

14

Dorota Podgórska-Jachnik
Tadeusz Pietras

Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami

Nowa Praca Socjalna

Dorota Podgórska-Jachnik
Tadeusz Pietras

Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami

Warszawa 2014

Autorzy:

Dorota Podgórska-Jachnik
Tadeusz Pietras

Redakcja i korekta językowa:

Joanna Hrabec

Wydawca:

Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich
Aleje Jerozolimskie 65/79, 00–697 Warszawa
Tel.: 22 237 00 00
Fax: 22 237 00 99
e-mail: sekretariat@crzl.gov.pl
www.crzl.gov.pl

Opracowanie merytoryczne, druk i dystrybucja serii publikacji na zlecenie CRZL:

WYG International Sp. z o.o.

ISBN 978–83–7951–301–7 (seria)
978–83–7951–315–4 (14)

Skład:

AgrafKa Sp. z o.o.

Publikacja bezpłatna

Nakład: 3000 egzemplarzy

Publikacja współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Słowo wstępne

Oddajemy do rąk Czytelników serię publikacji będących efektem pracy ekspertów i specjalistów z zakresu polityki społecznej, w szczególności pomocy społecznej. Celem niniejszej serii było przybliżenie najważniejszego dorobku teoretycznego i praktycznego państw Europy Zachodniej i USA w zakresie nowatorskich koncepcji i metod prowadzenia pracy socjalnej. Chodziło o przybliżenie nie tylko rozwiązań i teorii zupełnie nowych także w tamtych krajach, ale także i takich, które już zdążyły „okrzepnąć” i były poddawane wielostronnym ocenom, choć w naszym kraju wiele z nich wciąż pozostaje nieznanymi lub niedocenianymi. Część publikacji dotyczy nowych rozwiązań, co prawda już funkcjonujących w naszych realiach, jednak często realizowanych jedynie w ramach pojedynczych projektów, wartych jednak szerszego upowszechniania, adoptowania i testowania w polskich warunkach. Przykładem może tu być chociażby tworzenie sieci franszyzy społecznej czy asystentury dostępnej w różnych sferach życia osób z niepełnosprawnością.

Adresatami opracowań są przede wszystkim praktycy, działający w jednostkach pomocy społecznej i realizujący jej ustawowe cele. Szczególnie ważnymi odbiorcami są pracownicy socjalni, których chcemy wyposażyć w nowe informacje oraz dostarczyć im wiedzy, która może zaowocować nowymi przedsięwzięciami, podejmowanymi przez nich w społecznościach lokalnych. Pracownicy socjalni w naszym kraju są bowiem grupą zawodową, której powierzono w ostatnich latach wiele zadań z zakresu pomocy społecznej, nie zawsze jednak wyposażając ich w odpowiednie i niezbędne do ich realizacji instrumenty. Najważniejszym zadaniem pracowników socjalnych jest wsparcie słabszych grup społecznych w pokonywaniu ich problemów: w wychodzeniu z ubóstwa, izolacji społecznej i nieporadności życiowej. Od sposobu zdefiniowania problemu, z którym boryka się człowiek – adresat przedsięwzięć podejmowanych w sferze pracy socjalnej, przyjętej wobec niego postawy (paternalistycznej bądź partnerskiej), dostrzegania całego kontekstu sytuacyjnego, często wiele zależy. Pracownik socjalny może w swojej pracy pełnić wiele ról – być coachem, doradcą, brokerem, pośrednikiem, mediatorem, negocjatorem bądź inicjatorem aktywności lokalnej. Aby unikać zrutynizowanego działania i jednocześnie zwiększać kompetencje zawodowe pracowników socjalnych potrzebna jest szeroka wiedza w zakresie różnorodności metod ich pracy, obowiązujących standardów, znaczenia tworzenia sieci wsparcia koleżeńskiego, eksperckiego,

superwizyjnego – zarówno nieformalnego, jak i ujętego w zasady współpracy, które można i należy wypracowywać lokalnie, także z reprezentantami innych instytucji.

W jaki sposób pracownicy instytucji pomocy społecznej mogą zatem towarzyszyć swoim klientom, beneficjentom, podopiecznym? Jak mogą wspomagać proces ich powrotu do życia w rodzinie i społeczeństwie, nauczyć dbania o istotne relacje międzyludzkie, odpowiedzialności za własny los, pokonywania lęków związanych z podejmowaniem nowych zobowiązań, wskazywać drogi wyjścia z sytuacji kryzysowych? Która z ról, w danym czasie, będzie najodpowiedniejsza w tym konkretnym, indywidualnym przypadku? Ufamy, że na te i wiele innych pytań, pracownicy znajdą odpowiedzi w przekazanych im publikacjach.

W polityce społecznej, w tym pomocy społecznej, coraz częściej zwraca się uwagę na efektywność i racjonalność podejmowanych działań. Zawsze zbyt mała ilość dostępnych środków finansowych w stosunku do zwiększającej się wciąż skali potrzeb, wymusza szukanie i podejmowanie prób implementowania na grunt społeczny rozwiązań wcześniej kojarzonych głównie z biznesem, pochodzących z teorii zarządzania. Od pracownika socjalnego wymaga się umiejętności menadżerskich, jego zadaniem jest „zarządzanie przypadkiem”, „generowanie zmiany”. Wymaga się od niego znajomości instrumentów nowego zarządzania publicznego oraz rozumienia uwarunkowań decydujących o skuteczności ich stosowania, prowadzących do wpisywania się na trwałe w pejzaż lokalnych partnerstw publiczno – prywatnych.

Opublikowane opracowania mogą być wreszcie użytecznym narzędziem dla innych aktorów polityki społecznej: polityków wyznaczających jej instytucjonalne ramy, naukowców i badaczy spierających się o zasadność przyjmowania za obowiązujące takich, a nie innych paradygmatów, wyznaczających cele i sposoby ich realizacji, a także samych uczestników życia społecznego. Nie chodzi o to, aby działać „na rzecz” osób i grupy, czy „wobec” jakichś problemów, lecz „z” osobami i grupami, będącymi często niewykorzystanym potencjałem dla samych siebie i swoich środowisk.

Przedstawiana Państwu „Nowa Praca Socjalna” ma szansę stać się źródłem inspiracji dla przedstawicieli wielu środowisk zaangażowanych w realizację zadań z zakresu pomocy społecznej.

Zachęcam do lektury.

dr hab. Olga Kowalczyk prof. UE
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

Od Rady Redakcyjnej

Przedstawiamy Państwu ważną serię wydawniczą, która została zatytułowana jako „Nowa Praca Socjalna” wskazując na jej innowacyjny, często nowatorski charakter. Seria składa się z trzydziestu publikacji – dwudziestu przygotowanych przez wybitnych polskich ekspertów i praktyków, zajmujących się zagadnieniami pomocy społecznej i pracy socjalnej oraz dziesięciu, które zostały przetłumaczone z języka angielskiego i ukazują aktualny dyskurs międzynarodowy w omawianej problematyce.

Celem serii poświęconej nowym zagadnieniom lokalnej polityki społecznej, szczególnie w aspekcie systemu pomocy społecznej i pracy socjalnej, jest popularyzacja w Polsce nowych metod i instrumentów wsparcia społecznego oraz ukazanie aktualnych zagadnień instytucjonalno-organizacyjnych oraz prawnych, które kształtują ramy dla działań pracownika socjalnego i środowiskowego.

Treść publikacji niewątpliwie wzbogaca istniejący w Polsce dorobek intelektualny, zarówno naukowy jak i praktyczny, który musi być jednak stale uzupełniany przez nowości płynące z naszych doświadczeń 25 lat transformacji, ale także z rozwiązań, które sprawdziły się w krajach o rozwiniętych systemach zabezpieczenia społecznego. Aby właściwie ocenić w jakim miejscu rozwoju pracy socjalnej, czy szerzej pomocy społecznej, jesteśmy w Polsce, musimy mieć punkty odniesienia w innych państwach, które funkcjonują w różnych modelach polityki społecznej.

Wybór publikacji do druku miał charakter otwartego konkursu, do którego przystępowali eksperci z różnych środowisk akademickich oraz instytucji praktyki społecznej. Dziesięcioosobowa Rada Redakcyjna, składająca się z przedstawicieli nauki oraz instytucji pomocy społecznej, podczas swych posiedzeń oceniała merytoryczne uzasadnienie i cel pracy, strukturę książki oraz jej metodologię z bibliografią. Ważnym aspektem wyboru opracowań do publikacji była ich innowacyjność i nowatorskie podejście, chociaż nie oznacza to, że wszystkie książki prezentują tylko i wyłącznie nowe podejście do zagadnień pracy socjalnej. Siłą wsparcia społecznego jest także istniejąca tradycja i dorobek, który także docenialiśmy łącząc to co wartościowe z przeszłości z tym co konieczne w przyszłości. Daje się to szczególnie zauważyć w niektórych publikacjach, które wskazują na istniejący współcześnie renesans sprawdzonych idei, rozwiązań i metod.

Wszystkie publikacje wydane w ramach serii były recenzowane przez trzech niezależnych ekspertów – specjalistów z zakresu polityki społecznej, pomocy społecznej i/lub pracy socjalnej. Recenzenci byli wybrani przez Radę Redakcyjną w procedurze konkursowej – są to wybitni specjaliści z obszarów: nauki i praktyki, najczęściej dobrze znani w środowisku polityków społecznych. Nierzadko recenzje były bardzo wnikliwe i krytyczne, co skutkowało koniecznością dokonywania uzupełnień i poprawek. Kilka publikacji po recenzjach Rada Redakcyjna odrzuciła.

Wydaje się, że istotną wartością całej serii jest to, że z jednej strony ukazuje ona teoretyczne i praktyczne wątki pracy socjalnej z konkretnym typem klienta lub społecznością lokalną; a z drugiej, że prezentuje szersze powiązania pracy socjalnej z takimi zagadnieniami jak przedsiębiorczość społeczna, nowe zarządzanie publiczne i governance czy wreszcie ukazuje swe silne związki z koncepcją empowerment. Ukazanie międzynarodowych doświadczeń w realizacji pracy socjalnej jest dodatkowym „ładunkiem” intelektualnym, który poszerza naszą wiedzę o rozwiązaniach w innych welfare states.

Jako Rada Redakcyjna zachęcamy wszystkich pracowników systemu pomocy społecznej, w tym pracowników socjalnych, działaczy społecznych oraz decydentów do zapoznania się z treścią rekomendowanych przez nas i opublikowanych publikacji. Mamy nadzieję, że znajdziecie Państwo w części z nich inspirujące wątki teoretyczne i praktyczne, które przydadzą się Państwu w życiu zawodowym.

Życzymy miłej lektury!

dr hab. Mirosław Grewiński prof. WSP
Przewodniczący Rady Redakcyjnej

Rada Redakcyjna:

dr hab. Mirosław Grewiński, prof. WSP – Przewodniczący Rady Redakcyjnej – Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Janusza Korczaka w Warszawie

dr Ewa Flaszynska – Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej Dzielnicy Bielany m. st. Warszawy

mgr Hanna Gumińska – Starszy Specjalista Pracy Socjalnej, Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Słupsku

dr hab. Jolanta Grotowska-Leder, prof. UŁ – Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny Uniwersytet Łódzki

mgr Barbara Kamińska-Skowronek – Kierownik Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Tyszowcach

prof. zw. dr hab. Janusz Kirenko – Wydział Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

mgr Danuta Koczkodaj – Starszy Specjalista Pracy Socjalnej, Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Słupsku

mgr Krzysztof Kratofil – Starszy Specjalista Pracy Socjalnej, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Tarnowskich Górach

dr hab. Jerzy Krzyszkowski, prof. UŁ – Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny Uniwersytet Łódzki

dr Anna Zasada-Chorab – Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Janusza Korczaka Warszawa oddział Katowice i Kolegium Pracowników Służb Społecznych Czeladź

Zespół Projektu Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich:

dr Adam Krzyżanowski – Kierownik Projektu

mgr Andrzej Bogdański – Sekretarz Projektu

Dominika Szeląg – Ekspert ds. e-learningu

Zespół realizacyjny WYG International Sp. z o.o.:

mgr inż. Ewa Płodzień-Pałasz – Kierownik Projektu

dr Monika Miedzik – Ekspert merytoryczny

dr Jarosław Pichla – Ekspert merytoryczny

Nota o Autorach

Dorota Podgórska-Jachnik – doktor habilitowana nauk społecznych w zakresie pedagogiki (DSW, 2014); pedagog specjalny, psycholog, logopeda. Łączy pracę naukową z praktyką psychologa i doradcy osób niepełnosprawnych (CAZON, Fundacja Wsparcie Psychospołeczne), jest ich uczelnianą rzeczniczką. Autorka wielu publikacji na temat niepełnosprawności, m.in. monografii: *Głusi. Emancypacje* (2013), *Przekaz pantomimiczny w komunikacji z dzieckiem niesłyszącym* (2004), *Mój zawód – moja praca – moja przyszłość. Perspektywy osób z niepełnosprawnością* (2011, współautorstwo), *Problemy rzecznictwa i reprezentacji osób niepełnosprawnych* (2009, red.), *Ruch na rzecz lepszej przyszłości osób niepełnosprawnych* (2010, red.). Interesuje się problemami funkcjonowania społecznego osób niepełnosprawnych (zwłaszcza głuchych), ich aktywizacji zawodowej i emancypacji. Otrzymała wiele nagród za pracę akademicką (nagrody Rektora UŁ 2004, 2005, 2006, 2007) i za działalność na rzecz osób niepełnosprawnych: „Lodołamacz Specjalny” POPON (2013), „Motyl” ŁSON (2009, 2010). Obecnie pracuje na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy.

Tadeusz Pietras – doktor habilitowany, pracownik Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, lekarz psychiatra i lekarz specjalista chorób płuc, psycholog. Od lat zajmuje się zaburzeniami psychicznymi w przebiegu astmy oskrzelowej i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Prowadzi wsparcie rodzin osób chorych na choroby obturacyjne płuc i na depresję oraz rodzin osób niepełnosprawnych intelektualnie. Autor wielu publikacji w czasopismach anglojęzycznych i kilku monografiach naukowych.

Recenzenci publikacji:

dr hab. Agnieszka Żyta, prof. UWM – Katedra Pedagogiki Specjalnej Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

dr Beata Mańkowska – Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego

mgr Piotr Lisek – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Tarnowskich Górach

Spis treści

SŁOWO WSTĘPNE	3
OD RADY REDAKCYJNEJ	5
Rada Redakcyjna:	7
NOTA O AUTORACH	9
WSTĘP	13
1. MIĘDZY NORMALNOŚCIĄ A NIENORMALNOŚCIĄ	17
1.1. Szałeństwo i choroba psychiczna w historii ludzkości	17
1.2. Kontrowersje wokół pojęcia normy	21
1.3. Czy choroba psychiczna jest niepełnosprawnością?	24
1.4. Szpital psychiatryczny – od instytucji totalnej ku normalizacji?	29
1.5. Rola Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego	32
2. WYBRANE ZABURZENIA PSYCHICZNE	37
2.1. Spektrum zaburzeń psychicznych a choroba psychiczna	37
2.2. Skala zaburzeń psychicznych w społeczeństwie	45
2.3. Charakterystyka wybranych zaburzeń psychicznych	49
2.3.1. Ogólne uwagi dotyczące funkcjonowania psychospołecznego osób z zaburzeniami psychicznymi	49
2.3.2. Otepienia	51
2.3.3. Używanie substancji psychoaktywnych i uzależnienia	54
2.3.4. Zespoły psychotyczne	58
2.3.5. Zaburzenia afektywne	61
3. MODEL ŚRODOWISKOWEJ OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ	67
3.1. Założenia środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej	67
3.2. Współpraca interdyscyplinarna z pacjentem psychiatrycznym – oczekiwania lekarza	74
3.3. Rola pacjenta i jego otoczenia w procesie zdrowienia i utrzymania zdrowia psychicznego ..	77
3.4. Potrzeba strategicznego podejścia do rozwiązywania problemów społecznych wynikających z zaburzeń psychicznych	82
3.5. Założenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego	86
4. POTRZEBY I PROBLEMY OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI I ICH RODZIN	93
4.1. Czy osoby z zaburzeniami i chorobami psychicznymi wymagają wsparcia pracownika socjalnego?	93
4.2. Najczęstsze problemy w życiu rodziny osób z zaburzeniami psychicznymi	97

4.2.1. Choroba (psychiczna) jako czynnik zakłócający system rodzinny i jego funkcjonowanie	97
4.2.2. Dziecko z zaburzeniami psychicznymi w rodzinie	100
4.2.3. Osoby starsze z demencją w rodzinie	104
4.2.4. Problem piętna i wykluczenia społecznego	107
4.2.5. Problemy ekonomiczne pacjenta psychiatrycznego i jego rodziny	110
4.2.6. Problem odrzucania pomocy	112
4.3. Aktywizacja zasobów osobistych rodziny w adaptacji do choroby	113
4.3.1. Rodzina jako układ homeostatyczny w sytuacjach problemowych	113
4.3.2. Kształtowanie się postaw wobec choroby	115
5. MOŻLIWOŚCI DZIAŁAŃ SOCJALNYCH NA RZECZ OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI I ICH OTOCZENIA	117
5.1. Model pracy socjalnej z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami	117
5.2. Standardy pracy socjalnej z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami	121
5.3. Budowanie profesjonalnego kontaktu z osobą chorą psychicznie i jej rodziną	126
5.4. Diagnoza funkcjonowania społecznego a współpraca pracownika socjalnego z terapeutą środowiskowym	130
5.5. Katalog usług socjalnych	135
5.6. Regulacja sytuacji prawnej osoby z zaburzeniami psychicznymi a instytucja ubezwłasnowolnienia	142
5.7. Poszukiwanie grup wsparcia oraz pomocy w Internecie	147
5.8. Interwencja w stanach nagłych i w sytuacji zagrożenia samobójstwem	150
6. (RE)INTERGRACJA SPOŁECZNA I AKTYWIZACJA ZAWODOWA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI	155
6.1. Uczeń i student z zaburzeniami psychicznymi – możliwości edukacji	155
6.2. Zaburzenia psychiczne i spowodowana nimi niepełnosprawność a możliwości zatrudnienia ..	160
6.3. Spółdzielnie socjalne i firmy społeczne jako alternatywa zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi	164
6.4. Zmiana stereotypów społecznych dotyczących osób chorych psychicznie oraz postaw otoczenia wobec nich jako warunek (re)integracji	167
ZAKOŃCZENIE	171
BIBLIOGRAFIA	175
Wykaz aktów normatywnych:	187
Spis tabel	189
Spis rysunków	190
NOTATKI	191

Wstęp

Problematyka monografii dotyczy specyfiki pomocy socjalnej dedykowanej osobom z niepełnosprawnością spowodowaną zaburzeniami psychicznymi. Jest to grupa zagrożona bezpośrednio marginalizacją i wykluczeniem społecznym, gdyż istotą niepełnosprawności jest ograniczenie możliwości pełnienia ról społecznych i samodzielnego zaspokajania własnych potrzeb, a w przypadku choroby psychicznej¹ dochodzi do tego jeszcze element silnej stygmatyzacji i samowykluczenia. Książka stanowi dopełnienie monografii *Praca socjalna z osobami z niepełnosprawnością i ich rodzinami*², realizowanej w ramach tej samej serii wydawniczej. Taka decyzja autorów spowodowana była tym, iż choroba psychiczna może być (choć nie musi) przyczyną szczególnej formy niepełnosprawności – niepełnosprawności psychicznej. Istnieją zatem pewne wspólne, ale i odrębne aspekty pracy socjalnej w przypadku osób wyróżnionych w tytule niniejszego opracowania.

Wiedza społeczeństwa o zaburzeniach i chorobach psychicznych, jako bardzo złożonej i zróżnicowanej wewnętrznie kategorii, jest bardzo ograniczona i obciążona negatywnymi stereotypami – jeszcze bardziej niż w przypadku innych rodzajów niepełnosprawności. Wynika to z silnej stygmatyzacji osób chorych i wielowiekowej mitologizacji szaleństwa, choć i ono – różnie pojmowane i wartościowane w różnych epokach – ma swój wkład w rozwój ludzkiej kultury. Na przestrzeni dziejów podejście do chorób psychicznych zmieniało się, przy czym historia ta notuje kilka momentów zwrotnych, np. odróżnienie choroby psychicznej od upośledzenia umysłowego, odkrycie możliwości terapii, narodziny kliniki, wyłonienie się psychiatrii społeczno-środowiskowej, uwzględniającej współwystępowanie w etiologii

¹ Określenia „choroba psychiczna” i „chory psychicznie” są czasem używane w pracy zamiennie z określeniami „zaburzenie psychiczne” i „osoba z zaburzeniami psychicznymi”, przy naszej pełnej świadomości, że w literaturze naukowej te pierwsze terminy ustąpiły tym drugim. W naszym przekonaniu jednak pracownik socjalny będzie pracował nadal z „osobą z chorobą psychiczną” / „chorą psychicznie”, a więc obciążoną paletą skojarzeń, stereotypów, piętna i uprzedzeń przypisywanych właśnie temu określeniu, a nie – zgodnie z intencją współczesnych naukowców – z klientem opisywanym bardziej neutralnym, aktualnym określeniem zawartym w tytule tej książki. Tak jak niegdyś słowa „szaleństwo” / „szaleniec” miało swoje kulturowe konotacje, tak jest obecnie z pojęciem „chory psychicznie”. Pojęcie to pozostało w świadomości społecznej, w języku klientów pracownika socjalnego i w tym znaczeniu w książce o pracy socjalnej podnosimy też jego znaczenie. Jesteśmy nawet przekonani (choć nie możemy tej hipotezy potwierdzić empirycznie), że naukowiec może badać „postawy wobec osób z zaburzeniami psychicznymi”, ale uzyskiwać wyniki badania „postaw wobec chorych psychicznie”, właśnie ze względu na silne zakorzenienie społeczne tego drugiego określenia. Pisząc kilkakrotnie nawet o „osobach z zaburzeniami i chorobami psychicznymi”, dążymy do podkreślenia, iż chodzi o osoby, które tak lekarze, jak i otoczenie społeczne łączy z tą samą grupą dysfunkcyjnych, a więc są one uważane za zaburzone i chore psychicznie.

² D. Podgórska-Jachnik (2014), *Praca socjalna z osobami z niepełnosprawnością i ich rodzinami*, ZRZL, Warszawa.

zaburzeń psychicznych czynników społecznych, ale i wykorzystującej owe czynniki w procesie readaptacji i reintegracji społecznej. Również współczesna dekonstrukcja pojęcia choroby psychicznej oraz postmodernistyczny zwrot ku różnorodności społecznej, wraz z wykreowaniem społecznego modelu niepełnosprawności (także psychicznej), wyznacza nowe konteksty wspomagania osób z chorobą psychiczną i ich rodzin.

Piętno społeczne i tendencje ekskluzyjne nakładają się na obraz dysfunkcji wynikających bezpośrednio z choroby, co jeszcze bardziej komplikuje podmiotową sytuację chorych i co może prowadzić do niepełnosprawności. Nałożenie się na siebie tych skutków ogranicza szanse osób z niepełnosprawnością psychiczną na samorealizację, piętrzy bariery na drodze do edukacji, zatrudnienia i uczestnictwa społecznego. Aby skutecznie wspierać osoby z niepełnosprawnością spowodowaną chorobą psychiczną, konieczne jest przede wszystkim poznanie ich ograniczeń funkcjonalnych, ale i możliwości kompensacyjnych. Znaczenie indywidualnych i społecznych skutków zaburzeń i chorób psychicznych doceniono, opracowując Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, który wraz z przebudową modelu pracy socjalnej w Polsce perspektywicznie stwarza szanse na skuteczniejszą rehabilitację i powrót tych osób do społeczeństwa. Bardzo istotne jest również poznanie współczesnego podejścia do samego zjawiska niepełnosprawności, wraz z jej nowym społecznym paradygmatem i kontekstem międzynarodowego uznania praw tej grupy, co odzwierciedla ratyfikacja *Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych*³.

Problemy postawione w niniejszej pracy mają charakter praktyczny, a główny z nich został sformułowany następująco: jak organizować wsparcie pracowników socjalnych w zakresie wiedzy o tej kategorii podopiecznych, którą stanowią osoby z zaburzeniami i chorobami psychicznymi oraz ich rodziny – mikrosystemy dostarczające osobom niepełnosprawnym bezpośredniego wsparcia, choć i same wymagające pomocy. Praca socjalna traktowana jest tu w kategoriach elementu, ale i aktywnego animatora sieci wsparcia społecznego, a jednocześnie znaczące ogniwo w społeczno-środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej. Problemy szczegółowe sformułowane zostały następująco:

- ➔ Penetracja obszaru pracy socjalnej pod kątem wskazania zasobów umożliwiających włączanie społeczne (aspekt relacyjny pracy socjalnej) i zmianę w systemie społecznym, powodującym opresję (aspekt radykalny pracy socjalnej), w tym kształtowanie nowego wizerunku osób z chorobą psychiczną oraz zmiany postaw społecznych wobec nich.
- ➔ Identyfikacja problemów generujących potrzebę wsparcia, wspólnych dla wszystkich kategorii niepełnosprawności, ale specyficznych dla niepełnosprawności spowodowanej chorobą psychiczną.
- ➔ Analiza potencjalnych potrzeb osób wymagających wsparcia w realizacji ich najczęściej naruszanych praw człowieka.
- ➔ Prezentacja tradycyjnych i nowych możliwości działań socjalnych na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin.

³ *Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych* [w:] Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej [portal internetowy] [dostęp: 28.06.2014], <<http://www.mpips.gov.pl/spoleczne-prawa-czlowieka/konwencja-o-prawach-osob-niepelnosprawnych>>.

Autorzy książki są wykładowcami akademickimi, ale i praktykami, reprezentującymi różne zawody pomocowe, których przedstawiciele pozostają w bezpośrednim współdziałaniu z pracownikami socjalnymi. Podobnie także treść publikacji łączy zagadnienia teoretyczne i wyniki badań, dotyczące osób z chorobami psychicznymi, z zagadnieniami o charakterze praktycznym, inspirowanymi doświadczeniami interdyscyplinarnej współpracy na rzecz tych osób. Jest to więc monografia pisana z perspektywy psychologii, psychiatrii i pedagogiki specjalnej przede wszystkim z myślą o pracownikach socjalnych, choć model wielospecjalistycznego wsparcia zakłada konieczność poznania założeń współczesnej pracy socjalnej – m.in. z osobami z zaburzeniami psychicznymi – także przez psychologów, psychiatrów, pedagogów, jak i reprezentantów innych zawodów związanych z udzielaniem wsparcia psychospołecznego (np. terapeutów środowiskowych czy asystentów socjalnych). Przekonanie o znaczeniu takiego wsparcia i o potrzebie rozwijania psychiatrii środowiskowej w naszym kraju pozostaje zbieżne z nowym modelem pracy socjalnej. To właśnie praca socjalna, w swej aktywnej formule *empowerment*, może być czynnikiem spajającym interdyscyplinarne współdziałanie różnych specjalistów na rzecz wspierania osób z chorobą psychiczną. *Empowerment* oznacza upodmiotowienie zwiększające możliwość decydowania o własnym życiu, ale i nakładające na osobę korzystającą ze wsparcia psychospołecznego odpowiedzialność za własne wybory, podejmowane działania, za własne życie. Autorzy żywią nadzieję, że za sprawą lepszego zrozumienia istoty zaburzeń psychicznych, sytuacji chorych i ich rodzin, jak również dzięki lepszemu wglądowi w aktualne możliwości pomocy, tak rozumiana podmiotowość i pozytywna zmiana w sytuacji osobistej może stać się udziałem większej niż dotąd liczby osób z różnego rodzaju dysfunkcjami psychiki. Jest to szczególnie ważne w obliczu stale wzrastających wskaźników epidemiologicznych dotyczących zdrowia psychicznego we współczesnym społeczeństwie.

Dorota Podgórska-Jachnik i Tadeusz Pietras
Łódź, dnia 23 czerwca 2014 r.

1. MIĘDZY NORMALNOŚCIĄ A NIENORMALNOŚCIĄ

1.1. Szaleństwo i choroba psychiczna w historii ludzkości

Zaburzenia psychiczne są częścią doświadczania ludzkiej egzystencji. Występowały zawsze – świadectwa tego odnajdujemy już w kulturze antycznej, ale i wszędzie indziej: nie ma kraju, narodu, grupy społecznej, której by nie dotyczyły. Co więcej, nie ma człowieka, który nie doświadczyłby choćby chwilowej dysfunkcjonalności swego umysłu, zmysłów, ciała. Zawodność ludzkiej psychiki fascynowała i przerażała⁴. Ukazywała nowe, nieznane wcześniej doznania, poszerzała zatem granicę ludzkich doświadczeń o tajemnicę szaleństwa, dowodziła jednak kruchości świata psychicznego budowanego przez człowieka, jego małości w obliczu zagrożenia obłąkaniem i pozbawieniem rozsądku. Dziś z jednej strony mówimy o doświadczeniu transgresji, z drugiej o chorobie psychicznej. Choroba psychiczna jest pojęciem towarzyszącym człowiekowi stosunkowo od niedawna, w wielowiekowej tradycji kulturowej zakorzeniło się przede wszystkim pojęcie szaleństwa. Szaleństwo opisywane jest całą gamą synonimów. Oznaczać może tyle co obłąd, wariactwo, pomieszanie zmysłów, utratę rozumu, rozsądku, kontroli nad rzeczywistością. To także obsesja, mania, szał, ekstaza, paranoja itd., itp. Słowniki, podręczniki, w tym podręczniki psychologii klinicznej i psychiatrii, ale i język potoczny przynoszą szereg odpowiedników tego słowa⁵. Jednym z używanych określeń jest też słowo „nienormalność” – złożone w swojej konstrukcji i znaczeniu, gdyż odnosi się do pewnej założonej jakości – normy, poprzez zaprzeczenie jej. To ciekawy, ale i ryzykowny zarazem konstrukt, gdyż wymaga przede wszystkim odpowiedzi na pytanie, czym jest norma⁶. Przy zmieniającym się przez stulecia wyobrażeniu normy jedno było istotne: przy intuicyjnych nawet, dokonywanych przez ludzi kategoryzacjach tego, co jest odstępstwem od normy, definiowano ją zawsze w jakiejś relacji wobec nienormalności. Innymi słowy, o normie można powiedzieć, że *nie jest nienormalnością, podobnie jak o normalnym*

⁴ M. Foucault (1999), *Szaleństwo, nieobecność dzieła*, przeł. T. Komendant [w:] tegoż, *Szaleństwo i literatura, Powiedziane, napisane*. Fund. Aletheia, Warszawa, s. 152–156.

⁵ Zob. np. *Szaleństwo* (hasło) [w:] *Słownik języka polskiego*, Wyd. Nauk. PWN [online] [dostęp: 01.06.2014], <<http://www.sjp.pwn.pl/szukaj/szaleństwo>>; *Szaleństwo* (hasło), W. Doroszewski (red.), *Słownik języka polskiego*, [online] [dostęp: 01.06.2014], <<http://www.doroszewski.pwn.pl/haslo/szaleństwo>>.

⁶ Zagadnienie to będzie analizowane na dalszych stronach książki.

funkcjonowaniu człowieka i jego naturze dowiedzieliśmy się wiele z doświadczeń jego psychicznej zawodności i szaleństwa.

