

Agnieszka K. Choińska¹

Zastosowanie koncepcji kapitału Pierre'a Bourdieu do klasyfikacji czynników społecznych wpływających na zdrowie psychiczne młodzieży szkolnej

Pierre Bourdieu wymienia trzy formy kapitału, które mogą determinować pozycję społeczną ludzi: kapitał gospodarczy, społeczny i kulturowy. Wszystkie formy kapitału są zbywalne, mogą być inwestowane i przynosić „zyski”, w efekcie lokują jednostki i grupy w strukturze społecznej. Dlatego też skutki codziennego wpływu różnych form kapitału na zdrowie populacji, a w szczególności na zdrowie psychiczne, analizują liczne badania. Proponowany artykuł wpisuje się w nurt tych rozważań. W zaprezentowaniu wybranego tematu zostaną wzięte pod uwagę opracowania badawcze i poglądy dotyczące problemów zdrowia i zdrowia psychicznego z użyciem koncepcji Bourdieu oraz raporty z badań nad zdrowiem psychicznym młodzieży szkolnej. Podstawowe pytanie badawcze brzmi: w jaki sposób różnorodne formy kapitału wpływają na powstawanie chorób psychicznych młodzieży? Analizując koncepcję Bourdieu, wyłaniamy czynniki społeczne odgrywające istotną rolę w powstaniu chorób, wskazujemy na etiologię schorzeń psychicznych, które są najczęściej wymieniane i doświadczane przez młodzież szkolną. Ostatecznie testujemy metodę Bourdieu w kategoryzacji i opisie doświadczeń zdrowotnych również w odniesieniu do doświadczenia młodzieży polskiej.

Słowa kluczowe: P. Bourdieu, zdrowie psychiczne młodzieży szkolnej

Applying Pierre Bourdieu's concept of capital to the classification of social factors
affecting the mental health of school children

Pierre Bourdieu lists three forms of capital that can determine the social position of people: economic, social and cultural capital. All three forms of capital are transferable, can be invested and bring “profits”. They contribute to the placement of individuals and groups in the social structure. Therefore, the effects of the daily impact of various forms of capital on the health of the population, and in particular mental health, are analyzed by numerous

¹ Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, akchoinska@gmail.com.

studies. The proposed article, of an illustrative nature, fits into the trend of these considerations. The analysis of the issue will take into account selected studies and reports on mental health research of school children. The basic research question is: how do various forms of capital affect the emergence of mental illness of young people? Analyzing Bourdieu's concept, we identify social factors that play an important role in the emergence of diseases, we point to the etiology of mental illnesses, which are most often mentioned and experienced by school children in Poland. Finally, we test the Bourdieu method in categorizing and describing the health experiences faced by the young generation.

Keywords: P. Bourdieu, mental health of school children

Wstęp

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowie psychiczne to „stan dobrego samopoczucia, w którym człowiek wykorzystuje swoje zdolności, może radzić sobie ze stresem w codziennym życiu, może wydajnie i owocnie pracować oraz jest w stanie wnieść wkład w życie danej wspólnoty” (www.who.int/about/en/). Wydaje się jednak, że definicja ta kładzie nacisk na pozytywne emocje i działania, pomijając stany, które nie są związane wyłącznie z dobrym samopoczuciem – między innymi gniew i smutek – ale są jednak częścią uniwersalnych ludzkich doświadczeń i nie zawsze świadczą o chorobie bądź poważnych zaburzeniach psychicznych. Należy również zauważyć, że we współczesnym żargonie termin „zdrowie psychiczne” jest często używany jako eufemizm lub skrót odnoszący się do chorób psychicznych lub zaburzeń zdrowia psychicznego, których definicja jest bardziej ograniczona, bowiem są to „zespoły zachowań, sposobów myślenia, uczucia, postrzegania oraz innych czynności umysłowych i relacji z innymi ludźmi, będące źródłem cierpienia lub utrudnień w indywidualnym funkcjonowaniu dotkniętej nimi osoby” (Puzyński 2007: 300).

Dzięki tej dyskursywnej dwuznaczności – mimo zauważalnych przez specjalistów trudności definicyjnych – jedno jest pewne: we współczesnej nauce model medyczny pozostaje dominujący w definiowaniu i zarządzaniu zaburzeniami zdrowia psychicznego (ICD-11; Krawczyk, Świącicki 2020). Tak więc zły stan zdrowia psychicznego to osłabione funkcjonowanie połączone z cierpieniem. Pojawiają się wtedy rozpoznawalne zaburzenia psychiczne, takie jak depresja, myśli samobójcze, próby samobójcze i samobójstwa dokonane. Wszystkie te przejawy złego stanu psychicznego są ze sobą powiązane, wzajemnie na siebie wpływają i warunkują, o czym wspomina współczesne piśmiennictwo w zakresie psychiatrii (Remberk 2020).

Z tej perspektywy młodzi ludzie byłiby szczególnie narażeni na cierpienie psychiczne. Jak wynika z raportów, wśród młodzieży w wieku od 12 do 24 lat wskaźnik

zaburzeń nastroju jest wyższy niż w innych grupach wiekowych (zjawisko ściśle związane z cierpieniem psychicznym). Natomiast samobójstwo, które powiązane jest z depresją, stanowi drugą przyczyną śmierci w grupie wiekowej 15–29 lat. Należy zwrócić uwagę, że szczególne znaczenie nadaje się samobójstwom wśród nastolatków ze względu na konsekwencje społeczne, ale także szansę na poprawę sytuacji i zredukowanie przyczyn prowadzących do choroby i śmierci (CBOS 2021a; Szostakiewicz 2020).

Specjalistyczne podejście medyczne oferuje jedynie redukcyjne rozwiązania problemów psychicznych i grozi poddaniem wrażliwej populacji – młodzieży szkolnej – przede wszystkim środkom kontroli społecznej. Niniejszy artykuł odnosi się do kwestii zdrowia psychicznego młodzieży w przedziale wiekowym 12–19 lat w sposób uwzględniający szerokie współczesne realia społeczne, ujęte w ramy teoretyczne i modele analityczne zaproponowane przez francuskiego socjologa Pierre'a Bourdieu. Teoria tego naukowca jest z powodzeniem wykorzystywana przez licznych badaczy pola medycznego i społecznego na całym świecie (Abel et al. 2012; Carpiano 2006; Cuypers et al. 2014; Grineski 2009; Frohlich, Abel 2014; Hashemi, Sebar, Harrid 2018; Klocke, Stadtmüller 2019; Pinxten, Lievens 2014).

Prace dotyczące tych zagadnień – zarówno badawcze, jak i pogładowe – koncentrują się na trzech głównych obszarach: (1) interwencji medycznej i działaniach systemowych związanych ze zdrowiem; (2) roli i ocenie aktywności specjalistów zaangażowanych w pomoc pacjentom; oraz (3) na czynnikach społecznych wpływających na indywidualne doświadczenia zdrowotne oraz powstawanie zaburzeń psychicznych. W tej pracy zajmę się trzecim tematem. Przy użyciu ram pojęciowych zaproponowanych przez Bourdieu – trójwymiarowej koncepcji kapitału – zwrócę uwagę na czynniki społeczne, udzielając odpowiedzi na pytanie: w jaki sposób różnorodne formy kapitału wpływają na powstawanie zaburzeń i chorób psychicznych młodzieży?

