

Justyna Maciaszek

Piętno : problem stygmatyzacji i wykluczenia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi

Studia Politicae Universitatis Silesiensis 9, 299-315

2012

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Justyna Maciaszek

Piętno: problem stygmatyzacji i wykluczenia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi

Abstract: The stigma: problem of stigma and social exclusion of people with mental disorders

The stigma of mental illness is a large contributor to the social exclusion of people with mental disorders, which prevents them from implementing important life goals. What is characteristic of social exclusion is cumulative, and acts as a vicious circle: the exclusion in one dimension can easily lead to exclusion in a completely different dimension (a mental illness — unemployment — poverty or sudden deterioration of social status — exclusion from the community of “normal” — the exclusion from public life and cultural). In order to change public awareness and prevention of exclusion, it is necessary to take a wide variety of activities, so as to ensure that mentally ill persons the right to live in dignity, respect, care, treatment and work.

Key words: the stigma, mental illness, social exclusion, prevention of exclusion

Wstęp

Stygmatyzacja oraz wykluczenie społeczne osób z zaburzeniami psychicznymi to zjawiska, które z dużym natężeniem występują w naszym społeczeństwie, zataczając coraz szersze kręgi i stając się poważnym problemem społecznym. Etykietka „świra” staje się przyczyną deprecjonowania, zakwestionowania pełni człowieczeństwa oraz zepchnięcia na margines życia społecznego ludzi chorych psychicznie. Asumptem problemów i utrudnień nie jest więc jedynie sam fakt psychicznego zaburzenia, ale przede wszystkim określona reakcja otoczenia społecznego na chorobę.

Niepełnosprawność spowodowana zaburzeniami psychicznymi obejmuje bowiem nie tylko deficyty pierwotne, czyli wewnętrzne, bezpośrednio wynikające z choroby, ale i deficyty wtórne, które nie są właściwością samej choroby, lecz rezultatem negatywnych reakcji na nią ze strony osób znaczących. Znajdują one odbicie w postawie jednostki wobec siebie, prowadząc następnie do braku pewności, obniżenia motywacji, do zaprzeczenia chorobie lub utrwalenia roli osoby chorej, skazanej na ciągłą pomoc i wsparcie innych. I wreszcie niepełnosprawność obejmuje ograniczenia zewnętrzne, które są w pewnym stopniu niezależne od choroby, mogą jednakże odgrywać pewną rolę w jej rozwoju. Do ograniczeń tych należą złe warunki mieszkaniowe, bezrobocie, bieda, trudności rodzinne oraz słabo rozbudowana sieć wsparcia społecznego¹.

Choroba psychiczna staje się więc raczej motywem do wykluczenia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi, niż do niesienia im wszechstronnej pomocy². Niewiedza, nieufność, dystans oraz liczne negatywne stereotypy funkcjonujące w społeczeństwie okazują się często największą przeszkodą w reintegracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, tym bardziej, że często problemy te umykają uwadze kreatorom polityki społecznej.

Piętno choroby psychicznej

Termin „piętno”³ do nauk społecznych został wprowadzony przez Ervinga Goffmana, który w swojej słynnej książce *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości* określił je jako „atrybut dotkliwie dyskredytujący”. E. Goffman wyróżnił trzy rodzaje piętna: różnego rodzaju deformacje fizyczne, „wady charakteru” (zaburzenia psychiczne, nałogi, homoseksualizm, pobyt w więzieniu itp.) oraz grupowe piętna rasy, narodowości, wyznania, przekazywane z pokolenia na pokolenie i nakładające jednakową skazę na wszystkich członków rodziny⁴. Dostrzeżenie owego „szczególnego znaku”, który obniża war-

¹ H. Kaszyński: *Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy*. Warszawa 2006, s. 5.

² B. Wciórka, J. Wciórka: *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie*. Komunikat CBOS 2008, nr 124, s. 1.

³ W starożytności i średniowieczu piętno oznaczało znak na ciele, określający niewolnika lub przestępcę. Termin ten bywa obecnie używany przez wielu autorów zamiennie z pojęciem „stygmat”.

⁴ E. Goffman: *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Przeł. A. Dzierżyńska, J. Tokarska-Bakir. Gdańsk 2007, s. 33—34.

tość jednostki dla niej samej i dla innych, rozpoczyna konstruowanie piętna, uaktywnia stereotypowe myślenie i uprzedzenia, prowadząc do społecznego wykluczenia i dehumanizacji⁵.

Jednakże piętno to coś znacznie więcej niż jedynie proces interpersonalny, jest ono bowiem w dużej mierze zdeterminowane przez szerszy kontekst kulturowy. Piętno to w znacznym stopniu konstrukcja społeczna: dana cecha może być piętnująca w jakimś momencie historycznym, a nie być taka w innym momencie; albo być piętnująca w jakiejś sytuacji i nie być piętnująca w innej sytuacji, w tym samym czasie⁶. Piętno jest więc pewną relacją między atrybutem a stereotypem, chociaż warto zauważyć, że niektóre atrybuty niemal zawsze stają się stygmatami. Z taką sytuacją mamy do czynienia w przypadku chorób psychicznych, które w każdej epoce historycznej i we wszystkich kulturach miały i mają charakter piętnujący, należąc do najsilniej wykluczających stygmatów⁷.

G.B. Link i J.C. Phelan w swojej pracy *Conceptualizing stigma* twierdzą, że o zjawisku stygmatyzacji możemy mówić wtedy, kiedy współlistnieją powiązane z sobą elementy, takie jak:

- etykietowanie, czyli identyfikacja i nazywanie niektórych istotnych społecznych różnic,
- stereotypizacja, a więc powiązanie różnic społecznych ze stereotypami,
- oddzielenie „nas” od „nich” na podstawie utworzonych stereotypów (czyli zwiększenie dystansu społecznego),
- utrata statusu społecznego i dyskryminacja, których doświadcza osoba napiętnowana⁸.