Szaleństwo wpisało się zatem w historię ludzkości, w jej kulturę, sztukę, rozwój nauk, szczególnie filozofię, nauki humanistyczne i psychoanalizę⁷. Można więc powiedzieć, że było swoistą siłą napędową ludzkości, sprowadzoną obecnie – mówiąc w dużym uproszczeniu – do dwóch podstawowych kategorii: pierwiastka niekonwencjonalności, innowacyjności i kreatywności, z jednej strony, oraz pierwiastka dewiacji, cierpienia, choroby – z drugiej. Niniejsza książka ma bardzo pragmatyczny charakter: poświęcona jest wspomaganie osób z niepełnosprawnością i ich rodzin, dlatego z pewnością nie będziemy się mocno zagłębiać w zasygnalizowany tu szerszy kontekst problematyki kulturowych znaczeń zaburzeń i chorób psychicznych, jednak mamy przekonanie, że pracownicy socjalni, pedagodzy specjaliści, terapeuci zajęciowi i środowiskowi oraz inni specjaliści zawodów pomocowych, do których kierujemy ten tekst, powinni zdawać sobie sprawę z wielopłaszczyznowego pojmowania problematyki chorób psychicznych.

Jak już powiedzieliśmy, pojęcia normy i szaleństwa zmieniały się w czasie. W starożytności ludzie obłąkani uważani byli za proroków⁸. Jednocześnie w ówczesnej Grecji czy Egipcie uważano, że obłąd spowodowany jest gniewem bogów, czy też opętaniem przez demony⁹. To tłumaczenie na długie lata zdominowało myślenie o przyczynach niedoskonałości ludzkiego umysłu¹⁰, stąd nazwa „okres demonologiczny” funkcjonująca w odniesieniu do upośledzenia i chorób psychicznych. W średniowieczu ludzie dotknięci tymi przypadłościami budzili lęk, przez co wyganiano ich ze społeczności. Święta inkwizycja skazywała ich jako heretyków na tortury, łamanie kołem, a nawet, jako opętanych przez szatana – na palenie na stosie. Jak pisze w historycznej analizie tego okresu Kazimierz Kirejczyk, *u podstaw tego postępowania leżała [...] wypaczona miłość bliźniego, chęć ratowania nieśmiertelnej duszy „opętanego” i uchronienia innych ludzi przed zgubnym wpływem diabła*¹¹. Zdarzali się jednak i tacy, których uznawano za opętanych przez Ducha Świętego – mistyków, darzonych największym szacunkiem¹². Kirejczyk zwraca uwagę, iż ta sama religia chrześcijańska, która skazywała na śmierć w imię prawości i czystości wiary, nakazywała też dobre uczynki, które spełniano poprzez jałmużnę, tworzenie przytułków, schronisk czy zakładów nazwanych wówczas charytatywnymi (od łac. *charitas, caritas* – miłość). Pierwsze tego typu zakłady powstały w XII wieku, także w Polsce – w Poznaniu, Duchakowie i Sławkowie¹³.

W okresie renesansu powstało wiele dzieł malarskich inspirowanych szaleństwem, u którego źródła leżała groza końca świata, ludzkie słabości, grzech, rządzone napędzane przez złe duchy (np. malarstwo Hieronima Boscha czy Petera Breugla). XVII wiek przyniósł koniec

⁷ A. Kapusta (1999), *Szaleństwo i władza: myśl krytyczna Michela Foucaulta*, praca doktorska, UMCS, Lublin [online][dostęp: 27.05.2014], <<http://andkapusta.files.wordpress.com/2010/04/doktorat11.pdf>>.

⁸ M. Seligman, E. Walker, D. Rosenhan (2003), *Psychopatologia*, Zysk i S-ka, Poznań s. 27.

⁹ R. Porter (2003), *Szaleństwo. Rys historyczny*, Dom Wyd. Rebis, Poznań, s. 2

¹⁰ J. Kulbaka (2012), *Niepełnosprawni. Z dziejów kształcenia specjalnego*, Wyd. APS, Warszawa.

¹¹ K. Kirejczyk (1981), *Z historii pedagogiki specjalnej [w:] tegoż, Upośledzenie umysłowe – pedagogika*, PWN, Warszawa, s. 16.

¹² R. Porter (2003), *Szaleństwo...*, dz. cyt., s. 28–31.

¹³ K. Kirejczyk (1981), *Z historii pedagogiki specjalnej...*, dz. cyt., s. 19.

„polowania na czarownice”, a wiara w nadprzyrodzone moce ustąpiła miejsca nauce. Nie znaczy to, że wcześniej choroby psychiczne nie były nauce znane. Medycyna zapoczątkowana obserwacjami takich mędrców jak Hipokrates (IV w p.n.e.) rozwijała się jednak przez długi czas głównie poza kręgiem europejskim.

Poglądy Hipokratesa były bardzo światłe. Ten grecki lekarz, uznany „ojcem medycyny”, wiązał już wtedy choroby psychiczne z funkcjonowaniem mózgu, analizował ich przyczyny. Dokonał także klasyfikacji chorób psychicznych, wyróżniając epilepsję, manię, melancholię i paranoję. Jak widać, nazwy te pozostały do dziś, choć zmieniły się kryteria opisu i rozpoznawania tych chorób, czego zresztą można oczekiwać po blisko 25 wiekach zbierania dowodów w tym zakresie. Jednakże – co warto podkreślić – poglądy Hipokratesa na leczenie chorób psychicznych moglibyśmy nazwać bardzo współczesnymi. Dla przywrócenia równowagi choremu organizmowi zalecał łagodność i delikatne postępowanie z chorymi, miłą atmosferę, dobre odżywianie. Po upadku świata hellenistycznego wiedza medyczna zaczęła się rozwijać w krajach arabskich, gdzie już w IX–X wieku zaczęto zakładać szpitale dla chorych psychicznie¹⁴.

W Europie, jak powiedziano, dopiero połowa XVII wieku pozwoliła przestać kojarzyć chorobę psychiczną, a właściwie – według ówczesnej nomenklatury – obłąd ze zjawiskami nadprzyrodzonymi. Oświecenie upomniało się o naukowe wyjaśnienie zjawiska i tak poprzez racjonalistyczną analizę szaleństwo zostało wykluczone jako nienaukowe przez Kartezjusza, a ściślej – przez jego podmiot wątpiący. Ta sama epoka przyniosła również tzw. wielkie zamknięcie okrucieństwa i poniżenie domu wariatów [...], gdzie posługiwano się batem i zakuwaniem w łańcuchy¹⁵. Stosowano w celach leczniczych upusty krwi, środki przeczyszczające, wymyślne tortury i wyrafinowane narzędzia tych tortur. Osoby chore psychicznie podzieliły los innych wyrzutków społeczeństwa – żebraków, prostytutek, złodziei, włóczęgów – trafiając do szpitali – azylów, które zaczęły bardzo szybko powstawać w tym czasie. Choć nie-rozum oddzielono od rozumu, to po to, by odizolować ten pierwszy od świata, by go zamknąć i kontrolować. Chorych psychicznie usuwano na margines społeczeństwa, w szpitalach traktowano ich jak zwierzęta w klatkach¹⁶.

Dopiero koniec stulecia XVIII i wiek XIX przyniosły epokę humanitaryzmu i opieki medycznej. Zapoczątkowała ją w 1792 r. reforma szpitalnictwa psychiatrycznego dokonana we Francji przez Filipa Pinela. Pinel uwolnił chorych psychicznie z łańcuchów. Za Francją reform szpitalnictwa psychiatrycznego dokonano we Włoszech, w Anglii, potem także w innych krajach. Utorowało to drogę racjonalnemu, humanitarnemu podejściu do choroby umysłowej. W XIX wieku *zbadano patologię obłądki, opisano i sklasyfikowano jego postacie, rozpoznano powinowactwa z chorobami cielesnymi oraz psychonerwicami. Leczeniem zaczęły zajmować się szpitale uniwersyteckie, zwielokrotniła się liczba przychodni, coraz większą wagę poświęcano*

¹⁴ Tamże, s. 18.

¹⁵ R. Porter (2003), *Szaleństwo...*, dz. cyt., s. 15.

¹⁶ Tamże, s. 68–69 i 108–109.

aspektem społecznym¹⁷. Jednocześnie XIX wiek przyniósł nagły wzrost liczby i rozmiarów szpitali psychiatrycznych oraz gwałtowny przyrost liczby pacjentów: w Anglii dziesięciokrotnie w ciągu stulecia (1800–1900), we Włoszech pięciokrotnie w ciągu niespełna trzydziestu lat (1881–1907). Roy Porter tłumaczy taki rozrost nie troską o losy chorych, tylko mentalnością – *pozytywistyczną, biurokratyczną, utylitarną i profesjonalną*, pokładającą wielką wiarę w związkach instytucjonalnych. Choć w szpitalach nie było już łańcuchów, osiągnięto inną formę kontroli powszechnością rozwiązań segregacyjnych. *Szkoły, domy pracy, więzienia, szpitale i przytulki – czyż nie można w ich ścianach zamknąć, a dzięki temu rozwiązać, problemów społecznych zrodzonych w wyniku przemian demograficznych, urbanizacji i industrializacji?*¹⁸

➔ Co przyniósł chorym psychicznie wiek XX i XXI? Jedni mówią o postępie nauk, inni – przede wszystkim Michel Foucault – o dalszym zniewoleniu i biowładzy. Autor *Historii szaleństwa w dobie klasycyzmu, Historii kliniki* i innych dzieł, które rozpoczęły publiczną dyskusję nad rolą psychiatrii we współczesnym świecie, wskazuje, iż to społeczeństwo, zamykając rękami psychiatrów obłąkanych w szpitalach i poddając ich nadzorowi, skonstruowało pojęcie choroby psychicznej – a może i samą chorobę – sprowadzając do jej ograniczonych ram wolne niegdyś szaleństwo. Nadal w dziełach myśliciela szaleństwo pozostaje okryte wielką, zdawać by się mogło, metafizyczną tajemnicą, zaś pozytywistyczna wiedza o nim traktowana jest z pobłażliwością dla ludzkiego umysłu, który próbuje – w nieudolny sposób – odkryć prawdę o sobie samym¹⁹. Zatem w jakiś sposób to odkrywanie tajemnicy szaleństwa jest źródłem wiedzy o człowieku w ogóle, choć bezlitośnie obnaża również słabość nauki zwanej psychologią.

Ten krytyczny stosunek do nauki, do psychologii, w podtekście także do psychiatrii, wyraża sceptycyzm podzielany przez wielu zwolenników nurtu antypsychologii i antypsychiatrii²⁰. Nie zmienia to faktu, iż narodziny psychologii eksperymentalnej, jej rozwój na przełomie XIX i XX wieku, jak również fenomen popularności psychoanalizy Siegmunda Freuda i jego następców wyznaczyły nowe miejsce „psychoprofesjom” we współczesnym świecie. Wiek XX uznany *wiekem psychiatrii [...] przyniósł wyjaśnienie kwestii psychopatologii, z drugiej zaś strony przyznał szerszy zakres i prawomocność terapii psychologicznej. Rewolucyjne zmiany zaszły w somatycznych metodach leczenia, reżim w szpitalach dla umysłowo chorych ulegał dalszej liberalizacji, doszło do połączenia różnych wymiarów opieki, które z kolei – coraz bardziej zindywidualizowane – składają się na ciągły proces terapeutyczny, obejmujący swym zakresem szeroko rozumianą społeczność*²¹. Niewątpliwie psychiatrzy w XX wieku zyskali nowe narzędzie

¹⁷ Tamże, s. 15.

¹⁸ Tamże, s. 129.

¹⁹ M. Foucault (1987), *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, PWN, Warszawa; tegoż *Choroba umysłowa a psychologia*, (2000), Wyd. KR, Warszawa; tegoż (1999), *Szaleństwo i literatura...*, dz. cyt.; i inne.

²⁰ Główni propagatorzy antypsychiatrii to oprócz M. Foucaulta: R.D. Laing, T. Szasz, a w wersji popularnej K. Kesey (autor kultowej książki *Lot nad kukulczym gniazdem*, wyd. polskie 1991, tłum. T. Mirkowicz, PIW, Warszawa). Sprzeciw wobec „psycho-nauk” nie musi jednak oznaczać zupełnej negacji ich sensu, ale podważenie dotychczasowych praktyk klinicznych. Sam Laing mówi nawet bardziej o „psychiatrii krytycznej” niż o „antypsychiatrii”. J. Dalke (2012), *O genezie i strukturze przeżyć w schizofrenii według R.D. Lainga* [w:] P. Prus, A. Stelmaszczyk (red.), *Wokół rozumienia szaleństwa. Szkice z zakresu humanistyki*, Wyd. Nauk. UMK, Toruń, s. 69.

²¹ A. Lewis, za: R. Porter (2003), *Szaleństwo...*, dz. cyt., s.15–17.

leczenia – ale i zniewolenia – leki psychotropowe, pozwalające regulować ludzką psychikę, nastroje, emocje. Pojawiły się także elektrowstrząsy i psychochirurgia, z niesławnym zabiegiem lobotomii, drastycznego przecięcia płatów czołowych, ukazanego jako wyraz władzy nad niepokornym pacjentem w słynnej książce Kena Keseya *Lot nad kukulczym gniazdem*²², a upowszechnionej poprzez film Miloša Formana o tym samym tytule.

Z czym wchodzimy w wiek XXI? U progu dwudziestego pierwszego wieku bilans psychiatryczny zamykają również sprzeczne głosy. Właściwie każdy argument da się zrównoważyć przeciwnym. Duma ze znacząco poszerzonej wiedzy o rozległym spektrum zaburzeń psychicznych – zderza się z argumentem o społecznej konstrukcji wciąż nowych i nowych jednostek nozologicznych. Postępy farmakoterapii – z psychomanipulacją neurochemii. Rozpowszechnienie usług psychiatrycznych – ze sceptycyzmem i ograniczoną wiarą w jej faktyczne możliwości. Rozwój psychoanalizy i psychoterapii – z dyskredytacyjną oceną szarlatanerii i merkantylnego rozbudzania i przywiązywania do nowych usług. Wysoce specjalistyczne leczenie szpitalne – z krytyką instytucjonalnego totalizmu, równoważonego ideą wyjścia z terapią do środowiska.

Nie czas na oceny i rozstrzygnięcia, zwłaszcza gdy niektóre z przedstawionych alternatyw funkcjonują w nauce jako w pełni równoprawne dyskursy. Jedno wydaje się ważne: psychiatria stoi przed trudnym momentem konieczności dookreślenia swoich paradygmatów, również w zgodzie ze współczesnymi paradygmatami nauk społecznych i humanistyki. Musi również rozwiązać problemy, które są związane z jej rosnącym wpływem na społeczeństwo. Z taką refleksją zakończymy ten podrozdział słowami Roya Portera, który był jednym z głównych przewodników po krótkim zarysie historii szaleństwa i choroby psychicznej, przedstawionym w tym rozdziale. Oceniając współczesną psychiatrię, Porter mówi:

*Tymczasem, częściowo z powodu proliferacji psychiatrii, u coraz większej liczby ludzi orzeka się chorobę – de facto oni sami **żądadają** rozpoznania u siebie choroby – a w istocie coraz większą liczbę chorób. Taki jest los „kultury ofiar”, w której całkiem określone korzyści mogą wynikać z akcesu do psychiatrycznego paradygmatu. Obecnie znacznie więcej ludzi niż niegdyś rutynowo łyka lekarstwa, wraz z nimi zapewne karmiąc się teoriami psychiatrycznymi, uczęszczając do rozmaitej maści terapeutów. Dzieje się tak, ponieważ język psychologii i psychiatrii zajmuje miejsce języka chrześcijaństwa i humanizmu w roli środków nadających sens jaźni – a więc samemu sobie, bliźnim i autorytetom*²³.

1.2. Kontrowersje wokół pojęcia normy

Pojęcie normy dotyczącej stanu zdrowia i zachowań człowieka nie jest ani oczywiste, ani jednoznaczne, stąd toczone do dziś spory, jak i różny stosunek do norm, zwłaszcza w naukach społecznych, ale także medycznych. Istnieje wiele konstruktów norm w psychiatrii:

²² K. Kesey (1991), *Lot nad kukulczym...*, dz. cyt.

²³ R. Porter (2003), *Szaleństwo...*, dz. cyt., s. 244–245.

- ➔ norma statystyczna – oznaczająca średnią wartość wraz z odchyleniami standardowymi;
- ➔ norma teoretyczna – opracowana przez grona ekspertów;
- ➔ norma funkcjonalna – traktująca jako normatywny ten fenomen, który daje dobre przystosowanie społeczne.

W psychiatrii usiłowano opracować „obiektywne” kryterium normy. Pierwszą próbą było podejście statystyczne (norma statystyczna). Za normę przyjęto średnią wartość badanej właściwości zachowania plus/minus dwa odchylenia standardowe. Kryterium to, mimo pozornej obiektywności, nie sprawdziło się. Jedyną pozostałością tak rozumianej normy jest kryterium psychometryczne niepełnosprawności intelektualnej, rozumiane jako iloraz inteligencji mierzony za pomocą Testu Wechslera (WAIS-R) mniejszy od wartości 70²⁴. Średni iloraz inteligencji wyrażony przy pomocy dewiacyjnego ilorazu inteligencji wynosi w populacji 100, odchylenie standardowe wynosi 15. Zatem iloraz inteligencji mieszczący się w przedziale 70–130 jest uznany za normatywny. Niemniej u ludzi z ilorazem inteligencji większym niż 130 nie rozpoznaje się zaburzenia psychicznego. Ponadto sam iloraz niższy niż 70 nie jest wystarczający do postawienia diagnozy upośledzenia (jest jeszcze kryterium przystosowania społecznego i kryterium wieku).

Kolejnym sposobem definiowania normy w psychiatrii jest tzw. norma teoretyczna. Norma teoretyczna opracowana jest przez grona ekspertów z całego świata. Uwzględnia ona:

- ➔ wyniki badań naukowych nad patogenezą, rozpowszechnieniem, objawami, leczeniem i tzw. współchorobowością określonych zaburzeń (fenomenów) klinicznych,
- ➔ aspekt funkcjonalności lub dysfunkcjonalności danego fenomenu,
- ➔ wyniki badań statystycznych,
- ➔ uwarunkowania socjologiczne i kulturowe danego fenomenu.

W psychiatrii obowiązuje norma teoretyczna skodyfikowana w formie klasyfikacji ICD-10 (*International Classification of Diseases* – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, aktualnie dziesiąta edycja²⁵) i DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych, od niedawna piąta edycja²⁶) przez grono wybitnych ekspertów z całego świata. Norma teoretyczna obecnie zbliżona jest do normy funkcjonalnej, bowiem przy tworzeniu klasyfikacji uwzględnia się przede wszystkim funkcjonalność lub dysfunkcjonalność jakiegoś fenomenu w kontekście zarówno biologicznym, jak i społecznym.

²⁴ K. Bobińska, T. Pietras, P. Gałęcki (2012), *Niepełnosprawność intelektualna – etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia*, Wyd. Continuo, Wrocław.

²⁵ Najnowsza wersja ICD-10, wraz z aktualizowanym opisem statusu stale doskonałej klasyfikacji oraz z narzędziami treningowymi, znajduje się na stronie WHO: *ICD-10. International Classification of Diseases*, Genewa, 2010, [online] [dostęp: 22.06.2014], <<http://www.who.int/classifications/icd/en/>>; nieco starsza, polska wersja językowa: *Międzynarodowa ICD-10, Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*, 2008 [online] [dostęp: 22.06.2014], <<http://www.csioz.gov.pl/src/files/klasyfikacje/ICD10TomI.pdf>>.

²⁶ *American Psychiatric Association DSM-5 Development*, [online] [dostęp 19.06.2014] <<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>>.

Lesław Pytka zwraca uwagę na ważną kwestię, a mianowicie, że normę, tj. zachowania normalne, człowiek jest w stanie odróżnić w konkretnym środowisku. Wyznaczają ją oczekiwania i standardy społeczno-kulturowe. Każda grupa, każda społeczność, każde społeczeństwo ma swoje własne standardy – etyczne, obyczajowe, kulturowe i inne. Zachowanie oceniane jest najczęściej jako normalne, jeśli nie odbiega od tych standardów, a więc od zachowań, które występują w danym środowisku najczęściej. Autor zwraca jednak uwagę, że jeśli środowiska różnią się od siebie znacznie, wieloma cechami – nie gwarantują jednostce uznawalności standardu normalności przeniesionego ze środowiska drugiego. Inaczej mówiąc: to, co normalne w jednym z nich, w drugim takie być nie musi²⁷.

To ważne spostrzeżenie wskazuje na konieczność:

1. Odnoszenia standardów normy do środowiska osoby, której zachowanie jest oceniane; w przypadku oceny zachowania dzieci i młodzieży norma dodatkowo uwzględnia wiek, czasem również poziom klasy szkolnej.
2. Uwzględniania w ocenie doświadczenia związanego z intensywnością uczestnictwa w tym środowisku; osoba marginalizowana lub wykluczona nie podziela części doświadczeń pozostałych osób; takim przypadkiem jest osoba chora czy niepełnosprawna, pozostająca długotrwale w domu, w samotności – do jakich standardów odnieść jej zachowanie?
3. Dążenia do tworzenia testów, a więc i norm nieobciążonych kulturowo, tzw. *culture-free*; testy te umożliwiają porównania międzykulturowe.
4. Dążenia do tworzenia norm ponadkulturowych, bazujących na wspólnych doświadczeniach różnych kultur lub po prostu uniwersalnych doświadczeniach różnych ludzi; taki rodzaj norm wypracowują od lat międzynarodowe instytucje tworzące normy do rozpoznawania chorób i zaburzeń; nie można powiedzieć, że wśród kryteriów diagnostycznych nie ma elementów wysyconych kulturowo, jednak np. proces tworzenia klasyfikacji diagnostycznych (wymienione wyżej ICD-10, DSM-IV) uwzględnia etap gromadzenia diagnoz dokonywanych w różnych krajach po to, by ustalone ostatecznie kryteria pozwoliły na postawienie na podstawie takich samych symptomów dokładnie takiej samej diagnozy w różnych krajach.

Uwzględnianie w diagnozie partycypacji społecznej (pkt. 2), a właściwie jej braku nie oznacza całkowitej dowolności w interpretacji wyników. Takie działanie byłoby sprzeczne z zasadami standaryzacji i uderzałoby w rolę, jaką pełnią normy w psychometrii. Natomiast właściwym podejściem jest wykonanie diagnozy standaryzowanej (diagnozujemy wówczas ponieważ skutki owego ograniczonego uczestnictwa) i uzupełnienie jej o diagnozę czy też interpretację kliniczną.

Właśnie na podstawie diagnostyki klinicznej (psychometrii uzupełnionej obserwacją kliniczną) wyodrębniono wśród uczniów badanych testem inteligencji z wynikami w granicach pomiędzy pierwszym a drugim odchyleniem standardowym (czyli wśród osób różniących się

²⁷ L. Pytka (2000), *Pedagogika resocjalizacyjna*, Wyd. APS, Warszawa, s. 18.

nieznacznie wynikiem, maksymalnie o 15 punktów ilorazu inteligencji) aż 5 grup klinicznych (np. dzieci zaniedbane pedagogicznie, z lekką niepełnosprawnością intelektualną, intensywnie stymulowane, z fragmentarycznymi deficytami rozwojowymi, o powolnym tempie procesów poznawczych i inne). Sam wynik ilorazowy nie daje obrazu takiego zróżnicowania. Ciekawostką może być to, że niegdyś obszar takich wyników nazywano mianem pogranicza. Pojęcia granicy i pogranicza bardzo intrygują badaczy, po pierwsze z powodu kontrowersji na temat tego, czy naprawdę można wytyczać linie podziału między ludźmi, dzieląc ich na normalnych i nienormalnych, zdrowych i chorych, sprawnych i niepełnosprawnych itd. Po drugie dlatego, że tak naprawdę najwięcej ciekawych rzeczy dotyczących ludzi dzieje się na pograniczu – w domyśle: także na pograniczu zdrowia i choroby psychicznej. W jakimś stopniu to wewnętrzne zróżnicowanie badanej grupy znosi granicę, tak jak znosi granicę diagnoza funkcjonalna, nienormatywna.

Refleksje te dotyczą różnic, które lepiej czy gorzej, ale da się zmierzyć (IQ). Jeszcze więcej wątpliwości będzie tam, gdzie normy nie wyznacza prosty pomiar, jak w chorobie psychicznej. Wątpliwości dotyczące tego, czy da się zamknąć chorobę psychiczną i szaleństwo, wytyczając wyraźną granicę, są jeszcze większe. I tu ujawnia się jeszcze jeden aspekt intrygującej granicy. To potrzeba jej przekraczania, transgresji. Interesująco ujął to Michel Foucault: *Transgresja jest gestem dotyczącym granicy [...]. Kreska, która przecina z powodzeniem, mogłaby być całą jej przestrzenią [...]. Granica i transgresja zawdzięczają sobie wzajemne osadzenie w bycie: stąd nieistnienie granicy, która nie mogłaby być w żaden sposób przekroczona, i odwrotne – znikomość transgresji, która przekraczałaby tylko granice iluzji i cienia*²⁸. Tam współlegzystują ze sobą choroba i zdrowie psychiczne. Przez pryzmat jednego dowiadujemy się o drugim. Wiedza o ludzkiej kondycji rozwinęła się w dużym stopniu dzięki wiedzy o chorobie.

1.3. Czy choroba psychiczna jest niepełnosprawnością?

Choroba i niepełnosprawność nie są pojęciami tożsamymi. Choroba jest przejściowym lub przewlekłym stanem organizmu, dynamiczną reakcją na czynniki chorobotwórcze, zakłócające jego równowagę. Natomiast pojęcie niepełnosprawności – wbrew pozorom – wcale nie jest łatwe do zdefiniowania. Wbrew pozorom – gdyż jest to pojęcie używane powszechnie, na co dzień, a skojarzenie z wózkiem inwalidzkim jest tak silne, że osoby poruszające się na nim są niejako emblematem niepełnosprawności. Jednak wewnętrzne zróżnicowanie – ze względu na kategorie i stopnie niepełnosprawności, różne skutki funkcjonalne przy podobnych ograniczeniach, subiektywne i obiektywne kryteria niepełnosprawności, jak również zróżnicowany status, czyli podział na niepełnosprawność biologiczną i prawną – nasuwa wątpliwości co do tego, czym jest kategoria pojęciowa o nadrzędnym znaczeniu. Inaczej mówiąc: jaką treścią wypełnić termin „niepełnosprawność”, by odpowiadał tym wszystkim desygnatom?

²⁸ M. Foucault (1999), *Przedmowa do transgresji [w:] tegoż, Szaleństwo i literatura. Powiedziane, napisane. Wybór tekstów*, Wyd. Aletheia, Warszawa, s. 51.

Pojęcie niepełnosprawności dotyczy długotrwałego, często nieodwracalnego ograniczenia człowieka w zakresie możliwości jego funkcjonowania zgodnie ze standardami środowiska, w którym żyje, pełnienia ról społecznych, zaspokajania własnych potrzeb. Ale już to, co stanowi o istocie tego ograniczenia, czyli jakie jest źródło i mechanizm barier, może być kwestią dyskusyjną.

Przez wieki, a i obecnie, w wielu ubogich krajach trzeciego świata niepełnosprawność traktuje się jako problem tkwiący w jednostce, przypadłość ludzkiego losu, powodującą defekt, wobec którego można tylko rozłożyć ręce i co najwyżej wesprzeć człowieka w jego niedoli. Jednakże współcześnie postawa bezradności, kompensowanej litością, została zastąpiona postawą aktywnego zapobiegania niepełnosprawności i jej skutkom. To, w jaki sposób można to osiągnąć, zależy od przyjętego modelu niepełnosprawności, a jest ich wiele (np. medyczny, medyczno-opiekuńczy, społeczny, społeczno-kulturowy, interaktywny, antropologiczny, socjopolityczny i in.²⁹). Oznacza to, iż problem niepełnosprawności traktowany jest jako ważny społecznie i że wciąż poszukuje się koncepcji teoretycznej, która byłaby w stanie wygenerować optymalne rozwiązania dla praktyki. Obecnie najbardziej widoczną opozycją teoretyczną jest przeciwstawienie sobie medycznego i społecznego modelu niepełnosprawności, jednak z tendencją do syntezy różnych aspektów niepełnosprawności w wielowymiarowym modelu bio-psycho-społecznym³⁰.

W praktyce dla rozwiązań systemowych na rzecz osób z niepełnosprawnością, w tym z niepełnosprawnością psychiczną, mają zastosowanie dwie definicje niepełnosprawności: odwołująca się do wspomnianego modelu bio-psycho-społecznego definicja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z roku 1980, spójna z klasyfikacją medyczną ICIDH (*International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*)³¹, oraz definicja wprowadzona w *Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych* (ONZ) z roku 2006 (w Polsce od 2012 roku)³², odwołująca się do modelu społecznego i opartego na prawach, a spójna z klasyfikacją medyczną ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*)³³.

Klasyfikacja WHO (1980) definiuje niepełnosprawność na trzech poziomach:

- ➔ Poziom biologiczny: uszkodzenie (ang. *impairment*) – to wszelki brak lub anormalność anatomicznej struktury narządów oraz brak lub zaburzenie funkcji psychicznych lub fizjologicznych organizmu na skutek określonej wady wrodzonej, choroby lub urazu.
- ➔ Poziom psychologiczno-funkcjonalny: niesprawność (ang. *disability*), niepełnosprawność funkcjonalna, dysfunkcja – to wszelkie ograniczenie lub brak wynikający

²⁹ Zob. analiza tego zagadnienia: R.J. Kijak (b.r.), *Niepełnosprawność intelektualna. Między diagnozą a działaniem*, IRSS, Warszawa, s. 9–11; D. Podgórska-Jachnik (2014), *Glusi. Emancypacje*, Wyd. Nauk.WSP w Łodzi, Łódź, s. 17–29.

³⁰ Liczne odniesienia do modelu psychiatrii środowiskowej w niniejszej monografii sugerują, że płodne poznawczo, zawłaszcza w odniesieniu do niepełnosprawności psychicznej, są też jej ujęcia antropologiczne i kulturowe. Zob. np. koncepcję brokeringu kulturowego w odniesieniu do niepełnosprawności w ujęciu Mary Ann Jezewski, opisaną szerzej w: B. Borowska-Beszta (2012), *Niepełnosprawność w kontekstach kulturowych i teoretycznych*, Oficyna Wyd. Impuls, Kraków, s. 202, jak również w: D. Podgórska-Jachnik (2014), *Praca socjalna z osobami z niepełnosprawnością i ich rodzinami*, ZRZL, Warszawa.

³¹ ICIDH (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*), 1980, WHO, Bruksela.

³² *Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r.*, ogłoszona 25 października 2012 (Dz. U. 2012 poz. 1169).

³³ ICF. *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*, CSIOZ, s. 6. [online] [dostęp: 15.03.2014], <http://www.csioz.gov.pl/src/files/klasyfikacje/ICF_Polish_version.pdf>.

z uszkodzenia zdolności wykonywania czynności w sposób i w zakresie uważanym za normalny dla człowieka.

- ➔ Poziom (psycho)społeczny: upośledzenie społeczne (ang. *handicap*) – oznacza mniej uprzywilejowaną lub mniej korzystną sytuację danej osoby, wynikającą z uszkodzenia i niepełnosprawności funkcjonalnej, która ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie ról stosownych do wieku jednostki, jej płci oraz sytuacji społeczno-kulturowej³⁴.