Problemy zdrowia psychicznego młodzieży szkolnej

Poczucie samotności, stres oraz zagubienie sprawiają, że wzrastają statystyki alarmujące o problemach psychicznych coraz młodszych grup wiekowych. Specjaliści w zakresie psychiatrii podkreślają, że częstsze występowanie zaburzeń i chorób w Polsce i na całym świecie rodzi niemałe problemy związane z charakterystyką tych zjawisk oraz społecznymi okolicznościami ich powstawania, a także wielopłaszczyznową oceną konsekwencji, jakie ze sobą niosą (Gmitrowicz, Janak-Kozik 2018). W tabeli 1 została umieszczona charakterystyka najczęściej występujących zaburzeń psychicznych. Od depresji, na którą choruje 3% obywateli Polski (Centrum Badania Opinii Społecznej 2021b), przechodzimy do charakterystyki myśli

samobójczych, występujących bardzo często jako reakcja na cierpienie i bezradność w pokonywaniu problemów dnia codziennego. Tego rodzaju myśli doświadczają 80% chorych na depresję. W 2020 roku doszło do ponad 12 tysięcy prób samobójczych w naszym kraju. Mniej niż połowa z nich – 5,17 tys. – zakończyła się śmiercią (www.statista.com).

Tabela 1. Zaburzenia psychiczne – charakterystyka

Depresja	Myśli samobójcze	Próby samobójcze	Samobójstwa dokonane
Choroba należąca do grupy zaburzeń afektywnych; jest to szczególnego rodzaju zaburzenie nastroju i emocji, uznane za zjawiska chorobowe, trwające dłużej niż dwa tygodnie	Mogą wahać się od przelotnych rozważań na temat wartości życia i samobójstwa jako „teoretycznego rozwiązania” do konkretnych planów samobójczych dotyczących wyboru narzędzia, okoliczności, czasu samobójstwa	Działanie z intencją doprowadzenia do własnej śmierci. Czynnikiem ryzyka samobójstwa u osób chorych na depresję	Zachowanie o charakterze autodestrukcyjnym, którego celem jest pozabawienie siebie życia. Zewnętrzna przyczyna zgonu bez udziału osób trzecich

Źródło: (Remberk 2020; Świącicki 2002; Kalinowska et al. 2013; ICD-11).

Zbieranie danych ilościowych, szczególnie dotyczących samobójstw, wiąże się z trudnościami w ich pozyskiwaniu. W Polsce można wyróżnić trzy źródła danych, najczęściej przytaczane i porównywane w opracowaniach naukowych (Jarema 2016; Rzęsa 2021). Pierwsze z nich – Główny Urząd Statystyczny – tworzy statystyki na podstawie szpitalnych kart zgonów obywateli (czasami trudno jednoznacznie stwierdzić, że przyczyną zgonu było samobójstwo). Drugim jest Komenda Główna Policji, gdzie dane uzyskuje się na podstawie formularzy, wypełnianych przez funkcjonariuszy. Trzecim źródłem są szpitalne rejestry pacjentów. Lekarze są zobowiązani do rejestrowania prób samobójczych, a także zamierzonych samouszkodzeń organizmu w historii chorób i na kartach wypisu ze szpitala. Dane takie wykorzystuje się w ocenie stanu zdrowia pacjenta oraz w opracowaniu form pomocy i przeciwdziałaniu depresji i samobójstwom (Biechowska 2020; Jarema 2016).

Wszystkie wspomniane zaburzenia nie są łatwe do zdiagnozowania. Dotyczy to szczególnie młodzieży w wieku dorastania 12–19 lat, gdyż objawy często kojarzone są ze specyfiką wieku młodzieńczego, co daje podstawę do usprawiedliwienia zachowania nastolatka. Brak wiedzy, niemożliwość rozpoznania problemów bądź choroby, spóźniona pomoc specjalisty (długi czas oczekiwania) sprawiają, że statystyki zaburzeń, chorób psychicznych i samobójstw systematycznie rosną (Biechowska 2020; Gmitrowicz, Janas-Kozik 2018).

Już w roku 2014 w grupie młodzieży (15–19 lat) depresja dotyka najczęściej młodych ludzi w Niemczech, Szwecji, Irlandii i Danii (powyżej 10%). Chorwacja, Litwa, Słowacja to państwa, gdzie młodzież była wolna od tych zachorowań. W tej grupie wiekowej w Polsce było 2,2% młodzieży, która zmagająca się z depresją. Bagatelizowanie i niezauważenie objawów oraz brak specjalistycznej pomocy doprowadziło ostatnimi laty do rozwoju tej choroby. W Unii Europejskiej zaobserwowano wzrost przypadków depresji w całej populacji; wśród nastolatków odnotowano 1,7% takich przypadków. Największą grupą młodzieży z poważnymi objawami depresji stanowili młodzi ludzie mieszkający w Irlandii, Luksemburgu, Słowenii, Szwecji i Niemczech (Kancelaria Senatu 2019).

Obecnie depresja w Polsce jest rozpoznawana w ośmioprocentowej populacji młodzieży. Do 15% wzrasta w grupie młodzieży z chorobami przewlekłymi, a do 24% wśród dzieci i młodzieży zagrożonej traumą. Ryzyko wystąpienia depresji rośnie 2–4-krotnie w okresie dojrzewania, szczególnie u dziewcząt. Dostępne dane wskazują, że w większości przypadków wraz epizodem depresyjnym współwystępują następujące zaburzenia: zachowania, lękowe, odżywiania, nadużywanie alkoholu i innych substancji. W grupie nastolatków chorujących na depresję myśli samobójcze występują u 60% młodzieży; w tej samej grupie 30% chorych podejmuje próbę samobójczą (CBOS 2021b; Komenda Główna Policji 2020).

Mamy więc do czynienia z zespołem zachowań, który określa się mianem „zachowań samobójczych”. Współczesna psychiatria traktuje samobójstwo jako proces lub ciąg zdarzeń, w którym myśli samobójcze odgrywają istotną rolę. Myśli te rozpoczynają się w sytuacji kryzysowej lub w innych niesprzyjających okolicznościach i mogą skutkować próbą samobójczą lub doprowadzić do samobójczej śmierci. Badania, prowadzone wśród młodych osób po próbie samobójczej, dowodzą, że w myślach samobójczych pojawiają się takie treści jak: „lepiej byłoby, gdybym nie istniał(a)”, „moje życie jest bezwartościowe” i „wyobrażałem(-am) sobie własny pogrzeb z płaczącymi i pełnymi poczucia winy rodzicami, nauczycielami, rówieśnikami” (Ostaszewski 2018: 43).

Występowanie myśli samobójczych wykazano u co trzeciego uczącego się nastolatka, a podejmowanie prób samobójczych u 4% do 23% uczniów. Próby samobójcze 2–3 razy częściej podejmują dziewczęta niż chłopcy, tak wynika z publikacji Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę pt. „Dzieci się liczą – raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce” (2017). Nasz kraj jest drugi, po Niemczech, pod względem zakończonych zgonem prób samobójczych dzieci i młodzieży w wieku 10–19 lat. Tabela 2 prezentuje dane porównawcze dla dwóch grup zbliżonych wiekowo: uczniów i studentów. Doświadczenie zamachów samobójczych jest znacząco widoczne w grupie uczniów (problemy emocjonalne i zaburzenia psychiczne przybierają na sile), a maleje wśród studentów.

Tabela 2. Porównanie liczby uczniów i studentów w zamachach i próbach samobójczych ogółem w latach 2017–2020

Poziom edukacji	2017	2018	2019	2020
Uczeń	689	735	877	780
Student	93	99	100	83

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Komenda Główna Policji 2020; Rząsa 2021).