Etykietowanie polega na wyróżnieniu i nazwaniu pewnych istotnych różnic, przy czym — co charakterystyczne — etykietami mogą stać się tylko takie cechy, które są społecznie istotne, jak na przykład kolor skóry, preferencje seksualne czy też choroba psychiczna, chociaż społeczne znaczenie poszczególnych cech może się oczywiście różnić w różnych miejscach i różnym czasie. Wspomniana etykieta nie jest właściwością osoby, ale jest jej przypisywana, a jej zasadność jest kwestią otwartą. Ponadto biorąc pod uwagę fakt, że nie ma ostrych granic między zdrowiem a chorobą psychicz-

⁵ K. Skarżyńska: *Nieakceptowana odmienność a relacje społeczne. Konstruowanie piętna*. Przedmowa do wydania polskiego. W: *Spoleczna psychologia piętna*. Red. T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, J.G. Hull. Warszawa 2008, s. 9—10.

⁶ J.H. Dovidio, B. Major, J. Crocker: *Piętno: wprowadzenie i zarys ogólny*. W: *Spoleczna psychologia piętna*. Red. T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, J.G. Hull. Warszawa 2008, s. 24—25.

⁷ P. Świtaj: *Piętno choroby psychicznej*. „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2005, nr 14, s. 140.

⁸ Za: A. Dyduch, A. Grzywa: *Stygmatyzacja i czynniki ją warunkujące na przykładzie stygmatyzacji związanej z chorobą psychiczną*. „Polski Merkurys Lekarski” 2009, nr 153, s. 263.

na⁹, etykieta chorego psychicznie nie jest po prostu cechą, ale — do pewnego przynajmniej stopnia — produktem pewnego procesu społecznego. Przy czym co charakterystyczne, etykiety przypisywane tym samym grupom społecznym mogą różnić się ładunkiem emocjonalnym: niektóre są obraźliwe, na przykład „świr”, „wariat”¹⁰, inne natomiast mniej lub bardziej poprawne, na przykład „chory psychicznie”, „pacjent”¹¹. Kolejnym elementem procesu społecznego piętnowania jest stereotypizacja, polegająca na powiązaniu wyróżnionych kategorii społecznych z negatywnymi stereotypami. Przykładowo, na stereotyp chorych psychicznie składają się zazwyczaj przekonania o ich agresywności, nieprzewidywalności, mniejszej sprawności intelektualnej, niezdolności do świadomego podejmowania decyzji¹².

Oddzielenie „nas” od „nich” — to następny etap procesu stygmatyzacji. Negatywny stereotyp powiązany z pewną kategorią osób jest bowiem przesłanką do uznania ich za „istoty odmienne”, inne od „normalnej” reszty. W takim postrzeganiu jednostki jako fundamentalnie odmiennej zawarte jest przekonanie, że nie jest ona w pełni człowiekiem¹³. Oczywiście wpływ stereotypów nie zawsze jest silny i bezpośredni, ale zawsze systematyczny i wszechobecny, ponieważ stereotypy usprawiedliwiają złe traktowanie napiętnowanych i to nie tylko przez jednostki, ale i przez grupy¹⁴. Na gruncie stereotypów pojawia się następnie społeczne odrzucenie, wykluczenie i dyskryminacja, czyli niewłaściwe wybiórcze, nieuzasadnione, negatywne traktowanie poszczególnych jednostek¹⁵.

Proces stygmatyzacji jest więc procesem reakcji społecznej, społecznej identyfikacji i naznaczania. Charakteryzuje się sprowadzeniem, zredukowa-

⁹ Wciąż jeszcze są trudności z wyznaczeniem ostrej granicy między zdrowiem psychicznym a chorobą, w dużej mierze są to bowiem kategorie uwarunkowane kulturowo.

¹⁰ Wśród negatywnych określeń osób chorych psychicznie spotykamy zarówno takie, które podkreślają odmiennosc poprzez różnorodne epitety: np. wariat, czubek, świr, down, szajbus, fijoł, szurnięty, pomyłony, popapraniec, zakrecony, porąbany, odbiło mu, fiśnięty, bzik, nawiedzony, szalony, oszołom, stuknięty, bez piątej klepki, ma nierówno pod sufitem, ma coś pod kopułą, ma żółte papiery, schiza, tumok, lub przez negatywnie oceniane cechy zachowania i reagowania: niebezpieczny, niepoczytalny, nieprzewidywalny, nie do zniesienia. Część epitetów podkreśla niższość intelektualną — odwołując się do normy zdrowia psychicznego i rozwoju lub do słabości intelektu, np. nienormalny, niedorozwinięty, upośledzony umysłowo, psychicznie, głupi, przygłup, niemądry, gamoń, nierozgarnięty, ciemniak, dureń, idiota, kretyn, imbecyl, debil, jołop, matoł, cymbał, półmózg... I wreszcie spotykamy określenia nawiązujące ogólnie do sfery psychiki, np. psychiczny, psychoz, psychopata, psychol, umysłowy. B. Wciórka, J. Wciórka: *Osoby chore psychicznie...*, s. 3.

¹¹ Za: P. Świtaj: *Piętno choroby psychicznej...*, s. 138.

¹² Ibidem.

¹³ Ibidem.

¹⁴ M. Biernat, J.N. Dovidio: *Piętno i stereotypy*. W: *Spoleczna psychologia piętna...*, s. 104—113.

¹⁵ Za: P. Świtaj: *Piętno choroby psychicznej...*, s. 138.

niem całej osobowości i wszystkich cech człowieka do jednego wymiaru, jednej dominującej cechy związanej z określonym stygmatem¹⁶. Dlatego też często mówi się, że stygmat odgrywa rolę oślepiającą, stając się jedynym źródłem oczekiwań i stereotypowego obrazu nosiciela, inne cechy są bowiem niedostrzegane i ulegają unieważnieniu lub marginalizacji¹⁷.