Wielopoziomowa koncepcja niepełnosprawności zwróciła uwagę na to, iż niepełnosprawność na poziomach wyższych ujawnia się jako skutek nieskompensowanego uszkodzenia czy dysfunkcji. Pozwala to na sformułowanie następujących wniosków:

- ➔ Trzy poziomy ujęcie niepełnosprawności umożliwia wyprowadzenie działań profilaktycznych i kompensacyjnych, które mają zapobiegać lub ograniczać skalę skutków uszkodzenia czy dysfunkcji.
- ➔ W ujęciu tym upośledzenie (poziom trzeci) nie jest właściwością jednostki, ale skutkiem niekorzystnej sytuacji, w jakiej się ona znajduje. Dysfunkcje są z pewnością jakimś ograniczeniem dla jednostki, ale w jeszcze większym stopniu człowieka upośledza niedostosowane, pełne barier, nieprzyjazne i niewspomagające otoczenie.
- ➔ Ujęcie takie pozwala na przeczącą odpowiedź na pytanie postawione w tytule podrozdziału: nie, choroba psychiczna nie musi być niepełnosprawnością. Niepełnosprawność może stanowić efekt nieskompensowania skutków choroby w interakcji z niekorzystnymi czynnikami środowiskowymi (barierami), ale tak być nie musi. Niezależnie od formalnego aspektu orzekania o niepełnosprawności w przypadku choroby psychicznej³⁵, zaburzenia psychiczne nie muszą przekładać się na niepełnosprawność i najlepiej, aby tak się nie stało.
- ➔ Rolą pracownika socjalnego i innych specjalistów zajmujących się osobami z zaburzeniami psychicznymi jest udzielanie takiego rodzaju wsparcia, które spowoduje, że choroba nie przerodzi się w niepełnosprawność, ściślej: że niesprawność nie przerodzi się w upośledzenie oraz że ograniczone będą skutki upośledzającej sytuacji, w jakiej znalazła się ta osoba.

Tyle teoria. W praktyce większość osób z chorobą psychiczną, zwłaszcza długotrwałą, zostaje uznanych za niepełnosprawne. Pewnym paradoksem praktyki będzie również to, że aby uzyskać niektóre świadczenia pomocowe, trzeba posiadać orzeczenie o niepełnosprawności, a więc żeby nie popaść w niepełnosprawność (w sensie społecznym), trzeba być niepełnosprawnym (w sensie prawnym).

³⁴ ICDH (*International Classification of Impairments...*), dz. cyt.

³⁵ Należy przyznać, że ze względu na wyjątkową trudność w zatrudnieniu osób z chorobą psychiczną w przypadku jej stwierdzenia w praktyce orzeczniczej najczęściej orzeka się o niepełnosprawności i najczęściej w stopniu znacznym. Tu jednak ujawnia się aspekt pragmatyczny, odzwierciedlający przede wszystkim istniejące bariery społeczne, a nie zupełny brak zasobów osobistych tych pacjentów.

Druga, najnowsza definicja niepełnosprawności wynika z *Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych* (ONZ 2006, Polska 2012). Zgodnie z zapisami Konwencji niepełnosprawność – uznana w preambule za pojęcie ewoluujące – *jest wynikiem interakcji pomiędzy osobami z dysfunkcjami a barierami środowiskowymi i wynikającymi z postaw ludzkich, będącej przeszkodą dla pełnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w życiu społecznym, na równych zasadach z innymi obywatelami*³⁶. Inny punkt Konwencji mówi, że osobami niepełnosprawnymi są osoby, które *mają długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, umysłową, intelektualną lub w zakresie zmysłów, co może w oddziaływaniu z różnymi barierami utrudniać im pełny i skuteczny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami*³⁷. Z zapisów Konwencji można wobec tego wywnioskować o:

- ➔ społecznym charakterze niepełnosprawności, tkwiącej poza samą osobą określaną jako niepełnosprawna;
- ➔ poszanowaniu prawa do równości i pełnej partycypacji jako założeniu wyjściowym, któremu muszą być podporządkowane wszystkie działania wyrównujące szanse;
- ➔ potencjalnym charakterze skutków niepełnosprawności, które mogą wystąpić (negatywny wynik interakcji społecznej), lecz nie muszą (pozytywny wynik interakcji); takie podejście widoczne jest również w klasyfikacji ICF (możliwość ujęcia w diagnozie tych czynników środowiskowych, które są oceniane *in puls* bądź *in minus*).

Uznanie choroby (w tym także psychicznej), a zwłaszcza jej skutków za niepełnosprawność wiąże się z oceną wynikających z niej dysfunkcji i ograniczeń jako poważnie utrudniających funkcjonowanie społeczne i zawodowe, a nawet uniemożliwiających wykonywanie podstawowych czynności życiowych. Ocena podlega sformalizowanej i ujętej w szczegółowe przepisy prawne procedurze orzeczniczej³⁸, dla której punktem wyjścia jest prawna definicja niepełnosprawności, zawarta w ustawie o rehabilitacji³⁹. Zgodnie z jej zapisami niepełno-

³⁶ Punkt (e) *Preambuly* [w:] *Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r.*, ogłoszona 25 października 2012 (Dz. U. 2012 poz. 1169).

³⁷ Art. 1, tamże.

³⁸ *Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności* (Dz. U. z dnia 8 sierpnia 2003 r.) Dz. U. 03.139.1328, wraz z późniejszymi zmianami (2009, 2014); *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia* (Dz. U. z dnia 1 marca 2002 r.) Dz.U.02.17.162, wraz z późniejszymi zmianami (2009); *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2007 r. w sprawie wykonywania badań specjalistycznych na potrzeby orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności* (Dz. U. z dnia 31 grudnia 2007 r.) Dz. U. 07.250.1875.

³⁹ *Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (Dz. U. 123, pozycja 776) należy do chyba najczęściej nowelizowanych i podlegających ciągłym zmianom ustaw. Ponieważ stanowi podstawę większości świadczeń dla osób z niepełnosprawnością, w tym z niepełnosprawnością psychiczną, w szczególności reguluje tytułowe kwestie ich rehabilitacji i zatrudnienia, pracownik socjalny powinien znać aktualną treść tego aktu prawnego. Tekst jednolity Ustawy obejmujący kilkadziesiąt (!) zmian z lat 1997–2010 opublikowany został w 2011 r. – *Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 11 maja 2011 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (Dz. U. Nr 127, poz. 721). Do tego należy dodać ostatnią nowelizację z 2012 r. – *Ustawa z dnia 28 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. 2012, poz. 986). Właściwym miejscem pozwalającym na śledzenie zmian, dostęp do aktualnych aktów prawnych, jak i uzyskanie ważnych, wartościowych wskazówek dotyczących prawnych aspektów niepełnosprawności, w tym całej procedury orzeczniczej, jest strona internetowa Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych: Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób niepełnosprawnych [online] [dostęp: 10.05.2014], <<http://www.niepelnosprawni.gov.pl/prawo/>>. Na stronie Pełnomocnika znajdują się również wszystkie rozporządzenia dotyczące kwestii orzeczniczych, wskazane w poprzednim przypisie.

sprawność oznacza *trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy.*

Uzyskanie orzeczenia o niepełnosprawności – trwałej lub okresowej – umożliwia osobie z zaburzeniami czy chorobą psychiczną korzystanie z różnych form rehabilitacji i wsparcia społecznego przewidzianego dla osób niepełnosprawnych. Ponieważ chorzy psychicznie, kierowani wstydem czy obawą przed skutkami życiowymi formalnego potwierdzenia ich statusu osoby niepełnosprawnej, mogą unikać występowania o orzeczenie, pracownik socjalny powinien razem z chorym i jego rodziną rozważyć różne za i przeciw, by umożliwić im podjęcie bardziej świadomej i rozważnej decyzji. Pomocni w tym względzie mogą być lokalni samorządowi rzecznicy osób niepełnosprawnych, jak również organizacje pozarządowe działające na rzecz tych osób.

Orzeczenie o niepełnosprawności wydają w Polsce powiatowe lub miejskie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności. Drugą instancją są zespoły wojewódzkie, a organem odwoławczym – rejonowe sądy pracy i ubezpieczeń społecznych. W składzie komisji orzekającej jest przynajmniej dwóch specjalistów. Jednym z nich powinien być lekarz, pełniący jednocześnie funkcję przewodniczącego, ale drugim członkiem komisji może być inny specjalista – także pedagog, psycholog, doradca zawodowy czy pracownik socjalny⁴⁰.

Orzeczenia takie zawierają informację o wystąpieniu niepełnosprawności, określają jej stopień oraz dają wskazania do ulg i uprawnień.

W Polsce u osób powyżej 16 roku życia wyróżnia się trzy stopnie niepełnosprawności:

- ➔ niepełnosprawność znaczną,
- ➔ umiarkowaną,
- ➔ lekką.

W przypadku osoby, która nie ukończyła jeszcze 16 lat, orzeka się tylko istnienie niepełnosprawności, bez orzekania o jej stopniu. Wynika to z faktu, że:

- ➔ osoba młodociana nie może pracować, w związku z tym trudno w jej przypadku określić stopień utrudnienia w wykonywaniu pracy zawodowej,
- ➔ przyjmuje się, że do 16 roku życia potencjał rozwojowy podmiotu w okresie dzieciństwa uniemożliwia określenie w przyszłości stopnia niepełnosprawności.

Trzecie uzasadnienie wiąże się ze szczególną specyfiką okresu dzieciństwa i adolescencji. Skutkiem tego w orzekaniu o niepełnosprawności niepełnoletnich przyjmowane są inne kryteria diagnostyczne, odnoszące się do form aktywności charakterystycznych dla młodego wieku (np. nauka, a nie praca jako forma dominująca w życiu młodego człowieka). Dlatego

⁴⁰ Wykaz lokalnych zespołów orzekających, jak również opis szczegółowych procedur orzeczniczych znajduje się na przywoływanej już stronie Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, Zob. *Status osoby niepełnosprawnej*, Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych [online] [dostęp: 10.05.2014], <<http://www.niepelnosprawni.gov.pl/niepelnosprawnego/>>.

niezasadnym byłoby w tym przypadku orzekanie na wzór orzekania o niepełnosprawności dorosłych.

Znaczny stopień niepełnosprawności orzeka się w przypadku osób, których funkcje są naruszone w takim zakresie, że są one niezdolne do pracy albo zdolne do aktywności zawodowej jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającej, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

Osobę z umiarkowaną niezdolnością do pracy uważa się za osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do niej jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.

Osoba z lekkim stopniem niepełnosprawności ma obniżoną zdolność do wykonywania pracy w porównaniu z osobą zdrową o zbliżonych kwalifikacjach i umiejętnościach.

Powstaje pytanie, czy osoba z zaburzeniami w postaci choroby psychicznej (psychozy) może pracować i jaki jest stopień jej niepełnosprawności – to ponownie nawiązanie do tytułu podrozdziału, tym razem w aspekcie pragmatycznym. Odpowiedź zawsze będzie złożona i niejednoznaczna, gdyż zawiera w sobie pewne sprzeczności. Będzie jeszcze o tym mowa w ostatnim rozdziale. Tam również przedstawiamy konkretne możliwości zatrudnienia osoby ze schizofrenią. W tym miejscu należy tylko powiedzieć, iż praca nie jest jedynie warunkiem lepszej jakości życia osoby z chorobą psychiczną, lecz również czynnikiem jej rehabilitacji, podtrzymania aktywności społecznej, kontaktów z ludźmi itd. Powinna być wręcz zapisywana „na receptę”. W praktyce jednak jest to bardzo trudne. Niewiele osób z chorobami psychicznymi pracuje. Na przeszkodzie stoją nie tylko faktycznie ograniczone możliwości funkcjonalne chorych, ale także postawy i obawy pracodawcy, czasem współpracowników. Dlatego chorzy psychicznie, jeśli znajdują zatrudnienie, to najczęściej w zakładach chronionych, zakładach aktywności zawodowej. Wachlarz tych możliwości trzeba jednak zwiększać, jeśli mamy mówić o prawdziwej reintegracji społecznej. Dobrym obszarem dla realizacji potrzeby aktywności zawodowej może być ekonomia społeczna, o której również więcej w rozdziale ostatnim.

1.4. Szpital psychiatryczny – od instytucji totalnej ku normalizacji?

W rysie historycznym na początku rozdziału ukazano, czym dla ludzi chorych psychicznie okazały się szpitale: miejscem izolacji, tortur, unicestwienia⁴¹. Nawet po reformie humanitarnej obraz szpitala psychiatrycznego zostanie już zapewne na zawsze w jakiś sposób stereotypowo zniekształcony. Na instytucję szpitala psychiatrycznego zwrócili bowiem uwagę

⁴¹ Nie wspominały tutaj jeszcze o wątku eugeniki, która w XIX i w pierwszej połowie XX wieku przyczyniła się do kastracji czy śmierci wielu osób uznanych za genetycznie defektywne. Za takie uważano też osoby chore psychicznie, dlatego też termin „unicestwienie” nie jest tu użyty z przesadą.

naukowcy, badacze stosunków i struktur społecznych, humaniści. Jak już wspomniano, szczególnie głośnym głosem w tej sprawie był głos Michela Foucaulta.

Natomiast w latach 60. w socjologii pojawiła się koncepcja szpitala jako tzw. instytucji totalnej – najbardziej skrajnego modelu szpitalnictwa opiekuńczego. Nazwa ta miała symbolizować władzę – władzę totalną – nad pacjentem: nad jego potrzebami, zachowaniem, rytmem dnia, kontaktami społecznymi itd. Opisane powyżej wspomnienia ukazują rzeczywistość szpitala psychiatrycznego jako panującą nad pacjentem. Koncepcję tę wprowadził Erving Goffman, określając w ten sposób wszystkie miejsca kierujące formalnie i mechanicznie życiem ludzi w dużym skupisku na wspólnym terenie⁴². Oprócz szpitala – szczególnie psychiatrycznego – za instytucje totalne Goffman uważał np. więzienia, klasztory, domy dziecka, domy dla osób starszych. Do dziś przymierza się w analizach teoretycznych ten koncept do różnego rodzaju instytucji, a potwierdzenie, iż mamy do czynienia z instytucją totalną, jest postrzegane jako zdemaskowanie źródeł władzy, chcącej zawładnąć całkowicie całym życiem człowieka. W dużym stopniu ową potrzebę totalnego wchłonięcia i podporządkowania odnajdujemy w metaforze kombinatu⁴³. Przystają do tego w jakiś sposób inne ciekawe koncepcje totalizujące: panoptikonu⁴⁴, symulakrów czy Matrixa⁴⁵.

Według Goffmana instytucja totalna charakteryzuje się:

- ➔ „perspektywą instytucjonalną” – życie wewnątrz niej jest sformalizowane, czego wyrazem są plany, kodeksy, regulaminy, procedury; formalnie określony jest cel przebywania w niej (np. terapeutyczny), a wszystkie elementy formalne mają zapewnić jego osiągnięcie;
- ➔ „życiem w grupie” – wszelkie czynności, np. praca, wypoczynek, rekreacja, odbywają się w grupie tych samych osób, które personel musi traktować identycznie, według z góry narzuconego sposobu;
- ➔ „dwuczłonowym zarządzaniem” – wyraźny jest podział na uzupełniające się w relacji władzy kategorie: w szpitalu to podział na personel i pacjentów. Ich pozycje istotnie się różnią, a prawdziwy kontakt między nimi ma charakter incydentalny⁴⁶.

⁴² E. Goffman (2011), *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, GWP, Gdańsk.

⁴³ Tak określany jest szpital psychiatryczny na stronach cytowanej już powieści K. Kesyja *Lot nad kukulczym gniazdem*.

⁴⁴ XIX-wieczny model wzorcowej instytucji zamkniętej (koszar, szkoły, szpitala), opartej na XVIII-wiecznej wizji więzienia J. Benthama, w którym mechanizmem kontroli nad więźniami miało być wzbudzenie w nich poczucia, iż są pod stałą obserwacją. M. Foucault użył tego pojęcia jako metafory społeczeństwa nadzorującego i kontrolującego swoich obywateli we wszystkich obszarach życia. Autor przedstawił i rozwinął tę myśl w swoim słynnym dziele *Karać i nadzorować. Narodziny więzienia* (1975, pierwsze polskie wyd. 1993), Wyd. Aletheia.

⁴⁵ Koncepcja złudnych światów wokół człowieka – czystej, realistycznej symulacji rzeczywistości – określona została przez J. Baudrillarda mianem symulakrów i wywarła duży wpływ na ponowoczesną wizję świata w humanistyce i naukach społecznych [J. Baudrillard (2009), *Symulakry i symulacja*, Wyd. Sic!, Warszawa]. Odniesi się do niej także twórca kultowego filmu *Matrix*, ukazującego życie bohaterów jako *de facto* fikcję generowaną przez program komputerowy (jego nazwa dała tytuł filmowi), zaprogramowany i kontrolowany przez agentów. Fabuła filmu ukazuje dwoistość świata i niemożność odróżnienia przez człowieka prawdziwej i wirtualnej rzeczywistości – oraz walkę o odzyskanie kontroli nad rzeczywistością, co rodzi filozoficzną refleksję nad wolnością współczesnego człowieka.

⁴⁶ P. Coelho (2009), *Odpoczywając w więzieniu* [w:] *Wolność – istota bycia człowiekiem*, oprac. zbior. Wyd. G+J Gruner&Jahr Polska, Warszawa, s. 328–343, podaje za: B. Kmieciak (2010), *Osoba niepełnosprawna w instytucji totalnej. Kto jest jej rzecznikiem?* Referat wygłoszony podczas konferencji „Nic o nas bez nas”. Deklaracja Madrycka a polskie współczesne realia” z cyklu „Niepełnosprawni mają głos”, 24 września 2010 r., Międzynarodowe Targi „Rehabilitacja” w Łodzi (rękopis tekstu przygotowanego do druku wykorzystany za zgodą autora).

Błażej Kmiecik przytacza jako przykład komunikacji totalnej obraz szpitala z lat 60. w opowiadaniu brazylijskiego pisarza Paulo Coelho. Pisarz przyrównuje szpital do więzienia – mimo 200 lat rozwoju i uwolnienia chorych z kajdan i łańcuchów – wypełnionego permanentnym smutkiem, z brakiem prawa do kontaktu z rodziną, brakiem informacji o planach, przebiegu i – co najważniejsze – czasie zakończenia terapii. Coelho opisuje straszenie zastrzykami z insuliną, elektrowstrząsami czy obowiązkowe strzyżenie włosów pacjentom⁴⁷. W literaturze i świadectwach pacjentów opisano więcej tego typu działań.

Szpital psychiatryczny posługuje się trzema narzędziami wpływu na pacjenta:

1. Tak zwanym *strippingiem*, czyli obnażaniem pacjentów, odbieraniem im prywatnych ubrań, narzucaniem jednego wzoru pidżam, nadawaniem numeru identyfikacyjnego, koniecznością uzyskiwania przez nich zgody na wszystkie aktywności, jak palenie papierosów lub wysłanie listu; wszystko to po to, by usunąć ze wspomnień pacjenta dawną tożsamość oraz pamięć.
2. Kontrolą środków pacjenta – panowanie nad wszelkimi informacjami dotyczącymi zarówno pacjenta, jak wszystkiego wokół niego.
3. Ograniczeniem ruchliwości, czyli możliwości opuszczania części oddziału, całego oddziału lub szpitala; czasem tzw. przymus bezpośredni⁴⁸; według Goffmana w instytucjach totalnych następuje czasowe zawieszenie planów życiowych – życia rodzinnego, zawodowego, edukacji⁴⁹.

Najgorszą rzeczą jest to, że „totalizm” szpitala nie przekładał się nigdy ani na realizację potrzeb pacjenta, ani na jego terapię. Służył i służy „porządkowi”, organizacji formalnej, ale tak naprawdę przede wszystkim władzy. Jako skrajny przykład totalizacji opisywana jest słynna Klinika Psychiatryczna w Burghölzli, siedziba Szkoły Zurychskiej Psychiatrii. Szpital o światowej renomie, w którym – jak pisze Anna M. Dubaniewicz – rodziły się pod koniec XIX wieku przełomowe teorie, badania i metody psychiatryczne, w połowie wieku XX zamienił się w europejskie centrum praktyk społeczno-higienicznych oraz eugeniki⁵⁰. Autorka określa tę szwajcarską klinikę wręcz jako instytucję hipertotalną: normującą społeczeństwo, dokonującą *higienizacji życia psychicznego i społecznego oraz sterylizacji dosłownej, w ramach praktyk eugenicznych, „zdegenerowanych jednostek”* – społecznie niepożądanych, niepodporządkowanych, nieużytecznych ekonomicznie kryminalistów, wędrowców, epileptyków, obcokrajowców, artystów, weneryków, ludzi leniwych, obscenicznych, głuchoniemych, niewidomych, uzależnionych, upośledzonych czy ubogich⁵¹. Praktyka psychiatryczna, która wyszła poza próby korekcji zaburzeń i dewiacji, zaczęła służyć wyplenianiu patologii ze społeczeństwa, co najdobitniej

⁴⁷ E. Goffman (2006), *Charakterystyka instytucji totalnych* [w:] A. Jasińska-Kania, L.M. Nijakowski, J. Szacki, M. Ziółkowski (red.), *Współczesne teorie socjologiczne*, Wyd. Scholar, Warszawa, s. 316. Zob. także: E. Goffman (2011), *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i innych instytucji totalnych*, GWP, Gdańsk, rozdz. 1, *Charakterystyka instytucji totalnych*.

⁴⁸ E. Goffman (2011), *Instytucje totalne...*, dz. cyt.; B. Kmiecik (2010), *Osoba niepełnosprawna...*, dz. cyt.

⁴⁹ A.M. Dubaniewicz (2012), *Żydzi, artyści, onaniści precz. Klinika psychiatryczna Burghölzli jako przykład instytucji totalnej* [w:] P. Prus, A. Stelmaszczuk (red.), *Wokół rozumienia szaleństwa. Szkice z zakresu humanistyki*, Wyd. Nauk. UMK, Toruń, s. 81.

⁵⁰ Tamże, s. 77–79.

⁵¹ Tamże, s. 79.

zilustrowała Dubaniewicz, używając pogardliwego określenia Józefa Mayera: *kastrowanie i sterylizacja miały zahamować rozwój orangutanów, które tylko jedzą i śpią*⁵². To ciemna strona szpitali psychiatrycznych, lecz najlepiej ilustruje cel i sens funkcjonowania instytucji totalnej na usługach władzy. Totalizm szpitala przejawia się jednak również na poziomie organizacyjno-administracyjnym i wyraża w sprawności funkcjonowania maszyny izolacyjno-korekcyjnej. Refleksja, jaka się zrodziła po upowszechnieniu idei instytucji totalnej, poszła w kierunku zmiany, ograniczenia owej totalności szpitala. Choć praktyki eugeniczne (wliczając w to aborcje płodów zagrożonych niepełnosprawnością i eutanazję osób uginających się pod cierpieniem choroby) nie zniknęły jeszcze z praktyki medycznej, nie są już związane z oddziało-
mi psychiatrycznymi. Szpitale psychiatryczne w Europie i w Polsce przeobraziły się bardzo, szczególnie w ciągu ostatnich 20–30 lat. Nadal zachowuje się w nich wiele elementów organizacyjno-zarządczych, jednak w większym stopniu kieruje się poszanowaniem prywatności pacjenta oraz umożliwia praktycznie nieograniczone kontakty z rodziną. Elementem normalizacji, a zarazem terapii, jest np. praktykowana coraz częściej oficjalna zgoda dla noszenia na oddziale prywatnych ubrań – i w ogóle ubierania się przed śniadaniem, tak jak to czynią ludzie w swoich domach. Dążenie ku normalizacji spowodowało wprowadzenie takich form jak przyszpitalne hostele, oddziały dzienne i inne rozwiązania ambulatoryjne. Czy jednak da się szpital psychiatryczny uczynić miejscem, gdzie władza ostantacyjnie się nie ujawnia? Czy da się go „udomowić” i „unormalnić”? Chyba nigdy do końca nie będzie to możliwe, o czym przekonuje się każdy przyjmowany do takiej placówki już na wstępie. Refleksja nad charakterem szpitala psychiatrycznego musi towarzyszyć osobom wspierającym chorych z zaburzeniami psychicznymi, gdyż częste hospitalizacje stanowią permanentne doświadczenie wielu z nich. Trudno powiedzieć, co robią z tym kumulującym się doświadczeniem i jak wpływa ono faktycznie na ich funkcjonowanie. Potocznie używana jest jednak metafora „drzwi obrotowych” na określenie ciągłej wędrowki pacjentów psychiatrycznych między domem a szpitalem⁵³.

1.5. Rola Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego

Obecnie pacjent przebywający w szpitalu informowany jest o swoich prawach. Prawa pacjenta szpitala psychiatrycznego są jednak szczególne, ze względu na specyficzne zagrożenia dla jego autonomii. Z myślą o pacjentach psychiatrycznych powołano też stosunkowo niedawno, bo w 2006 roku, instytucję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (RPPSzP). Urząd Rzecznika pojawił się w znowelizowanej ustawie o ochronie zdrowia psychicznego⁵⁴. Instytucja ta stanowi część większego systemu rzecznikowskiego, obejmującego

⁵² Tamże, s. 80.

⁵³ G. Kaczmarek i in. (b.r.), *Standard pracy socjalnej z osobą z niepełnosprawnością i jej rodziną z uwzględnieniem osób z zaburzeniami psychicznymi*, WRZOS, Warszawa, s. 21.

⁵⁴ *Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz. U. nr 141, poz. 1183).

np. takie urzędy jak Rzecznik Praw Obywatelskich, Rzecznik Praw Dziecka, Rzecznik Osób Niepełnosprawnych, Rzecznik Ubezpieczonych in.⁵⁵

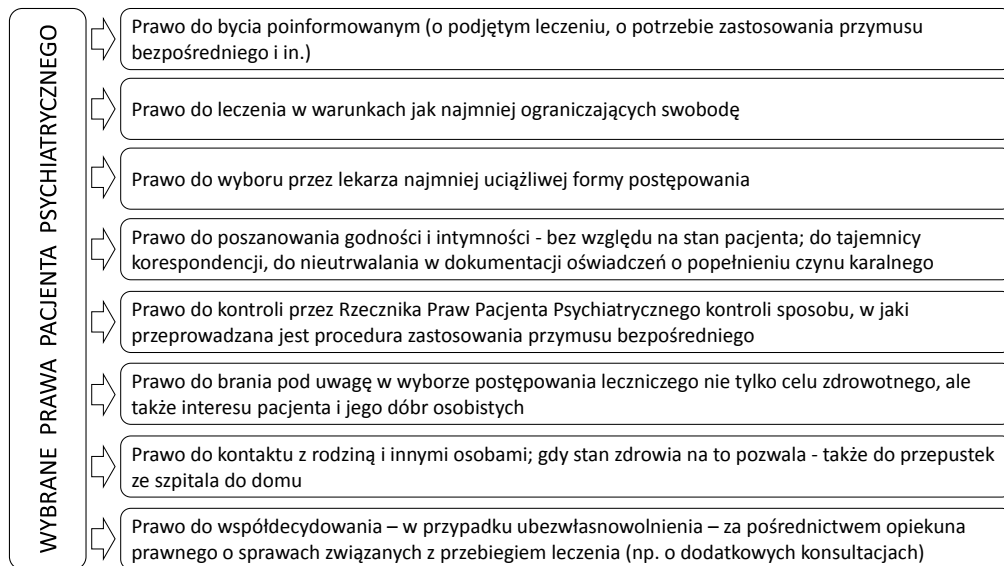
Urząd rzecznika określa się też pojęciem *ombudsmana* (od szw. *ombud* – ‘urząd’ i *man* – ‘człowiek’), czyli syndyka, powiernika, komisarza, opiekuna, eksperta⁵⁶. Słowniki dołączają do tego określenie pełnomocnika, mandatariusza ludności, strażnika praw i interesów innych ludzi itd. Ombudsman jest to wysoki urząd państwowy, którego zadaniem jest głównie ochrona obywateli – w tym przypadku pacjentów szpitali psychiatrycznych – przed niewłaściwym działaniem administracji. Należy zwrócić uwagę, że aktem prawnym mocującym utworzenie tego urzędu jest ustawa psychiatryczna, a zapisy jej są zabezpieczeniem osób chorych psychicznie przed naruszaniem ich praw. Osoby chore psychicznie mogą mieć trudności z oceną własnej sytuacji, występujące u nich zaburzenia nie tylko zniekształcają postrzeżenie rzeczywistości, ale mogą utrudniać podejmowanie decyzji, a nawet nie pozwalają się bronić przed tym, co w ich odczuciu jest dla nich niekorzystne. Mogą być przez to łatwo narażone na oszukanie lub wykorzystanie. Ale najważniejszym argumentem jest to, iż **oddział / szpital psychiatryczny jest jedyną placówką medyczną, do której pacjent może być przyjęty nawet bez swojej zgody**, oczywiście pod określonymi warunkami (tj. na mocy decyzji sądu opiekuńczego, a jeśli w trybie szczególnym na podstawie decyzji lekarza przyjmującego, to z koniecznością uzyskania potwierdzenia tej decyzji przez ordynatora w ciągu 48 godzin i powiadomienia sądu opiekuńczego w ciągu 72 godzin). Rolą rzecznika jest ocena tego, czy kryteria owe zostały spełnione. Podobnie jest z zastosowaniem przymusu bezpośredniego. Przymus bezpośredni oznacza obezwładnienie pacjenta, który stwarza zagrożenie, za pomocą siły fizycznej lub środka farmakologicznego. Oznacza to unieruchomienie go na czas do 4 godzin, z warunkowym wydłużeniem – po badaniu lekarskim – na następne okresy 6-godzinne. Czasem przymus musi być użyty, gdy np. pacjent w stanie manii staje się niebezpieczny. Środek ten nie może być natomiast nadużywany. Nawet w przypadku wyboru środków przymusu bezpośredniego należy się kierować zasadą najmniejszej uciążliwości podejmowanych działań dla pacjenta (zob. rys. 1), przy czym oprócz unieruchomienia (za pomocą tzw. kaftana bezpieczeństwa lub przypięcia pasami do łóżka) czy przymusowego podania leków, możliwe jest również użycie środka w postaci przytrzymania lub izolacji. Sam powód zastosowania przymusu też nie może być przypadkowy. Decyzję taką podejmuje się np. w takich sytuacjach, gdy pacjent stanowi zagrożenie dla innych albo dla siebie samego, jest bardzo agresywny lub autoagresywny, w afekcie próbuje targnąć się na życie, ucieka

⁵⁵ B. Kmieciak (2009), *Rzecznikowski system ochrony praw człowieka w Polsce – rozproszenie w działaniu, czy też różnorodność w dążeniu do wspólnego celu?* [w:] D. Podgórska-Jachnik (red.), *Problemy rzecznictwa i reprezentacji osób niepełnosprawnych*, Wyd. WSP, Łódź.

⁵⁶ Tamże.

z oddziału czy ze szpitala⁵⁷. Rzecznik zatrudniony na oddziale psychiatrycznym kontroluje, czy te i inne szczegółowe warunki i wytyczne realizowane są zgodnie z prawem.

Rysunek 1. Niektóre prawa pacjenta psychiatrycznego



Źródło: Opracowanie D. Podgórska-Jachnik, na podstawie *Prawa pacjenta w szpitalu psychiatrycznym*⁵⁸.

Rzecznik – a właściwie rzecznicy, gdyż jest to urząd wieloosobowy – powinni być zatem tam, gdzie są pacjenci, a więc na oddziałach szpitalnych. Z porady i ochrony może skorzystać sam pacjent lub jego opiekun prawny. Można się do niego zwracać w sprawach związanych z samą hospitalizacją, ale także w innych kwestiach dotyczących ochrony zdrowia, przewidzianych w Karcie Praw Pacjenta. Dlatego we własnym, dobrze pojętym interesie każdy chory i jego rodzina powinni się zapoznać z treścią Karty, a zwłaszcza z częścią dotyczącą praw pacjenta psychiatrycznego (zob. rys. 1.). Karta Praw Pacjenta oraz informacja o dostępności Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego powinny znajdować się w każdym szpitalu. Wiele szpitali zamieszcza treść Karty także na swoich stronach internetowych⁵⁹.