Należy dodać, że chociaż ogólna liczba samobójstw spadła w 2020 r. (z 4840 w 2019 r. do 4742), to wzrosła liczba prób samobójczych ze skutkiem śmiertelnym wśród osób poniżej 18. roku życia. W 2019 roku było to 107 dzieci i nastolatków, głównie w wieku 13–18 lat (GUS 2021; Komenda Główna Policji 2020; Rząsa 2021).

Ważne jest, aby nadać głębsze znaczenie danym statystycznym: czy tendencje te odzwierciedlają „rzeczywisty” wzrost niepokoju młodych ludzi i liczby diagnoz? Jak kontekst społeczny wpływa na ich powstawanie? Pod tym względem każde pokolenie stoi przed swoim udziałem w wyzwaniach współczesności. Podczas gdy dzisiejsza młodzież staje się społecznie zaangażowana, bardziej skomunikowana i zintegrowana niż poprzednie pokolenia, napotyka ona m.in. na wykluczenie społeczne lub cyberprzemoc, boryka się z samotnością i zaburzeniami psychicznymi.

Formy kapitału Bourdieu – podejście indywidualistyczne

Bourdieu wprowadza pojęcie kapitału, kładąc akcent na powiązania jednostki w sieciach społecznych. W jego koncepcji połączenia sieciowe poszczególnych osób zawierają wspólne normy, wartości, wymiany oraz zobowiązania, które mogą potencjalnie zapewnić aktorom społecznym dostęp do poszukiwanych zasobów, takich jak wsparcie emocjonalne, informacyjne lub instrumentalne.

W szczególności Bourdieu rozważa ilość, skład oraz procesy akumulacji trzech form kapitału w celu określenia pozycji jednostki w przestrzeni społecznej, tzn. kapitału ekonomicznego, społecznego i kulturowego. Ponadto podkreśla on wzajemne oddziaływanie między różnymi formami kapitału, ponieważ mogą one zostać przekształcone w siebie nawzajem, a wykorzystanie i nabycie określonej formy zasobów zależy od innych form. Tak więc kapitał ekonomiczny odnosi się do aktywów materialnych, które są „natychmiast i bezpośrednio wymienne na pieniądze i mogą być zinstytucjonalizowane w formie praw własności” (Bourdieu 1986: 242). Obejmuje on zasoby finansowe lub własność w postaci różnorodnych dóbr materialnych, które można wykorzystać do nabycia lub ulepszenia innych form kapitału.

Z kolei kapitał społeczny według Bourdieu to „zbiór rzeczywistych lub potencjalnych zasobów, które związane są z posiadaniem trwałej sieci mniej lub bardziej zinstytucjonalizowanych związków znajomości i wzajemnego uznania – innymi słowy, z przynależnością do grupy – które umożliwiają każdemu ze swoich członków wsparcie dzięki posiadanemu przez całą zbiorowość kapitałowi” (Bourdieu 1986: 243). Bourdieu traktuje kapitał społeczny nie jako dobro publiczne, ale prywatne. Stanowi on indywidualną inwestycję jednostki i świadczy o jej pozycji społecznej.

Ostatnią formą kapitału wyróżnioną przez francuskiego socjologa jest kapitał kulturowy rozumiany zasadniczo jako „instrumenty zawłaszczania symbolicznego bogactwa społecznie uznanego za godne poszukiwania i posiadania” (Bourdieu 2005: 349), w tym role społeczne, kompetencje językowe i wyrafinowanie, ogólne tło kulturowe, wiedzę i umiejętności. Kapitał kulturowy odnosi się do stylów językowych, wartości i norm, edukacji, nabytych dóbr kulturowych oraz udziału w kulturze, które są gromadzone w procesie socjalizacji przez całe życie. Obejmuje on zdolności społeczne i kompetencje ludzi do działania, w tym ich percepcję, wartości, normy, umiejętności poznawcze. W związku z tym Bourdieu wskazuje, że kapitał kulturowy pojawia się w trzech różnych postaciach: (1) zinstytucjonalizowanej – odnosi się do poziomu wykształcenia (np. stopnie edukacyjne, tytuły zawodowe); (2) zobiektywizowanej/uprzedmiotowionej – dotyczy posiadanych dóbr kultury (np. książki, narzędzia techniczne: komputer, tablet); (3) wcielonej lub uwewnętrznionej – odnosi się do wartości, umiejętności, wiedzy i gustów ludzi.

Wymienione formy kapitału można mierzyć w dwóch wymiarach: ilości i struktury. Poszczególne osoby mogą posiadać mniej więcej całkowite zasoby kapitału, a kapitał ten może być skonstruowany w różnych proporcjach. W związku z tym, dwóch „agentów” może mieć taką samą całkowitą ilość kapitału, ale jeden z nich może mieć większy udział kapitału kulturowego, a drugi kapitału ekonomicznego.

Ogólnie wielkość i struktura kapitału określają czyjąś ogółem „pozycję w przestrzeni społecznej” lub pozycję w wybranej grupie. Bourdieu podkreśla nie tylko podstawowe podziały w ramach szerszego społeczeństwa, ale wyodrębnia dalsze różnice, które mogą być przydatne w charakterystyce grup społecznych, np. pod kątem zdrowia psychicznego oraz czynników, które określamy jako czynniki ryzyka. Pojęcie kapitału ma więc stanowić mapę głównych podziałów w społeczeństwie i możemy je powiązać z doświadczeniem zdrowia lub choroby.

Należy dodać, że koncepcja pozycji społecznej Bourdieu jest relacyjna, ponieważ umiejscowienie jednostki zależy od jej stosunku do pozycji innych osób w grupie. Ludzie o podobnej ilości i składzie różnych form kapitału są bliżej siebie, a w konsekwencji mają potencjał, aby stać się wsparciem dla siebie (tabela 3).

Tabela 3. Społeczne korzyści kapitałowe

Koncepcja	Etapy postępowania	Korzyści
Akumulacja/mobilizacja kapitału sieciowego zależy od indywidualnego i celowego wysiłku aktora społecznego, a zatem jest dobrem prywatnym, które można wykorzystać w razie potrzeby, zaznaczając przynależność społeczną	Wyznaczenie celów	Dostęp do informacji i form życia społecznego kształtowanych przez relacje na różnych poziomach: ekonomicznym, społecznym, kulturowym
	Podjęcie interakcji	Wzajemna gotowość podmiotów społecznych do angażowania się w ryzykowne przedsięwzięcia – wymiany i konwersje kapitałowe
	Ocena efektów	Produkcja wsparcia, pomocy i solidarności

Źródło: opracowanie własne na podstawie teorii (Bourdieu, Wacquant 2001).

Dlatego akumulacja kapitału w trzech wspomnianych formach staje się korzystnym działaniem indywidualnym w celu wyróżnienia się – dystynkcji, aby posiadać wszystkie dobra i symbole, które przypisuje się członkowi danej grupy społecznej. Jak pisze Bourdieu: „Stawką w tej grze jest osobowość, afirmująca się w umiejętności przyswajania sobie rzeczy wartościowych. Przedmioty obdarzone najwyższą mocą dystynktywną to te, które najlepiej poświadczają jakość przyswajania sobie, a zatem jakość właściciela [...]” (Bourdieu 2005: 348).