Reakcje społeczne na zaburzenia psychiczne znajdują swoje odzwierciedlenie również w niektórych teoriach socjologicznych. W koncepcji Howarda Beckera osoba chora psychicznie jest traktowana jako dewiant. W kontekście jego rozważań sam czyn nie jest dewiacyjny, staje się taki dopiero wówczas, gdy zostanie tak określony w rezultacie reakcji społecznej. Dewiantem jest więc ten, kogo społeczna widownia wskaże jako „winowajcę”, przyczepiając mu odpowiednią etykietkę¹⁸. Istotnym momentem w rozwoju tak zwanej kariery dewiacyjnej jest pierwsze publiczne określenie danej osoby jako dewianta. Zachowanie dewiacyjne musi zostać ujawnione, dopiero wtedy społeczność określi jednostkę odpowiednio jako: przestępcę, alkoholika czy osobę psychicznie chorą itp. Jeśli jednostka zostanie „schwyta” i naznaczona jako dewiant, będzie to miało poważny wpływ zarówno na jej uczestnictwo w życiu społecznym, jak i na jej obraz samego siebie. Najważniejszą zaś konsekwencją będzie zmiana jej publicznej tożsamości, kiedy bowiem jednostka popełni niewłaściwy czyn i o czynie tym dowie się opinia społeczna, status jej ulegnie diametralnej zmianie¹⁹.

Co charakterystyczne, u osób z zaburzeniami psychicznymi może dochodzić do stygmatyzacji i marginalizacji na dwóch płaszczyznach i poziomach: pierwsza płaszczyzna związana jest z samym faktem bycia osobą niepełnosprawną, natomiast druga wiąże się z faktem zdiagnozowania zaburzeń psychicznych. Pierwszy wymiar dotyczy marginalizacji osób z zaburzeniami psychicznymi przez społeczeństwo, drugi zaś jest wymiarem samomarginalizacji, której dokonują osoby chore względem siebie²⁰ i który obejmuje niską samoocenę, brak akceptacji własnej niepełnosprawności, poczucie niskiej jakości życia oraz poczucie dużej zależności od pomocy innych osób. Jest to proces „samospelniającego się proroctwa”²¹, do jakiego dochodzi wówczas, gdy jakieś początkowo błędne przekonanie społeczne prowadzi w konsekwencji do jego potwierdzenia. Przyczynia się to do utrzymania piętna

¹⁶ W.A. Brodniak: *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*. Warszawa 2000, s. 185.

¹⁷ E. Czykwin: *Stygmat społeczny*. Warszawa 2007, s. 44.

¹⁸ A. Siemaszko: *Granice tolerancji. O teoriach zachowań dewiacyjnych*. Warszawa 1993, s. 300.

¹⁹ Ibidem, s. 314.

²⁰ A.I. Brzezińska, K. Zwolińska: *Marginalizacja osób z ograniczeniami sprawności na skutek zaburzeń psychicznych*. „Polityka Społeczna” 2010, nr 2, s. 17.

²¹ Ibidem, s. 21.

społecznego i dostarcza usprawiedliwienia dla kontynuowania wykluczania jednostki lub określonej grupy społecznej²². Oczekując od osoby chorej psychicznie niezrozumiałych czy agresywnych zachowań, sprawiamy, że rzeczywiście zaczyna się ona zachowywać w ten sposób. Tak oto mechanizm samospełniającego się proroctwa jeszcze bardziej spycha naznaczoną osobę na margines życia społecznego.

Wykluczenie społeczne — próba konceptualizacji zjawiska

W świetle przedstawionych rozważań truizmem jest stwierdzenie, że piętno choroby psychicznej i związany z nim proces stygmatyzacji prowadzi do wykluczenia społecznego. Warto jednakże zatrzymać się dłużej na kontrowersjach definicyjnych dotyczących tego pojęcia.

W literaturze przedmiotu dominuje przekonanie, że wykluczenie społeczne²³ jest pojęciem przeciwstawnym do społecznego uczestnictwa w szerszych zbiorowościach i oznacza izolację wymuszoną uwarunkowaniami zewnętrznymi: odmiennym kolorem skóry, niepełnosprawnością, nieakceptowanym przez środowisko zachowaniem, biedą, bezrobociem itd. Izolacja jednostek i grup społecznych od zbiorowości i instytucji współczesnego państwa utrwala podział na „naszych” i „obcych”, spychając jednocześnie na margines życia coraz większe grupy ludzi²⁴.

Wprowadzone rozróżnienie między wymuszonym wykluczeniem społecznym a samodzielną decyzją o wycofaniu się zawęża definicję wykluczonych jedynie do tych, którzy chcą uczestniczyć w głównym nurcie życia społecznego, w podziale dochodu narodowego, ale albo nie wiedzą, jak to zrobić, albo też na drodze ich uczestnictwa stoją przeszkody, których sami nie są w stanie pokonać²⁵. Co prawda, reguły wolnego rynku funkcjonujące w większości cywilizowanych krajów świata pozornie nie dyskryminują i każdy może spróbować swoich sił w pogoni za sukcesem rynkowym, jednakże nie wszyscy odnoszą sukcesy, zdarzają się także przegrani, którzy na

²² L. Jussim, P. Palumbo. C. Chatman. S. Madon. A. Smith: *Piętno a samospełniająca się proroctwo*. W: *Społeczna psychologia piętna...*, s. 343.

²³ Przez długi czas w polskiej literaturze przedmiotu dominowało pojęcie: „marginalizacja” i „marginalność społeczna”. Obecnie dzięki wpływom Unii Europejskiej coraz częściej używa się terminów: „wykluczenie”, „ekskluzja”.

²⁴ M. Jarosz: *Wstęp. Obszary wykluczenia w Polsce*. W: *Wykluczeni. Wymiar społeczny, materialny, etniczny*. Red. M. Jarosz. Warszawa 2008, s. 10.

²⁵ E. Wnuk-Lipiński: *Socjologia życia publicznego*. Warszawa 2008, s. 272.

skutek różnych okoliczności życiowych „wypadli z gry” albo nawet nie mieli szans kiedykolwiek w tej grze uczestniczyć²⁶.

Wykluczenie społeczne to więc zjawisko zamykania się grup społecznych, które charakteryzuje przede wszystkim: niski poziom uczestnictwa w życiu grupowym, długotrwałość i niedobrowolność takiej sytuacji oraz trudności w realizacji praw obywatelskich²⁷.