⁵⁷ Prawa pacjenta dopuszczają złożenie wniosku o wypisanie ze szpitala (gdy pacjent jest umieszczony w szpitalu bez swojej zgody – decyzję o wypisie musi podjąć sąd opiekuńczy). Pacjentowi starającemu się o opuszczenie szpitala, jak również w przypadku innych problemów wyznaczonych zakresem *Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.), przysługuje prawo skorzystania z pomocy Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, złożenia skargi, wniosku do sądu opiekuńczego, do ustanowienia kuratora, wysłuchania przez sędziego wizytującego, złożenia wniosku o ustanowienie adwokata i in. formy zabezpieczenia swoich praw. Nie analizujemy tu szczegółowo tych wszystkich możliwości i okoliczności ich wykorzystania – w tym celu konieczne jest uważne przestudiowanie Ustawy oraz Karty Praw Pacjenta Psychiatrycznego – chcemy jednak zwrócić uwagę, że ustawodawca przewidział różne problemy pacjenta w tym szczególnym szpitalu, jakim jest szpital psychiatryczny, i dokonał starań, by nie dochodziło do nadużyć w obszarze praw człowieka i aby pacjent miał większe poczucie bezpieczeństwa prawnego.

⁵⁸ *Prawa pacjenta*, Rozdział 3. *Prawa pacjenta w szpitalu psychiatrycznym*, [online] [dostęp: 15.06.2014], <http://www.fum.info.pl/esp/files/KARTA_PRAW_PACJENTA.pdf>.

⁵⁹ Tamże.

Podsumowanie

1. Szaleństwo – najstarsze i najpopularniejsze określenie „nienormalności” – kojarzono je dawniej z opętaniem i demonami.
2. Pojęcie normy nie jest ani łatwe, ani jednoznaczne. Psycholodzy i psychiatry dążą do zobiektywizowania granicy między normą a zaburzeniem.
3. Ludzie odbiegający od normy byli izolowani od społeczeństwa i poddawani wymyślnym torturom, które miały ich uleczyć.
4. Wiek XVIII i XIX przyniosły reformę psychiatryczną przeprowadzoną przez Ph. Pinela w kierunku humanitaryzmu i opieki medycznej.
5. Wiek XX przyniósł, według M. Foucaulta, pojęcie choroby i zamknął chorych pod nadzorem kliniki psychiatrycznej. Foucault mówi o zniewoleniu chorych i biowładzy lekarzy.
6. E. Goffman dostrzegł w szpitalach, zwłaszcza psychiatrycznych, cechy instytucji totalnej, dążącej do całkowitej władzy nad pacjentem i jego życiem. W skrajnych przypadkach niektóre XX-wieczne szpitale psychiatryczne stawały się miejscem eugenicznych praktyk na masową skalę.
7. Krytyka biowładzy i praktyk totalizujących zrodziła nurt antypsychologii i antypsychiatrii.
8. Obraz szpitala psychiatrycznego bardzo się zmienił na przełomie XX i XXI wieku, dążąc do normalizacji życia pacjentów i poszanowania ich praw.
9. Od 2006 r. funkcjonuje w Polsce urząd Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

Polecana literatura

- M. Foucault (1987), *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, PWN, Warszawa.
- E. Goffman (2011), *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, GWP, Gdańsk.
- *Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r.*, ogłoszona 25 października 2012 (Dz. U. 2012 poz. 1169).
- K. Kesey (1991), *Lot nad kukułczym gniazdem*, tłum. T. Mirkowicz, PIW, Warszawa.
- R. Porter (2003), *Szaleństwo. Rys historyczny*, Dom Wyd. Rebis, Poznań,
- *Prawa pacjenta*, Rozdział 3. *Prawa pacjenta w szpitalu psychiatrycznym*, [online] [dostęp: 15.06.2014], <http://www.fum.info.pl/esp/files/KARTA_PRAW_PACJENTA.pdf>.
- A. Stelmaszczyk (red.), *Wokół rozumienia szaleństwa. Szkice z zakresu humanistyki*, Wyd. Naukowe UMK, Toruń.

2. WYBRANE ZABURZENIA PSYCHICZNE

2.1. Spektrum zaburzeń psychicznych a choroba psychiczna

Procesy psychiczne człowieka i jego zachowanie charakteryzują się dużą zmiennością. Zmienność ta jest spowodowana wzajemnym wpływem na siebie czynników genetycznych, rozwojowych oraz społecznych. We współczesnej medycynie i w psychologii toczy się spór o kryteria normy w psychiatrii. Powstaje pytanie, jakie zachowanie uznać za prawidłowe, a jakie za patologiczne, zaburzone. Zaburzenie zachowania można bowiem potraktować jako chwilową lub trwałą dezorganizację zachowania, utrudniającą normalne funkcjonowanie człowieka. Wskazujemy tym samym, iż przejściowe zaburzenie zachowania zdarza się każdemu człowiekowi, nie musi stanowić jednak przyczyny cierpienia, poważnej dezorganizacji życia człowieka. Psychiatrę i psychologa interesowały będą te zaburzenia zachowania, które jako dysfunkcje długotrwałe, powtarzające się, czasem nawet nasilające powodują cierpienia i prowadzą do problemów życiowych jednostki.

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania są, z punktu widzenia filozofii nauki, konstruktem typowo społecznym. W rzeczywistości społecznej obserwuje się tylko fenomeny. Nadawany im status normy lub patologii jest zatem tylko społecznie uzgodnionym wytworem myśli ludzkiej, aktualnym w danym momencie rozwoju cywilizacji⁶⁰.

Fenomeny wyraźnie dysfunkcyjne, utrudniające osiągnięcie dobrostanu psychicznego, somatycznego, społecznego i ekonomicznego zazwyczaj uważa się za patologiczne. Konkretno dysfunkcyjności psychiki człowieka i jego zachowania są obserwowane, obiektywizowane i w ten sposób konstruowane są normy. Stałe gromadzenie wiedzy klinicznej i doskonalenie norm znajduje swoje odzwierciedlenie w kolejnych rewizjach międzynarodowych systemów klasyfikacji zaburzeń: ICD i DSM. Stąd wtórnie w oparciu o diagnozę jakiejś jednostki nozologicznej możemy oczekiwać określonych dysfunkcji. Przykładowo, niepełnosprawność intelektualna, zwłaszcza o stopniu znacznym i głębokim, często uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie w społeczeństwie bez opieki. Podobnie psychoza schizofreniczna, w przebiegu której następuje deterioracja intelektualna (pogorszenie się stanu intelektualnego) i rozpad struktury osobowości, często również uniemożliwia

⁶⁰ S. Leszto, A. Witusik, T. Pietras (2013), *Terapia pedagogiczna dorosłych. W psychiatrii i w medycynie somatycznej. Ujęcie psychologiczne, biomedyczne i aksjologiczne*, Nauk. Wyd. Piotrkowskie, Piotrków Trybunalski; Wciórka J. (2011), *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych* [w:] S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria. Psychiatria kliniczna*, t. 2, Elsevier Urban & Partner, Wrocław, s. 1–41.

samodzielne funkcjonowanie. Uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych doprowadzają do degradacji psychicznej, somatycznej i społecznej. Trudno je zatem uznać za normatywne.

Filozofowie postmodernistyczni i socjologowie zwrócili uwagę na zjawisko odwrotne. Otóż uznanie kogoś za osobę cierpiącą na zaburzenia psychiczne konstruuje w społeczeństwie dewiacyjne rozumienie jego zachowania. Zjawisko to nazwane jest stygmatyzacją. Socjologowie ponowocześni z grupy konstrukcjonistów prezentują nawet pogląd, że rozpoznanie psychiatryczne jest wyłącznie konstruktem społecznym i istnieje o tyle, o ile jest zdefiniowane i nazwane. Ten skrajny sąd jest bliski rozumieniu zaburzeń psychicznych przez nurt antypsychiatrii, negujący tę dziedzinę wiedzy (psychiatrię) w ogóle.

Zatem raz jeszcze wracają kontrowersje dotyczące pojęcia normy, opisane w podrozdziale 1.2 niniejszej monografii. Można dostrzec z jednej strony pozytywistyczne podporządkowanie psychometrii i normom statystycznym, a z drugiej – postmodernistyczne zakwestionowanie granicy pomiędzy normalnością i nienormalnością, wynikające z dostrzeżenia relatywizującego wpływu środowiska. Pomiedzy tymi skrajnymi stanowiskami wobec norm istnieją jednak także opcje pośrednie, pragmatyczne: doceniając rolę czynników środowiskowych w etiopatogenezie zaburzeń psychicznych, w tworzeniu konstruktów pojęciowych, które je tłumaczą i kategoryzują, lekarze poszukują również wiarygodnych wzorców odniesień, pozwalających wykorzystać dotychczasowe doświadczenia medycyny do rozpoznawania i – co najważniejsze – do skutecznego leczenia tych zaburzeń. Doświadczenie to wyraża się m.in. w katalogowaniu symptomów chorobowych, ustalaniu ich hierarchii, interakcji itd., by można było nie tylko uprawdopodobnić rozpoznanie, ale też przeprowadzić diagnozę różnicową (wykluczyć w rozpoznaniu jednostki chorobowe o podobnych symptomach). Zgodnie z takimi założeniami kategoryzuje się zaburzenia, biorąc pod uwagę występowanie tzw. objawów osiowych, czasem wariantywnych, tzn. że z listy możliwych symptomów danej jednostki nozologicznej dla jej rozpoznania musi być potwierdzona określona ich liczba (np. przynajmniej 2 z 8). Do tego dołącza się kryterium czasu (np. zaburzenia utrzymujące się minimum przez 2 tygodnie lub minimum przez 6 miesięcy).

Obecnie funkcjonują dwa wymienione już wyżej systemy klasyfikacyjne zaburzeń psychicznych. Jest to system ICD-10, opracowany przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia, oraz system DSM-V, powstały w USA⁶¹. Systemy te są spójne i wzajemnie kompatybilne. W polskiej psychiatrii obowiązują kryteria diagnostyczne systemu ICD-10. Choroby i zaburzenia psychiczne według klasyfikacji ICD-10 przedstawiono w tabeli 1.

⁶¹ Tamże; J. Wciórka (2008), *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*, Wyd. Urban & Partner, Wrocław.

Tabela 1. Wybrane kategorie zaburzeń psychicznych według ICD-10

Numeracja	Opis	Przykłady	Uwagi
F00 – F09	Organiczne zaburzenia psychiczne, włącznie z zespołami objawowymi	F00 – otępienie w chorobie Alzheimera F01 – otępienie naczyniowe F05 – majaczenie nie wywołane substancjami psychoaktywnymi	Organiczność oznacza uszkodzenie mózgowia anatomiczne lub biochemiczne
F10 – F19	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użytkowaniem substancji psychoaktywnych	Skomplikowany podział	Najczęstsze zaburzenia psychiczne: F 10.2 zespół uzależnienia od alkoholu F 17.2 zespół uzależnienia od nikotyny
F20 – F29	Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe	F20 – schizofrenia F23 – ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne F25 – zaburzenia schizoafektywne	–
F30 – F39	Zaburzenia nastroju (afektywne)	F30 – epizod maniakalny F31 – zaburzenia afektywne dwubiegunowe F32 – epizod depresyjny F33 – zaburzenia depresyjne nawracające	Zaburzenia nastroju są częstą przyczyną poszukiwania wsparcia u psychiatry lub psychologa
F40 – F49	Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną	F40 – zaburzenia lękowe w postaci fobii F42 – zaburzenia obsesyjno-kompulsywne F43 – reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne F44 – zaburzenia dysocjacyjne F45 – zaburzenia występujące pod postacią somatyczną	Kategoria niejednorodna, osiowym objawem z grupy tych zaburzeń jest lęk
F50 – F59	Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi	F50 – zaburzenia odżywiania się F51 – nieorganiczne zaburzenia snu F52 – dysfunkcje seksualne niespowodowane zaburzeniami organicznymi ani chorobą somatyczną	–
F60 – F69	Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	F60 – specyficzne zaburzenia osobowości F64 – zaburzenia identyfikacji seksualnej F65 – zaburzenia preferencji seksualnych	–
F70 – F79	Upośledzenie umysłowe	–	Zalecana terminologia: niepełnosprawność intelektualna
F80 – F89	Zaburzenia rozwoju psychicznego	F84 – całościowe zaburzenia rozwoju (spektrum autyzmu)	–
F90 – F99	Zaburzenia zachowania i zaburzenia emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym	F90 – zaburzenia hiperkinetyczne (ADHD) F91 – zaburzenia zachowania	Kategoria niejednolita

Źródło: Opracowanie T. Pietras, na podstawie ICD-10.

Jednolitość kryteriów rozpoznania danej jednostki chorobowej umożliwia sprawną komunikację między psychiatrami, psychologami klinicznymi i innymi specjalistami pochodzącymi z różnych państw i różnych obszarów kulturowych. Dzięki temu np. rozpoznanie schizofrenii w Polsce opiera się na tych samych kryteriach, co w Chinach czy w Afryce. System ujednolica także wyniki badań klinicznych i sprawia, że psychiatrzy na całym świecie posługują się tym samym systemem pojęciowym. Przywołane klasyfikacje są co pewien czas rewidowane ze względu na postęp w badaniach naukowych i zmiany koncepcji teoretycznych. Obecnie przygotowana jest nowa wersja klasyfikacji ICD-11 i ukazał się właśnie system DSM-V. Klasyfikacje opracowane na podstawie zgromadzonych opisów objawów pozwalają zdiagnozować i zróżnicować poszczególne jednostki chorobowe czy zaburzenia, jednak diagnoza kategorialna nie jest wystarczająca w pracy pracownika socjalnego. Z punktu widzenia jego zadań zawodowych, np. planowania działań aktywizujących, bardziej użyteczna jest diagnoza o charakterze funkcjonalnym, a więc ukazująca szerokie spektrum różnych aspektów funkcjonowania człowieka. Taką klasyfikacją, zalecaną przez Światową Organizację Zdrowia do interdyscyplinarnego dialogu różnych specjalistów, jest ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*⁶², czyli *Międzynarodowa klasyfikacja funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia*), opracowana w 2001 roku, a obecnie wdrażana na świecie, także i w Polsce.

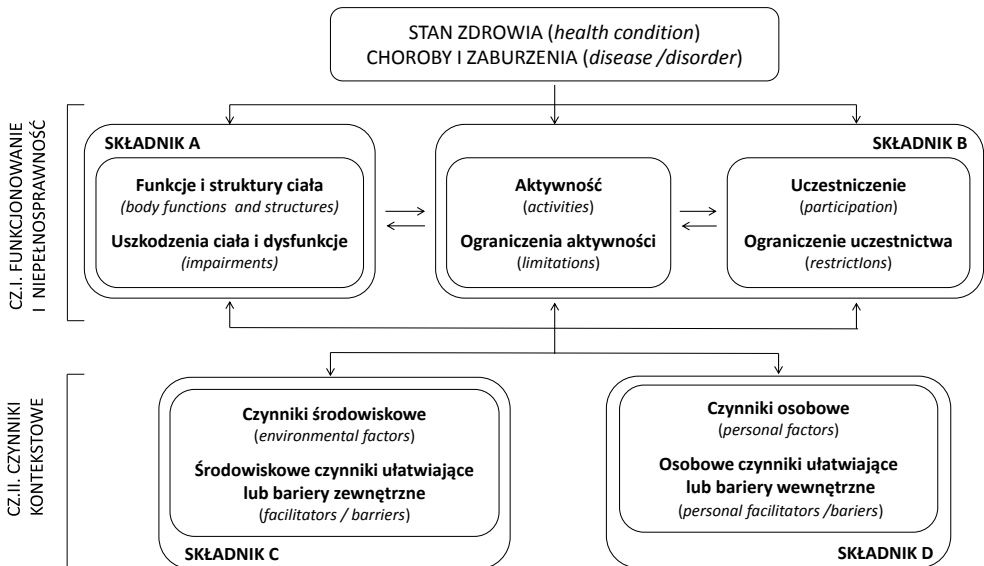
Zaleca się wykorzystywanie ICF nie tylko w ochronie zdrowia, ale także dla celów jego promocji, w profilaktyce, ubezpieczeniach społecznych. Mogą jej używać i tworzyć w oparciu o nią swoje narzędzia badawcze lekarze, psychologowie, pedagodzy specjaliści, terapeuci, pracownicy socjalni i in. – słowem: przedstawiciele wszystkich zawodów, które zajmują się wspieraniem funkcjonowania człowieka w różnych obszarach jego życia. Klasyfikacja dobrze nadaje się do projektowania ułatwień i wsparcia społecznego, zwiększającego uczestnictwo w życiu społecznym osób niepełnosprawnych i chorych, służy więc także do kształtowania polityki społecznej wobec osób z niepełnosprawnością, także chorych psychicznie. Ważne, że ICF nie przytwierdza osobie diagnozowanej żadnej etykiety, tylko korzystając z katalogu kategorii opisowych, określa całościowo jej stan funkcjonalny. Wskazuje na ograniczenia funkcji, ale także na mocne strony jednostki, odwołując się przy tym do takich pięciu czynników (strukturę ICF przedstawia rysunek 2):

- ➔ funkcje i struktury ciała,
- ➔ aktywność,
- ➔ uczestnictwo,
- ➔ czynniki środowiskowe,
- ➔ czynniki osobowe⁶³.

⁶² WHO (2009), *ICF. Międzynarodowa klasyfikacja funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia*, CSIOZ, Genewa, s. 6 [online] [dostęp: 15.03.2014], <http://www.csioz.gov.pl/src/files/klasyfikacje/ICF_Polish_version.pdf>.

⁶³ Tamże. Bardziej szczegółowy opis ICF na użytek pracownika socjalnego znajduje się w książce: D. Podgórska-Jachnik (2014), *Praca socjalna z osobami niepełnosprawnymi i ich rodzinami*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa, rozdział 1.3.

Rysunek 2. Struktura ICF jako odzwierciedlenie stanu funkcjonowania i dysfunkcjonalności człowieka, z uwzględnieniem kontekstu czynników środowiskowych i osobowych



Źródło: Opracowanie: D. Podgórska-Jachnik, na podstawie ICF⁶⁴.

Warto zauważyć, że trzy pierwsze czynniki opisują funkcjonowanie i (ewentualną) niepełnosprawność, pozostałe dwa są czynnikami kontekstowymi, ale bardzo ważnymi: to właśnie czynniki kontekstowe mogą podnosić lub obniżać subiektywne poczucie choroby. Przykładowe czynniki środowiskowe, które mogą wpływać na subiektywne doświadczanie niepełnej sprawności spowodowanej chorobą, to: dostępne technologie, uzyskiwane wsparcie środowiskowe czy dostępność świadczeń systemu ubezpieczeniowego. Osobowe to np.: postawa wobec własnej choroby/niepełnosprawności, styl atrybucji zdarzeń, koherencja (według koncepcji Aarona Antonovsky'ego spójność poznawczo-emocjonalno-motywacyjna, pozwalająca człowiekowi na efektywną adaptację w świecie) i in.

Światowa Organizacja Zdrowia rekomenduje łączne używanie ICD i ICF, co można odczytać jako postulat nazywania choroby (ICD), ale także opisu tego, co konkretnie z tej choroby wynika dla funkcjonowania człowieka (ICF) oraz jakie funkcje zostały zachowane. Ten drugi aspekt będzie interesował przede wszystkim pracownika socjalnego, jako specjalistę pracującego w oparciu o dostrzegane zachowane zasoby osobiste (mocne strony) klienta.

Należy tutaj wyjaśnić, co to jest zaburzenie psychiczne i choroba psychiczna oraz czym one się różnią. W niniejszej monografii pojęcia te czasem używane są zamiennie (zwłaszcza w określeniach typu: „osoba z zaburzeniami psychicznymi”, „osoba z chorobami psychicznymi”), czasem zaś wyraźnie zaznaczamy, że chodzi o jedno lub o drugie. Pojęcie choroby psychicznej nie jest jednoznaczne, a niektórzy autorzy wręcz kwestionują w ogóle jej istnienie⁶⁵. Jest to natomiast pojęcie

⁶⁴ WHO (2009), *ICF. Międzynarodowa klasyfikacja...* dz. cyt.

⁶⁵ T. Burns (2012), *Psychiatria*, GWP, Gdańsk, s. 19.

chętnie używane potocznie, podobnie jak określenie „psychicznie chory”. Dlatego właśnie pojęcia te występują na kartach tej książki: język potoczny jest językiem, z którym spotyka się w swojej pracy pracownik socjalny. Hermetyczny język naukowy może budować dystans, dlatego pracownik socjalny powinien umieć sprawnie poruszać się w obrębie różnych stylów wypowiedzi, łatwo przechodzić od języka naukowego do języka swego klienta, rozumieć, co chce on powiedzieć, i umieć objaśnić mu w przystępny sposób niezrozumiałe kwestie. Do nich należy kwestionowanie statusu chorób psychicznych. Nie można jednak zaprzeczyć istnieniu zaburzeń psychicznych. Są one faktem, jak faktem jest związane z nimi ludzkie cierpienie, wyczerpanie, ból itp.

Według Toma Burnsa choroby psychiczne to takie, które są związane w pierwszym rzędzie z zaburzeniami myśli, uczuć i zachowań, niezależnie od etiologii tych zaburzeń. Zaburzenia psychiczne mogą bowiem mieć również genezę natury fizycznej, a więc mogą być skutkiem chorób, które można określić somatycznymi (np. depresja jako skutek choroby nowotworowej). Niektóre z zaburzeń wynikają ze schorzeń neurologicznych, czyli zaburzeń układu nerwowego czy samego mózgu (np. są wynikiem choroby Parkinsona czy stwardnienia rozsianego). Choć wpływają one również na funkcjonowanie psychiki i umysłu, choroby te nie muszą być leczone przez psychiatrę, lecz przez neurologa⁶⁶. Ponieważ leczenie psychiatrycznie silniej stygmatyzuje pacjenta niż leczenie u innych specjalistów, często zdarzają się zachowania unikowe, np. gdy pacjent odczuwający zaburzenia psychiczne, ale obawiający się wizyty w poradni zdrowia psychicznego – zgłasza się do neurologa.

Burns przywołuje również pojęcie choroby umysłowej, często – choć niesłusznie – używane zamiennie z pojęciem choroby psychicznej. Pojęcie choroby umysłowej – w medycynie rzadziej używane – ma węższy zakres. Według autora *choroby umysłowe mają przyczyny umysłowe i leczy się je oddziaływaniem na stan umysłu*⁶⁷.

W systemie ICD-10 nie ma pojęcia choroby psychicznej. Mówi się o zaburzeniach psychicznych i zaburzeniach zachowania. Istnieje natomiast w psychiatrii pojęcie zaburzeń psychotycznych (psychoz), które utożsamiane są z chorobą psychiczną rozumianą w sposób węższy. Zatem nie każde zaburzenie psychiczne jest psychozą (chorobą psychiczną), natomiast każda psychoza (choroba psychiczna) jest zaburzeniem psychicznym.

Aby zaburzenie psychiczne mogło być zdiagnozowane jako psychoza, muszą być spełnione następujące warunki:

- ➔ muszą pojawić się objawy wytwórcze, czyli omamy i urojenia, którym często towarzyszą formalne zaburzenia myślenia;
- ➔ chory nie może mieć poczucia choroby – świat urojeń i omamów jest dla niego światem realnym⁶⁸.

Zestawienie oraz wyjaśnienie tych pojęć znajduje się w tabeli 2.

⁶⁶ Tamże, s. 128.

⁶⁷ Tamże, s. 128.

⁶⁸ J. Wciórka (2010), *Psychopatologia: objawy i zespoły zaburzeń psychicznych* [w:] J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka (red.), *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, t. 1, Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław; s. 305–98.

Tabela 2. Podstawowe objawy wytwórcze spotykane w psychozach

Rodzaj objawów wytwórczych	Definicja	Podział i przykłady	Uwagi
Omamy (halucynacje)	Falshywe spostrzeżenia powstające bez udziału bodźców zewnętrznych, rzutowane na zewnątrz z błędnym sądem realizującym	Omamy powstają bez czynnika zewnętrznego, rzutowanie na zewnątrz oznacza, że chory potrafi określić, skąd np. dochodzi głos (np. z szafy), błędny sąd realizujący oznacza realność poczucia doznawanych omamów i brak krytycyzmu wobec nich	Dla schizofrenii typowe są omamy słuchowe (np. głosy komentujące), omamy wzrokowe powstają często w organicznym uszkodzeniu mózgowia, w psychozach powstałych wskutek przyjmowania substancji psychoaktywnych
Pseudohalucynacje	Falshywe spostrzeżenia powstające bez udziału bodźców zewnętrznych, rzutowane do wewnątrz z błędnym sądem realizującym	Rzutowanie do wewnątrz oznacza, że chory słyszy np. głos w głowie, w zębie, w swoim wnętrzu	Typowy objaw dla psychoz schizofrenicznych
Parahalucynacje (halucynoidy)	Falshywe spostrzeżenia powstające bez udziału bodźców zewnętrznych, rzutowane na zewnątrz z właściwym sądem realizującym	Chory ma poczucie chorobowego pochodzenia objawu	Powstają zwyczaj w organicznym uszkodzeniu mózgu lub są przejawem zdrowienia w przebiegu schizofrenii
Urojenia	Zaburzenia treści myślenia polegające na falshywych przekonaniach, błędnych sądach, odpornych na wszelką argumentację i podtrzymywane mimo jawnych dowodów wskazujących na ich nieprawdziwość	Urojenia mogą być różnej treści: wielkościowe, posłannicze, prześladowcze, nihilistyczne	–

Źródło: Opracowanie T. Pietras, na podstawie: J. Wciórka (2010)⁶⁹.

Do zaburzeń psychotycznych zalicza się przede wszystkim:

- ➔ schizofrenię,
- ➔ zaburzenia schizoafektywne,
- ➔ depresję psychotyczną i chorobę afektywną dwubiegunową z epizodami manii psychotycznej i depresji psychotycznej,
- ➔ psychozy powstałe w wyniku przyjmowania substancji psychoaktywnych,
- ➔ psychozy w przebiegu uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (tzw. organiczne zaburzenia).

⁶⁹ Tamże.

Pracownik socjalny najczęściej spotyka się u podopiecznych z zaburzeniami psychotycznymi w przebiegu schizofrenii i ze stereotypem traktowania obu pojęć zamiennie. Utożsamianie choroby psychicznej ze schizofrenią jest jednak znacznym uproszczeniem, chociaż – jak uczy praktyczne doświadczenie lekarza psychiatry – obecnym w praktyce społecznej zawodu pracownika socjalnego.

Jeszcze jedną rzeczą, na którą warto zwrócić uwagę w tym rozdziale, są długotrwałe skutki choroby psychicznej i permanentnego przyjmowania leków. Stanisław Kowalik mówi o stopniowej degradacji psychicznej na skutek długotrwałej choroby, mimo ustępujących objawów chorobowych. Autor w taki sposób pisze o tej grupie pacjentów psychiatrycznych: *ich mózgi są uszkodzone w takim stopniu, że nie mogą już wygenerować typowych objawów chorobowych, natomiast pojawia się typowy syndrom objawów organicznych (apatia, niekiedy pobudzenie psychoruchowe, ograniczenie zainteresowań i więzi emocjonalnych z innymi ludźmi, wyzbycie się norm moralnych, trudności z koncentracją uwagi, trudności w posługiwaniu się pamięcią, brak troski o siebie, a szczególnie brak zainteresowania własną przyszłością)*⁷⁰. To bardzo sugestywny obraz i bardzo istotne spostrzeżenie dla pracownika socjalnego, gdyż – jak sugeruje Kowalik – to nie symptomy choroby psychicznej, ale właśnie owa degradacja jest prawdziwym powodem barier na drodze do ponownego włączenia (się) tych osób do społeczeństwa.

Jest jeszcze jeden aspekt odróżniania tego, co „normalne”, od tego, co „nienormalne”. To aspekt poszukiwania obszarów niezaburzonych w obrazie patologicznych dysfunkcyjności. Trzydzieści lat temu Marek Jarosz pisał: [...] *my, psychiatrzy, nauczyliśmy się dostrzegać – w tej niepodzielnej całości* [podkr. M. J.], *jaką jest psychika – przede wszystkim rysy patologiczne. Ale przecież równie ważne jest skupienie się na tych przejawach myślenia, odczuwania i działania chorego, które ułatwiają zbliżenie między chorym a lekarzem, chorym a innymi ludźmi*⁷¹. Mimo upływu czasu i nowych trendów w psychiatrii, spostrzeżenie to wydaje się nadal aktualne. Natomiast o ile z racji swoich zadań diagnostyczno-terapeutycznych psychiatra musi dostrzegać **przede wszystkim** patologię, ale powinien pamiętać **również** o niezaburzonych sferach psychiki, o tyle pracownik socjalny powinien **przede wszystkim** dostrzegać niezaburzone sfery (zasoby), chociaż pamiętać musi **również** o patologii. Jarosz przestrzega przed niebezpiecznym, jego zdaniem, nawykiem wyznaczania granicy, która dzieli ludzi na zdrowych i chorych psychicznie, normalnych i nienormalnych, „innych i dziwnych”. *Trzeba odróżnić faktyczne odrębności przeżywania, jakie niesie ze sobą psychoza – postuluje – od często niewygasłej potrzeby doznawania ciepła i życzliwości. I w ten sposób można godzić wiedzę o tym, że człowiek psychicznie chory inaczej odbiera świat niż ludzie zdrowi, z konsekwentnym dążeniem do stwarzania wokół chorego atmosfery, która pomniejsza autyzm, a budzi syntonię*⁷².

⁷⁰ S. Kowalik (2007), *Psychologia rehabilitacji*, Wyd. Akademickie i Profesjonalne, Warszawa, s. 95.

⁷¹ M. Jarosz (1983), *Psychologia lekarska*, PZWL, Warszawa, s. 463.

⁷² Tamże.

2.2. Skala zaburzeń psychicznych w społeczeństwie

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania są jednymi z częstszych chorób w populacji. Badaniem rozpowszechnienia zaburzeń wszystkich chorób zajmuje się nauka zwana epidemiologią⁷³. Epidemiologia posługuje się pewnymi wskaźnikami statystycznymi, które zestawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Podstawowe wskaźniki epidemiologiczne

Wskaźnik	Definicja
Zapadalność	Liczba nowych zachorowań na daną jednostkę chorobową w ciągu roku w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców
Chorobowość	Liczba chorych na daną jednostkę chorobową w ciągu roku w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców. Może być także wyrażona procentowo wobec populacji ogólnej
Umieralność	Liczba zgonów z powodu danej jednostki chorobowej w ciągu roku w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców
Śmiertelność	Procent osób, które zmarły na daną jednostkę chorobową, spośród tych, które zachorowały

Źródło: Opracowanie T. Pietras, na podstawie: W. Jędrychowski (2010)⁷⁴.

Zapadalność dobrze charakteryzuje choroby zakaźne i choroby „ostre”. Ich wystąpienie i przebieg nie budzą wątpliwości, mają określony zazwyczaj stosunkowo krótki czas trwania. Łatwo odróżnić początek choroby. Śmiertelność z kolei wskazuje na procent zgonów na daną jednostkę chorobową w ciągu roku. Umieralność to liczba zgonów, które wystąpiły wskutek analizowanej choroby w ciągu roku. W niniejszym rozdziale zajmiemy się głównie chorobowością.