Zaprezentowane modele pojęciowe Bourdieu pozwalają szczegółowo uchwycić i opisać te czynniki, które sprawiają, że pewne grupy społeczne czy frakcje grupowe są bardziej podatne na doświadczenie choroby lub utrzymanie dobrego zdrowia. Jak wskazują autorzy, powołujący się na koncepcję Bourdieu, stosowanie tych ram pojęciowych ma kilka zalet (Abel 2008; Abel, Frohlich 2012; Grineski 2009). Po pierwsze, nie tylko pozwala na ustalenie różnic w zdrowiu, ale zapewnia teoretyczne ramy do ich interpretacji. Po drugie, pozwala nam wyjaśnić twierdzenie, że zróżnicowana gama zasobów jest ważna w zrozumieniu nierówności zdrowotnych. Po trzecie, teoria Bourdieu oferuje wgląd w często zaniebdywane wskaźniki struktury społecznej, które wpływają na zdrowie, takie jak elementy kulturowe lub powiązania między formami kapitału oraz wpływem tych zależności na zdrowie jednostkowe i społeczne. Wreszcie, podkreśla się, że zaproponowane ramy pojęciowe są szczególnie przydatne w uniknięciu syndromu teorii deficytu. Teoria Bourdieu podkreśla zasoby, które ludzie mają (czyli mogą one wpływać pozytywnie bądź negatywnie na zdrowie), a nie zasoby, których im brakuje, co czyni ją bardziej teorią przywilejów niż teorią nieadekwatności.

W ostatnich dwóch dekadach najczęściej badaną koncepcją był kapitał społeczny (Pinxten, Lievens 2014). Interpretatorzy i kontynuatorzy francuskiego socjologa zaznaczają, że nie wypracował on szczegółowych narzędzi pomiaru kapitału.

Niektórzy z nich (Ziersch 2005; Carpiano 2006; Song 2011) zwrócili uwagę na operacjonalizację sieciowego podejścia kapitału społecznego. Anna M. Ziersch rozróżnia dwa wzajemnie oddziałujące składniki kapitału społecznego. Infrastruktura kapitału społecznego składa się zarówno z elementów poznawczych (np. zaufanie), jak i strukturalnych (np. sieci formalnych i nieformalnych). Zasoby kapitału społecznego z kolei wydają się wynikać z infrastruktury, takiej jak wsparcie społeczne i spójność społeczna. Richard M. Carpiano zastosował koncepcję Bourdieu do rozwoju teorii kapitału społecznego opartej na zasobach sąsiedzkich, a więc znacznie rozbudowując koncepcję w aspekcie mezospołecznym, a nie tylko mikrospołecznym. Wprowadza on rozróżnienie między poprzednikami strukturalnymi (np. składem etnicznym lub społecznym sąsiedztwa), spójnością społeczną i kapitałem społecznym. Carpiano wymienia cztery rodzaje kapitału społecznego, z których można korzystać w sieciach społecznych: (1) wsparcie społeczne, (2) „dźwignia” społeczna, (3) nieformalna kontrola społeczna i (4) uczestnictwo w organizacjach społecznych.

Lijun Song natomiast rezerwuje termin „kapitał społeczny” wyłącznie dla zasobów dostępnych w sieci społecznej. Twierdzi ona, że chociaż kapitał społeczny, spójność społeczna, integracja społeczna i wsparcie społeczne są często używane zamiennie, kapitał społeczny należy uznać za odrębną koncepcję. Song dokonuje podsumowania mechanizmów, dzięki którym kapitał społeczny może mieć bezpośredni wpływ na zdrowie. Mechanizmy te stanowią pewne kontinuum działań, poczynając od zmniejszenia stresu i izolacji oraz kreowania zdrowszych norm i zachowań społecznych do większego dostępu do informacji i placówek opieki zdrowotnej (Song 2011).

W następnym rozdziale zostaną zaprezentowane wpływy trzech wymienionych form kapitału na zdrowie psychiczne młodzieży.

Formy kapitału a ryzyko zaburzeń psychicznych

Kapitał ekonomiczny

Spotykamy dwa nurty myślowe wyjaśniające wpływ kapitału ekonomicznego na zdrowie. W interpretacji materialistycznej wysoka ilość zasobów ekonomicznych jest pozytywnie związana z wynikami zdrowotnymi. W makroskali potwierdzają to statystyki ogólnoswiatowe i lokalne. Zgodnie z tą interpretacją rzeczywiste różnice w zasobach materialnych określają prawdopodobieństwo, że dana osoba napotka problemy zdrowotne oraz przyjmie określone zachowania zdrowotne. Interpretacja psychospołeczna podkreśla specyficzne cechy jednostek, a jednocześnie zaznacza różnicę w ilości osobistego, zmobilizowanego kapitału ekonomicznego.

Pod tym względem niewielki kapitał ekonomiczny przez porównania społeczne może powodować większy stres i poczucie bezsilności, a tym samym niekorzystnie wpływać na zdrowie psychiczne (Pinxten, Lievens 2014).

W nawiązaniu do drugiego nurtu interpretacyjnego badania pokazują, że depresja, myśli samobójcze, próby samobójcze i samobójstwa dokonane w okresie dojrzewania są związane z warunkami ekonomicznymi, w których młody człowiek żyje. Nie chodzi tu tylko o pochodzenie z zamożnej bądź ubogiej rodziny (status ekonomiczny), lecz o podejście do zagadnień materialnych w ogóle, oraz sposobów korzystania z możliwości ekonomicznych rodziców bądź opiekunów. Młody człowiek zdobywa, określone jakościowo, umiejętności mobilizacji kapitału, zarobkowania, zarządzania kapitałem, radzenia sobie z problemami ekonomicznymi, zarówno przejściowymi, jak i długofalowymi. Dokonuje się to przez naśladownictwo starszych, ale też własne wczesne decyzje ekonomiczne, np. zakup sprzętu komputerowego, gier, filmów, wydatki na życie towarzyskie, używki itd. Dokonywane są inwestycje, których charakter może sprzyjać zdrowiu psychicznemu lub je osłabiać. Dotyczy to samych inwestujących, jak również ich szeroko pojętego środowiska społecznego (rodziny, przyjaciół, szkoły).

Doświadczenia ekonomiczne gromadzone w ciągu życia człowieka pozostają długo ukryte i dopiero po pewnym czasie można zaobserwować ich konsekwencje. Jedno z badań udowadnia (Lindstrom, Rosvall 2018), że dzieci, które doświadczyły ekonomicznych problemów rodziny, są bardziej skłonne podejmować próby samobójcze w okresie dojrzewania niż dzieci, które takich problemów nie doświadczyły. Podobne zależności dają się zauważyć u młodych ludzi, którzy doświadczali niedostatków ekonomicznych lub przejściowych problemów ekonomicznych (np. z opłatą rachunków) swoich rodziców w dzieciństwie i wczesnej młodości z późniejszymi problemami z depresją i próbami samobójczymi wieku dorosłego.

Są to oczywiście badania retrospektywne, w których wzięli udział dorośli respondenci z południowej Szwecji. Spośród nich 8% deklarowało ciężkie problemy ekonomiczne rodziny, łagodniejsze doświadczenia w tym względzie zadeklarowało 24,5%, pozostali nie zaobserwowali takich problemów w dzieciństwie i wczesnej młodości. W tych dwóch kategoriach respondentów uchwycono korelację między problemami ekonomicznymi związanymi z niedostatkami kapitału o charakterze „ciężkim” i „łagodniejszym” a myślami i próbami samobójczymi w wieku dorosłym (Lindstrom, Rosvall 2018).