Wykluczenie społeczne jest procesem (bo takiego należy tutaj użyć słowa), który dotyka coraz więcej jednostek i grup społecznych. Jest to w pewnym stopniu spowodowane dominującą we współczesnych społeczeństwach tendencją do oddzielania lub nakładania wyraźnej odrębności dwóch światów: świata niepewności, marginalizacji i braku perspektyw oraz świata dostatku i bezpieczeństwa²⁸. Społeczeństwo nie toleruje bowiem żadnych odstępstw od przyjętych i zinternalizowanych norm oraz zasad. W takim społeczeństwie słabość, bezbronność i nadmierna wrażliwość traktowane są jako wady. Do grup najbardziej zagrożonych wykluczeniem społecznym należą niewątpliwie niepełnosprawni psychicznie. Proces stygmatyzacji sprawia, że osoby z zaburzeniami psychicznymi napotykają na swojej drodze coraz więcej barier, które ograniczają ich uczestnictwo w życiu społecznym, utrudniając dostęp do wielu dóbr. W ten oto sposób stają się oni ludźmi „zbędnymi”, funkcjonującymi w „społecznej próżni”.

Jak kształtować społeczeństwo, które będzie potrafiło akceptować ludzi chorych psychicznie? Wszak wykluczenie i marginalizacja społeczna dotycząca słabszych to zjawiska niezwykle trudne do pogodzenia z poczuciem sprawiedliwości, tym bardziej, że ich olbrzymi zasięg nie jest obojętny dla kultury politycznej, dla żywotności społeczeństwa obywatelskiego oraz życia publicznego w każdym społeczeństwie²⁹. Stosunek do ludzi chorych psychicznie to w dużym stopniu miara humanistycznych stosunków w społeczeństwie. I jeśli uznamy, że kulturę i sprawność danego społeczeństwa ocenić można zarówno po jego nastawieniu do ludzi słabych i bezbronych, jak i po zakresie pomocy i wsparcia, jakie są im udzielane, to wykluczenie społeczne tej kategorii osób można będzie jednocześnie uznać za przejaw niewydolności tradycyjnej polityki społecznej i podległych jej służb społecznych.

²⁶ F. Wnuk-Lipiński: *Świat międzyepoki*. Warszawa 2005, s. 252.

²⁷ R. Szarfenberg: *Ubóstwo, marginalność i wykluczenie społeczne*. W: *Polityka społeczna*. Red. G. Firlit-Fesnak, M. Szyłko-Skoczny. Warszawa 2009, s. 330.

²⁸ E. Tarkowska: *Kategoria wykluczenia społecznego a polskie realia*. W: *Skazani na wykluczenie*. Red. M. Ostrowska. Warszawa 2005, s. 28.

²⁹ E. Wnuk-Lipiński: *Socjologia...*, s. 270.

Obszary wykluczenia osób chorych psychicznie

Wykluczenie społeczne może obejmować wiele sfer życia jednostek. Do jego podstawowych wymiarów możemy zaliczyć:

- wykluczenie z aktywności zawodowej, prowadzące do bezrobocia;
- wykluczenie z konsumpcji, prowadzące do niedostatku i ubóstwa;
- wykluczenie ze społeczności normalnych, przyczyniające się do samotności i izolacji;
- wykluczenie z mechanizmów wpływu i władzy, czyli marginalizacja kulturowa i społeczna³⁰.

Choroba psychiczna należy do najsilniej wykluczających stygmatów, obejmujących swoim zasięgiem prawie wszystkie sfery życia osoby chorej. Ze względu na wzajemne powiązania — wymiary wykluczenia społecznego oddziałują na zasadzie błędnego koła — wykluczenie w jednym wymiarze z łatwością prowadzi do wykluczenia w zupełnie innym wymiarze. Istnieje bowiem silna korelacja przyczynowo-skutkowa pomiędzy poszczególnymi problemami dotyczącymi osobę chorą psychicznie.

Jednym z najbardziej dominujących i widocznych wymiarów wykluczenia, które dotyka osoby z zaburzeniami psychicznymi, jest wykluczenie z rynku pracy. W warunkach gospodarki rynkowej od posiadania pracy zależy nasze poczucie własnej wartości oraz przydatności społecznej, ponieważ praca wyznacza zakres uczestnictwa w życiu społecznym. Niestety, rynek pracy wyrzuca poza swój nawias osoby niezaradne, słabsze, niepełnosprawne. Najbardziej defaworyzowaną i dyskryminowaną grupą są osoby z zaburzeniami psychicznymi. Rzeczywiste kwalifikacje — nawet jeśli posiadają je te osoby — nie mają żadnego znaczenia, decyduje jedynie choroba, która jest czynnikiem wykluczającym chorych z rynku pracy.

W badaniach naukowych podkreśla się, że istnieją cztery podstawowe przyczyny wykluczania osób z zaburzeniami psychicznymi z uczestnictwa na rynku pracy. Są to:

1. Niedostateczna liczba miejsc mogących zapewnić zatrudnienie dostosowane do indywidualnych potrzeb tej kategorii osób.
2. Silne zjawiska stygmatyzacji i dyskryminacji występujące w naszym kraju.
3. Długotrwała zależność od pasywnych form pomocy.
4. Zależność od własnych rodziców³¹.

³⁰ Za: E. Kantowicz: *Spoleczne włączanie i integracja — wyzwaniem dla pedagogów i pracowników socjalnych*. W: *Wykluczenie i marginalizacja społeczna. Wokół problemów diagnostycznych i reintegracji psychospołecznej*. Red. K. Białoobrzaska, S. Kawula. Toruń 2006, s. 12.

³¹ H. Kaszyński: *Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów...*, s. 6.

Wydaje się, że do wskazanych czynników należy dodać również niski poziom wykształcenia oraz nieadekwatne do zmieniających się potrzeb rynku pracy kwalifikacje. Biorąc bowiem pod uwagę fakt, że w przeważającej większości choroba psychiczna (przede wszystkim schizofrenia) rozpoczyna się w młodym wieku i jej „pierwszy rzut” ma miejsce przed 25. rokiem życia, to często osoby chore nie miały szans na to, żeby zdobyć wykształcenie.