Rzetelne dane dotyczące chorobowości związanej z zaburzeniami psychicznymi przedstawia badanie Epidemiologia Zaburzeń Psychiatrycznych i Dostępność Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej (EZOP)⁷⁵. Badanie to, zakończone i ogłoszone w formie raportu w 2012 roku, jest pierwszą w Polsce analizą stanu zdrowia psychicznego Polaków. Populację badano za pomocą Złożonego Międzynarodowego Kwestionariusza Diagnostycznego (CID). Próbę badaną stanowiło 10 tys. osób w wieku 18–64 lat.

Badanie wykazało, że w Polsce przynajmniej jedno z zaburzeń psychicznych objętych klasyfikacjami ICD-10 i DSM-IV można rozpoznać w ciągu życia u 23,4% populacji. Oznacza to, że dotkniętych nimi jest około sześć milionów mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym. Spośród nich co czwarta osoba cierpiała przynajmniej na dwa rodzaje zaburzeń, a co dwudziesta piąta – na trzy i więcej. Przynajmniej trzy rodzaje zaburzeń występują u około ćwierci miliona osób w Polsce. Badanie nie objęło dzieci i osób w wieku senioralnym. W badaniach

⁷³ W. Jędrychowski (2010), *Epidemiologia w medycynie klinicznej i zdrowiu publicznym*, Wyd. UJ, Kraków; J. Bzdęga, A. Gębska-Kuczerowska (2010), *Epidemiologia w zdrowiu publicznym*, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, s. 20–21.

⁷⁴ Tamże.

⁷⁵ *Raport*. www.ezop.edu.pl. *Charakterystyka rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w Polsce na podstawie badania EZOP*, [online] [dostęp: 20.06.2014], <http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/aktualnosci/ezop/BACKGROUND_KONFERENCJA%20%20PRASOWA%20%20PROJEKTU%20EZOP.pdf>; *Program EZOP. Podsumowanie – rozpowszechnienie – rekomendacje* [online] [dostęp: 20.06.2014], <<http://www.ezop.edu.pl/05-Podsumowanie.pdf>>.

nie uwzględniono także zaburzenia, jakim jest uzależnienie od nikotyny, które dotyka ok. 20–30% Polaków, a 50% populacji można zaliczyć do aktualnych lub byłych palaczy⁷⁶.

Wyniki badania EZOP wskazują, że:

- ➔ Najczęstszymi zaburzeniami w polskiej populacji są uzależnienia (12,8%), w tym nadużywanie i uzależnienie od alkoholu, które występuje u 11,9% populacji, oraz nadużywanie i uzależnienie od narkotyków – u 1,4% populacji.
- ➔ Zaburzenia lękowe (nerwicowe) dotyczą 10% populacji, w tym 4,3% to fobie specyficzne, a 1,8% fobie społeczne.
- ➔ Zaburzenia nastroju (choroba afektywna jednobiegunowa i dwubiegunowa) w chwili przeprowadzania badań dotyczyły 3,5% populacji. Z innych źródeł wynika, że ryzyko wystąpienia zaburzeń nastroju w ciągu życia wynosi 17% (trzykrotnie częściej występują one u kobiet niż u mężczyzn). Należy pamiętać, że w badaniu EZOP oceniano wystąpienie zaburzenia w momencie badania, a nie w ciągu całego życia⁷⁷.

Według innych badań zaburzenia psychotyczne, w tym schizofrenia, dotyczą ok. 1% populacji⁷⁸. Schizofrenia jest chorobą, która rozpoczyna się w młodym wieku i trwa do końca życia. Średni wiek wystąpienia jej pierwszych objawów u mężczyzn lokuje się w przedziale 15–24 lat, u kobiet zaś 25–30 lat. Przebiega w formie naprzemiennych zaostrzeń (nawrotów) i remisji. Schizofrenia jest chorobą, która wymaga największej pomocy społecznej, a i tak można odnotować znaczne skrócenie życia (o kilkanaście lat) w tej grupie pacjentów, z powodu:

- ➔ zaniedbań opieki w tej grupie,
- ➔ braku dbałości o własne zdrowie, będącego konsekwencją objawów psychotycznych i deficytów funkcji poznawczych,
- ➔ samotności i braku partnerów życiowych,
- ➔ objawów zaburzeń polekowych w tym: cukrzycy typu II, zespołu metabolicznego, zaburzeń kardiologicznych,
- ➔ stygmatyzacji chorych na schizofrenię i lęku społecznego przed kontaktami z nimi,
- ➔ antyzdrowotnych nawyków w tej grupie chorych, w tym niskiej aktywności ruchowej i rozpowszechnienia palenia tytoniu (80% palaczy w tej grupie).

⁷⁶ Tamże.

⁷⁷ Tamże.

⁷⁸ J. Wciórka (2011), *Psychozy schizofreniczne* [w:] S. Puzyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, *Psychiatria, Psychiatria kliniczna*, t. 2, Elsevier Urban & Partner, Wrocław, s. 195–269.

Omawiając zagadnienie chorób psychicznych, należy wyjaśnić jeszcze kwestię różnicowania ich z niepełnosprawnością intelektualną (dawniej zwaną upośledzeniem umysłowym). Na niepełnosprawność intelektualną cierpi w Polsce 2–3% dzieci i młodzieży oraz około 1% osób dorosłych⁷⁹. Trzeba zwrócić uwagę, iż do początku XIX wieku nie odróżniano upośledzonych od chorych psychicznie, i choć dziś lekarze, psychologzy i pedagodzy specjalni zgodni są co do tego, że pomiędzy pojęciami tymi nie można postawić znaku równości, w potocznym odbiorze nadal bywają one mylone. Mogą mieć z tym problem także rodziny czy najbliższe środowisko tych osób. Ponieważ niepełnosprawność, w tym niepełnosprawność intelektualna, częściej występuje w rodzinach ubogich, jest duże prawdopodobieństwo, że pracownicy socjalni zetkną się również z tym problemem. Dlatego warto podkreślić istniejące różnice.

Niepełnosprawność intelektualna (dawniej: upośledzenie umysłowe) nie jest chorobą psychiczną – i w ogóle nie jest chorobą. Jest to dysfunkcja intelektualna powstająca wskutek uszkodzenia z różnych przyczyn układu nerwowego w okresie rozwojowym. Natomiast zapadalność w populacji tych osób na choroby psychiczne jest wyższa 3–4 krotnie niż u osób sprawnych intelektualnie⁸⁰. Z kolei choroba psychiczna nie jest niepełnosprawnością intelektualną, choć w przebiegu niektórych chorób psychicznych może nastąpić pogorszenie funkcjonowania intelektualnego. Jeśli pogorszenie to jest znaczne i do tego następuje po zakończeniu wieku rozwojowego, mowa wtedy o demencji.

Niepełnosprawność intelektualna, podobnie jak schizofrenia, skutkuje skróceniem życia pacjenta. Czynniki temu sprzyjające są tu podobne jak w przypadku omówionej wyżej schizofrenii. U osób niepełnosprawnych intelektualnie dodatkowo:

- ➔ występują liczne wady rozwojowe i choroby wrodzone, które skracają długość życia,
- ➔ osoby niepełnosprawne intelektualnie w stopniu znacznym i głębokim mają trudności w komunikowaniu potrzeb, co w przypadku wystąpienia choroby somatycznej może utrudnić diagnostykę.

W tabeli 4 przedstawione są najważniejsze kryteria różnicujące niepełnosprawność intelektualną i schizofrenię.

⁷⁹ K. Bobińska, T. Pietras, P. Galecki (2012), *Niepełnosprawność intelektualna – etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia*, Continuo, Wrocław, s. 41–45.

⁸⁰ Nawet 3–4 razy częściej. Por. J. Komender (2007), *Upośledzenie umysłowe – niepełnosprawność umysłowa* [w:] I. Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, PZWL, Warszawa.

Tabela 4. Niepełnosprawność intelektualna a zaburzenia psychotyczne

Kryterium	Niepełnosprawność intelektualna (F7x)	Zaburzenia psychotyczne na przykładzie schizofrenii (F20)
Początek wystąpienia zaburzenia	Zaburzenia widoczne od wczesnych faz dzieciństwa, początkowo jako opóźnienie rozwoju, potem jako trwałe deficyt funkcjonowania intelektualnego	Początek w okresie wczesnej młodości po okresie względnie dobrego funkcjonowania przedchorobowego
Iloraz inteligencji mierzony za pomocą Testu D. Wechslera	Mniejszy od 70	Przed chorobą zazwyczaj w normie, po pierwszym epizodzie psychotycznym duże obniżenie, lecz rzadko do wartości mniejszej niż 70
Funkcjonowanie psychospołeczne	Od wczesnego dzieciństwa brak możliwości dobrego przystosowania ze względu na deficyty poznawcze i brak rozumienia wielu sytuacji społecznych	Przed okresem choroby względnie dobre; zazwyczaj po pierwszym epizodzie choroby załamanie linii życiowej, utrudniające prawidłowe funkcjonowanie społeczne
Osiowe objawy zaburzenia	Iloraz inteligencji mniejszy od 70, uniemożliwiający prawidłowe funkcjonowanie społeczne i poznawcze	Objawy wytwórcze (omamy urojenia, pseudohalucynacje, parahalucynacje), objawy dezorganizacji psychiki, deficyty funkcji poznawczych, w tym pamięci operacyjnej, objawy deficytowe (negatywne), obecność lęku i obniżonego nastroju
Przebieg	Ciągły, stabilny – jeśli nie współwystępują inne zaburzenia psychiczne	Typowe nawroty (z objawami wytwórczymi) i remisje
Uwagi	Osoby niepełnosprawne intelektualnie częściej niż populacja ogólna cierpią na zaburzenia psychotyczne! Średnia długość życia znacznie skrócona z powodu współwystępujących wad rozwojowych i chorób somatycznych	Znaczne ryzyko otyłości, cukrzycy, zaburzeń lipidowych, średnia długość życia skrócona

Źródło: Opracowanie T. Pietras, na podstawie: K. Bobińska, T. Pietras, P. Gałęcki (2012)⁸¹.

Osobnym zagadnieniem w epidemiologii zaburzeń psychicznych jest umieralność wynikająca z samobójstw. Dane statystyczne wykazują, iż w wyniku samobójstwa śmierć ponosi więcej osób niż w wypadkach drogowych⁸². Uważa się, że 50% samobójstw spowodowanych jest zaburzeniami psychicznymi. W 2012 roku w Polsce było 4177 prób samobójczych zakończonych zgonem⁸³. Spośród nich 808 wywołanych było zaburzeniami psychicznymi. Samobójstwem zagrożone są osoby cierpiące na zaburzenia afektywne, zwłaszcza

⁸¹ K. Bobińska, T. Pietras, P. Gałęcki (2012), *Niepełnosprawność intelektualna*, Wyd. Continuo, Wrocław, s. 21–41.

⁸² *Unia Europejska na rzecz zdrowia psychicznego* [w:] EurActiv [portal informacyjny] [online] 16.06.2008, [dostęp: 8.06.2014], <<http://www.euractiv.pl/gospodarka/wywiad/unia-europejska-na-rzecz-zdrowia-psychicznego>>.

⁸³ *Samobójstwa 2012* [w:] Statystyka. Policja [portal informacyjny] [online] [dostęp: 8.06.2014], <<http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa/84000,Samobojstwa-2012.html>>.

mężczyźni w średnim wieku oraz samotni. Co dziesiąty chory na schizofrenię usiłuje popełnić samobójstwo.

W podsumowaniu tego podrozdziału należy jeszcze raz podkreślić, że skala zaburzeń psychicznych i wynikających stąd problemów indywidualnych i społecznych jest bardzo wysoka, a do tego rysuje się tu wyraźna tendencja wzrostowa. Problem ochrony zdrowia psychicznego i wsparcia dla osób chorych i ich rodzin jest poważnym wyzwaniem – tak dla resortu zdrowia, jak i pomocy społecznej. O wszelkich działaniach profilaktycznych i zaradczych należy więc myśleć, mając na uwadze przedstawioną tu skalę problemu.

2.3. Charakterystyka wybranych zaburzeń psychicznych

2.3.1. Ogólne uwagi dotyczące funkcjonowania psychospołecznego osób z zaburzeniami psychicznymi

Pomoc pracownika socjalnego osobom cierpiącym na zaburzenia psychiczne nie jest spowodowana samymi zaburzeniami psychopatologicznymi, ale ich skutkami w postaci deficytów funkcjonowania społecznego. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania są na tyle czynnikiem ogólnej dysfunkcjonalności, że często uniemożliwiają samodzielną egzystencję. Pacjenci tacy wymagają wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego w wielu obszarach swojego życia.

Warto zastanowić się, dlaczego zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania tak bardzo mogą upośledzać funkcjonowanie, że wymagane jest wsparcie społeczne. Należy zatem rozważyć najpierw czynniki ogólne, wspólne dla wszystkich zaburzeń, którymi zajmuje się psychiatra. Pomocne będą w tym następujące spostrzeżenia:

- ➔ W przebiegu zaburzeń psychicznych, a zwłaszcza psychotycznych, występują tzw. **objawy wytwórcze** (omamy, urojenia), które powodują zerwanie kontaktu z rzeczywistością społeczną. Chory przestaje często zaspokajać swoje podstawowe potrzeby życiowe.
- ➔ W większości zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania obserwuje się **deficyty funkcji poznawczych**. Do funkcji poznawczych zalicza się funkcje przetwarzania informacji przez umysł. Wśród procesów poznawczych wyróżnia się spostrzeganie, uwagę, pamięć, uczenie się, wyobraźnię, tworzenie pojęć, myślenie, operacje logiczne, język i inne. Dysfunkcje poznawcze uniemożliwiają sprawne wykonywanie zadań wymagających sprawności umysłu. Osobom z deficytami funkcji poznawczych trudność mogą sprawiać takie czynności, jak wypisanie rachunku, pobranie pieniędzy z banku, zrozumienie instrukcji, interpretacja tekstu, skupienie uwagi, dłuższa koncentracja, słowem: wykonywanie złożonych czynności.
- ➔ W wielu zaburzeniach psychicznych występuje **deficyt w obszarze komunikacji interpersonalnej**. Uniemożliwia on dobre funkcjonowanie w relacjach społecznych i zmniejsza szanse zarówno na stworzenie społecznej sieci wsparcia, jak i na dobre funkcjonowanie w pracy zawodowej.

➔ Kolejnym aspektem gorszego niż u ludzi zdrowych funkcjonowania społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi jest omawiane wielokrotnie w tej monografii zjawisko **stygmatyzacji społecznej**⁸⁴. To społeczeństwo, naznaczając osoby z zaburzeniami psychicznymi, koncentruje się tylko na tej sferze ich naruszonego zdrowia. Tymczasem chorzy psychicznie znacznie częściej zapadają na choroby somatyczne niż osoby psychicznie zdrowe. Wyższy jest też współczynnik ich umieralności. Nie dostrzegając współwystępowania chorób somatycznych lub je bagatelizując, doprowadza się do stanu zaniedbania, które czyni te osoby klientami służb społecznych.

Na kolejnych stronach zostaną omówione objawy najczęstszych zaburzeń psychicznych, z wyszczególnieniem problemów, z którymi spotyka się otoczenie chorych. Należy jednak wyraźnie stwierdzić, iż jest to bardzo obszerne i złożone zagadnienie, dlatego tak skróto- wa prezentacja musi siłą rzeczy stanowić pewne uproszczenie. Ograniczenia podyktowane są głównie brakiem miejsca, jak również intencją, by zagadnienia medyczne nie zdomino- wały dyskursu odwołującego się do różnych aspektów funkcjonowania osób z chorobami psychicznymi. Monografia nie jest opracowaniem z zakresu psychiatrii, lecz poświęcona jest pracy socjalnej w obszarze psychiatrii. Podstawową wiedzę o zaburzeniach psychicznych specjalista pracy socjalnej może – a nawet powinien – pogłębiać, sięgając do wskazanej literatury źródłowej. Przyrost wiedzy skorelowany powinien być z rozwojem jego praktyki, nabywanej w styczności z kolejnymi przypadkami chorobowymi. Do opisu wybrano za- tem te zaburzenia, które występują najczęściej i które w ocenie psychiatrycznej najczęściej wymagają wsparcia społecznego. Nie omówiono zaburzeń osobowości – nimi zajmują się specjaliści z zakresu resocjalizacji i psychoterapeuci – a także zaburzeń seksualnych, stano- wiących przede wszystkim obszar zainteresowań seksuologów. Pominięto też całe spektrum psychiatrii dzieci i młodzieży, przede wszystkim ze względu na znaczącą odrębność tej sub- dyscypliny od psychiatrii dorosłych, co wymagałoby oddzielnej monografii. Poza tym dla dzieci młodzieży ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi, także tymi spo- wodowanymi zaburzeniami psychicznymi, przewidziano odrębne formy pomocy, związane w dużym stopniu z systemem oświatowym i działaniami międzyresortowymi. Oczywiście, zaburzenia psychiczne dziecka mogą również generować potrzeby socjalne wymagające wsparcia społecznego, dlatego krótki zarys tej problematyki przedstawiony został w rozdziale 4, jednak bez szczegółowej charakterystyki zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego.

W bieżącym rozdziale zostały omówione natomiast otępienia (stanowiące ważny problem zwłaszcza w starzejącym się społeczeństwie), zaburzenia psychotyczne i zaburzenia nastroju (ze względu na częstość ich występowania)⁸⁵. Do tego zamieszczamy krótką charaktery-

⁸⁴ E. Goffman (2007), *Piętno*, GWP, Gdańsk; P. Świtaj (2008), *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*, IPIiN, Warszawa.

⁸⁵ J. Wciórka (2011), *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych* [w:] S. Puzyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, *Psychiatria. Psychiatria kliniczna*, t. 2, Elsevier Urban & Partner, Wrocław, s. 1–41.

stykę uzależnień, chociaż te – ze względu na skalę występowania i skalę skutków społecznych – także wymagałyby osobnego opracowania monograficznego. Jednak warto o nich wspomnieć z tego powodu, że mimo powszechności występowania nie zawsze traktowane są jako problem psychiatryczny i jako choroba, stąd częsty brak zrozumienia dla istoty trudności życiowych osób uzależnionych, jak też często niewłaściwie udzielane wsparcie⁸⁶. Uzależnienia mogą również być przyczyną innych zaburzeń psychicznych o charakterze wtórnym (np. psychoz poalkoholowych, zachowań samobójczych, zaburzeń osobowościowych czy demenetywnych).

Jeszcze jedna, bardzo ważna wskazówka dla pracowników socjalnych i przedstawicieli innych zawodów pomocowych w odniesieniu do prezentowanych charakterystyk to sugestia, aby zachowali krytycyzm i spostrzegawczość w obserwacji swoich podopiecznych z zaburzeniami psychicznymi. Popularne w psychologii i psychiatrii spostrzeżenie, że „diagnozy tkwią w umysłach obserwatorów”, ostrzega przed naszą ludzką tendencją do dopatrywania się u obserwowanych tych symptomów, które potwierdzają „wizerunek” podejrzewanej choroby czy zaburzenia (ukierunkowanie obserwacji pod kątem określonej diagnozy). Warto zatem potraktować opisane tu charakterystyki i zestawienia jako wskazówki do zrozumienia, co się tak naprawdę dzieje z chorym psychicznie człowiekiem. Mają one ułatwić zbliżenie się do niego, a nie stanowić stereotypizujące go etykiety, które jednocześnie blokują nas w zrozumieniu fenomenu jego życia, odczuwania i cierpienia. Takie etykiety mogłyby zablokować pracownika socjalnego w rozpoznaniu zachowanych mocnych stron podopiecznego, które mają stanowić bazę pozytywnej zmiany sytuacji życiowej.

2.3.2. Otępienia⁸⁷

Zaburzenia o podłożu organicznym w klasyfikacji ICD-10 oznaczone są symbolami od F00 do F09. Szczególne miejsce wśród zaburzeń organicznych zajmują otępienia (F00–F03)⁸⁸. Ten rodzaj obniżenia sprawności umysłowej dotyczy ludzi starszych – po 60 roku życia. Częstość otępień rośnie z wiekiem: po 85 roku życia można rozpoznać je u 1/3 populacji.

Przyczyna otępień jest nieznaną, wynikają one ze zmian neurodegeneracyjnych tkanki mózgu i jego zaniku. Otępienie jest chorobą postępującą. Początkowo pojawiają się zaburzenia pamięci, chory nie pamięta na przykład, gdzie położył określone przedmioty. Następnie zapomina zamknąć drzwi, zaniedbuje się higienicznie, zaczyna mieć problemy z trafianiem do domu. W dalszej kolejności przestaje poznawać znajome osoby, nie pamięta imion dzieci, własnej daty urodzenia. Z czasem chory przestaje poznawać siebie w lustrze, mowa ulega zubożeniu, nie rozumie poleceń, nie sygnalizuje potrzeb fizjologicznych. W końcowej fazie choroby pojawia się zanik mowy, chory przestaje chodzić, pojawiają się odleżyny i nawrotowe zapalenia płuc. Średnio od zachorowania do zgonu mija kilka lat. Pacjent właściwie

⁸⁶ Kierujemy przy tym uwagę czytelników na osobną monografią na temat niepełnosprawności intelektualnej: K. Bobińska, T. Pietras, P. Gałecki (2012), *Niepełnosprawność intelektualna – etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia*, Continuo, Wrocław.

⁸⁷ S.C. Yudofsky, R.E. Hales (2012), *Neuropsychiatria*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław; Whatmough Ch. (2014), *Otępienie* [w:] C. L. Armstrong, L. Morrow (red.), *Neuropsychologia medyczna*. PZWL, T. 2., Warszawa, s. 45–48.

⁸⁸ J. Wciórka (2011), *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych...*, dz. cyt., s. 1–42.

od początku rozpoznania choroby wymaga pomocy osób bliskich. W przypadku braku rodziny funkcje te muszą przejąć służby społeczne.

Bardzo często w przebiegu otępień pojawia się zespół majaczeniowy, czyli ostra psychoza objawiająca się pobudzeniem, omamami wzrokowymi, słuchowymi, agresją, wielomownością. Otępienie jest często objawem współwystępującej z nim choroby somatycznej. Połowa chorych z majaczeniem w przebiegu otępienia umiera. Stan taki wymaga intensywnej terapii. W przypadku otępienia w przebiegu choroby rozsianych ciał Lewy'ego i w otępieniu w przebiegu choroby Parkinsona pojawiają się:

- ➔ objawy parkinsonowskie – drżenie, sztywność mięśni, trudności w poruszaniu się (chód drobnymi krokami, brak ruchów balistycznych kończyn, propulsja i retropulsja), brak mimiki twarzy;
- ➔ tendencja do upadków i – wtórnie – do złamań szyjki kości udowej. Złamanie szyjki kości udowej może zakończyć się u osoby w wieku senioralnym zgonem;
- ➔ zwiewne omamy i urojenia.

Zaburzenia ruchowe, parkinsonowskie są dodatkowym problemem w opiece nad chorym cierpiącym na otępienie, który wymaga wzmożonego nadzoru i bardziej troskliwej opieki. W otępieniu czołowo-skroniowym pojawiają się z kolei zaburzenia osobowości i zaburzenia zachowania, spowodowane zanikiem płatów czołowych. Chory może być wulgarny, rozhamowany seksualnie, może zanieczyszczać się moczem, kałem. Często także rozwija się u niego zaburzenie mowy w postaci afazji. W otępieniu czołowo-skroniowym – w przeciwieństwie do pozostałych rodzajów otępień – brak jest reakcji na stosowane przez lekarzy leki prokognitywne (np. inhibitory acetylocholinoesterazy czy memantynę).

W otępieniu naczyniowym często współwystępują deficyty neurologiczne, czasami pod postacią niedowładu, afazji, apraksji i agnozji. Taki stan wymaga rehabilitacji neurologicznej i neurologopedycznej (neuropsychologicznej). W otępieniu naczyniowym postęp objawów i deterioracja funkcjonowania chorego postępuje skokowo, gwałtownie. Otępienie naczyniowe rozwija się często u osób, u których wystąpił udar, choroby układu krążenia i miażdżyca. W innych rodzajach otępienia objawy postępują niepostrzeżenie, dlatego często pierwsza wizyta u psychiatry odbywa się w zaawansowanym stadium choroby.

Zaburzenia nastroju w przebiegu organicznego uszkodzenia mózgu opisane zostaną przy okazji omawiania chorób afektywnych. Łagodne zaburzenia funkcji poznawczych nie sprawiają poważnych trudności w funkcjonowaniu pacjenta. Chory skarży się na subiektywne pogorszenie pamięci. Stan taki wymaga jednak obserwacji, ze względu na ryzyko rozwoju otępienia.

Tabela 5 stanowić może ilustrację różnorodności szczegółowych jednostek nozologicznych związanych z otępieniem.

Tabela 5. Klasyfikacja otępień według systemu ICD-10

F00 Otępienie w chorobie Alzheimera

F00.0 Otępienie w chorobie Alzheimera z wczesnym początkiem (G30.0+)

F00.1 Otępienie w chorobie Alzheimera z późnym początkiem (G30.1+)

F00.2 Otępienie atypowe lub mieszane w chorobie Alzheimera (G30.8+)

F00.9 Otępienie w chorobie Alzheimera, nieokreślone (G30.9+)

F01 Otępienie naczyniowe

F01.0 Otępienie naczyniowe z ostrym początkiem

F01.1 Otępienie wielozawałowe

F01.2 Otępienie naczyniowe podkorowe

F01.3 Otępienie naczyniowe mieszane korowe i podkorowe

F01.8 Inne rodzaje otępienia naczyniowego

F01.9 Otępienie naczyniowe, nieokreślone

F02 Otępienie w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej

F02.0 Otępienie w chorobie Picka (G31.0+)

F02.1 Otępienie w chorobie Creutzfeldta-Jakoba (A81.0+)

F02.2 Otępienie w chorobie Huntingtona (G10+)

F02.3 Otępienie w chorobie Parkinsona (G20+)

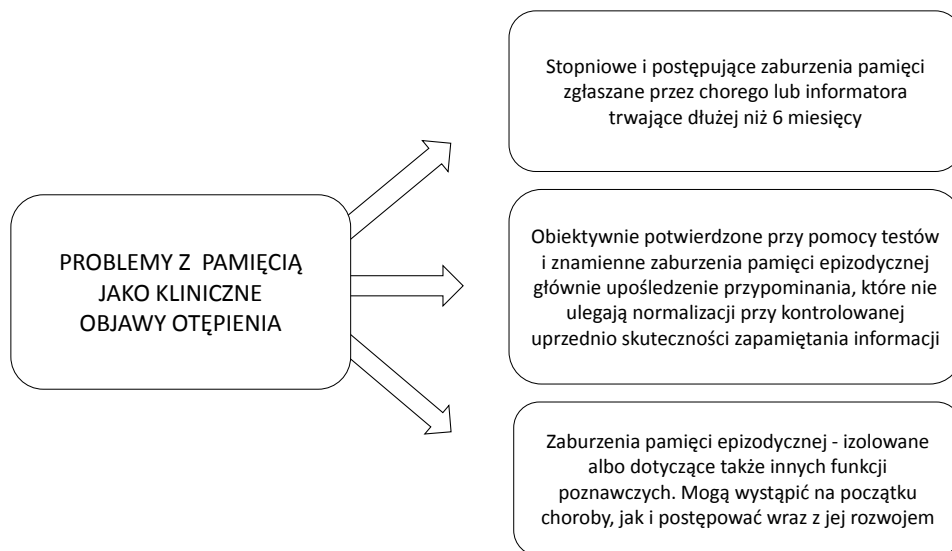
F02.4 Otępienie w chorobie nabytego upośledzenia odporności [HIV] (B22.0+)

F02.8 Otępienie w innych chorobach, sklasyfikowanych gdzie indziej

F03 Otępienie bliżej nieokreślone

Źródło: Opracowanie T. Pietras, na podstawie klasyfikacji ICD-10⁸⁹.

Rysunek 3. Kliniczne cechy otępienia



Źródło: Opracowanie T. Pietras, na podstawie ICD-10⁹⁰.

⁸⁹ IPIŃ (1998), *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, Uniwersyteckie Wyd. Med. Vesalius, Kraków – Warszawa.

⁹⁰ *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych ...*, dz. cyt.

Ponieważ jednym z łatwiej dostrzegalnych przez otoczenie sygnałów zapowiadających otępienie są zaburzenia pamięci, na rysunku 3 przedstawiamy dodatkowo trzy główne ich kategorie, istotne dla diagnozy klinicznej otępienia. Ponieważ ich występowanie bądź nasilenie się świadczy nie tylko o wystąpieniu zaburzenia otępiennego, ale także o jego dynamice, warto obserwować pod tym kątem chorego, a nawet notować opisy sytuacji świadczących o problemach z pamięcią. Pomocne jest to lekarzowi i psychologowi w ocenie stanu pacjenta, jak również w diagnostyce różnicowej różnych rodzajów otępienia⁹¹.

2.3.3. Używanie substancji psychoaktywnych i uzależnienia⁹²

Uzależnienia są najczęstszymi zaburzeniami wśród zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Lecznictwo uzależnień jest osobnym segmentem lecznictwa psychiatrycznego. Rozpoznania związane z używaniem substancji psychoaktywnych można podzielić klinicznie na następujące zespoły, które zestawiono w tabeli 10 wraz z problemami klinicznymi wiążącymi się z taką formą używania. Litera „x” w lewej kolumnie tabeli 6 oznacza substancję psychoaktywną, dla której podana zostanie osobna numeracja (tabela 10). Oznacza to, że mechanizmy uzależnienia i związane z tym objawy są porównywalne: lekarz w rozpoznaniu podaje kod stanu pacjenta po przyjęciu substancji (z tabeli 6) i uzupełnia go kodem określonej substancji (z tabeli 10).

Tabela 6. Stany kliniczne związane z używaniem substancji psychoaktywnych ujęte w klasyfikacji ICD-10

Stan po zażyciu substancji psychoaktywnych	Charakterystyka kliniczna
F1x.0 – ostre zatrucie	Objawy zależne od użytej substancji, niekiedy wymagają hospitalizacji, czasami prowadzą do zgonu; ostre zatrucie alkoholem charakteryzuje się bełkotliwą mową, odhamowaniem, chodem na szerokiej podstawie
F1x.1 – używanie szkodliwe	Regularne używanie substancji psychoaktywnej, czynnik ryzyka powikłań zdrowotnych, rozwoju uzależnienia, przestępstwa. Używanie substancji psychoaktywnych jest ważną przyczyną wypadków samochodowych; także wiele przestępstw popełnianych jest pod wpływem używania substancji psychoaktywnych
F1x.2 – zespół uzależnienia	Kryteria uzależnienia podano w kolejnej tabeli (tab. 10)
F1x.3 – zespół abstynencyjny	Pojawia się w wyniku odstawienia substancji psychoaktywnej u osoby uzależnionej, charakteryzuje się silnym głodem, może wystąpić silne pobudzenie, w przypadku odstawienia alkoholu mogą wystąpić napady padaczkowe
F1x.4 – zespół abstynencyjny z majaczeniem	Ostra psychoza rozwijająca się po ostawieniu substancji psychoaktywnej, typowe dla tego stanu są omamy wzrokowe, urojenia, pobudzenie, agresja

⁹¹ E.J. Sitek, D. Wiczorek, E. Narożańska, J. Stawek (2009), *Otępienie semantyczne. Znaczenie wywiadu oraz oceny neuropsychologicznej w diagnostyce różnicowej*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, nr 18 (2), s. 183–187.

