjne ramy psychiatrii są przyjmowane z pewnym opóźnieniem (często nie bez trudności). Nieużywanie pojęć z zakresu psychiatrii na początku relacji można *post facto* interpretować w kategoriach zachowania swoistego realizmu poznawczego i emocjonalnego w rekonstruowaniu procesu adaptacji do choroby psychicznej bliskiej osoby. Istotną cechą tego procesu jest nieprzyjmowanie ram interpretacyjnych psychiatrii i kategorii pojęciowych wchodzących w ich skład w sposób automatyczny. Autorzy badanych wypowiedzi rekonstruują proces stopniowego, refleksyjnego i selektywnego dochodzenia do tych kategorii oraz łączenia ich z innymi sposobami ujmowania choroby psychicznej.

Omawiany proces adaptacji do sytuacji choroby psychicznej w rodzinie rozpoczyna się w momencie stwierdzenia pierwszych niepokojących oznak

w zachowaniu bliskiej osoby. Na tym etapie świadomość choroby psychicznej nie jest jeszcze ugruntowana. Cykl reakcji emocjonalnych inicjuje uczucie zdziwienia, które uruchamia aktywność poznawczą mającą na celu ustalenie, co się dzieje z bliską osobą. Następnie pojawia się niepokój, którego źródło może być w większym bądź mniejszym stopniu uświadamiane i skonkretyzowane. W nowej sytuacji jednostki doświadczają również frustracji i złości, którą mogą wyrażać w sposób jawny bądź ukryty. Niemożność usunięcia źródeł frustracji i lęku pociąga za sobą smutek oraz towarzyszący mu spadek sił psychicznych i fizycznych. W konsekwencji jednostka ogranicza aktywność społeczną i wycofuje się z kontaktów. Równocześnie jej życie w coraz większym stopniu zaczyna być skoncentrowane wokół choroby bliskiej osoby.

Drugi etap zmagania się z chorobą psychiczną członka rodziny jest przede wszystkim skoncentrowany na próbach zachowania dotychczasowych wzorów życia i sposobów funkcjonowania rodziny. Usiłowania obrony *status quo* służą doraźnemu zmniejszeniu niepokoju i są motywowane nadzieją, że objawy choroby okażą się przejściowe. Chcąc obniżyć poziom niepokoju, jednostki odrzucają świadomość zaburzeń psychicznych członka rodziny⁸.

⁸ Akceptację choroby członka rodziny oraz bliskiej osoby w roli chorej psychicznie utrudnia świadomość istnienia uprzedzeń społecznych wobec osób dotkniętych chorobą psychiczną. Z reprezentatywnych ogólnopolskich badań przeprowadzonych przez CBOS (2012) wynika, że 73% badanych uważa, iż choroba psychiczna jest wstydliva. Zarejestrowano również znaczny (choć zmniejszający się od lat 90.) dystans społeczny w stosunku do osób chorych psychicznie. Równocześnie choroby i zaburzenia psychiczne stają się doświadczeniem powszechnym (WHO 2001; CBOS 2012: 3, 7–11; EZOP 2012). Mamy więc do czynienia z sytuacją, w której obiektem uprzedzeń są osoby stanowiące znaczącą pod względem liczebności i stale powiększającą się zbiorowość.

Skuteczność tej strategii jest jednak ograniczona wobec rozwijającej się choroby, której objawów nie sposób dłużej ignorować.

Kluczowym doświadczeniem trzeciego stadium adaptacji jest konfrontacja z chorobą i koniecznością wprowadzenia trwałych zmian w interakcjach z osobą chorą oraz w sposobie funkcjonowania rodziny. Początkowy etap konfrontacji pociąga za sobą intensywne cierpienie emocjonalne. Doświadczenie to stanowi reakcję na świadomie przeżywaną stratę istotnych wartości: poczucia bezpieczeństwa, określonej wizji rodziny, dotychczasowego stylu życia, wyobrażeń na temat bliskiej osoby dotkniętej chorobą i jej przyszłości czy wreszcie własnej tożsamości w relacji z osobą chorą. Omawiane doświadczenie ma charakter całościowy i wpływa na rozmaite płaszczyzny funkcjonowania, w tym na postrzeganie siebie, relacje z innymi ludźmi, postrzeganie świata i system wartości. Po osiągnięciu punktu krytycznego stan emocjonalny jednostki ulega jednak pewnej poprawie. Zmniejszenie intensywności przeżywanych emocji pozwala podjąć skuteczne działania adaptacyjne na poziomie poznawczym i instrumentalnym, co w konsekwencji pozwala na dalsze opanowanie napięcia.