Teza o niższym wykształceniu osób z zaburzeniami psychicznymi została potwierdzona wynikami badań A. Brzezińskiej i K. Zwolińskiej. Wykształcenie okazało się istotnym czynnikiem ryzyka marginalizacji osób niepełnosprawnych w ogóle, a w szczególności osób z ograniczeniami sprawności na tle zaburzeń psychicznych. Badaczki udowodniły ponadto, że brak możliwości zdobycia odpowiedniego wykształcenia rzutuje jednocześnie na zasadzie domina na inne poziomy potencjalnego wykluczenia, które odnoszą się nie tylko do wymiarów globalnych, takich jak: dostęp do miejsc pracy, odpowiednio płatnych zawodów, informacji; ale i czysto prywatnych, takich jak: rodzina i przyjaciele³².

Wydaje się również, że kluczowe znaczenie dla aktywności zawodowej będzie miał nie rodzaj diagnozy psychiatrycznej osoby chorej, ale jej dotychczasowa historia zatrudnienia, posiadane umiejętności interpersonalne oraz poziom motywacji do podjęcia pracy. Istotnym czynnikiem determinującym integrację zawodową będzie czas pozostawania pacjentów bez pracy po kolejnych hospitalizacjach psychiatrycznych. Im jest on dłuższy, tym trudniejszy wydaje się powrót do aktywności zawodowej osoby chorej³³, tym bardziej, że u osób z zaburzeniami psychicznymi brak aktywności zawodowej prowadzi do niskiej samoakceptacji i niskiego poziomu zadowolenia z życia. To zaś może doprowadzić do nawrotu bądź nasilenia objawów chorobowych. Jednak choroba może stać się również mechanizmem obronnym, zwalniającym jednostkę z obowiązku pełnienia ról społecznych, w tym z konieczności pracy³⁴.

Ludzie z zaburzeniami psychicznymi często cierpią również z powodu niedostatku i skrajnego ubóstwa. Choroba w krótkim czasie prowadzi bowiem do nagłej i niekorzystnej zmiany statusu materialnego, zwłaszcza jeśli wiąże się z ponoszeniem dużych nakładów na leczenie. Chociaż sytuacja poprawiła się w 2007 roku, kiedy to na leki II generacji o przedłużonym działaniu wywalczono ryczałt (wcześniej z uwagi na barierę cenową niedostępne były dla większości chorych), to wciąż jeszcze poza zasięgiem osób z zaburzeniami psychicznymi pozostaje darmowa psychoterapia, o którą powinno zostać

³² A.I. Brzezińska, K. Zwolińska: *Marginalizacja osób z ograniczeniami sprawności...*, s. 18.

³³ H. Kaszyński: *Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów...*, s. 9—10.

³⁴ A.I. Brzezińska, K. Zwolińska: *Marginalizacja osób z ograniczeniami sprawności...*

poszerzone tradycyjne leczenie psychiatryczne. W rezultacie utraty pracy i pogorszenia się sytuacji materialnej niepełnosprawni psychicznie korzystają często z systemu ubezpieczeń społecznych (renty inwalidzkie, renty socjalne, zasiłki pielęgnacyjne lub opiekuńcze) czy pomocy społecznej (zasiłki stałe, wyrównawcze, zasiłki okresowe, zapomogi itp.), jednakże otrzymywane w ten sposób środki nie zabezpieczają czasem nawet najbardziej elementarnych potrzeb.

Niewątpliwie, ubóstwo dotykające chorych psychicznie należy do kategorii niezawinionych, jednakże w opinii społecznej bieda tej kategorii osób wciąż nie jest usprawiedliwiona i akceptowana w wystarczającym stopniu. Dominuje przekonanie „Czemuś biedny? — Boś głupi. Czemuś głupi? — Boś biedny”, doprowadzające do wykluczenia społecznego w kolejnych obszarach życia społecznego.

Ludzie z zaburzeniami psychicznymi niewątpliwie uczestniczą w życiu publicznym w znacznie mniejszym stopniu niż pozostali członkowie społeczeństwa. Choroba sprawia, że z obawy przed odrzuceniem zamykają się w „czterech ścianach”, funkcjonując jedynie w wyizolowanych grupach. Niewiedza, ignorancja — bezpośrednio związane z silnymi, negatywnymi stereotypami, a nawet jawne działania dyskryminujące — to czynniki dodatkowo powodujące ograniczanie kręgów i rodzajów aktywności osób z zaburzeniami psychicznymi. W dłuższej perspektywie musi to owocować ograniczaniem ich sprawności i tak zwaną atrofią umiejętności w kolejnych obszarach na skutek działania efektu generalizacji³⁵.

Przedstawione ustalenia znajdują potwierdzenie w wynikach badań postaw społeczeństwa polskiego wobec osób chorych psychicznie, które od lat prowadzone są przez CBOS. Pokazują one, że co prawda w ciągu ostatnich lat zmienił się społeczny wizerunek osoby chorej psychicznie (staje się on bardziej zróżnicowany, a mniej stereotypowy), ale wciąż jeszcze w społeczeństwie polskim dominują określenia pejoratywne chorób psychicznych. Powszechne jest również przekonanie, że choroba psychiczna jako wstydliva wymaga ukrywania jej przed innymi ludźmi. Kolejną negatywną konsekwencją społecznego napiętnowania jest silna tendencja do nieprzyznawania ludziom, którzy przebyli chorobę psychiczną, prawa do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym nawet wtedy, gdy miną negatywne objawy, charakterystyczne dla okresu aktywnej choroby. Olbrzymi sprzeciw respondentów wobec pełnienia przez byłych pacjentów ról społecznych związanych przede wszystkim z odpowiedzialnością za innych dowodzi, że społeczne piętno choroby psychicznej często przenoszone jest również na osoby już wyleczone³⁶.

³⁵ A.I. Brzezińska, K. Zwolińska: *Marginalizacja osób z ograniczeniami sprawności...*, s. 16.

³⁶ B. Wciórka, J. Wciórka: *Osoby chore psychicznie...*, s. 29—30.

Do wykluczenia chorych psychicznie przyczynia się również fakt częstego stosowania ubezwłasnowolnienia częściowego lub całkowitego. Bo chociaż ubezwłasnowolnienie powinno być wyrazem troski i pomocy osobom, które z powodu choroby same nie potrafią kierować swoim postępowaniem, to z własnego doświadczenia mogą stwierdzić, iż prawa ubezwłasnowolnionych często są łamane. Sam fakt ubezwłasnowolnienia jest co prawda obwarowany wieloma przepisami, ale już poza kontrolą znajduje się kwestia pomocy, którą sprawuje (bądź której nie sprawuje) opiekun prawny lub kurator. Tymczasem sens ubezwłasnowolnienia polega nie na samym ubezwłasnowolnieniu, ale na znalezieniu opiekuna, który będzie we właściwy sposób chronił praw swojego podopiecznego.