⁹² S. Pużyński, J. Wciórka (1998), *Klasyfikacja zaburzeń...*, dz. cyt.

Stan po zażyciu substancji psychoaktywnych	Charakterystyka kliniczna
F1x.5 – zespół psychotyczny	Występuje wiele lat po odstawieniu substancji psychotycznych; typowe objawy to paranoja alkoholowa (urojenia zdrady małżeńskiej) czy halucynozja alkoholowa
F1x.6 – zespół amnestyczny	Zaburzenia pamięci pokryte konfabulacjami; objawy typowe dla wieloletniego picia alkoholu

Źródło: Opracowanie T. Pietras, na podstawie ICD-10⁹³.

Ponieważ to alkohol ciągle pozostaje w naszym kraju najbardziej uzależniającą substancją, w następujących tabelach przedstawiamy kryteria diagnostyczne uzależnień właśnie na przykładzie uzależnienia od alkoholu (tabela 7) oraz kryteria alkoholowego zespołu abstynencyjnego (tabela 8).

Tabela 7. Kryteria diagnostyczne uzależnień na przykładzie uzależnienia od alkoholu* (F10.0)

Aby rozpoznać uzależnienie, należy stwierdzić występowanie łączne trzech lub więcej z wymienionych przejawów przez co najmniej 1 miesiąc lub – jeżeli występują krócej niż 1 miesiąc – to w sposób powtarzający się w okresie 12 miesięcy:

- Silne pragnienie lub poczucie przymusu picia alkoholu (używania substancji „X”)
- Upośledzona zdolność kontroli nad zachowaniem związanym z pićm alkoholu, tj. nad jego rozpoczynaniem, kończeniem oraz skalą użycia, potwierdzona przyjmowaniem substancji w dużych ilościach lub przez czas dłuższy niż zamierzony albo uporczywym pragnieniem picia alkoholu, albo nieskutecznością wysiłków zmniejszenia lub kontrolowania jego używania
- Fizjologiczne objawy stanu abstynencyjnego pojawiające się, gdy użycie alkoholu jest ograniczane lub przerywane, potwierdzone wystąpieniem charakterystycznego dla alkoholu zespołu abstynencyjnego albo pićm alkoholu (lub spożyciem innej substancji psychoaktywnej) w celu uwolnienia się od objawów odstawienia lub ich uniknięcia
- Potwierdzenie tolerancji wobec działania alkoholu, tj. konieczności przyjmowania istotnie wzrastających jego ilości, w celu osiągnięcia jego działania lub pożądanego efektu albo znaczenie zmniejszonego efektu w przypadku dalszego picia dotychczasowych ilości alkoholu
- Silne pochłonięcie sprawą picia alkoholu przejawiające się istotną zmianą dotychczasowych zamiłowań i zainteresowań – porzucanych lub ograniczanych z powodu picia alkoholu – albo przeznaczeniem większości czasu na działania konieczne do uzyskania lub picia alkoholu bądź uwolnienia się od następstw jego działania
- Uporczywe picie alkoholu pomimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw, potwierdzone ciągłym dalszym jego pićm, choć charakter i rozmiar szkód są już danej osobie znane lub można oczekiwać, że są znane

* **Uwaga!** Dla innych substancji psychoaktywnych kryteria te są analogiczne; w miejsce alkoholu należy wpisać daną substancję uzależniającą, której uzależnienie dotyczy.

Źródło: Opracowanie T. Pietras, na podstawie ICD-10⁹⁴.

⁹³ Klasyfikacja zaburzeń psychicznych ..., dz. cyt.

⁹⁴ Tamże.

Tabela 8. Kryteria diagnozowania zespołu abstynencyjnego na przykładzie uzależnienia od alkoholu* (F10.0)

Symptomy zespołu odstawienia alkoholu dotyczą zarówno sfery psychicznej, jak i somatycznej. Zazwyczaj pojawiają się po odstawieniu alkoholu w ciągu 6 do 72 godzin. Zgodnie z ICD-10 zespół abstynencyjny rozpoznaje się po potwierdzeniu następujących kryteriów:

- Wyraźnego stwierdzenia aktualnego przerwania lub ograniczenia przyjmowania alkoholu po okresie używania go w sposób powtarzający się oraz zwykle długotrwały i/lub w wysokich dawkach
- Wystąpienia trzech z następujących objawów:
 - drżenie języka, powiek i wyciągniętych rąk
 - pocenie się
 - mdłości, nudności lub wymioty
 - tachykardia lub podwyższone ciśnienie tętnicze
 - pobudzenie psychoruchowe
 - bóle głowy
 - bezsenność
 - złe samopoczucie lub osłabienie
 - przemijające omamy lub wizje wzrokowe, dotykowe lub słuchowe
 - napady drgawkowe typu *grand mal* („padaczka poalkoholowa”)
- Niemożności wyjaśnienia przyczyn powyższych objawów i oznak występowaniem zaburzeń somatycznych niezwiązanych z używaniem alkoholu ani lepszego wyjaśnienia występowaniem innych zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania

* **Uwaga!** Dla innych substancji psychoaktywnych kryteria te są analogiczne; w miejsce alkoholu należy wpisać daną substancję uzależniającą, której uzależnienie dotyczy.

Źródło: Opracowanie T. Pietras, na podstawie ICD-10⁹⁵.

Substancje uzależniające wyrządzają szkody psychiczne, społeczne i somatyczne. Zestawiono je w tabeli 9.

Na koniec podrozdziału przedstawiamy jeszcze zapowiadaną wcześniej tabelę, stanowiącą zestawienie z kodami substancji psychoaktywnych, uzupełniającymi wcześniejsze tabele (**tabela 10**).

⁹⁵ Tamże.

Tabela 9. Szkody psychiczne, społeczne i somatyczne u osób zażywających substancje psychoaktywne

Szkody psychiczne (degradacja psychiczna)	Szkody społeczne (degradacja społeczna)	Szkody somatyczne (utrata zdrowia somatycznego)
<ul style="list-style-type: none"> → Zawężenie struktury potrzeb (osobowości) wyłącznie do substancji psychoaktywnej → Utrata aktywności życiowej z wyjątkiem tych działań, które prowadzą do zdobywania substancji psychoaktywnej → Degradacja osobowości z nieodwracalnymi zmianami w osobowości → Zespoły objawów wytwórczych – urojenia, halucynacje, agresja, pobudzenie → Indukowanie chorób psychicznych u osób predysponowanych, w tym: schizofrenii, manii, depresji z samobójstwami, zaburzeń lękowych 	<ul style="list-style-type: none"> → Przystępczość, konflikty z prawem, odbywanie kary → Utrata pracy, brak źródeł utrzymania → Utrata pozycji zawodowej i pozycji społecznej → Zerwanie więzi z rodziną i przyjaciółmi, szkody wyrządzone partnerowi życiowemu i dzieciom → Bezdomność 	<ul style="list-style-type: none"> → Choroby zakaźne – WZW B, WZW C, AIDS, kiła – przenoszone przez strzykawki lub drogą kontaktów seksualnych → Marskość wątroby powstała wskutek przedawkowania leków lub nadużywania alkoholu → Zaburzenia odporności → Choroby układu krążenia – kardiomiopatia poalkoholowa, nadciśnienie płucne po amfetaminie → Choroby związane z zaniedbywaniem higieny – próchnica zębów, świerzb, czyrączność skóry, zakażenia dróg moczowych, gruźlica → Narażenie na skutki wypadków, urazów i zatruc → Nowotwory złośliwe

Źródło: Opracowanie T. Pietras, na podstawie: T Pietras, A Witusik (2012)⁹⁶.

Tabela 10. Substancje uzależniające wg ICD-10

Substancja uzależniająca	Uwagi kliniczne
F10 – alkohol	W Polsce u ok. 11,9% populacji stwierdza się używanie alkoholu szkodliwe i uzależnienie, 2,4% populacji spełnia kryteria zespołu uzależnienia od alkoholu
F11 – opiaty (psychoaktywne alkaloidy opium; najważniejsze opiaty to morfina, kodeina, heroina, opium)	Dawniej popularny był tzw. „kompot”, uzyskiwany ze słomy makowej; należą tu także uzależnienie od morfiny, fentanylu czy tramadolu; przy podawaniu dożylnym kompotu duże ryzyko zakażenia WZW B, WZW C, HIV
F12 – kanabinoles (substancje przygotowywane z konopi indyjskich; zalicza się do nich marihuanę i haszysz)	W Polsce popularne jest używanie pochodnych konopi
F13 – leki uspokajające i nasenne (przede wszystkim barbiturany i benzodiazepiny)	Bardzo częste uzależnienie – dotyka kilku procent populacji; mała świadomość istnienia tej formy uzależnienia
F14 – kokaina	Wytwarza się ją z liści koki, ma działanie pobudzające; bardzo szkodliwa; w Polsce rzadkie uzależnienie
F15 – inne substancje psychostymulujące, w tym kofeina oraz amfetamina	Amfetamina i jej pochodne, liczne tzw. dopalacze
F16 – substancje halucynogenne	LSD, meskalina, pejotl – wywołują objawy psychotyczne, mają mały potencjał uzależniający, lecz są bardzo niebezpieczne

⁹⁶ T. Pietras, A. Witusik (2012), *Zespół uzależnienia od nikotyny – ujęcie interdyscyplinarne*, Wyd. Continuo, Wrocław, s. 9–16.

Substancja uzależniająca	Uwagi kliniczne
F17 – palenie tytoniu	Tytoniu używa 29,3% populacji; to główny czynnik ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia, nowotworów i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc; nie wywołuje psychoz
F18 – lotne rozpuszczalniki	Obecnie mało popularne
F19 – uzależnienia mieszane	Brak szczegółowych danych – prawdopodobnie bardzo częste

Źródło: Opracowanie T. Pietras, na podstawie: T. Pietras, A. Witusik (2012)⁹⁷.

Kończąc przegląd zagadnień dotyczących uzależnień, warto zaznaczyć, iż do opisanych uzależnień zbliżone są tzw. uzależnienia niesubstancjalne (zaburzenia nawyków i popędów – F63). Należą do tej kategorii: patologiczny hazard, uzależnienie od Internetu, od seksu, zakupów i wiele innych. Szkody psychiczne i społeczne tych zespołów klinicznych zbliżone są do szkód wywoływanych przez substancje uzależniające. Podobne są też metody ich leczenia.

2.3.4. Zespoły psychotyczne⁹⁸

Wśród zespołów psychotycznych (F20–F29) osiową chorobą jest schizofrenia (w ICD-10 ujęta pod numerem F20). Jest to zespół **dezintegracji psychotycznej**, na który składają się różne ograniczenia czynności psychicznych. Hipoteza neurorozwojowa schizofrenii⁹⁹ mówi, że rozwija się ona wskutek nieprawidłowego rozwoju mózgu w okresie płodowym, wywołanego czynnikami genetycznymi i środowiska wewnątrzmacicznego. Schizofrenia ujawnia się w czasie dojrzewania ośrodkowego układu nerwowego, w okresie „trzebieży” neuronów (neurorozwojowym procesie redukcji połączeń synaptycznych¹⁰⁰) i trwa od wczesnej młodości do końca życia.

Jak już podano wcześniej, średni wiek zachorowania na schizofrenię przypada u mężczyzn na 15–24 rok życia, u kobiet na 25–34 r.ż. Choroba ta bardzo rzadko występuje u osób poniżej 15 roku życia. Schizofrenia późna, czyli rozwijająca się po 45 roku życia, stanowi ok. 15% przypadków. Jest zatem chorobą ludzi młodych i trwa do końca życia¹⁰¹. Chorzy na schizofrenię częściej usytuowani są w uboższych warstwach społeczeństwa i biedniejszych regionach kraju. Prawdopodobnie może to być skutek przesuwania się chorych w obszar wykluczenia i ubóstwa ekonomicznego, spowodowanego chorobą.

⁹⁷ Tamże.

⁹⁸ J. Wciórka (2011), *Psychozy schizofreniczne* [w:] J. Rybakowski, S. Puzyński, J. Wciórka (red.), *Psychiatria. Psychiatria kliniczna*, t. 2, Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław, s. 195–269.

⁹⁹ B.K. Lipska, D.R. Weinberger (2002), *A Neurodevelopmental Model of Schizophrenia: Neonatal Disconnection of the Hippocampus* "Neurotox Res", No. 4: 46975.

¹⁰⁰ T. Pietras (2007), *Udział infekcji wirusem Borna w patogenezie schizofrenii*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 16 (4), s. 325–329.

¹⁰¹ J. Wciórka (2011), *Psychozy schizofreniczne* [w:] J. Rybakowski, S. Puzyński, J. Wciórka (red.), *Psychiatria. Psychiatria kliniczna*, t. 2, Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław, s. 195–269.

Tabela 11. Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe

Kod ICD-10 (F20 – F29)	Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe
F20	Schizofrenia: → Schizofrenia paranoidalna F20.0 (65% przypadków) → Schizofrenia hebefreniczna F20.1 (0,5%) → Schizofrenia katatoniczna F 20.2 (1,9%) → Schizofrenia nieróznicowana F20.3 (1,3%) → Depresja poschizofreniczna F20.4 (0,8%) → Schizofrenia rezydualna F20.5 (1,8%) → Schizofrenia prosta F20.6
F21	Zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe)
F22	Uporczywe (utrwalone) zaburzenia urojeniowe
F23	Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne
F24	Indukowane zaburzenia urojeniowe
F25	Zaburzenia schizoafektywne
F28	Inne nieorganiczne zaburzenia psychotyczne
F29	Nieokreślona psychoza nieorganiczna

Źródło: Opracowanie T. Pietras, na podstawie ICD-10¹⁰² i J. Wciórka (2011)¹⁰³.

Tabela 12. Kryteria psychoz schizofrenicznych wg ICD-10

Dla zdiagnozowania psychozy schizofrenicznej konieczne jest stwierdzenie co najmniej jednego symptomu z G-1.1 albo co najmniej dwóch z G-1.2 – jeżeli trwają co najmniej miesiąc	
Kryteria wykluczające: G2	
G1.1	<ul style="list-style-type: none"> → Echo myśli, nasyłanie i zabieranie myśli oraz rozgłaśnianie myśli → Urojenia oddziaływania, wpływu i owładnięcia w zakresie ruchów, myśli, działań lub odczuć, również spostrzeżenia urojeniowe → Głosy omamowe komentujące albo dyskutujące, albo pochodzące z innej części ciała → Utrwalone urojenie o treści niedostosowanej kulturowo i całkowicie niemożliwej linii życiowej – spadek zainteresowań, brak celu, beczynność, autyzm, wycofanie
G1.2	<ul style="list-style-type: none"> → Utrwalone omamy ze zwiernymi urojeniami bez treści afektywnej lub utrwalone myśli nadwartościowe → Przerwy i wstawki toku myślenia prowadzące do rozkojarzenia lub do niedostosowania wypowiedzi albo neologizmy → Zachowania katatoniczne → Objawy negatywne – apatia, zubożenie wypowiedzi i spłycenie lub niespójność reakcji emocjonalnych → Znaczna zmiana
G2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jeżeli zaburzenia spełniają kryteria epizodu maniakalnego lub depresyjnego, to powyższe kryteria muszą być spełnione przed wystąpieniem zaburzeń nastroju 2. Brak związku z organiczną chorobą mózgu, a także intoksykacją, uzależnieniem lub odstawieniem alkoholu albo innych substancji

Źródło: Opracowanie T. Pietras, na podstawie ICD-10¹⁰⁴, J. Wciórka (2011)¹⁰⁵.

¹⁰² Klasyfikacja zaburzeń psychicznych ..., dz. cyt.

¹⁰³ Wciórka J. (2011), *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych* [w:] S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.) *Psychiatria. Psychiatria kliniczna*, t. 2, Elsevier Urban & Partner, Wrocław, s. 1–41.

¹⁰⁴ Klasyfikacja zaburzeń psychicznych..., dz. cyt.

¹⁰⁵ J. Wciórka (2011), *Klasyfikacja zaburzeń...*, dz. cyt.

Objawy w schizofrenii można podzielić na:

- ➔ **Objawy wytwórcze** – są to omamy słuchowe i urojenia. Objawy te niepokoją otoczenie, czasami przerażają. Poddają się jednak leczeniu lekami przeciwpsychotycznymi – neuroleptykami I i II generacji.
- ➔ **Objawy deficytowe** – wycofanie społeczne, niechęć do nawiązywania relacji, brak celów życiowych, beczynność, zaniedbywanie higieny, nieradzenie sobie z czynnościami dnia codziennego, rozpad zwartej struktury osobowości. Objawy deficytowe są główną przyczyną niezdolności do funkcjonowania społecznego i stygmatyzacji pacjentów. Objawy te w niewielkim stopniu poddają się leczeniu za pomocą neuroleptyków. Ich leczenie polega na rehabilitacji psychospołecznej.
- ➔ **Objawy dezorganizacji psychiki** – natłok myśli, otamowanie i zahamowanie toku myślenia, objawy katatoniczne, ambiwalencja i ambitendencja emocjonalna, manieryzmy ruchowe, grymasowanie. Objawy te są bardzo dokuczliwe, częściowo poddają się leczeniu za pomocą neuroleptyków.
- ➔ **Deficyty funkcji poznawczych** – wykrywa je się za pomocą testów neuropsychologicznych, dotyczą głównie tzw. pamięci operacyjnej.
- ➔ **Objawy afektywne** – lęk, depresja i agresja¹⁰⁶.

Schizofrenia jest ciężką chorobą ze względu na załamanie linii życiowej (rozpad struktury osobowości), czego skutki w mniejszym lub większym stopniu towarzyszą choremu do końca życia. Przebieg schizofrenii jest fluktuacyjny z okresami nawrotów objawów wytwórczych i potrzebą hospitalizacji oraz z okresami tzw. remisji, czyli względnie dobrego funkcjonowania. Pierwszy epizod schizofrenii w 18% przypadków ma początek ostry, w 16% podostry, w 68% przewlekły¹⁰⁷.

Zbliżony obraz psychopatologiczny do schizofrenii mają zaburzenia schizoafektywne (F25). Polegają one na nakładaniu się objawów schizofrenii na objawy chorób afektywnych. Funkcjonowanie pacjentów cierpiących na zaburzenia schizoafektywne jest lepsze niż chorych na schizofrenię, ale gorsze niż cierpiących na zaburzenia afektywne.

¹⁰⁶ S.M. Stahl (2009), *Podstawy psychofarmakologii*, t. 3, Via Medica, Gdańsk.

¹⁰⁷ Tamże.

Tabela 13. Objawy osiowe i dodatkowe schizofrenii wg Eugena Bleulera

Objawy osiowe	Objawy dodatkowe
<ul style="list-style-type: none"> → Zaburzenia asocjacji, rozluźnienie kojarzeń, formalne zaburzenia myślenia → Zaburzenia afektu – spłylenie emocjonalne, niedostosowanie afektywne → Ambiwaleńcja – afektywna, wolicjonalna, intelektualna → Autyzm schizofreniczny – wycofanie się z życia → Zubożenie dotyczące uwagi, woli, poczucia własnej osoby, procesów poznawczych i zainteresowań 	<ul style="list-style-type: none"> → Złudzenia i omamy → Urojenia → Objawy katatoniczne → Zaburzenia pamięci, mowy, zmiana charakteru pisma, cech osobowości, zmiany dotyczące poczucia własnego Ja

Źródło: Opracowanie T. Pietras, na podstawie: J. Wciórka (2011)¹⁰⁸

Tabela 14. Objawy pierwszorzędowe i drugorzędowe schizofrenii wg Kurta Schneidera

Objawy pierwszorzędowe	Objawy drugorzędowe
<ul style="list-style-type: none"> → Ugłóśnienia myśli → Głósy dyskutujące → Głósy komentujące → Przeżywania oddziaływania cielesnego → Odciąganie i nasyłanie myśli → Rozgłaśnianie – osłónięcie myśli → Spostrzeżenia urojeniowe → Inne przeżycia oddziaływania 	<ul style="list-style-type: none"> → Inne zaburzenia spostrzegania → Pomysły urojeniowe → Zagubienie → Depresyjne i euforyczne zmiany nastroju → Poczucie zubożenia emocjonalnego

Źródło: Opracowanie T. Pietras, na podstawie: J. Wciórka (2011)¹⁰⁹

2.3.5. Zaburzenia afektywne¹¹⁰

Zaburzenia afektywne polegają na występowaniu zaburzeń nastroju – obniżenie nastroju (epizod depresyjny, depresja) lub podwyższenie nastroju (mania). Zaburzenia nastroju mogą ujawniać się poprzez dwie jednostki chorobowe:

- **chorobę afektywną jednobiegunową** – w której nawracają epizody depresyjne podzielone okresami względnie dobrego samopoczucia;
- **chorobę afektywną dwubiegunową** – w której naprzemiennie występują epizody manii i depresji, przy czym zazwyczaj w życiu pacjenta więcej jest epizodów depresyjnych.

Choroba afektywna jednobiegunowa jest znacznie częstsza niż dwubiegunowa – ryzyko wystąpienia w życiu epizodu depresyjnego wynosi ok. 17%, zaś epizod maniakalny przeżywa ok. 1% populacji. Choroba afektywna dwubiegunowa uwarunkowana jest, podobnie jak schizofrenia, neurorozwojowo, zaś choroba jednobiegunowa rozwija się częściej niż dwubiegunowa jako reakcja na ciężki przewlekły stres, który nakłada się na konstytucjonalną skłonność do zachorowania na depresję.

¹⁰⁸ J. Wciórka (2011), *Klasyfikacja zaburzeń...*, dz. cyt., s. 1–41.

¹⁰⁹ Tamże.

¹¹⁰ S. Pużyński (2009), *Depresja i zaburzenia afektywne*, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, s. 65–73.

Podział zaburzeń afektywnych wg systemu ICD-10 przedstawiony został w tabeli 15.

Tabela 15. Podział zaburzeń afektywnych wg systemu ICD-10 z podziałem na zaburzenia jednobiegunowe i dwubiegunowe

Choroba afektywna jednobiegunowa	Choroba afektywna dwubiegunowa
F32 – epizod depresyjny	F30 – epizod maniakalny
F33 – zaburzenia depresyjne nawracające	F31 – zaburzenia afektywne dwubiegunowe
F34 – uporczywe zaburzenia nastroju	F34 – uporczywe zaburzenia nastroju
→ F34.1 dystymia	→ F34.0 cyklotymia
Inne:	
F06.3 – Organiczne zaburzenia nastroju	
F41.2 – Mieszane zaburzenia depresyjno-lękowe (z grupy „nerwic”)	

Źródło: Opracowanie T. Pietras, na podstawie ICD-10¹¹¹ i S. Pużyński, J. Wciórka (1998)¹¹².

Do kryteriów diagnostycznych epizodu depresyjnego należą:

- czas trwania epizodu – minimum dwa tygodnie;
- obniżony nastrój, raczej w godzinach porannych niż wieczornych;
- utrata zainteresowań i zdolności do odczuwania zadowolenia (anhedonia);
- zmniejszona energia lub zwiększona męczliwość;
- spadek zaufania do siebie, poczucie winy;
- nieracjonalne wyrzuty sumienia;
- nawracające myśli o śmierci, przechodzące w ruminacje samobójcze;
- zmiany w zakresie aktywności psychoruchowej;
- zaburzenia snu wszelkiego typu – najczęściej wczesne, poranne budzenie się z poczuciem katastrofy, rzadziej nadmierna senność;
- zmiany łaknienia – najczęściej utrata apetytu z obniżeniem masy ciała, znacznie rzadziej wzrost apetytu;
- brak zainteresowań seksualnych;
- mogą pojawić się urojenia depresyjne¹¹³.

Należy pamiętać, że myśli samobójcze są bezwzględnym wskazaniem do hospitalizacji!

Epizody depresyjne można podzielić według stopnia nasilenia na:

- łagodne,
- umiarkowane,
- ciężkie bez objawów psychotycznych,
- ciężkie z objawami psychotycznymi.

¹¹¹ Klasyfikacja zaburzeń psychicznych..., dz. cyt.

¹¹² Tamże.

¹¹³ Tamże.

Epizodowi depresyjnemu często towarzyszy wolnopłynący lęk. Lęk nie należy do kryteriów diagnostycznych epizodu depresyjnego, choć jest objawem częstym i dość typowym. Izolowane zaburzenia lękowe lub takie, w których dominuje lęk, stanowią osobną grupę w *Klasyfikacji ICD-10* (F40–F49). Płynna granica pomiędzy zaburzeniami nastroju a niektórymi zaburzeniami lękowymi, np. zespołem lęku uogólnionego, wskazuje na podobieństwo tych dwóch grup i być może na ich wspólną etiologię. Prawdopodobieństwo nawrotu leczonej depresji w ciągu życia wynosi 80%¹¹⁴.

Do charakterystycznych objawów epizodu maniakalnego należą:

- ➔ wzmożona aktywność lub niepokój fizyczny;
- ➔ wzmożona rozmowność, wielomówność;
- ➔ odwracalność uwagi, trudności w koncentracji;
- ➔ zmniejszona potrzeba snu;
- ➔ zwiększona energia seksualna;
- ➔ lekkomyślność w postępowaniu (np. w wydawaniu pieniędzy, w nawiązywaniu kontaktów, w tym seksualnych);
- ➔ wzmożona łatwość nawiązywania kontaktów i niezachowywanie dystansu;
- ➔ podwyższony nastrój przechodzący stopniowo w drażliwość, a następnie agresywną dysfориę¹¹⁵.

Epizod maniakalny, podobnie jak depresyjny, może mieć różne stopnie nasilenia: od łagodnego do ciężkiego, przy czym w przypadku niektórych epizodów o ciężkim przebiegu mogą dodatkowo pojawiać się objawy psychotyczne. Klasyfikację epizodów według kryterium nasilenia objawów przedstawia rysunek 4.

Epizod maniakalny rzadko występuje w sposób izolowany. W przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych pojawiają się epizody depresyjne trwające zazwyczaj dłużej niż maniakalne i pojawiające się częściej niż maniakalne.

Zaburzenia jednobiegunowe leczy się lekami przeciwdepresyjnymi. Zaburzenia dwubiegunowe natomiast leczone są lekami normotymicznymi (sole litu i niektóre leki przeciwпадczkowe) oraz neuroleptykami drugiej generacji¹¹⁶.

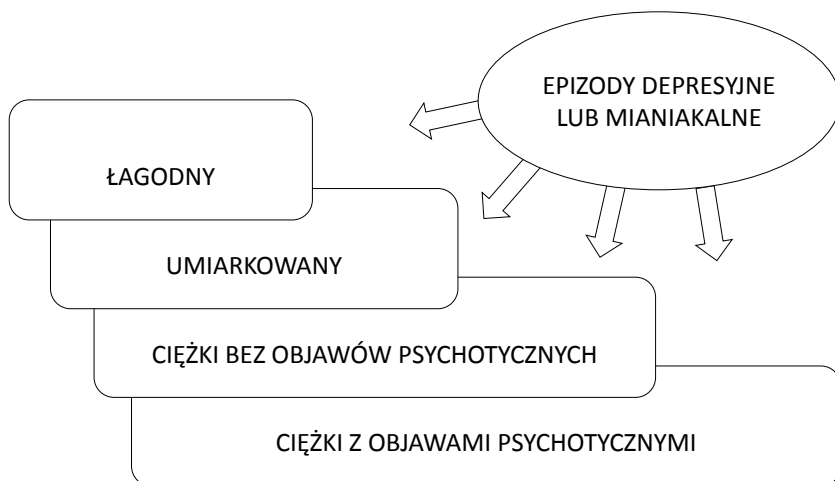
Osoby z zaburzeniami afektywnymi cierpią z powodu nawracających objawów przez całe życie, zmagając się z zaburzeniami nastroju, najczęściej z epizodami depresyjnymi.

¹¹⁴ A. Popiel, E. Prąglowska (2008), *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*, Wyd. Paradygmat, Warszawa, s. 10–30.

¹¹⁵ *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych...*, dz. cyt.

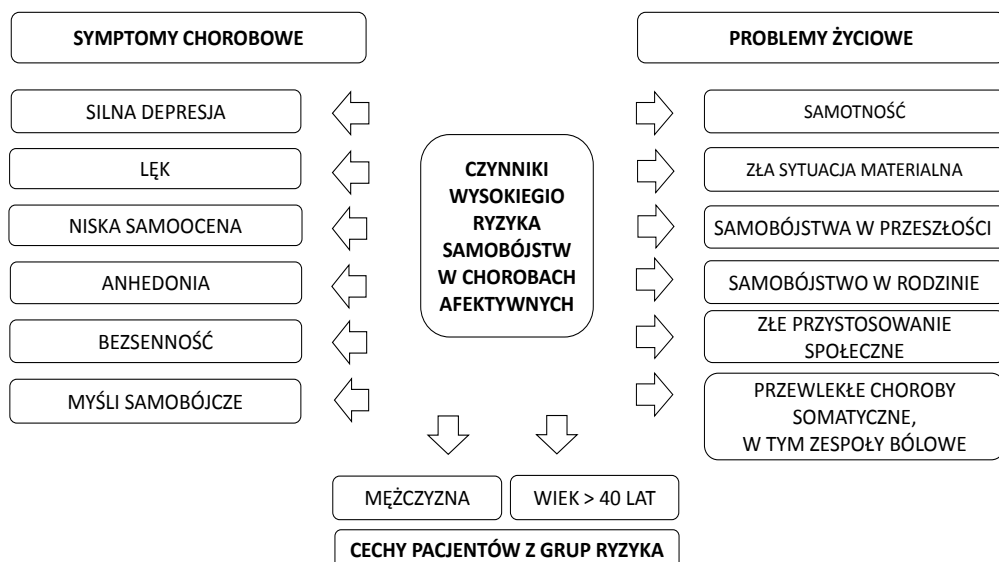
¹¹⁶ S. Farooq, F. Naeem (2014), *Tackling nonadherence in psychiatric disorders: current opinion*, „*Neuropsychiatr Dis Treat*”; 12;10:1069–77.

Rysunek 4. Klasyfikacja epizodów depresyjnych i maniakalnych wg kryterium nasilenia objawów



Źródło: Opracowanie T. Pietras, na podstawie: S. Pużyński (2009)¹¹⁷.

Rysunek 5. Czynniki ryzyka samobójstwa w przebiegu chorób afektywnych



Źródło: Opracowanie T. Pietras, na podstawie: A. Popiel, E. Pragłowska 2008¹¹⁸ i Pużyński (2009)¹¹⁹.

¹¹⁷ S. Pużyński (2009), *Depresja i zaburzenia afektywne*, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa.

¹¹⁸ A. Popiel, E. Pragłowska (2008), *Psychoterapia poznawczo-behawiorkalna. Teoria i praktyka*, Wyd. Paradygmat, Warszawa.

¹¹⁹ S. Pużyński (2009), *Depresja i zaburzenia...*, dz. cyt.