Badania i raporty przeprowadzone w Polsce wśród młodzieży szkolnej od wielu lat dowodzą, że skrajne ubóstwo i niedostatki materialne są przyczyną depresji i śmierci samobójczej, gdyż młody człowiek nie dostrzega perspektywy dla rozwoju swojego potencjału, możliwości edukacyjnych oraz towarzyskich w przyszłości. W tym przypadku, w sposób najbardziej jaskrawy, przepływ doświadczeń

społecznych i ekonomicznych wzmacnia doświadczenie depresji i jej skutki (Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę 2017; Gmitrowicz, Janas-Kozik 2018; Kuberska-Przekwas 2014).

Należy również zwrócić uwagę na tę grupę młodzieży, pochodzącej ze środowisk zamożnych i średnio zamożnych, w których warunki ekonomiczne pozwalają na realizację swoich ambicji, pasji, upodobań, a wsparcie rodziców umożliwia zainwestowanie dużych środków finansowych w szeroko pojęty rozwój dziecka i jego przyszłą karierę. Niemniej jednak i w takich środowiskach nieumiejętność lub sposoby wykorzystywania kapitału ekonomicznego sprzyjają rozwojowi chorób, w tym depresji, i prowadzą do prób samobójczych. Takim przykładem są dzieci z rodzin przedsiębiorców, które zajmują się handlem narkotykami w celu potwierdzenia swoich umiejętności biznesowych, pozyskania sympatii i podziwu ze strony rówieśników.

Inny przykład to uzależnienie od zakupów – zakupoholizm – który w Polsce rozwija się z powodzeniem (Centrum Badania Opinii Społecznej 2019) zarówno wśród dorosłej populacji, jak i pośród młodzieży, szczególnie żeńskiej (najmłodszy stanowią 22% uzależnionych). Kupowanie staje się metodą na zły nastrój, ucieczką od problemów i złych myśli. Symptomy kompulsywnego kupowania przejawia około 3,7% populacji Polaków powyżej 15. roku życia (w kategorii wiekowej 15–24 lat jest to 66,6% respondentów) (Centrum Badania Opinii Społecznej 2019).

Tęgo rodzaju metoda poprawia nie tylko nastrój, ale ma też charakter przekazu międzypokoleniowego, kształtuje podejście młodszych członków społeczeństwa: dzieci i młodzieży do dóbr materialnych, łącząc tę aktywność z poczuciem spełnienia oraz ucieczką od smutku, niepowodzeń życiowych, nudy, rekompensatą niskiego poczucia wartości. Jest też powszechnym sposobem spędzania wolnego czasu w gronie rodzinnym, płaszczyzną tworzenia bliskich więzi lub więzi samą w sobie. Działania komercyjne i rynkowe identyfikują zakupy reklamowanych towarów z poczuciem szczęścia, zadowolenia nie tylko w wymiarze osobistym, lecz również społecznym – rodzinnym oraz przyjacielskim.

Komercjalizując relacje z otoczeniem, a szczególnie z osobami bliskimi, sprawiamy, że styl i podejście do dóbr ekonomicznych stają się znaczącym czynnikiem ryzyka zaburzeń psychicznych i rozwoju dewiacji. Dzieje się tak zarówno wtedy, gdy brakuje ich w sposób znaczący, jak i wówczas, kiedy jednostka w pogoni za zdobyciem dóbr cenionych nie osiąga swoich celów – posługując się nomenklaturą Bourdieu – nie może posłużyć się symbolami przynależności do wybranej grupy, a więc jest narażona na ryzyko wykluczenia lub marginalizacji (Bourdieu 2005). Młodzi ludzie są szczególnie wrażliwi na ową symbolikę znaczeń demonstrowaną w wizerunku zewnętrznym.

Kapitał społeczny

W tym momencie przechodzimy do zagadnień generowania kapitału społecznego i jakościowych wymiarów kształtowania relacji społecznych, które mogą mieć wpływ na zdrowie psychiczne. Nastolatek w wieku szkolnym (12–19 lat), tak jak każdy aktor społeczny, jest gotów mobilizować kapitał, wyznaczając swoją pozycję w grupie rówieśniczej oraz środowisku szkolnym. Punktem wyjścia jest zazwyczaj osobiste doświadczenie kapitału rodzinnego. Idąc za interpretacją Bourdieu, rozpoznajemy w tym procesie reprodukcję społecznej pozycji rodziców. Jednocześnie należy zauważyć, że młody człowiek, wchodząc w nowe doświadczenie socjalizacyjne, tworzy własny kapitał. Młodzieńcza mobilizacja kapitału jest mniej przewidywalna niż u dorosłych, aczkolwiek celem jest budowanie własnej tożsamości, a także wielopłaszczyznowy rozwój form uczestnictwa w grupie społecznej. Zaznaczają się wówczas indywidualne cechy, wybory, style oraz gust, często przeciwstawne do rodzicielskich gustów i oczekiwań lub wręcz budowane w opozycji do tych zastanych i dobrze znanych.

W takiej sytuacji sieć relacji społecznych i zasobów może wpływać na zdrowie psychiczne młodego człowieka w okresie dojrzewania. Potwierdzają to badania przeprowadzone w Niemczech, Szwecji czy Polsce, które wyodrębniają elementy sieci społecznych najbardziej wpływające na zdrowie psychiczne młodzieży w wieku szkolnym. Należą do nich: (1) relacja z rodzicem, ocena jakości tych relacji przez deklarację łatwości kontaktu, rozmowy i zaufania do ojca i matki; (2) atmosfera w szkole, jakość relacji z rówieśnikami w ocenie stopnia sympatii otrzymanej od uczniów oraz okazywanej kolegom i koleżankom; (3) jakość sąsiedztwa, np. skłonność do swobodnego nawiązywania rozmów, możliwość organizowania zabaw i imprez w okolicy, zaufanie do sąsiadów itd. Pozytywna ocena tych komponentów w badaniach koreluje z pozytywnymi wynikami zdrowia jednostkowego młodych ludzi. Bliskie relacje osobiste, a zwłaszcza głęboko osobiste relacje oparte na zaufaniu, z zasady bardzo pozytywnie oddziałują na zdrowie psychiczne, szczęście, a także zdrowie fizyczne jednostek (Klocke, Stadtmüller 2019).

W pierwszym przypadku – relacji z rodzicami – są liczne dowody na to, że rozwój bliskich więzi, a w konsekwencji zaufanie, pozytywnie wpływają na zdrowie psychiczne młodzieży. Badania przeprowadzone w Szwecji dowiodły, że przemoc w rodzinie ma największy negatywny wpływ na zdrowie nie tylko młodego człowieka, ale także w przyszłości dorosłej osoby (Lindstrom, Rosvall 2018).

Ponadto doświadczenie separacji rodzicielskiej lub rozwodu we wczesnym dzieciństwie oraz wieku młodzieńczym jest znacząco skorelowane z liczbą zgłoszeń dotyczących myśli samobójczych i prób samobójczych wśród dorosłych mężczyzn i kobiet. Potwierdzają to również podjęte badania nad depresją w Polsce, z których wynika, że rozpad małżeństwa rodziców jest jednym z bardziej znaczących

czynników powstania samej choroby, ale także pojawienia się myśli i prób samobójczych dzieci i młodzieży (Ostaszewski 2018). Niemniej znaczące są kontakty szkolne z rówieśnikami. Rozbudowana sieć relacji przyjacielskich, liczne znajomości, świadczące o popularności i wartości jednostki, ale nade wszystko podziw lub chociażby akceptacja ze strony kolegów, są to jakościowe walory ulokowane w sieci społecznej, które wpływają na zdrowie psychiczne młodego człowieka.