Nie samo zaburzenie psychiczne jest bezpośrednią przyczyną utraty sprawności w różnych obszarach — nie tylko psychicznym, fizycznym, ale i tym związanym z możliwością wykonywania zadań zawodowych, funkcjonowania społecznego w rodzinie czy grupie sąsiedzkiej. Można to nazwać mechanizmem tak zwanego błędnego koła, ponieważ społeczeństwo, obawiając się osób z zaburzeniami psychicznymi, ogranicza pola ich aktywności. One same zaś obawiając się poddania ich działań procesom społecznego porównywania i oceniania oraz chcąc zminimalizować swoje lęki i obawy, uciekają od aktywności społeczno-zawodowej. Takie wycofanie rodzi i potęguje bierność, a w konsekwencji bezradność, co zgodnie z wspomnianym mechanizmem samospełniającego się proroctwa powoduje ograniczenie pól aktywności osoby chorej w środowisku³⁷, obejmując wszystkie wymiary życia społecznego (choroba psychiczna — utrata pracy — ubóstwo lub nagle pogorszenie się statusu społecznego — wykluczenie ze społeczności „normalnych” — wykluczenie z życia publicznego i kulturalnego — potwierdzenie statusu osoby chorej psychicznie).

Opieka psychiatryczna i pomoc społeczna osobom z zaburzeniami psychicznymi — z doświadczeń pracownika pomocy społecznej

Na przestrzeni wieków różnie kształtował się rozwój rozmaitych form opieki psychiatrycznej. W średniowieczu osoby chore psychicznie traktowane były jako opętane przez złego ducha, szczególnie agresywne i niebezpieczne

³⁷ A.I. Brzezińska, K. Zwolińska: *Marginalizacja osób z ograniczeniami sprawności...*, s. 17.

dla otoczenia. Konsekwencją takiego podejścia była społeczna izolacja tej kategorii osób, przyjmująca różne formy: od zamykania chorych w domu, po tworzenie różnego rodzaju miejsc ścisłego odosobnienia.

Narodziny psychiatrii jako uznanej nauki społecznej radykalnie zmieniły sposób traktowania choroby psychicznej i relacji pomiędzy rozumem a szaleństwem. Rewolucji psychiatrycznej, która miała miejsce w latach 1895—1904 zawdzięczamy nie tylko klasyfikację chorób psychicznych, ale i powstanie nowych form terapii. Niestety, pomimo wielu zmian i postępów wiedzy medycznej i psychologicznej jeszcze przez bardzo długi czas psychiatria opierała się na instytucji szpitala psychiatrycznego, pojmowanego bardziej jako miejsce odosobnienia aniżeli terapii. Podstawą funkcjonowania tej instytucji było przekonanie, że niebezpieczeństwo kryjące się w chorobie musi być posegregowane i kontrolowane zgodnie z panującym porządkiem społecznym. Dopiero w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XX wieku nastąpiła radykalna zmiana paradygmatu: chorobę psychiczną i kontekst społeczny zaczęto traktować w ścisłym powiązaniu z sobą, w rezultacie czego instytucjonalne formy leczenia zaczęto wspomagać terapią społeczną, a więc próbą uzdrowienia stosunków w rodzinie i w społeczeństwie. Podstawą wprowadzanych w życie reform stają się coraz częściej struktury pośrednie (lecznictwo ambulatoryjne, ośrodki pobytu dziennego) jako odpowiedniejsze i skuteczniejsze w terapii i rehabilitacji³⁸. Ponadto w postulatach dotyczących reorganizacji opieki psychiatrycznej od lat apeluje się, aby czas trwania hospitalizacji osób chorych psychicznie ograniczyć do niezbędnego minimum.

W tym miejscu możemy zadać sobie pytania: Jak współczesna opieka psychiatryczna wygląda w rzeczywistości? W jakim kierunku zmiernają zmiany w leczeniu i instytucjach pomocy społecznej?

Niestety, w naszym kraju ograniczona jest w dużej mierze dostępność pomocy psychiatrycznej. Bariery mają przede wszystkim charakter strukturalny i wynikają z wieloletnich zaniedbań, których następstwem są między innymi: skąpa, nienowoczesna i nierównomiernie rozmieszczona baza instytucjonalna, znaczne i narastające braki kadrowe, praktyczny brak polityki społecznej w odniesieniu do zdrowia psychicznego oraz nieracjonalny i dyskryminujący sposób finansowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej³⁹. Ponadto w niedostatecznym stopniu realizowane są w naszym kraju ustawowo zagwarantowane działania zapobiegawcze w odniesieniu do ochrony i promocji zdrowia psychicznego, nie tylko w zakresie specjalistycznych usług medycznych, ale również w placówkach edukacyjnych, zakładach

³⁸ S. Waszak: *Stosunek społeczeństwa do osób chorych psychicznie*. „Polityka Społeczna” 2001, nr 4, s. 50—51.

³⁹ B. Wciórka, J. Wiórka: *Osoby chore psychicznie...*, s. 1.

pracy, instytucjach polityki, kultury oraz w działalności publicznych środków masowego przekazu⁴⁰. Wreszcie pomimo wypracowania międzynarodowych standardów opieki psychiatrycznej w dalszym ciągu zdarzają się przypadki łamania podstawowych praw osób chorych psychicznie oraz nadużywania zinstytucjonalizowanej psychiatrii do własnych celów.