Ostatni – czwarty – etap wiąże się z szansą na osiągnięcie nowej jakościowo równowagi wobec braku możliwości przywrócenia stanu sprzed choroby członka rodziny. Powyższa zmiana wymaga względnej akceptacji nowej sytuacji, której osiągnięcie jest z reguły poprzedzone okresem intensywnego wysiłku poznawczego i emocjonalnego.

Adaptacja do choroby członka rodziny (podobnie jak sama choroba) przebiega w sposób zindywidu-

alizowany. Z analizowanych wypowiedzi wynika, że ich autorzy znajdują się na różnych etapach tego procesu. W związku z tym nie wszystkie spośród badanych narracji kończą się względnym domknięciem procesu poznawczego i emocjonalnego, prowadzącego do przystosowania. Niektóre z nich urywają się na niepoddanej żadnemu komentarzowi informacji (np. dotyczącej długości ostatniego okresu remisji choroby), co wskazuje na otwartość relacjonowanej sytuacji, a co za tym idzie – niemożność jej podsumowania (Stark i in. 2002: 34).

Część spośród narratorów dokonuje swoistej rekapitulacji przebytego procesu, zwracając uwagę na punkty wieńczące ów proces. Przykłady stanowią następujące wypowiedzi:

W międzyczasie uwierzyłam, że najważniejszą rzeczą dla osoby chorej jest samookreślenie, znalezienie swojej własnej drogi, nawet jeśli jest to tak bardzo trudne do zaakceptowania dla rodziny. Jesteśmy jednak skazani na odebranie nam przez profesjonalistów części odpowiedzialności za swoich bliskich, której mimo dobrej woli nie możemy przejąć. Ważne jest to, że możemy być pomocni. (Stark i in. 2002: 31)

Przez lata doświadczeń zrozumiałam, że bardzo ważna jest akceptacja choroby syna, jak również mobilizowanie go do wysiłku, do rozwoju, mimo trudności [...]. Już nie czuję się tak bezradna jak na początku, co nie znaczy, że nie mamy z synem stale nowych problemów na drodze. Mam świadomość, że muszę zadbać również o siebie, bo jestem potrzebna synowi silna, a nie wypalona. Nie tylko jemu zresztą, ale mężowi i młodszej córce też. (Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób Mniejszych Szans „Więź” b.d.)

Na podstawie powyższych wypowiedzi można postawić tezę, że proces adaptacji do choroby psychicznej w rodzinie można uznać za zakończony konstruktywnie, jeśli zdrowym członkom rodziny udaje się osiągnąć równowagę pomiędzy świadomością choroby bliskiej osoby a uznaniem jej autonomii (w zakresie na jaki pozwala choroba) oraz przyjąć ograniczenia rodziny jako wspólnoty i instytucji udzielającej wsparcia osobie chorej, co pomaga w zniwelowaniu napięcia pomiędzy rodziną a specjalistycznymi instytucjami oraz w określeniu realnych możliwości rodziny w zakresie wspomagania osoby chorej. Ponadto na konstruktywny przebieg procesu adaptacji wskazują: zmniejszenie poczucia bezradności wobec doświadczanych problemów, akceptacja chorego członka rodziny, stawianie adekwatnych wymagań osobie chorej oraz dążenie do zachowania równowagi między własnymi potrzebami a potrzebami innych członków rodziny (nie tylko osoby chorej). W kontekście istniejących koncepcji skutków przeżytej traumy (krytycznego wydarzenia życiowego) (Kallay 2007 za Ogińska-Bulik 2013: 52) można postawić tezę, iż omawiany powyżej stan konstruktywnego zakończenia procesu adaptacyjnego sprowadza się do *powrotu do równowagi* oraz – w niektórych przypadkach – do *wzrostu potraumatycznego* (w sytuacji gdy poziom funkcjonowania jednostki jest wyższy w porównaniu z okresem sprzed doświadczenia traumatycznego). Pozytywne zmiany składające się na potraumatyczny wzrost obejmują zmiany w relacjach interpersonalnych, percepcji siebie i filozofii życiowej. Jak pisze N. Ogińska-Bulik (2013):