Badania przeprowadzone w Niemczech w 2014/2015 roku, na podstawie wspomnianych wcześniej trzech kategoriach wskaźników, wykazały różnice w poziomach jednostkowego kapitału społecznego w przeciwieństwie do równomiernego rozkładu kapitału w grupach społeczno-demograficznych wśród młodzieży szkół średnich (Klocke, Stadtmüller 2019).

Zauważono, że wysoka intensywność zmian kapitału społecznego korelowała w sposób znaczący ze zdrowiem psychicznym i fizycznym uczniów. Wzrost poziomu kapitału społecznego powodował wzrost liczby dni w tygodniu, kiedy uczniowie czuli się sprawni i zadowoleni. Aby zobaczyć, jak znaczący jest to wpływ, autorzy badania przyjrzeni się bliżej zagregowanej zmienności poziomu kapitału społecznego pomiędzy kolejnymi etapami badania, obliczając różnicę w poziomie kapitału między etapami 1 i 2 oraz 2 i 3 dla każdego ucznia.

Otrzymano wartość, która określiła średnią zmienność poziomu kapitału pomiędzy poszczególnymi etapami. W praktyce oznaczało to, że wzrost kapitału spowodował zwiększenie liczby dni (o 1/2 dnia) w tygodniu, kiedy uczniowie czują się sprawni i deklarują lepsze samopoczucie i ogólny stan zdrowia. Z drugiej strony oznaczało to też zmniejszenie liczby dni w tygodniu, kiedy uczniowie odczuwają problemy z koncentracją (o 0,2 dnia) oraz uskarżają się na trudności z zasypianiem (o 0,1 dnia). Ponadto nie dostrzeżono istotnego wpływu kapitału społecznego na zdrowie, biorąc pod uwagę status ekonomiczny rodziny oraz cechy stałe uczniów (płeć, pochodzenie z rodzin imigrantów czy rodziców urodzonych w Niemczech). Wzrost kapitału społecznego przynosił korzyści zdrowotne niezależnie od poziomu zamożności i pochodzenia. Zaobserwowano natomiast, że w zachodnich regionach Niemiec, gdzie jednostkowy kapitał społeczny okazał się najwyższy, młodzież wykazywała się lepszym zdrowiem psychicznym i fizycznym. Respondenci częściej deklarowali dobry sen, koncentrację, dobre samopoczucie, ale rzadziej podejmowali zachowania prozdrowotne.

Badania ostatniej dekady udowodniły, że w środowisku lokalnym związek między sieciami społecznymi, wsparciem społecznym a zdrowiem nie jest jednoznaczny, przebiega on w sposób dwukierunkowy w następujących aspektach. Po pierwsze, poważne choroby (takie jak depresja) mogą być silnym wyzwalaczem zmian w sieciach społecznościowych i wsparciu społecznym. Depresja zazwyczaj powoduje wycofanie społeczne, podczas gdy nowo zdiagnozowani pacjenci mogą stwierdzić, że członkowie ich sieci społecznej albo unikają ich (z powodu

związanego z tym piętna), albo gromadzą się, by ich wesprzeć. Po drugie, sieci społeczne i wynikające z nich wsparcie społeczne mogą mieć jednocześnie pozytywny i negatywny wpływ na wyniki zdrowotne. Na przykład przynależność do sieci osobistych kontaktów (intymnych) może nie sprzyjać zdrowiu, jeśli ta sieć jest jedną z użytkowników narkotyków dożylnych. Podobnie, agresywni rodzice są źródłem negatywnego wsparcia społecznego, zresztą tak jak społeczność lokalna dzielnicy z wysokim wskaźnikiem przestępczości, a także środowisko szkolne z nieujawnioną cyberprzemocą wśród nastolatków (Frohlich, Abel 2014).

Kapitał kulturowy

W literaturze związanej z wpływem kultury na zdrowie odnajdujemy wieloaspektowe opracowania wyjaśniające tę zależność. Są to: (1) dyskurs filozoficzny, koncentrujący się na pozytywnym wpływie doświadczeń estetycznych, które pomagają jednostkom określić i akceptować swoją sytuację w sytuacji choroby (np. muzykoterapia); (2) podejście biologiczne i psychologiczne odnosi się do wpływu działań kulturowych na strukturę mózgu i na funkcje poznawcze, które pozwalają rozwinąć zdolności wyrażania i interpretowania emocji (np. rozwój młodego człowieka przez zaangażowanie w pasje muzyczne i artystyczne); (3) podejście, które jest ściśle związane z teorią Bourdieu: kapitał kulturowy jako ważny nośnik znaczenia, symboli i istotny element hierarchii we współczesnym społeczeństwie. Kapitał kulturowy wyznacza zatem różnice w pozycji społecznej i zdrowotnej, jest także elementem stylu życia, otwartości na doświadczenia i zasoby symboliczne, które można wykorzystać do poprawy zdrowia (Bygren et al. 2009).

W relacji do pola medycznego kapitał kulturowy jest najmniej przebadaną koncepcją Bourdieu. Można jednak powiedzieć, że jego rola w kształtowaniu problemów zdrowia psychicznego jest równie doniosła, jak i pozostałych dwóch form kapitału. Jeśli prawdą jest, jak pisze Bourdieu, że kapitał kulturowy ma porównywalne cechy z innymi formami kapitału, to może być również prawdą, że akumulacja takiego kapitału prowadzi do poprawy wyników zdrowia psychicznego. Badacze uważają, że edukacja – czyli zinstytucjonalizowany kapitał kulturowy – jest najbardziej zauważalnym wskaźnikiem zdrowia. Im wyższy jest poziom edukacji ogólnej respondentów, tym wyżej oceniany jest poziom zdrowotności zarówno populacyjnej, jak i indywidualnej. Istnieją przesłanki, że ucieleśniony kapitał kulturowy jest również istotny dla zdrowia. „w tej formie kapitał kulturowy staje się kluczowym elementem, który łączy pozycję społeczną ludzi z behawioralnymi aspektami nierówności zdrowotnych” (Abel 2008: 2). Różnice w uczestnictwie kulturowym wpływają na zachowania zdrowotne, bo wraz z ucieleśnionym kapitałem kulturowym następuje urzeczywistnienie zachowań

zdrowotnych (charakterystycznych dla poszczególnych grup społecznych), a więc w efekcie zdrowia.

Inne podejście do „ucieleśnionego” kapitału kulturowego, koncentruje się na wiedzy, umiejętnościach, przekonaniach związanych ze zdrowiem (lub zdrowotnym stylem życia), np. znajomości terminów medycznych lub umiejętności komunikacyjnych (Cockerham 2005; Shim 2010). Wykazano również, że ilość działań kulturalnych, w których uczestniczą respondenci, jest pozytywnie związana z samooceną zdrowia i z lepszym zdrowiem psychicznym (Grossi et al. 2011). Na przykład Cuypers (2012) wykazał, że zarówno bierne uczestnictwo – odbiór kulturowy (np. uczestnictwo w koncercie) – jak i aktywne uczestnictwo – twórczość kulturowa (np. rzeźbienie lub malowanie) – są związane ze strachem, depresją, satysfakcją z życia i ogólnym stanem zdrowia.