Również struktura lecznictwa psychiatrycznego w Polsce wskazuje na przewagę tradycyjnego modelu opieki nad osobami chorymi psychicznie. Pomimo wielu pozytywnych zmian, jakie zaszły od 1970 roku, znaczna część chorych objęta jest opieką instytucjonalną, a więc leczeniem całodobowym⁴¹. Również w ocenie Najwyższej Izby Kontroli nie został dotychczas stworzony system kompleksowej opieki nad chorymi z zaburzeniami psychicznymi. Przede wszystkim nie podjęto działań na rzecz integracji i przywrócenia do funkcjonowania w społeczeństwie ludzi chorych psychicznie, mając na uwadze dostosowanie rozwiązań dotyczących opieki psychiatrycznej do przyjętych w krajach Unii Europejskiej. Ponadto ze względu na zaniebdania w wykonywaniu obowiązków przez personel medyczny oraz brak stosownego nadzoru i kontroli ordynatorów i dyrektorów szpitali dochodzi do wielu przypadków łamania praw człowieka dotyczących między innymi nieuzasadnionego stosowania przymusu bezpośredniego w stosunku do chorych, praktykowania przymusowych kąpiei, ograniczania dostępu do zajęć terapeutycznych, obostrzeń w dysponowaniu własnymi środkami pieniężnymi⁴².

Długoletnie doświadczenie pozwala mi stwierdzić, że tak naprawdę to od lekarza psychiatry, jego zasad moralnych i postawy etycznej zależy, czy na oddziale psychiatrycznym dochodzić będzie do przestrzegania czy wprost przeciwnie — łamania praw osoby chorej psychicznie. Trudno w tym miejscu nie zadać sobie pytania: Skoro obszary ustawowo powołane do opieki nad osobami chorymi psychicznie nie są wolne od zjawisk stereotypizacji, stygmatyzacji prowadzących do naruszania praw człowieka, to czy nie powinno się kontrolować grup zawodowych nie tylko pod kątem ich kwalifikacji zawodowych, ale również wrażliwości moralnej? Zdarzają się przecież oddziały psychiatryczne⁴³ i placówki wsparcia, gdzie osoba chora nie jest traktowana jako „trudny przypadek”, którego należy się w miarę szybko pozbyć, ale jako podmiot, obywatel, „jeden z nas”. Na drugim

⁴⁰ H. Kaszyński: *Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów...*, s. 7.

⁴¹ J. Meder, M. Jarema, A. Araszkievicz: *Psychiatryczna opieka środowiskowa w Polsce. Raport*. Warszawa 2008, s. 12.

⁴² Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania opieki psychiatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki stacjonarnej, nr ewid.: 8/2008/7165/LWR, Wrocław 2008, s. 3 [<http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=391> (25.05.2010)].

⁴³ Dla autorki niniejszego opracowania wzorcowym oddziałem psychiatrycznym jest oddział w Stalowej Woli.

biegunie mamy jednakże oddziały, gdzie wciąż podstawowym środkiem swojej „terapii” jest kaftan bezpieczeństwa, pasy unieruchomienia lub zimny prysznic jako środek dyscyplinujący. W oddziałach tych osoby chore przebywają często nawet kilka lat, w rezultacie czego wytworzyć się może w nich tak zwany syndrom wyuczonej bezradności. Szpitale psychiatryczne to przecież wciąż jeszcze instytucje totalne, w których wykonywanie wszelkich czynności jest narzucone z góry i poddane licznym regulaminom. Na straży ustalonego porządku stoi personel, który posiada niemal absolutną władzę. W rezultacie przedłużającej się hospitalizacji znaczna część osób z zaburzeniami psychicznymi nie wraca nigdy do społeczeństwa, trafiając do różnego rodzaju instytucji pomocy społecznej: przede wszystkim domów pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych. To pogłębia wyniesione ze szpitala intensywne doświadczanie odseparowania od reszty społeczeństwa, prowadząc do całkowitej utraty wewnętrznej kontroli nad swoim życiem.

Opieka psychiatryczna wymaga więc jeszcze wielu zmian. Zdaniem specjalistów, powinny być one przeprowadzone zgodnie z uwzględnieniem podstawowych postulatów psychiatrii środowiskowej, tak aby osobom z zaburzeniami psychicznymi zagwarantować opiekę pozwalającą na godne funkcjonowanie we własnym środowisku. Zmianie powinno ulec przede wszystkim podejście do terapii chorego. Terapia ta powinna stanowić proces znacznie szerszy niż jedynie aspekty klinicznej kontroli choroby, obejmujący również funkcjonowanie osoby chorej w społeczeństwie oraz pomoc w codziennych czynnościach i zadaniach. Niewątpliwie organizacja systemu opieki środowiskowej będzie wymagała umiejscowienia zadań na poziomie lokalnym — w środowisku osób chorych psychicznie — z koordynacją zadań na poziomie centralnym⁴⁴. Tylko przestrzeganie takich zaleceń pozwoli na stworzenie spójnego systemu pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi.

Przeciw wykluczeniu — w poszukiwaniu innowacyjnych metod wsparcia

W kontekście zaprezentowanych rozważań widzimy, jak niezwykle trudno jest zmienić świadomość społeczną, w której myślenie o niepełnosprawności i chorobach zamyka się w sztywnych ramach uproszczeń, przesądów i stereotypów. Przedstawianie osób w schematycznym uproszczeniu często

⁴⁴ J. Meder, M. Jarema, A. Araszkiewicz: *Psychiatryczna opieka środowiskowa...*, s. 17.

staje się impulsem do powstawania dystansu społecznego, u którego podłoża tkwi przypisana etykieta i konsekwencje tego w postaci nieprzychylnych postaw społecznych, poczucia mniejszej wartości oraz życia na marginesie społeczeństwa. Mimo to nadzieję budzi fakt, że we współczesnych społeczeństwach coraz aktywniej poszukuje się tego, co ma łączyć, a nie dzielić osoby niepełnosprawne i pełnosprawne. Służyć temu ma nie tylko postęp naukowy, rozwój idei humanizmu, ale przede wszystkim społeczna gotowość do niesienia pomocy osobom słabszym i mniej sprawnym. Dlatego też coraz bardziej docenia się znaczenie rozwiązań włączających aspekty społecznego funkcjonowania osoby niepełnosprawnej, ponieważ stopień poziomu kultury i cywilizacji społeczeństwa jest mierzony poziomem opieki nad tymi, którzy potrzebują pomocy⁴⁵.