Ludzie w efekcie przeżytej traumy są w stanie nawiązywać bliższe relacje z innymi, odkrywać w sobie

większe pokłady wrażliwości i współczucia dla innych, wykazywać większą skłonność do otwierania się przed innymi. Wiele osób pod wpływem traumatycznego doświadczenia odnajduje w sobie siłę, która pozwala im z dystansem przyrzeć się dotychczasowemu życiu, zmieniać je na lepsze. (s. 52–53)

Badane narracje odzwierciedlały również elementy pozostałych wariantów reakcji na traumę: *poddania się* – wiążącego się z brakiem adaptacji do zaistniałej sytuacji oraz *przetrwania* – kiedy poziom funkcjonowania jest niższy niż przed traumą (Ogińska-Bulik 2013: 52). Istotną część badanych wypowiedzi zawierała relacje odnoszące się do wszystkich możliwych konsekwencji doświadczonej traumy, przeżywanych na różnych etapach procesu adaptacji. W związku z tym cztery możliwe konsekwencje przeżytej traumy to nie tylko potencjalne zakończenia procesu zmagania się z krytycznym wydarzeniem życiowym (klasyfikowane rozłącznie), lecz także dominujące doznania w kolejnych fazach radzenia sobie z kryzysem. W tym kontekście możemy obserwować przechodzenie od stanu dezorganizacji poprzez radzenie sobie z dużym trudem, stopniowy powrót do równowagi, aż po wzrost i rozwój. Na podstawie analizy badanych wypowiedzi można postawić tezę, że proces ten może ulec zahamowaniu na każdym z etapów, lecz pod wpływem sprzyjających czynników (np. doświadczenia wsparcia) może zostać uruchomiony na nowo.

W literaturze przedmiotu znaleźć można również propozycje narzędzi analizy procesu adaptacji do zdarzeń krytycznych, uwzględniających: czynniki poprzedzające krytyczne wydarzenia życiowe, za-

soby i deficyty podmiotu zmagającego się z nimi, cechy szeroko rozumianego kontekstu społecznego, cechy wydarzeń krytycznych oraz nawykowe sposoby reagowania na nie (Sęk, Pasikowski 2001: 17). W tym kontekście można stwierdzić, że im więcej czynników sprzyjających (wzmacniających zasoby pozostające do dyspozycji jednostki i osłabiających działanie stresorów), tym większa szansa na osiągnięcie stanu nowej równowagi i konstruktywne zakończenie procesu adaptacji do sytuacji kryzysowej,

Bibliografia

Aronson Eliot, Wilson Timothy, Akert Robin (1997) *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Przełożyli Anna Bezwińska i in. Poznań: Zysk i S-ka.

Badura-Madej Wanda (1996) *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej*. Warszawa: Interart.

CBOS (2008) *Polacy o niepokojach, zagrożeniach i oczekiwaniach dotyczących zdrowia psychicznego. Komunikat z badań*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej.

CBOS (2012) *Stosunek do chorób psychicznych i chorych psychicznie*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej [dostęp 17 kwietnia 2015 r.]. Dostępny w Internecie: <http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_147_12.PDF>.

Charmaz Kathy (2009a) *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*. Przełożyła Barbara Komorowska. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Charmaz Kathy (2009b) *Teoria ugruntowana w XXI wieku. Zastosowanie w rozwoju badań nad sprawiedliwością społeczną*. Przełożył Konrad Miciukiewicz [w:] Norman K. Denzin, Ivonna S. Lincoln, red., *Metody badań jakościowych*, tom 1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 707–746.

wiej, w tym do choroby psychicznej w rodzinie. Ponieważ analiza danych zastanych poważnie ogranicza możliwość kontrolowania wszystkich zmiennych wyszczególnionych w modelu teoretycznym, należy prowadzić dalsze, pogłębione studia pozwalające systematycznie testować hipotezy dotyczące powiązań pomiędzy zmiennymi współtworzącymi kontekst wystąpienia choroby psychicznej członka rodziny, właściwości jednostki oraz efektów radzenia sobie z wyżej wymienioną sytuacją.