Zaangażowanie kulturowe młodego człowieka spotyka się z zainteresowaniem środowiska. A więc niezależnie od aktywnej i twórczej partycypacji czy biernego uczestnictwa w odbiorze treści kulturowych ocena wpływu na zdrowie może być pozytywna lub negatywna. Rozwijając tę myśl o formach partycypacji, można zadać dodatkowe pytania: jak udział w kulturze wysokiej lub popularnej wpływa na zdrowie psychiczne młodego człowieka? Czy istnieją różnice między tymi gustami kulturowymi a zdrowiem psychicznym młodzieży? Na podstawie zebranych danych możemy powiedzieć, że obie formy uczestnictwa niosą ze sobą zmienne oddziaływanie na zdrowie. Można się jednak zastanowić do jakiego stopnia dotyczy to wytworów kultury: muzyki, malarstwa, filmów itd., a do jakiego stopnia mówilibyśmy o oddziaływaniu twórców kultury, grupach, artystach i ich stylu życia, które mogą pociągać młodego człowieka bardziej niż sama twórczość. Bynajmniej nie chodzi tu o wyjaśnienia w ramach tzw. efektu Wertera, chociaż i o tym nie można zapomnieć, ale zwrócenie uwagi na złożoność zagadnienia.

Jeśli chodzi o kulturę wysoką, mamy do czynienia z wyraźnym wpływem awangardy, gdyż artyści, którzy tworzą poza głównym nurtem, sami zmagają się z problemami psychicznymi. Na przykład szwedzka agencja dystrybucji muzyki Record Union opublikowała wyniki badań na ten temat. W 2019 r. przepy-tano 1500 muzyków. Okazało się, że 73% z nich doświadcza stanów lękowych, 69% zmagają się z depresją (www.national-geographic.pl). Młody człowiek, który chciałby partycypować w takim nurcie kulturowym, idąc za myślą Bourdieu, dąży do posiadania wszelkich symboli awangardy, w tym również stylu radzenia sobie z problemami życiowymi. Tego rodzaju naśladownictwo jest również formą akumulacji kapitału kulturowego, gdyż przyswojenie wszystkiego i wszystkich cech danej grupy – uprzywilejowuje, „nadaje szlachectwo” – czyni częścią społeczności, do której młoda jednostka pretenduje i pragnie stać się podobna (Bourdieu 2005: 10).

Inne badania (Chęć, Tyburski, Samochowiec 2014), głównie przeprowadzane w Europie Zachodniej i Ameryce Północnej, potwierdzają związek między różnymi gatunkami muzyki a skłonnością do depresji, samobójstw oraz negatywnego zachowania, a także nadużywania alkoholu i narkotyków. Gatunki muzyczne, które wykazują silne negatywne oddziaływanie na psychikę nastolatków, to: exclusive rock, heavy metal, punk, hardcore, grunge, rock i gotyk. Jednak wyniki tych badań nie są do końca jednoznaczne, gdyż tak naprawdę trudno jest oddzielić wpływy kulturowe na zdrowie psychiczne od równoczesnych deklaracji na temat uzależnienia od używek, które wpływają na rozwój chorób i problemów psychicznych. Wyraźnie zaznacza się korelacja między skłonnością do uzależnień (alkohol, narkotyki) a gustem muzycznym.

W przypadku młodzieży szkolnej akumulacja kapitału kulturowego dotyczy szczególnie kultury popularnej, dostępnej przez internet i urządzenia mobilne. Młodzi ludzie właściwie nie wylogowują się z mediów i za ich pośrednictwem rozwijają sieć kontaktów społeczno-kulturowych w tzw. realu i online. Zjawisko to określa się mianem fonoholizmu i obejmuje ono 4,5% populacji Polaków powyżej 15. roku życia (CBOS 2019). Pod względem użytkowania najpopularniejszy jest Facebook, a na kolejnych miejscach plasują się YouTube oraz Instagram.

Wielu młodych poszukuje w internecie pomocy w związku z doświadczeniem depresji i myśli samobójczych. Sieci internetowe i portale społecznościowe stają się źródłem wsparcia w trudnych i krytycznych doświadczeniach, z jakimi borykają się uczniowie. Szukając nowych wrażeń, młodzi uczestniczą w sieciach, które propagują samobójstwo i eksperymenty z nim związane, poszukują obserwatorów i współuczestników działań. Zobiektywizowane pojęcie wsparcia społecznego ustępuje miejsca subiektywnemu i indywidualistycznemu wsparciu oczekiwanemu i narzuconemu odbiorcy przekazu.

Zaprezentowane rozważania prowadzą nas do powiązań, jakie istnieją między stylem życia, kapitałem kulturowym, habitusem a zdrowiem młodzieży (Cockerham 2005; Hashemi, Sebar, Harrid 2018). Jednak aby dokładniej ocenić zależności przyczynowe między tymi czynnikami oraz konsekwencjami zdrowotnymi, a ściślej powstawaniem zaburzeń psychicznych, potrzebne są badania o charakterze długofalowym. Chodzi o efektywne i precyzyjne ustalenia wzajemnych wpływów między poszczególnymi elementami tak, aby można było podjąć działania interwencyjne i prozdrowotne. Odkrycie przestrzeni stylów życia, ich różnorodności w polu społecznym czy polach społecznych jest również odkryciem możliwości zapobiegania zagrożeniom zdrowia psychicznego oraz wyłonieniem czynników to zdrowie podtrzymujących.

Podsumowanie

Zdrowie psychiczne młodzieży jest zagrożone przez odczuwanie bólu psychicznego w postaci częstych epizodów depresyjnych, myśli i prób samobójczych. Stają się one odpowiedzią na niedostatki finansowe, ubóstwo lub nieumiejętność wykorzystania zasobów materialnych. Mogą być reakcją na brak możliwości wygenerowania z sieci społecznych rzeczywistego wsparcia, czyli zainteresowania, pomocy, współdziałania w pokonywaniu zaistniałych trudności, bądź są efektem partycypacji w różnych formach kultury, kreowaniu gustów i stylów życia, które wpływają na zdrowie młodego człowieka.

Koncepcja Bourdieu daje możliwość opisu uwarunkowań społecznych i czynników ryzyka zaburzeń psychicznych z uwzględnieniem zależności i wzajemnych wpływów różnych form kapitału. Podejście socjologiczne pozwala dostrzec konieczność analiz kapitału ekonomicznego nie tylko z pozycji makro, ale także osobistych relacji i działań społecznych oraz kulturowych dotyczących akumulacji i transferowania tej formy kapitału. Zdrowie psychiczne młodzieży szkolnej, w wymiarze jednostkowym i grupowym, ma swoje uwarunkowania kontekstualne, które z kolei rozwijają się, dynamicznie zmieniając i wpływając na pojawianie się coraz bardziej złożonych problemów psychicznych.

Jak informują statystyki szpitalne, zaburzenia psychiczne młodzieży stają się istotnym problemem klinicznym i zwiększają liczbę zgonów każdego roku (Biechowska 2020). Klinicyści doceniają rolę czynników społecznych w zachowaniach depresyjnych i samobójczych, gdyż istnieją przekonujące dowody na to, że mogą one być co najmniej tak samo widoczne, jak czynniki genetyczne. To właśnie dzięki analizie społecznych tendencji koncepcja Bourdieu klasyfikuje szczegółowe czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych i pomaga klinicyście przewidzieć i ukierunkować leczenie profilaktyczne oraz zapobiegać poważnym przypadkom.