Istotą integracji osób chorych ze zdrowymi powinno być rzeczywiste łączenie niepełnosprawnych ze społeczeństwem nie na zasadzie akcji społecznych od czasu do czasu, ale na zasadzie „bycia razem” w codzienności. Należy więc dążyć do zbliżania warunków życia osób niepełnosprawnych do istniejących norm i standardów życia osób pełnosprawnych, polegającego na dostrzeganiu wartości każdego człowieka oraz przyznawaniu mu wolności dokonywania wyborów, możliwości samodzielnego stanowienia o swoim życiu. Tak rozumiana rehabilitacja personalna, podmiotowa sprawia, że człowiek niepełnosprawny staje się odpowiedzialny za swoje życie, mając świadomość, że miejsce w społeczeństwie nie jest mu ofiarowane przez innych, ale wypracowane z wykorzystaniem procesu rehabilitacji⁴⁶.

Coraz częściej w nowoczesnej rehabilitacji psychiatrycznej podkreśla się również konieczność indywidualnego podejścia do każdego chorego. Indywidualny plan leczenia i rehabilitacji powinien być oparty na kilku podstawowych zasadach:

- partnerstwo — konieczna jest współpraca z chorym, ponieważ nie można leczyć i rehabilitować pacjenta bez jego czynnego współudziału;
- jedność metod, czyli kompleksowe stosowanie leczenia biologicznego, oddziaływań psychoterapeutycznych i psychospołecznych;
- wielostronność oddziaływań w celu wprowadzenia korzystnych zmian w różnych obszarach życia zawodowego, rodzinnego, towarzyskiego itd.;
- stosowanie tak zwanej optymalnej stymulacji, ponieważ dla chorego szkodliwa jest zarówno nadmierna, jak i niedostateczna stymulacja, czyli niedobór bodźców;
- stopniowanie trudności, czyli rehabilitacja metodą małych kroków;

⁴⁵ J. Głódkowska: *Między integracją a izolacją — jedność w zróżnicowaniu a oddzielenie w odmienności*. W: *Skazani na wykluczenie*. Red. M. Ostrowska. Warszawa 2005, s. 110.

⁴⁶ *Ibidem*, s. 110—111.

— powtarzalność oddziaływań, która wynika z konieczności utrwalenia nabytych umiejętności i potrzeby przeciwdziałania nawrotom choroby⁴⁷.

Terapia osób z zaburzeniami psychicznymi powinna być wielokierunkowa i obejmować wiele wymiarów. W jednym wypadku będzie to uczestnictwo w zajęciach środowiskowego domu samopomocy, w innym pobyt na dziennym oddziale psychiatrycznym i powolna readaptacja do życia społecznego, jeszcze w innym — zamieszkanie w hostelu wśród osób z podobnymi problemami.

Niezwykle istotna w tym zakresie jest również edukacja społeczna, nic więc dziwnego, że coraz częściej podejmowane są liczne działania oraz akcje i kampanie mające na celu korzystną zmianę obrazu chorych psychicznie. Wśród tego typu inicjatyw wymienić można na przykład realizowany w Polsce od września 2000 roku program „Schizofrenia — otwórzcie drzwi”, obchodzony corocznie Dzień Solidarności z Osobami Chorymi na Schizofrenię oraz Ogólnopolski Program Zmiany Postaw Wobec Psychiatrii „Odnależć Siebie”.

Podsumowując, należy stwierdzić, że wszelkie rekomendacje dotyczące roli instytucji i służb społecznych zajmujących się w pracy społecznym wykluczeniem osób chorych psychicznie powinny uwzględniać trzy dyrektywy:

1. Skuteczna pomoc i wsparcie dla osób z zaburzeniami psychicznymi są w dużej mierze uwarunkowane funkcjonowaniem w środowisku lokalnym zróżnicowanych i zintegrowanych programów współtworzonych przez instytucje ochrony zdrowia psychicznego, rehabilitacji społeczno-zawodowej oraz pomocy społecznej.

2. Kluczowe znaczenie dla społecznego uczestnictwa osób chorych psychicznie ma praca nad zmianami postaw społecznych, przeciwdziałanie stygmatyzacji chorych oraz prowadzenie różnego rodzaju pozytywnych kampanii i akcji społecznych.

3. Diagnozowanie stanu niepełnosprawności psychicznej, jak również planowanie na jej podstawie konkretnych rozwiązań dla osób niepełnosprawnych powinno zostać oparte na elastycznym i zintegrowanym systemie orzekania o niepełnosprawności uwzględniającym problemy psychospołeczne badanych, a nie tylko aspekty behawioralne⁴⁸.

⁴⁷ A. Cechnicki: *Rehabilitacja psychiatryczna — cele i metody*. „Psychiatria w Praktyce Klinicznej” 2009, T. 2, nr 1, s. 43.

⁴⁸ H. Kaszyński: *Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów...*, s. 14.

Zakończenie

Występowanie wciąż nowych obszarów wykluczenia społecznego osób chorych psychicznie wymaga podejmowania profesjonalnych działań pozwalających nie tylko sprawnie identyfikować te zjawiska i określać ich przyczyny, ale i skutecznie przewycięzać je tak, aby nie naruszały godności najsłabszych z nas.

W kontekście przedstawionych rozważań warto zadać sobie pytania: Czy dojdzie kiedyś do zmiany postaw społecznych wobec osób chorych psychicznie, przyznania im pełni praw obywatelskich oraz ich pełnej akceptacji we wszystkich aspektach życia społecznego? Czy w Polsce będzie kiedyś funkcjonował model praw człowieka, w którym niepełnosprawność psychiczna definiowana będzie w kontekście praw człowieka, idea wyrównywania szans zaś stanie się centralnym pojęciem? Kiedy wreszcie stworzymy ludziom chorym psychicznie środowisko przyjazne, pozbawione barier mentalnych?

Postawione pytania pozostaną niestety bez odpowiedzi. Trzeba mieć nadzieję, że wkrótce choroba psychiczna nie będzie wykluczać z normalnego życia. Wszak osoba chora psychicznie dzięki odpowiedniemu wsparciu ze strony rodziny, przyjaciół oraz dzięki właściwej opiece psychiatrycznej, wspomaganą psychoterapią, prowadzić może owocne i satysfakcjonujące życie, stając się pełnoprawnym członkiem społeczeństwa.