EZOP (2012) *Podsumowanie – rozpowszechnienie, bariery i rekomendacje* [dostęp 13 lutego 2014 r.]. Dostępny w Internecie: <<http://www.ezop.edu.pl/05-Podsumowanie.pdf>>.

Frąckowiak-Sochańska Monika (w druku) *Rodzina w procesie zmagania się z chorobą psychiczną – analiza z perspektywy interakcji*, „Roczniki Socjologii Rodziny”, t. 24.

Gibbs Graham (2010) *Analizowanie danych jakościowych*. Przełożyła Maja Brzozowska-Brywczyńska. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Glaser Barney G., Strauss Anselm L. (2009) *Odkrywanie teorii ugruntowanej*. Przełożył Marek Gorzko. Kraków: Nomos.

Konecki Krzysztof T. (2000) *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Ogińska-Bulik Nina (2013) *Potraumatyczny wzrost – różnicowanie ze względu na rodzaj doświadczonego zdarzenia oraz płeć i wiek badanych osób*. „Folia Psychologica”, t. 17, s. 51–66.

Oliwa-Ciesielska Monika (2013) *W poszukiwaniu kultury ubóstwa*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Rogers Anne, Pilgrim David (2010) *A Sociology of Mental Health and Illness*. Berkshire: Open University Press.

Seligman Martin E. P., Walker Elaine F., Rosenhan David L. (2003) *Psychopatologia*. Przełożyli Joanna Gilewicz, Aleksander Wojciechowski. Poznań: Zysk i S-ka.

Sęk Helena (2001) *Stres krytycznych wydarzeń życiowych* [w:] Helena Sęk, Tomasz Pasikowski, red., *Zdrowie – Stres – Zasoby*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, s. 13–21.

Sęk Helena, Pasikowski Tomasz, red. (2001) *Zdrowie – Stres – Zasoby*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Silverman David (2008) *Prowadzenie badań jakościowych*. Przełożyła Joanna Ostrowska. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Stark Michael F., Bremer Fritz, Esterer Ingeborg, red. (2002) *Przecież ja nie zwariowałem. Pierwszy kryzys psychiczny*. Przełożyły Maria Barabas, Zofia Orzechowska. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób Mniejszych Szans „Więź” (b.d.) Dostęp 24 września 2015 r. Dostępny w Internecie <http://www.archiwum.wiez.org.pl/moja_choroba_rodzina.html>.

WHO (2001) *Mental Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.

Cytowanie

Frąckowiak-Sochańska Monika (2015) *Poznawcza i emocjonalna adaptacja do sytuacji choroby psychicznej w rodzinie*. „Przegląd Socjologii Jakościowej”, t. 11, nr 4, s. 88–112 [dostęp dzień, miesiąc, rok]. Dostępny w Internecie: <www.przegladsocjologii-jakosciowej.org>.

Cognitive and Emotional Adaptation to Mental Disease Within Family

Abstract: This paper is aiming at an analysis of some aspects of the process of cognitive and emotional adaptation to the situation of mental illness within family. There have been observed mutual relations between the abovementioned aspects. The significant component of the cognitive adaptation process is the construction of categories of mental disease and mental health, which constitute the frames of interpretation of one's experience. This process depends on one's affective states and influences further emotional condition, which provides feedback to cognitive processes at more advanced stages.

Theoretical and methodological frameworks of this paper are based on the constructionist paradigm. The empirical research has been carried out according to the grounded theory assumptions. The research material consists of intentionally constructed and published (in a book and online) biographical narrations of mentally ill persons' family members.

The analysis of the abovementioned narrations is focused on the content, as well as on the forms of descriptions constructed by the relatives of the mentally ill persons. According to the presented analysis, the process of adaptation to the situation of mental illness within family, with its variations, stages, and turning points, has been reconstructed.

Keywords: Mental Health, Mental Disease, Crisis as a Cognitive and Emotional Experience, Cognitive and Emotional Adaptation, Constructionism, Grounded Theory