Tabela 16. Niektóre dane dotyczące epidemiologii i współchorobowości zaburzeń afektywnych

Dane na temat epidemiologii zaburzeń afektywnych i współchorobowości z innymi zaburzeniami psychicznymi

- Rozpowszechnienie zaburzeń afektywnych w ciągu życia: 7–12% u mężczyzn i 20–25% u kobiet
- Roczna chorobowość to 6–12% w populacji osób dorosłych
- Kobiety 2–3 krotnie częściej chorują na depresję niż mężczyźni
- Rozpowszechnienie choroby afektywnej dwubiegunowej typu I jest jednakowe u obu płci i obejmuje około 1% populacji
- Prawdopodobieństwo nawrotu leczonej depresji w ciągu życia wynosi 80%
- W przebiegu depresji zaburzenia lękowe z napadami paniki są 19 razy częstsze niż w populacji osób bez depresji
- Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne są 11 razy częstsze u osób z depresją niż bez depresji
- Zaburzenia w postaci fobii są 9 razy częstsze w przebiegu zaburzeń afektywnych niż bez tych zaburzeń
- 10–15% osób z depresją popełnia samobójstwo
- Występuje duża współchorobowość ADHD i choroby afektywnej dwubiegunowej

Dane epidemiologiczne z badania EZOP (2012) na chorobowości w punkcie czasowym pomiaru w Polsce

- depresja: 3,0% (estymacja: 2,7–3,3 %)
- dystymia (przewlekła depresja): 0,6% (estymacja: 0,5–0,8 %)
- mania: 0,4% (estymacja: 0,3–0,5%)
- zaburzenia afektywne ogółem: 9,6% (estymacja: 8,9–10,3%)

Źródło: Opracowanie T. Pietras, na podstawie Raportu badania EZOP¹²⁰.

¹²⁰ Raport. www.ezop.edu.pl. Charakterystyka rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w Polsce na podstawie badania EZOP[online] [dostęp: 20.06.2014], <http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/aktualnosci/ezop/BACKGROUNDER_KONFERENCJA%20%20PRASOWA%20%20PROJEKTU%20EZOP.pdf>.

Podsumowanie:

1. W potocznym języku używa się określenia „choroba psychiczna” i z takim określeniem spotyka się pracownik socjalny w kontakcie z klientami.
2. W psychiatrii używa się określenia „zaburzenie psychiczne” – w książce pojęcie „choroba psychiczna” i „zaburzenie psychiczne” używane są zamiennie.
3. Zaburzenia psychiczne wpływają negatywnie na stan zdrowia somatycznego i skracają długość życia.
4. Zaburzenia psychiczne to najczęstsza przyczyna samobójstw.
5. Zaburzenia psychiczne są najczęstszymi zaburzeniami zdrowotnymi w populacji, tak w Polsce, jak i na świecie.
6. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania z objawami wytwórczymi nazywa się psychozami.
7. Wprowadzono jednolite systemy klasyfikacyjne zaburzeń psychicznych: system ICD-10, opracowany przez Światową Organizację Zdrowia, i amerykański system DSM-V. Diagnoza funkcjonalna ICF uzupełnia identyfikację zaburzeń w systemie ICD-10 (ICF i ICD należą do tej samej rodziny klasyfikacji WHO).
8. ICD-10 i DSM-V zawierają opis symptomów zaburzeń psychicznych.
9. Nie należy mylić niepełnosprawności intelektualnej (dawniej: upośledzenia umysłowego) z chorobą psychiczną, choć wskaźnik zaburzeń psychicznej w grupie osób z tą niepełnosprawnością jest wyższy niż w całej populacji.

Polecana literatura:

- *Raport. www.ezop.edu.pl. Charakterystyka rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w Polsce na podstawie badania EZOP [online] [dostęp: 20.06.2014]*
- http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/aktualnosci/ezop/BACKGROUND_KONFERENCJA%20%20PRASOWA%20%20PROJEKTU%20EZOP.pdf.
- S. Pużyński (2009), *Depresja i zaburzenia afektywne*, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa.
- J. Wciórka (2010), *Psychopatologia: objawy i zespoły zaburzeń psychicznych* [w:] J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka (red.), *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, t. 1, Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław; s. 305–398.
- J. Wciórka (2011), *Psychozy schizofreniczne* [w:] S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, *Psychiatria, Psychiatria kliniczna*, t. 2, Elsevier Urban & Partner, Wrocław, s. 195–269.
- *Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla pracowników podstawowej opieki zdrowotnej*. Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Genewa-Warszawa, 2003.

3. MODEL ŚRODOWISKOWEJ OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ

3.1. Założenia środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej

W rozdziale pierwszym przedstawiliśmy zarys historii zainteresowania chorobami psychicznymi oraz rozwoju myśli medycznej i psychiatrii, przedstawiający pogłębianie się wiedzy o tych chorobach. Jeśli szukać jakiejś wyrazistej cezurę czasowej, to należy stwierdzić, iż nowoczesna psychiatria narodziła się wraz z:

- ➔ rozwojem psychopatologii,
- ➔ syntezą leków stosowanych z pozytywnym skutkiem w psychiatrii.

Do momentu wprowadzenia leków pacjenci psychotyczni byli zazwyczaj segregowani i izolowani od społeczeństwa. Farmakoterapia była odpowiedzią na zróżnicowanie symptomów psychopatologicznych (różne leki wywoływały różne efekty terapeutyczne) i stworzyła możliwość doraźnego i długotrwałego polepszenia stanu chorych psychicznie, ale wprowadziła również nowe zagrożenia. Zmieniło to zupełnie postrzeganie choroby psychicznej oraz perspektywy funkcjonowania tych chorych w społeczeństwie.

Lata pięćdziesiąte dwudziestego wieku zaowocowały syntezą:

- ➔ leków przeciwpsychotycznych,
- ➔ leków przeciwdepresyjnych,
- ➔ leków stabilizujących nastrój,
- ➔ leków przeciwlękowych,
- ➔ leków prokognitywnych¹²¹,
- ➔ leków stosowanych w leczeniu uzależnień (charakterystykę leków zestawiono w tabeli 17).

Nie rozumiano wówczas społecznych aspektów zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Uważano, zgodnie z modelem biomedycznym, że dysfunkcje psychiczne wynikają z zaburzonego metabolizmu mózgu. Podanie leków winno zatem skorygować zaburzony metabolizm i przywrócić utracone funkcje. Pacjentów hospitalizowano długotrwale, stosując

¹²¹ S.M. Stahl (2009), *Podstawy psychofarmakologii*, t. 1–4, Via Medica, Gdańsk.

maksymalne dawki leków wywołujące liczne objawy uboczne. Nie rozumiano ani poznawczych uwarunkowań zaburzeń psychicznych, ani kontekstu społecznego. Zjawisko chorób psychicznych interpretowane było tylko w kontekście mechanicystycznie rozumianego modelu biomedycznego, jako skutek nieprawidłowości metabolizmu neuroprzekazników, bądź zaburzenia te rozumiano psychoanalitycznie. Dopiero rozwój psychologii poznawczej, neuropsychologii i socjologii ponowoczesnej zweryfikował wcześniejsze sądy, odslaniając neurobiologiczne podstawy zaburzeń psychicznych, jak i ich kontekst społeczny¹²².

Tabela 17. Podstawowe grupy leków stosowanych w psychiatrii

Grupa leków	Przykładowe popularne substancje stosowane w Polsce	Działanie
Leki neuroleptyczne – przeciwpsychotyczne	chloropromazyna, haloperydol, lewomepromazyna, pernazyna, flupetiksol, klozapina, olanzapina, kwetiapina, risperidon	Leki działają na objawy psychotyczne – omamy i urojenia, stosowane są w leczeniu psychoz, w tym schizofrenii, oraz w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej
Leki przeciwdepresyjne	Moklobemid, amitryptylina, klomipramina, mianseryna, mirtazapina, wenlafaksyna, fluoksetyna, sertralina, paroksetyna, citalopram	Leki poprawiają nastrój, stosowane są w leczeniu epizodów depresyjnych, w profilaktyce nawrotu depresji oraz w niektórych zaburzeniach lękowych
Leki stabilizujące nastrój	sole litu, kwas walproinowy, lamotrygina, karbamazepina	Stosowane w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej, większość z nich to także leki przeciwpadaczkowe
Leki przeciwlękowe	pochodne benzodiazepiny (np. diazepam, bromazepam, klonazepam), hydroksyzyna, buspiron	Stosowane doraźnie w leczeniu lęku i jako leki nasenne, mają duży potencjał uzależniający
Leki prokognitywne	donepezyl, rywastygmina	Stosowane w leczeniu otępień
Leki stosowane w uzależnieniach	akamprozat, bupropion, wardenilina, metadon, klonidyna	Pozwalają utrzymać abstynencję

Źródło: Opracowanie T. Pietras na podstawie: S.M. Stahl (2009)¹²³

W latach siedemdziesiątych pod wpływem rodzącej się filozofii postmodernistycznej rozwinął się ruch **antypsychiatrii**. Zaczęto zamykać szpitale psychiatryczne, krytykowano lecznictwo zamknięte, przymusowe leczenie i przymusowe hospitalizacje¹²⁴. Zauważono, że długotrwała izolacja pacjentów z zaburzeniami psychiatrycznymi wywołuje u nich zespół błędnej adaptacji w postaci przystosowania się do życia w warunkach szpitalnych. Uniemożliwia to rehabilitację pacjentów.

Rozwinięto modele rehabilitacji psychiatrycznej rozumianej jako przywracanie utraconych funkcji poznawczych, emocjonalnych i społecznych.

¹²² K. Walsh, D. Darby (2008), *Neuropsychologia kliniczna Walsha*, GWP, Gdańsk.

¹²³ S.M. Stahl (2009), *Podstawy psychofarmakologii...*, dz. cyt.

¹²⁴ K. Jankowski (1994), *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej... 20 lat później*, Jacek Santorski & CO Agencja Wyd., Warszawa.

Rehabilitacja psychiatryczna jest to zespół skoordynowanych oddziaływań społecznych, psychologicznych, wychowawczych i medycznych umożliwiających chorym psychicznie samodzielną egzystencję i integrację społeczną¹²⁵.

Model rehabilitacji psychiatrycznej jest zgodny ze współczesnym rozumieniem pedagogiki specjalnej, a w szczególności z jej paradygmatem normalizacyjnym i emancypacyjnym¹²⁶. Rehabilitacja oznacza jednak model naprawczy zaburzonych lub utraconych funkcji psychicznych i behawioralnych u pacjenta.

Celem rehabilitacji psychiatrycznej jest wyposażenie chorego w sprawności fizyczne, intelektualne oraz emocjonalne, pozwalające na optymalne funkcjonowanie psychospołeczne. Dziedzina ta, w analogiczny sposób jak pedagogika specjalna i inne nauki społeczne, które w obszarze zainteresowań mają osoby z niepełnosprawnością, przeszła trzy fazy rozwoju:

- ➔ **fazę modelu medycznego** – w której działania rehabilitacyjne uzależniano od rozpoznania;
- ➔ **fazę modelu inwalidztwa** – w której za podstawę działania brano pod uwagę rozpoznanie uszkodzeń pierwotnych, jak i ich wtórnych skutków psychospołecznych;
- ➔ **fazę modelu umiejętności** – w którym uwzględnia się przede wszystkim rehabilitację deficytów funkcjonowania pacjenta i opracowanie sposobów przywrócenia pacjenta społeczeństwu¹²⁷.

Model umiejętności jest zgodny ze współczesnym rozumieniem ruchu inkluzyjnego (włączającego) w naukach społecznych, pedagogice specjalnej, jak również w polityce społecznej i pracy socjalnej, mającego na celu pełne uczestnictwo osób zagrożonych wykluczeniem (również niepełnosprawnych, w tym z niepełnosprawnością natury psychicznej) w życiu społecznym¹²⁸.

Wyróżniono następujące zasady rehabilitacji psychiatrycznej:

- ➔ zasadę optymalnej stymulacji,
- ➔ zasadę wielostronności metod,
- ➔ zasadę stopniowania trudności,
- ➔ zasadę wielokierunkowości oddziaływań,
- ➔ zasadę powtarzalności oddziaływań,
- ➔ zasadę partnerstwa¹²⁹.

Zasady rehabilitacji psychiatrycznej przedstawiono w tabeli 18.

¹²⁵ A. Cechnicki (2009), *Rehabilitacja psychiatryczna – cele i metody*, „Psychiatria w Praktyce Klinicznej”, nr 2, s. 41–54; A. Cechnicki (2011), *Schizofrenia – proces wielowymiarowy. Krakowskie prospektywne badania przebiegu, prognozy i wyników leczenia schizofrenii*, IPiN, Warszawa.

¹²⁶ A. Krause (2010), *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*, Oficyna Wyd. Impuls, Kraków.

¹²⁷ S. Leszto, A. Witusik, T. Pietras (2013), *Terapia pedagogiczna dorosłych. W psychiatrii i w medycynie somatycznej. Ujęcie psychologiczne, biomedyczne i aksjologiczne*, Nauk. Wyd. Piotrkowskie, Piotrków Trybunalski.

¹²⁸ *Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych* [w:] Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej [portal internetowy] [dostęp: 28.06.2014], <<http://www.mpips.gov.pl/spoleczne-prawa-czlowieka/konwencja-o-prawach-osob-niepelnosprawnych>>.

¹²⁹ J. Meder (2000), *Rehabilitacja przewlekłe chorych psychicznie*, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Warszawa.

Tabela 18. Współczesne zasady rehabilitacji psychiatrycznej

Zasada rehabilitacji psychiatrycznej	Opis
Zasada wielostronności metod	Oznacza równoczesne stosowanie farmakoterapii, oddziaływania psychoterapeutycznego oraz rehabilitacji psychiatrycznej
Zasada stopniowania trudności	Polega na dostosowywaniu obciążenia czynnościami rehabilitacyjnymi stopniowo. Zbyt intensywna stymulacja wywołuje silny stres u pacjenta i nie przyniesie spodziewanego efektu terapeutycznego
Zasada wielokierunkowości oddziaływań	Oznacza uzyskiwanie korzystnych dla pacjenta zmian w różnych obszarach życia, np. życiu codziennym, zawodowym, emocjonalnym, rodzinnym, towarzyskim, społecznym, ekonomicznym
Zasada powtarzalności oddziaływań	Oznacza regularne odtwarzanie uzyskanych funkcji
Zasada partnerstwa	Oznacza podmiotowe traktowanie podopiecznego – jako równorzędnego partnera interakcji

Źródło: Opracowanie T. Pietras, na podstawie: J. Meder (2000)¹³⁰

Rehabilitacja psychiatryczna, jako metoda rehabilitacji i rewalidacji pacjenta w modelu włączającym do życia społecznego, stosowana jest w:

- ➔ oddziałach szpitalnych,
- ➔ oddziałach dziennych terapeutycznych i rehabilitacyjnych,
- ➔ poradniach zdrowia psychicznego,
- ➔ zespołach leczenia domowego,
- ➔ hostelach i mieszkaniach chronionych,
- ➔ zespołach lecznictwa domowego,
- ➔ zespołach interwencji kryzysowej,
- ➔ domach pomocy społecznej,
- ➔ środowiskowych domach samopomocy,
- ➔ warsztatach terapii zajęciowej¹³¹.

Metody rehabilitacji stosowane współcześnie obecne były w psychiatrii od dawna, na długo zanim doszło do teoretycznego ujęcia jej zasad. Można zauważyć, że to praktyka zmusiła do opracowania naukowych zasad rehabilitacji osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi. Przykładem może być terapia zajęciowa czy terapia sztuką (arteterapia). Stosowano je na oddziałach szpitalnych od dawna, jeszcze zanim wprowadzono pojęcie rehabilitacji psychiatrycznej i opracowano jej model teoretyczny.

W latach osiemdziesiątych XX wieku w światowej psychiatrii doszło do syntezy różnych jej nurtów, w tym antypsychiatrii oraz dorobku praktycznego i intelektualnego rehabilitacji psychiatrycznej. Szpital psychiatryczny zaczęto traktować wyłącznie jako miejsce ostrej

¹³⁰ Tamże.

¹³¹ Tamże.

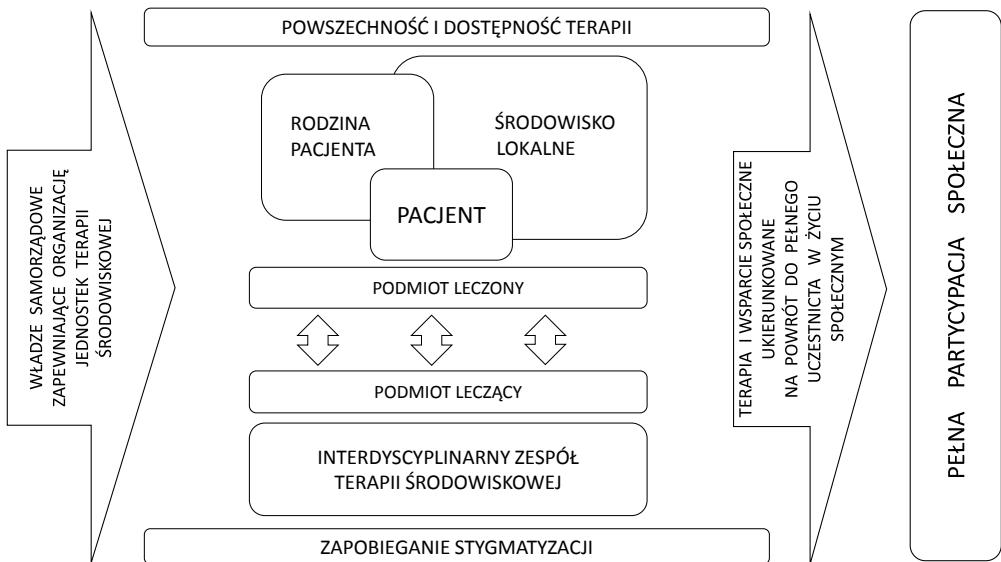
interwencji w sytuacji, gdy chory zagraża sobie i innym. Skonstruowano paradygmaty **terapii środowiskowej (psychiatrii środowiskowej)**¹³².

Założenia terapii środowiskowej są następujące (ilustruje je rysunek 6):

- ➔ pacjent leczony jest we własnym środowisku społecznym, w miejscu zamieszkania;
- ➔ w proces leczenia włączona jest rodzina pacjenta i społeczność lokalna;
- ➔ podmiotem leczącym jest interdyscyplinarny zespół terapii środowiskowej złożony z psychiatry, psychologa, psychoterapeuty, pracownika socjalnego, pedagoga, pielęgniarki, asystenta rodziny, prawnika;
- ➔ obowiązek organizacji podmiotów terapii środowiskowej spoczywa na władzach samorządowych;
- ➔ terapia pacjenta w środowisku społecznym sprzyja powrotowi chorego do pełnego życia społecznego, daje wsparcie i uczestnictwo;
- ➔ powszechność terapii środowiskowej zapobiega procesom stygmatyzacji społecznej.

Model terapii środowiskowej w psychiatrii jest w pełni zgodny ze współczesnym rozumieniem pracy socjalnej¹³³ i pedagogiki specjalnej¹³⁴.

Rysunek 6. Główne założenia terapii środowiskowej



Źródło: Opracowanie D. Podgórska-Jachnik na podstawie: S. Leszto, A. Witusik, T. Pietras (2013)¹³⁵.

¹³² J. Wciórka (2011), *Terapia społeczna* [w:] J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka (red.), *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław, s. 330–344; M. Żalaska, K. Prot, P. Bronowski (2007), *Psychiatria środowiskowa jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym*, IPIŃ, Warszawa.

¹³³ E. Marynowicz-Hetka (2006), *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, t. 1, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa.

¹³⁴ A. Krause (2010), *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*, Oficyna Wyd. Impuls, Kraków.

¹³⁵ S. Leszto, A. Witusik, T. Pietras (2013), *Terapia pedagogiczna dorosłych*, dz. cyt.

Interesujący model opieki środowiskowej zaproponowali Graham Thornicroft i Michéle Tansella¹³⁶. Model ten sami autorzy nazwali **modelem macierzy**. Uwzględnia on dwie osie. Pierwszą z nich jest **wymiar miejsca**, który przyjmuje trzy wartości:

- ➔ poziom krajowy/regionalny (1),
- ➔ poziom lokalny (2),
- ➔ poziom indywidualny (3).

Drugą oś stanowi **wymiar czasu**. Wymiar czasu także przyjmuje trzy wartości:

- ➔ faza wejścia (A),
- ➔ faza procesu (B),
- ➔ faza wyniku (C).

Korzystając z tych osi, można skonstruować macierz kwadratową 3×3, która ilustruje całościowo model środowiskowej opieki psychiatrycznej. Rekonstrukcję macierzy w oparciu o analizy Thornicrofta i Tanselli, z uwzględnieniem kluczowych czynników opieki na każdym etapie i każdym poziomie leczenia, przedstawia tabela 19.

Z punktu widzenia służb społecznych psychiatrię społeczną interesuje przede wszystkim poziom lokalny (2) w trzech fazach: wejścia (2A), procesu (2B) i wyjścia (2C)¹³⁷. Zastanówmy się, co oznaczają wspomniane fazy na poziomie **lokalnym** (z którego zasobów będzie korzystał pracownik socjalny, organizując wsparcie społeczne dla swoich klientów).

Faza wejścia obejmuje sposoby kierowania pacjenta do terapii, zasoby materialne gminy przeznaczone do organizowania opieki środowiskowej, posiadanie wykwalifikowanych i doświadczonych kadr.

Faza procesu obejmuje metody terapii, metody rehabilitacji, jakość opieki środowiskowej, sprawność służb społecznych w rozwiązywaniu problemów podopiecznych, stosunki międzyludzkie panujące w zespole terapeutycznym.

Faza wyjścia rozumiana jest jako końcowy efekt skuteczności wsparcia środowiskowego osób z zaburzeniami psychicznymi.

Na poziomie **indywidualnym** wszystkie trzy fazy obejmują system działania zmierzający do udzielenia pomocy konkretnemu pacjentowi. Poziom indywidualny, idiograficzny, to w sensie medycznym studium konkretnego przypadku (ang. *case report*), a z punktu widzenia nauk pedagogicznych – to jakościowa analiza przypadku.

Poziom krajowy, regionalny można rozumieć jako system:

- ➔ uregulowań prawnych umożliwiających rozwój terapii środowiskowej,
- ➔ system finansowania terapii środowiskowej.

Bardzo istotną rzeczą jest uświadomienie sobie, że w modelu psychiatrycznej opieki środowiskowej wszystkie pola macierzy muszą być aktywne i interaktywne, tzn. po pierwsze, muszą

¹³⁶ G. Thornicroft, M. Tansella (2010), *W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej*, IPiN, Warszawa.

¹³⁷ S. Leszto, A. Witusik, T. Pietras (2013), *Terapia pedagogiczna dorosłych...*, dz. cyt.

funkcjonować, po drugie, muszą funkcjonować we wzajemnych powiązaniach. Szczególnie ten drugi element stanowi przedmiot troski środowiska medycznego. System to bowiem coś więcej niż suma pojedynczych składników: to sieć powiązań, tworząca wsparcie społeczne, ze wspólną wizją celów i spójnym kierunkiem działania. Tylko wtedy można mówić o ciągłości i systemowym charakterze oddziaływań, które tworzyć mają nową jakość w opiece psychiatrycznej.

Tabela 19. Kluczowe czynniki w modelu macierzy środowiskowej opieki psychiatrycznej Grahama Thornicrofta i Michéle Tanselli

Osie modelu macierzy			
Oś miejsca	Oś czasu		
	faza wejścia	faza procesu	faza wyjścia
Poziom krajowy	1A → budżet na psychiatryczną opiekę zdrowotną → przepisy → zarządzenia plany → wytyczne i procedury	1B → wskaźniki wyników / działań (np. odsetek przyjęć, przymusowych przyjęć itd.)	1C → ogólny współczynnik samobójstw → stopa bezdomności → odsetek więźniów → lata życia z niesprawnością
	2A → budżet na usługi medyczne → równowaga między lokalną opieką szpitalną a środowiskową → ocena potrzeb lokalnych → zasoby personelu → opieka kliniczna i pozakliniczna → relacje zawodowe między zespołami	2B → kontakty z psychiatryczną opieką zdrowotną i wzory korzystania z usług → ścieżki prowadzące do opieki i kontynuacja opieki przez dłuższy okres czasu z udziałem tego samego zespołu → ukierunkowanie usług na grupy szczególnej troski	2C → współczynnik samobójstw wśród chorych psychicznie → stopa zatrudnienia → współczynnik zachorowalności na choroby somatyczne
Poziom indywidualny	3A → ocena potrzeb indywidualnych → doświadczenia terapeutyczne personelu → informacja dla użytkowników świadczeń → Informacje dla personelu	3B → treść działań terapeutycznych (psychologicznych, społecznych, farmakologicznych) → zachowanie kontynuacji opieki przez dłuższy czas z udziałem tego samego personelu klinicznego → częstotliwość wizyt / spotkań	3C → stopień nasilenia objawów → oddziaływanie na osoby świadczące opiekę → zadowolenie z usług → jakość życia → niesprawność → zaspokojone i niezaspokojone potrzeby

Źródło: Opracowanie D. Podgórska-Jachnik, na podstawie: G. Thornicroft, M. Tansella (2010)¹³⁸.

¹³⁸ G. Thornicroft, M. Tansella (2010), *W stronę...*, dz. cyt., s. 141, 150, 162.

3.2. Współpraca interdyscyplinarna z pacjentem psychiatrycznym – oczekiwania lekarza

Problem wspomagania osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi oraz ich rodzin obejmuje różne obszary i wiele aspektów życia, co pociąga za sobą konieczność współpracy interdyscyplinarnej. Wspominamy o tym wielokrotnie w tej książce, co jest naturalną konsekwencją przyjęcia środowiskowego modelu wsparcia. Ponieważ jednak rozważając kwestię choroby, w naturalny sposób eksponujemy rolę lekarza, w niniejszym podrozdziale skupimy się na przedstawieniu oczekiwań lekarza względem innych specjalistów, tak w obrębie zespołu środowiskowego, jak i w ramach współpracy międzyinstytucjonalnej. Nie jest to przejaw medykalizacji problemu, ale próba ukazania pracownikowi socjalnemu perspektywy medycznej, z której dostrzec można różne możliwości współdziałania. Inne ujęcia odzwierciedlają dalsze rozdziały książki.

Pacjentem z zaburzeniami psychicznymi zajmuje się cały zespół diagnostyczno-terapeutyczny, w skład którego wchodzi:

- ➔ **lekarz psychiatra** dokonujący diagnozy psychiatrycznej, zlecający farmakoterapię i ewentualne konsultacje innych specjalistów;
- ➔ **lekarz rodzinny** będący partnerem dla lekarza psychiatry w prowadzeniu chorego z zaburzeniami psychicznymi oraz pomagający leczyć choroby współwystępujące, wynikające często ze stosowania leków przeciwpsychotycznych, stabilizujących nastroje i przeciwdepresyjnych;
- ➔ **psycholog kliniczny** dokonujący oceny struktury osobowości pacjenta, jego procesów poznawczych, zasobów psychiki i ograniczeń;
- ➔ **psychoterapeuta** prowadzący proces psychoterapii, o ile jest on wskazany w danym rodzaju zaburzenia;
- ➔ **pielęgniarka** dokonująca czynności pielęgnacyjnych, podająca leki, mierząca ciśnienie, określająca masę ciała itp.;
- ➔ **pracownik socjalny** zajmujący się diagnozą sytuacji ekonomicznej i społecznej pacjenta, określający potrzeby w zakresie zabezpieczenia materialnego chorego, pomagający w czynnościach administracyjnych i wsparcia instrumentalnego;
- ➔ **pedagog (pedagog specjalny)** zajmujący się metodami terapii pedagogicznej, takimi jak terapia zajęciowa, arteterapia, hortikuloterapia, biblioterapia, socjoterapia itd.¹³⁹

Zespołem diagnostyczno-terapeutycznym kieruje **lekarz psychiatra**, bo to on odpowiada za diagnozę i leczenie oraz całość postępowania. Nie oznacza to, że jest on elementem najważniejszym tego zespołu, bowiem każdy składnik procesu leczenia, terapii, opieki i wsparcia chorego z zaburzeniami psychicznymi jest równie istotny.

¹³⁹ S. Leszto, A. Witusik, T. Pietras (2013), *Terapia pedagogiczna dorosłych. W psychiatrii i w medycynie somatycznej. Ujęcie psychologiczne, biomedyczne i aksjologiczne*, Nauk. Wyd. Piotrkowskie, Piotrków Trybunalski.

Praca lekarza regulowana jest wytycznymi Narodowego Funduszu Zdrowia, który wyznacza na wizytę diagnostyczną ok. 45 minut, terapeutyczną 30 minut, a na kontrolną 15 minut (nie dotyczy to leczenia w warunkach hospitalizacji). Oznacza to, że lekarz winien skupić się przede wszystkim na właściwym rozpoznaniu choroby, uwzględniając choroby współtowarzyszące i sytuację społeczną pacjenta, oraz wdrożyć optymalne metody farmakoterapii. Lekarz oczekuje od innych członków zespołu diagnostyczno-terapeutycznego rzetelnej współpracy oraz inicjatywy w zakresie przewidzianym dla danego zawodu¹⁴⁰. Szczególne znaczenie ma tutaj **inicjatywa pracowników socjalnych i służb społecznych**. Pracownik socjalny współpracujący z zespołem diagnostyczno-terapeutycznym w szczególności:

- ➔ rozpoznaje sytuację ekonomiczną, ale także całozyciową sytuację pacjenta i jego rodziny; do pracownika socjalnego należy m.in. przeprowadzenie wywiadu środowiskowego według standardu określonego rozporządzeniem ministerialnym¹⁴¹;
- ➔ pomaga pacjentowi uzyskać niezbędne świadczenia i orzeczenia w postaci przydziału przez ZUS renty, zasiłku rehabilitacyjnego;
- ➔ informuje i wspiera w uzyskaniu w powiatowych zespołach ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności dokumentów potwierdzających stopień niepełnosprawności;
- ➔ rozpatruje możliwości uzyskania przysługujących pacjentowi zasiłków;
- ➔ występuje o przydział usług opiekuńczych,
- ➔ w razie potrzeby pomaga choremu zdobyć miejsce w domu pomocy społecznej lub motywuje do uczestnictwa w środowiskowych domach samopomocy;
- ➔ wykonuje inne zadania w ramach pracy socjalnej, o charakterze podtrzymującym, motywującym, aktywizującym, zgodnie z powinnością zawodową tak naprawdę obszar ten należy traktować rozwojowo, gdyż w obecnej sytuacji zakres działania ograniczają konkretne kontrakty na świadczenie usług według dotychczasowych, tradycyjnych standardów, jednak docelowo upowszechnienie środowiskowych form wsparcia zwiększa możliwości wykorzystania zasobów tych specjalistów oraz nowego modelu pracy socjalnej.

Należy wyraźnie podkreślić, iż rozpoznanie i diagnoza sytuacji społecznej i ekonomicznej pacjenta są równie ważne jak diagnoza psychiatryczna i wdrożenie leczenia. Równoległe zabezpieczenie warunków życiowych i wdrożenie leczenia tworzy korzystne warunki dla powrotu do zdrowia. Podobnie ważna jest ścisła współpraca z **psychologiem klinicznym**, który:

- ➔ diagnozuje funkcjonowanie poznawcze,
- ➔ określa strukturę osobowości pacjenta,
- ➔ rozpoznaje zasoby i deficyty pacjenta.

Pełna diagnoza psychiatryczna nie jest możliwa bez diagnozy psychologicznej¹⁴².

¹⁴⁰ Tamże.

¹⁴¹ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 stycznia 2011 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego (Dz. U. 2011 nr 27 poz. 138).

¹⁴² K. Stemplewska-Żakowicz (2009), *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*, GWP, Sopot.