Wiedza na temat skutecznych interwencji u młodych ludzi, którzy borykają się z depresją i myślami samobójczymi lub próbują popełnić samobójstwo, wymaga poszerzenia. Potrzebne są badania o charakterze jakościowym i opisowym, gdyż uchwyciłyby przede wszystkim poglądy i doświadczenia nastolatków oraz zadbały o rozbudowaną charakterystykę na pozór jednolitej grupy wiekowej.

Literatura

- Abel T., 2008, *Cultural Capital and Social Inequality in Health*, „Journal of Epidemiological Community Health”, vol. 62, no. 7.
- Abel T., Frohlich K.L., 2012, *Capitals and Capabilities: Linking Structure and Agency to Reduce Health Inequalities*, „Social Science & Medicine”, vol. 74, no. 2.

- Biechowska D., 2020, *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania* [w:] B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowego Zakład Higieny.
- Bourdieu P., 1986, *The Forms of Capital* [w:] J.G. Richardson (ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, New York, NY: Greenwood.
- Bourdieu P., 2005, *Dystynkcja. Krytyka władzy sądzienia*, przeł. P. Biłos, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Bourdieu P., Wacquant L.J.D., 2001, *Zaproszenie do socjologii refleksyjnej*, przeł. A. Sawisz, Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Bygren L.O., Weissglas G., Wikstrom B.M., Konlaan B.B. et al. 2009, *Cultural Participation and Health: A Randomized Controlled Trial Among Medical Care Staff*, „Psychosomatic Medicine”, vol. 71, no. 4.
- Carpiano R.M., 2006, *Toward a Neighbourhood Resource-Based Theory of Social Capital for Health: Can Bourdieu and Sociology Help?*, „Social Science & Medicine”, vol. 62, no. 1.
- CBOS, 2019, raport „Od czego uzależnieni są Polacy”, Warszawa.
- CBOS, 2021a, raport „Samopoczucie Polaków”, Warszawa.
- CBOS, 2021b, raport „Depresja w doświadczeniach i opiniach”, Warszawa.
- Chęć M., Tyburski E., Samochowiec A., 2014, *Preferencje muzyczne a zaburzenia funkcjonowania młodzieży w okresie adolescencji*, „Psychiatria”, t. 11, nr 4.
- Cockerham W.C., 2005, *Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure*, „Journal of Health and Social Behavior”, vol. 46, no. 1.
- Cuyppers K., Krokstad S., Holmen T.L., Knudtsen M.S. et al., 2012, *Patterns of Receptive and Creative Cultural Activities and their Association with Perceived Health, Anxiety, Depression and Satisfaction with Life Among Adults: The HUNT Study, Norway*, „Journal of Epidemiology and Community Health”, vol. 66, no. 8.
- Frohlich K., Abel T., 2014, *Environmental Justice and Health Practices: Understanding How Health Inequities Arise at the Local Level*, „Sociology of Health & Illness”, vol. 36, no. 2.
- Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, 2017, raport „Dzieci się liczą – raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce”, Warszawa.
- Gmitrowicz A., Janas-Kozik M., 2018, *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*, Warszawa: Wydawnictwo Medical Tribune Polska.
- Grineski S.E., 2009, *Parental Accounts of Children's Asthma Care: The Role of Cultural and Social Capital in Health Disparities*, „Sociological Focus”, vol. 42, no. 2.
- Grossi E., Blessi G.T., Sacco P.L. Buscema M., 2011, *The Interaction Between Culture, Health and Psychological Well-Being: Data Mining from the Italian Culture and Well-Being Project*, „Journal of Happiness Studies”, vol. 13, no. 1.
- GUS, 2021, raport „Stan zdrowia ludności Polski 2019”, Warszawa.
- Hashemi N., Sebar B., Harrid N., 2018, *The Relationship Between Cultural Capital and Lifestyle Health Behaviours in Young People: A Systematic Review*, „Public Health”, vol. 164.
- Jarema M., 2016, *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kalinowska S., Nitsch K., Trzeźniowska-Drukała B., Samochowiec J., 2013, *Depresja u dzieci i młodzieży – obraz kliniczny, etiologia, terapia*, „Annales Academiae Medicae Stetinensis. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie”, t. 59, nr 1.
- Kancelaria Senatu, 2019, raport „Zdrowie Psychiczne w Unii Europejskiej”, Warszawa: Biuro Analiz Dokumentacji i Korespondencji.

- Klocke A., Stadtmüller S., 2019, *Social Capital in the Health Development of Children*, „Child Ind Res”, vol. 12.
- Komenda Głównej Policji, raport „Zamachy samobójcze zakończone zgonem – grupa wiekowa 2017–2020”.
- Krawczyk P., Świącicki Ł., 2020, *ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO*, „Psychiatria Polska”, t. 54, nr 1.
- Kuberska-Przekwas K., 2014, *Samobójstwa dzieci i młodzieży jako choroba społeczna*, Wyższa Szkoła Informatyki i Ekonomii TWP w Olsztynie, „Kwartalnik”, t. 1, nr 5.
- Lindstrom M., Rosvall M., 2018, *Economic Stress in Childhood and Suicide Thoughts and Suicide Attempts: A Population-Based Study Among Adults*, „Public Health”, vol. 163.
- Ostaszewski K., 2018, *Myśli samobójcze a sytuacja rodzinna oraz problemy inter- i ekster-nalizacyjne u młodzieży w wieku 14–16 lat*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, vol. 17, no. 3.
- Pinxten W., Lievens J., 2014, *The Importance of Economic, Social and Cultural Capital in Understanding Health Inequalities: Using a Bourdieu-Based Approach in Research on Physical and Mental Health Perceptions*, „Sociology of Health and Illness”, vol. 36, no. 7.
- Pużyński S., 2007, *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*, „Psychiatria Polska”, t. 41, nr 3.
- Remberk B., 2020, *Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży*, Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Rząsa D., 2020, *Samobójstwa nastolatków – dlaczego oficjalne statystyki pokazują tylko część prawdy*, <https://sledztwopisma.pl/sledztwo-w-liczbach/samobojstwa-nastolatkow-dlaczego-oficjalne-statystyki-pokazuja-tylko-czesc-prawdy/> (dostęp: 1.04.2022).
- Shim J.K., 2010, *Cultural Health Capital: A Theoretical Approach To Understanding Health Care Interactions and the Dynamics of Unequal Treatment*, „Journal of Health and Social Behavior”, vol. 51.
- Song L., 2011, *Social Capital and Psychological Distress*, „Journal of Health and Social Behavior”, vol. 52.
- Szostakiewicz Ł., 2020, *Postępowanie w przypadku zagrożenia samobójstwem* [w:] B. Remberk (red.), *Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży*, Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- WHO, 2018, *Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11*.
- Ziersch A.M., 2005, *Health Implications of Access to Social Capital: Findings from an Australian Study*, „Social Science & Medicine”, vol. 61, no. 10.
- Świącicki Ł., 2002, *Depresja, definicja, klasyfikacja, przyczyny*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej”, t. 2, nr 3.

Netografia

- www.national-geographic.pl/artykul/73-niezaleznych-muzykow-zmaga-sie-z-problema-mi-psychicznymi (dostęp: 16.03.2022).
- www.statista.com (dostęp: 1.04.2022).
- www.who.int/about/en/ (dostęp: 16.03.2022).