Psychoterapeuta prowadzi razem z lekarzem psychoterapię chorego, szczególnie zaburzeń lękowych i zaburzeń osobowości. Psychoterapię może prowadzić osoba mająca certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Polskiego Towarzystwa Psychologicznego lub Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczo-Behawioralnej. Terapię uzależnień prowadzą osoby z certyfikatami terapii uzależnień od alkoholu i terapii uzależnień od narkotyków. Wspólne prowadzenie terapii oznacza przede wszystkim koncentrację na wspólnym (lub jednakowym) celu, dokonanie uzgodnień i przyjęcie wspólnego frontu działań w zakresie strategii osiągania zmiany, konsekwentną realizację ustalonych zasad terapii i relacji z pacjentem i jego rodziną, bieżącą wymianę spostrzeżeń, kompleksową ewaluację zmian itd. Bardzo istotne jest to, by pacjent i jego rodzina otrzymywali spójne komunikaty i zalecenia, by współpraca między lekarzem a psychoterapeutą wzmocniła ich w podejmowanym wysiłku, czasem bardzo długotrwałym. Ważną rzeczą jest również wzajemne informowanie się o przebiegu relacji i zdarzeniach, które mogą wpłynąć na stan pacjenta i leczenie, gdyż tylko wtedy możliwa jest kontrola działania czynników terapeutycznych.

W dużym stopniu zasady te dotyczą współpracy z pozostałym personelem. Dążąc jednak do sformułowania standardów efektywnej współpracy w terapii osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, można powiedzieć, iż lekarz ze swojej strony oczekuje od innych członków zespołu przede wszystkim:

- ➔ prawidłowej komunikacji w sprawach dotyczących pacjenta, najczęściej w formie pisemnej lub przekazu ustnego za zgodą pacjenta;
- ➔ przestrzegania zaleceń lekarskich, dotyczących także terapii nefarmakologicznej;
- ➔ motywowania pacjenta do przyjmowania leków – z zaznaczeniem, iż farmakoterapia jest warunkiem koniecznym, choć nie zawsze wystarczającym dla uzyskania dobrostanu psychicznego;
- ➔ należytej staranności w wykonywaniu swojego zawodu, zgodnie z kompetencjami i uprawnieniami.

Idealnym modelem opieki ambulatoryjnej nad pacjentem z zaburzeniami psychicznymi jest zatrudnienie w jednej poradni zdrowia psychicznego lekarza psychiatry, pracownika socjalnego, psychologa klinicznego, psychoterapeuty, pedagoga (specjalnego), docelowo także terapeuty środowiskowego, jako nowego zawodu pomocowego. Postulat zatrudnienia tych wszystkich specjalistów w chwili obecnej, niestety, nie jest możliwy do spełnienia, z powodu rozdzielności źródeł finansowania leczenia medycznego i działalności służb społecznych. Podkreślamy jednak, iż jest to sprzeczne z założeniami modelu opieki środowiskowej nad pacjentem z zaburzeniami psychicznymi oraz wizją dalszego rozwoju psychiatrii zarysowanego w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego.

3.3. Rola pacjenta i jego otoczenia w procesie zdrowienia i utrzymania zdrowia psychicznego

Ważnym aspektem leczenia pacjenta z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania jest aktywny udział w terapii samego chorego i jego rodziny. To jeden z istotniejszych warunków procesu zdrowienia, jak również utrzymania zdrowia psychicznego. Można w tym kontekście wskazać na wiedzę na temat zdrowia oraz kształtowania się postaw prozdrowotnych, chociaż istotnym elementem leczenia zaburzeń psychicznych i procesu zdrowienia (zwanego w literaturze higiogenezą, czy też salutogenezą) jest również uzyskanie świadomości bycia osobą chorą. Choć brzmi to nieco paradoksalnie, powrót do zdrowia uwarunkowany jest również nauczeniem się roli pacjenta.

Tak zwany **wgląd w chorobę**¹⁴³ jest zasadniczą przesłanką dobrej współpracy pacjenta z lekarzem i z innymi członkami zespołu diagnostyczno-terapeutycznego. Uzyskanie owego wglądu polega przede wszystkim na uświadomieniu sobie przez pacjenta faktu, iż jest osobą chorą i że wymaga terapii. Nie zawsze przychodzi to łatwo: choroba oznacza bowiem utratę ważnej wartości autotelicznej, jaką jest zdrowie człowieka, oraz zagrożenie dla innych ważnych wartości, np.: samodzielności, aktywnego trybu życia, dochodów, pozycji społecznej, możliwości decydowania o sobie itd., a więc – jak w każdej sytuacji kryzysowej związanej z poczuciem straty – człowiekowi trudno jest ją zaakceptować. W obliczu straty bądź zagrożenia stratą u osób, które jej doświadczają bezpośrednio lub pośrednio (a więc chorych, ale także ich rodzin), pojawia się dynamiczna reakcja, zwana procesem żałoby. Zjawisko to jest obszernie opisywane w literaturze psychologicznej¹⁴⁴, aczkolwiek dokonując syntezy tych informacji, należy wskazać, iż proces ten przebiega w następujących fazach:

- ➔ faza protestu (zaprzeczania rzeczywistości), związana z nieprzyjęciem do wiadomości faktu bycia chorym, niepodjęciem leczenia lub też rozpaczliwym poszukiwaniem specjalistów i wiarą „w cud uzdrowienia”;
- ➔ faza obwiniania – związana z koncentracją całego wysiłku na szukaniu przyczyn – tak racjonalnych, jak i nieracjonalnych; obwinianie siebie i innych;
- ➔ faza wyczerpania – smutku, przygnębienia, rezygnacji, depresji jako reaktywnej odpowiedzi na stratę;
- ➔ faza złości – zachowań agresywnych wobec otoczenia, które nie potrafi pomóc (rodziny, specjalistów) lub uobecnia stratę (innych chorych – unikanie ich, odcinanie się od nich);
- ➔ faza negocjowania – pozornej akceptacji; próba pogodzenia się z sytuacją, szukanie specjalistów, ale nieidentyfikowanie się z chorobą, próba jej ukrycia – „udawanie zdrowego”; niekonsekwentne łączenie różnych pomysłów na wyzdrowienie, np. ukrywanie,

¹⁴³ J. Wciórka (2011), *Psychozy schizofreniczne* [w:] J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka (red). *Psychiatria. Psychiatria kliniczna*, t. 2, Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław, s. 195–269.

¹⁴⁴ Por. np. M. Zalewska (1998), *Psychologiczne aspekty stwierdzenia głuchoty u dziecka* [w:] J. Rola (red.), *Wybrane problemy psychologicznej diagnozy zaburzeń rozwoju dzieci*, Wyd. WSPS, Warszawa; M. Zalewska (1998), *Dziecko w autoportrecie z zamalowaną twarzą. Psychiczne mechanizmy zaburzeń rozwoju tożsamości dziecka głuchego i dziecka z opóźnionym rozwojem mowy*, Wyd. J. Santorski i Co., Warszawa.

że korzysta się z alternatywnych form terapii, branie na własną rękę leków, które komuś pomogły itd.;

- ➔ faza akceptacji – gotowość do pogodzenia się z chorobą i wynikającymi z niej wyzwaniem (np. reżimami farmakologicznymi, zaleceniami lekarskimi, gotowością do zmiany stylu życia na prozdrowotny itp.); nie oznacza poddania się chorobie, ale jej zrozumienie, zaakceptowanie ograniczeń, by mimo nich samorealizować się i prowadzić w miarę normalne życie.

Nie u każdego chorego reakcje te są tak bardzo wyraziste, różny jest ich przebieg w czasie oraz wysycenie czynnikami emocjonalnymi i racjonalnymi. Może to zależeć m.in. od indywidualnych cech osobowości, własnej hierarchii wartości, ogólnych zdolności adaptacyjnych, ale także od posiadanych doświadczeń i wzorców roli osoby chorej. Z pewnością będzie to też powiązane z samą chorobą: jej rokowaniem, zakresem i stopniem wynikających z niej ograniczeń, jak również ze społecznym postrzeganiem i przypisanymi jej stygmatami. Jednak przyjrzenie się powyższym problemom psychologicznym, zakłócającym proces adaptacji do choroby, pozwala stwierdzić, że u pacjenta mogą ujawniać się różnego rodzaju blokady emocjonalno-poznawcze, utrudniające zrozumienie choroby i nauczenie się bycia pacjentem.

Czym obraz choroby, widzianej oczami pacjenta, jest bardziej zbliżony do realnego, tym zazwyczaj lepsza jest jego współpraca z lekarzami. Kształtowanie obrazu choroby, czyli jej reprezentacji poznawczej, musi być dostosowane do poziomu rozwoju intelektualnego pacjenta. Oznacza to m.in. konieczność komunikowania się z pacjentem w sposób dla niego przystępny, nie tylko na poziomie kodu językowego (mówienie o specjalistycznych problemach przystępnym językiem), ale także w odpowiednich warunkach sprzyjających komunikacji, otwartości, zadawaniu pytań itd. Nie można jednak pozwolić sobie na zbytne uproszczenia i zniekształcenia. Obraz choroby powinien się zbliżać do obrazu rzeczywistego, co jest warunkiem nakłonienia pacjenta do podjęcia terapii.

Wgląd w chorobę jest możliwy dzięki dwóm procesom:

- ➔ oswajaniu problemu, oznaczającemu stopniowe poznawanie jego struktury,
- ➔ selektywnemu zapomnianiu, polegającemu na eliminacji informacji zbędnych¹⁴⁵.

W pracy z pacjentem istotne jest rozpoznanie momentu, kiedy dochodzi do wglądu w chorobę, dlatego trzeba wiedzieć, że przejawia się on:

- ➔ świadomością choroby i jej rozpoznania;
- ➔ świadomością ograniczeń związanych z chorobą;
- ➔ realistyczną oceną możliwości i celów terapii;
- ➔ racjonalnym podejściem wobec farmakoterapii zaburzeń psychicznych i wobec innych metod terapii zaproponowanych przez zespół diagnostyczno-terapeutyczny;

¹⁴⁵ J. Wciórka (2011), *Psychozy schizofreniczne...*, dz. cyt.

- ➔ świadomością konieczności czynnego uczestnictwa w procesie terapii;
- ➔ zdolnością do wyrażania własnego zdania na temat stanu zdrowia (należy pamiętać, że zawsze pacjent jest ekspertem w dziedzinie, jaką jest stan jego zdrowia, członkowie zespołu diagnostyczno-terapeutycznego służą jedynie wiedzą naukową, która pozwala mu zrozumieć jego stan)¹⁴⁶.

Na kształtowanie się obrazu choroby i sposobów radzenia sobie ze stresem związanym z chorobą, jak już zaznaczyliśmy, ma wpływ szereg czynników, m.in.:

- ➔ temperament,
- ➔ tzw. osobowość przedchorobowa,
- ➔ poczucie skuteczności,
- ➔ światopogląd i obraz świata, zasoby duchowe,
- ➔ doświadczenie życiowe,
- ➔ edukacyjne działania pracowników służby zdrowia i służb społecznych.

Zjawiskiem utrudniającym terapię jest tzw. **pozorny wgląd**¹⁴⁷. Polega on na deklaratywnym uznawaniu się przez pacjenta za osobę chorą. Nie towarzyszy temu jednak ani realistyczna ocena własnej choroby, ani potrzeba regularnego leczenia, w tym przyjmowania leków. Czasami pacjenci inaczej interpretują swoją chorobę w kontakcie z lekarzem i służbami medycznymi, niż rozumieją ją sami i interpretują w kontakcie ze swoimi bliskimi. Nie chodzi przy tym o świadomą symulację, ale o elementy interaktywne i dyskursywne, powodujące wchodzenie w inne warianty roli chorego w różnych sytuacjach społecznych (np. w kontakcie ze specjalistą i z niespecjalistą). Nierozpoznanie pozornego wglądu utrudnia pracę z pacjentem, który choć przyznaje, że cierpi na określoną chorobę i chce się leczyć, w praktyce podejmuje działania zaprzeczające takiemu stanowisku. Może to też być symptomem zatrzymania się na którymś z wcześniejszych etapów procesu żałoby, z czego pacjent nie zdaje sobie sprawy.

Istnieje kilka dróg kształtowania prawidłowego wglądu w chorobę i zachowania prozdrowotne¹⁴⁸. Można to osiągnąć poprzez:

- ➔ edukację, nauczanie i wychowanie – te obowiązki leżą po stronie lekarza, jak i innych członków zespołu diagnostyczno-terapeutycznego;
- ➔ wpływ na rodzinę pacjenta – udział rodziny w terapii jest niezbędnym elementem dobrej współpracy;
- ➔ prawidłowe leczenie – leczenie sprzyja uzyskaniu wglądu, wgląd jest warunkiem prawidłowego leczenia (zależność ma charakter zwrotny);

¹⁴⁶ Tamże.

¹⁴⁷ Tamże.

¹⁴⁸ B. de Barbaro, K. Ostoja-Zawadzka, L. Drożdżowicz (1999), *Współpraca z rodziną jako dialog – doświadczenia własne. Sposoby współpracy z rodziną* [w:] B. de Barbaro (red.), *Schizofrenia w rodzinie*, Wyd. UJ, Kraków, s. 107–128.

- ➔ regularną psychoedukację, czyli rozmowę z pacjentem na temat choroby, jej uwarunkowań, sposobów leczenia, rozpoznawania nawrotów;
- ➔ propagowanie zdrowego stylu życia, rozumianego jako sposób zachowania się obejmujący zwyczaje, sposób odżywiania, higienę życia codziennego, zachowania seksualne, prawidłowy sen i wypoczynek.

Ważnym elementem wiedzy pacjenta jest ta dotycząca farmakoterapii¹⁴⁹. Chory, zwłaszcza cierpiący na psychozy schizofreniczne czy zaburzenia afektywne, musi mieć wiedzę na temat:

- ➔ leków zaleconych przez lekarza – neuroleptyków, leków przeciwdepresyjnych, leków stabilizujących nastrój; musi być przekonany co do zasadności farmakoterapii;
- ➔ objawów niepożądanych występujących w związku z prowadzoną farmakoterapią, a w szczególności o możliwości wystąpienia:
 - ➔ zespołu metabolicznego (otyłość, nietolerancja glukozy, zaburzenia lipidowe);
 - ➔ objawów pozapiramidowych (drżenie mięśniowe, sztywność mięśni, obecność dyskinez);
 - ➔ zaburzeń popędu seksualnego;
 - ➔ zaburzeń hematologicznych (zwłaszcza po klozapinie i lekach stabilizujących nastrój);
 - ➔ zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego (po lekach przeciwdepresyjnych);
 - ➔ możliwości uzyskania pomocy ze strony innych niż psychiatra specjalistów (np. diabetologa, endokrynologa, ginekologa, dermatologa)¹⁵⁰;
- ➔ interakcyjności środków farmakologicznych, co powinno wyrabiać nawyk informowania innych lekarzy o przyjmowanych lekach.

Do najczęstszych problemów i barier związanych z farmakoterapią należą:

- ➔ przykre objawy uboczne,
- ➔ nieprzyjmowanie do wiadomości faktu bycia chorym lub negowanie potrzeby farmakoterapii w chorobie,
- ➔ postrzeganie leków jako czegoś, co przypomina o chorobie,
- ➔ podejrzliwość, wrogość, objawy psychotyczne,
- ➔ upośledzenie funkcji poznawczych,
- ➔ skrajny negatywizm,
- ➔ brak objawów choroby, co daje pozorne poczucie bycia wyleczonym¹⁵¹.

¹⁴⁹ S.M. Stahl (2009), *Podstawy psychofarmakologii*, t. 1–4, Via Medica, Gdańsk.

¹⁵⁰ A. Szczeklik (2010), *Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na 2010 rok*, Medycyna Praktyczna, Kraków.

¹⁵¹ K.T. Mueser, S. Gingerich (2001), *Życie ze schizofrenią. Poradnik dla rodzin*, Dom Wyd. Rebis, Poznań.

Biorąc pod uwagę kluczowe znaczenie przyjmowania leków w procesie leczenia, należy zmotywować pacjenta do przestrzegania zasad farmakoterapii. Można to próbować osiągnąć w następujący sposób:

- ➔ Wyjaśnić korzyści z przyjmowania leków.
- ➔ Uświadomić pacjentowi możliwość wystąpienia objawów ubocznych i ukierunkować na czynne zapobieganie im (dieta niskokaloryczna, zdrowe żywienie, zwiększenie aktywności ruchowej, przestrzeganie pór i kaloryczności posiłków), opracować strategię radzenia sobie z objawami ubocznymi.
- ➔ Włączyć przyjmowanie leków w porządek dnia jako stały rytuał, podobnie jak mycie się czy regularny spacer.
- ➔ Zaproponować prowadzenie dzienniczka kontroli leczenia farmakologicznego przez samego pacjenta¹⁵².
- ➔ Poinformować i włączyć w proces farmakoterapii, przy zgodzie pacjenta, jego rodzinę i pracownika socjalnego, pomagającego choremu rozwiązywać podstawowe problemy życiowe.
- ➔ Motywować do rozmowy o objawach ubocznych z lekarzem prowadzącym, co umożliwi dobór optymalnej farmakoterapii.

Należy również pamiętać o tym, by z jednej strony zredukować nieuzasadnione lęki przed farmakoterapią, z drugiej kontrolować ewentualne uzależnienie od leków, tak w aspekcie biochemicznym, jak i psychologicznym. Uzależnienie od leków staje się bowiem we współczesnym świecie osobnym problemem kategoryzowanym także jako zaburzenie psychiczne. Na koniec warto wskazać na jedną istotną kwestię: to pacjent powinien czuć się odpowiedzialny za własne zdrowie. Posługując się pewną grą słów, można powiedzieć, iż **warunkiem podstawowym zdrowia jest zdrowy styl życia, a warunkiem zdrowienia – „zdrowy” stosunek do własnej choroby**. Dotyczy to w takim samym stopniu chorób somatycznych, jak i psychicznych, i oznacza, że to pacjent musi poczuć się odpowiedzialny za osiągnięcie równowagi między różnymi czynnikami w jego życiu, np. za harmonię pracy i wypoczynku, aktywność fizyczną i rozwój duchowy, unikanie stresujących wydarzeń i/lub nauczenie się radzenia sobie ze stresem, właściwe odżywianie, kontrolowanie przyjmowania używek itd. Odnosnie przyjmowania roli chorego i uczestniczenia w procesie zdrowienia trzeba powiedzieć, że zadaniem pacjenta powinno być dążenie do współpracy z lekarzem, poznania i zrozumienia własnej choroby, istoty czynników terapeutycznych, do dyscypliny w podporządkowaniu się zaleceniom lekarskim, ale i aktywnej codziennej walki o to, by choroba nie zdominowała jego życia. Choć to choroba stanowi wyzwanie, celem i centralnym konstruktem pojęciowym w terapii i wspólnych zmaganiach lekarza i pacjenta powinno być zawsze zdrowie – i to w najszerszym tego słowa znaczeniu, czyli pełny dobrostan psychofizyczny.

¹⁵² Tamże.

3.4. Potrzeba strategicznego podejścia do rozwiązywania problemów społecznych wynikających z zaburzeń psychicznych

W podrozdziale 2.2. została przedstawiona obecna na świecie i w naszym kraju skala występowania zaburzeń i chorób psychicznych. Wachlarz i skalę problemów społecznych, stanowiących ich konsekwencje, trudno ująć statystycznie, a do tego utrzymuje się tendencja wzrostowa tych zjawisk, proporcjonalnie do rosnących wskaźników epidemiologicznych. Ich koszty są olbrzymie, ujawniają się w wielu obszarach życia gospodarczego, a do tego mają długotrwały charakter. Podaliśmy wymowny wskaźnik liczby prób samobójczych zakończonych śmiercią, który przewyższa liczbę ofiar ginących w wypadkach drogowych¹⁵³. Koszty ekonomiczne wynikające z samego tylko przeciwdziałania depresji i usuwania jej skutków oszacowano w 2004 r. na 235 euro w przeliczeniu na jednego mieszkańca Unii Europejskiej, co w skali całej Unii dawało ogromną kwotę 118 miliardów euro¹⁵⁴. Przy tym nie wszystkie wydatki spowodowane zaburzeniami i chorobami psychicznymi da się wyliczyć. Do tych mierzalnych należą przede wszystkim koszty nieobecności i niezdolności do pracy, przedwczesnego porzucania aktywności zawodowej (to razem ok. 65% kosztów)¹⁵⁵, jak również koszty utrzymania systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej, koszty przestępczości i bezpieczeństwa publicznego czy negatywnych skutków przedwczesnej śmierci chorych¹⁵⁶. W interesie każdego państwa leży więc ochrona zdrowia psychicznego. Aby się zmierzyć z tymi problemami, nie wystarczy już zwykłe zwiększanie dostępu do usług medycznych (ciągle niedofinansowanych i zawsze w jakimś stopniu limitowanych) – konieczne są przemyślane strategie pozwalające na radzenie sobie – tak pacjentom, jak i w ogóle społeczeństwu – ze skutkami chorób psychicznych i ciągłym wzrostem ich występowania. Z tego powodu Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) weszła w XXI wiek równocześnie z publikacją raportu dotyczącego zdrowia psychicznego na świecie (2001) oraz sformułowaniem wynikających z niego zaleceń. Obejmuje on następujące rekomendacje:

1. leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej;
2. dostęp do leków psychotropowych;
3. nacisk na opiekę w ramach społeczności lokalnych i jej rozwijanie;
4. edukacja społeczeństwa i kampanie społeczne na rzecz zmiany postaw wobec chorób psychicznych i osób nimi dotkniętych;
5. zwiększanie decyzyjności wspólnot lokalnych, świadczeniobiorców i ich rodzin w dotyczących ich sprawach oraz zwiększenie ich wpływu na tworzenie programów, usług i sieci pomocy;

¹⁵³ Unia Europejska na rzecz zdrowia psychicznego [w:] EurActiv. Portal informacyjny, 16 czerwca 2008 [online] [dostęp: 8.06.2014], <<http://www.euractiv.pl/gospodarka/wywiad/unia-europejska-na-rzecz-zdrowia-psychicznego>>.

¹⁵⁴ Dane obejmują wydatki z 25 krajów UE oraz Europejskiej Strefy Wolnego Handlu (EFTA). Tamże.

¹⁵⁵ Tamże.

¹⁵⁶ *The World Health Report (2001), Mental Health: New Understanding, New Hopes*, WHO, Genewa, s. 3.

6. tworzenie narodowych polityk, strategii, warunków prawnych oraz programów profilaktyki i ochrony zdrowia psychicznego;
7. rozwijanie zasobów ludzkich (kapitału społecznego);
8. współpraca międzysektorowa, związana z planowaniem działań strategicznych nie tylko w oparciu o zasoby resortu zdrowia, ale także edukacji, pracy, polityki społecznej (a więc obejmujących również pracę socjalną);
9. budowanie systemów monitoringu wskaźników zdrowia psychicznego społeczeństwa, zaczynając od poziomu społeczności lokalnych;
10. prowadzenie badań naukowych ukierunkowanych na rozwiązywanie problemów związanych ze zdrowiem psychicznym społeczeństwa¹⁵⁷.

Wskazania te znajdują odzwierciedlenie w dokumencie programowym WHO z 2004 roku pt. *Polityka ochrony zdrowia psychicznego. Plany i programy*, a także w unijnym dokumencie Green Paper – *Zielona Księga. Poprawa zdrowia psychicznego ludności. Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej* z 2005 roku – kluczowej deklaracji, określającej wytyczne do budowania strategii na rzecz poprawy zdrowia psychicznego Europejczyków. Oznacza to poważne zaangażowanie na poziomie międzynarodowym w tworzenie rozwiązań o charakterze systemowym. Owocem tego zaangażowania było zawiązanie w roku 2008 w Brukseli Europejskiego Paktu na rzecz Zdrowia i Dobrostanu Psychicznego¹⁵⁸. Pakt dotyczył czterech głównych kierunków działań związanych bezpośrednio z ochroną zdrowia psychicznego, które szczegółowo opisane zostały w odrębnych dokumentach programowych, oraz piątego – o wymowie bardziej ogólnej, związanego z przeciwdziałaniem wykluczeniu i uprzedzieniom społecznym. Wspomniane kluczowe cztery kierunki to:

1. przeciwdziałanie depresji i samobójstwom;
2. ochrona zdrowia psychicznego uczącej się młodzieży;
3. ochrona zdrowia psychicznego w środowisku zawodowym;
4. ochrona zdrowia psychicznego ludzi starszych¹⁵⁹.

Kierunki te są z jednej strony odzwierciedleniem dostrzeganych najpoważniejszych obszarów problemowych, a z drugiej – wskazują możliwości specjalistycznych działań w grupach i obszarach podwyższonego ryzyka powstawania zaburzeń psychicznych. Należy zwrócić szczególną uwagę na dwie wielkie fale zagrożeń dla zdrowia psychicznego, związane z tendencjami społeczno-demograficznymi we współczesnym świecie:

➔ „czarną falę” zaburzeń depresyjnych, będącą odpowiedzią na kryzys ekonomiczny, narastające bezrobocie, kapitalizację człowieka i zawrotne tempo współczesnego życia, niesprzyjające regeneracji intensywnie eksploatowanych zasobów psychicznych; w kontekście

¹⁵⁷ Tamże, s. 110.

¹⁵⁸ *Zdrowie psychiczne w Europie w centrum uwagi*. Komisja Europejska, 13.06.2008, Druk nr: IP/08/933.

¹⁵⁹ *Europejski Pakt na rzecz Zdrowia i Dobrostanu Psychicznego* [w:] *Medycyna Praktyczna*, mp.pl, Portal medyczny: 16.06.2008 [online] [6.06.2014], <<http://www.mp.pl/kurier/39208>>.

lokalnym trzeba do tego dodać smutną statystykę, która pokazuje, iż jeden z najbardziej niepokojących wskaźników dotyczących zaburzeń psychicznych – liczba popełnionych samobójstw – jest w Polsce znacząco wyższy niż w innych krajach (w przypadku mężczyzn przewyższa średnią innych krajów Unii Europejskiej aż o 50%)¹⁶⁰.

- ➔ „srebrną falę”, związaną z narastającą skalą zaburzeń psychicznych wieku senioralnego, spowodowaną – paradoksalnie – wydłużaniem się ludzkiego życia i jednocześnie niekorzystnymi trendami demograficznymi (demograficzne „srebrne tsunami”); z jednej więc strony bezwzględne wskaźniki zaburzeń, chorób psychicznych, demencji będą rosły, bo wzrasta relatywnie populacja ludzi w podeszłym wieku; z drugiej strony wydłużenie wieku senioralnego, przy niedostatecznym zaspokojeniu potrzeb, niskim statusie ekonomicznym (prognozowane zagrożenie świadczeń emerytalnych), braku pomysłów na aktywne zagospodarowanie starszego wieku itd., może pogłębiać poczucie nieprzydatności, bezproduktywności, braku sensu życia, a więc generować czynniki będące podłożem zaburzeń i chorób psychicznych.

Prognozy te nie oznaczają, że skala zaburzeń i chorób w młodszych grupach wiekowych ulegnie zmniejszeniu (to poważny problem – przynajmniej połowa problemów psychiatrycznych dotyczy aktualnie dzieci i młodzieży w wieku rozwojowym), ale że ulegną zmianie proporcje i struktura potrzeb w zakresie pomocy społecznej. *Zielona Księga* nie pomija żadnej kategorii pacjentów¹⁶¹ – zgodnie z zawartymi w niej wskazaniem działania na rzecz zdrowia psychicznego powinny dotyczyć wszystkich zagrożonych grup społecznych, wśród których wymieniane są: dzieci, młodzież, osoby starsze, osoby aktywne zawodowo oraz tzw. grupy wrażliwe społecznie¹⁶². Bezwzględnie trzeba też wyróżnić szkołę i miejsce pracy jako środowiska szczególnie stresogenne, i z tego powodu należy uwzględnić je jako kluczowe w projektowanych programach profilaktycznych.

W środowisku szkolnym stres spowodowany jest przede wszystkim dwoma czynnikami: nadmiernymi wymaganiami osiągnięć dydaktycznych przy niedostatecznym wsparciu psychopedagogicznym dla uczniów wymagających pomocy oraz nasilającą się agresją i zjawiskiem bullyingu¹⁶³. Bullying jest rodzajem agresji, która oprócz nierówności sił (nierówność sił wyróżnia przemoc z innych form agresji) cechuje się długotrwałością nękania ofiary i stanowi coraz poważniejszy problem w środowisku rówieśniczym. Dodatkowo sprzyja jej wykorzystywanie do działań opresyjnych Internetu i telefonów komórkowych jako popularnych narzędzi komunikacji młodego pokolenia. Zjawisko to określa się mianem cyberbullyingu

¹⁶⁰ B. Wojtyniak, P. Goryński (2008), *Sytuacja zdrowotna Polaków*, NIZP, E. Jané-Llopis, A. Gabilondo (ed.) (2008), *Mental Health in Older People*, Consensus Paper, Luxembourg: European Communities, PZH, Warszawa, s. 119.

¹⁶¹ Komisja Wspólnot Europejskich (2005), *Zielona Księga. Poprawa zdrowia psychicznego ludności. Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej*, Bruksela, s. 5.

¹⁶² Grupy wrażliwe społecznie – zgodnie z nomenklaturą dotyczącą spójności społecznej, jednej z głównych idei społecznych Unii Europejskiej – przez pojęcie to należy rozumieć grupy, które są podatne na takie negatywne zjawiska społeczne, jak ubóstwo, marginalizacja, segregacja, wykluczenie.

¹⁶³ J. Pyżalski, E. Roland (red.), *Bullying a specjalne potrzeby edukacyjne – podręcznik metodyczny*, WSP w Łodzi / CBB Uniwersytetu Stavanger, Łódź, moduł 10.

i również – podobnie jak w przypadku agresji w szkole – jego skala i skutki (np. wiele przypadków samobójstw wśród dzieci i młodzieży) powodują, iż jak najszybciej należy podjąć działania strategiczne o charakterze systemowym w celu jego eliminacji¹⁶⁴.

W środowisku pracy najbardziej odpowiedzialne za przewlekły stres pracowników są takie zjawiska jak nasilona rywalizacja (tzw. wyścig szczurów) oraz mobbing¹⁶⁵ (zjawisko zbliżone do bullyingu). Choć groźne, zjawisko mobbingu staje się coraz bardziej powszechne, bo trudno je udowodnić – po pierwsze, z powodu dość sztywnej definicji prawnej, nieodzwierciedlającej złożonych relacji w miejscu pracy, po drugie, z powodu dużej niechęci pracowników do potwierdzania przed sądem doznawanych lub obserwowanych jego przejawów. Problem jest szczególnie trudny w sytuacji bezrobocia, gdy pracownicy kierują się zasadą: „lepiej taka praca niż żadna”, jednak jego skutki są odczuwalne w formie nasilających się wskaźników depresji, jak również tzw. syndromu wypalenia zawodowego. Z chwilą odkrycia tego zjawiska, obejmującego takie symptomy jak wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja oraz brak poczucia satysfakcji z pracy¹⁶⁶, wiązano je ze zawodami pomocowymi (środowisko lekarzy, nauczycieli, pielęgniarek, także duże ryzyko wystąpienia wśród pracowników socjalnych), jednak obecnie mówi się o nim także w odniesieniu do rzeczywistości zawodowej sprzedawców, menadżerów, telemarketerów i przedstawicieli wielu innych zawodów.

Wydaje się więc, że to nie charakter pracy, ale cechy środowiska, w jakim jest wykonywana, i odczuwana presja mogą być odpowiedzialne za nasilające się niepokojące skutki psychologiczne. Wywoływać je mogą przede wszystkim takie mechanizmy jak: przeciążenie pracą, stałe zwiększanie obciążeń, nagminne zlecanie zadań poza ustalonymi obowiązkami, brak podstawowego bezpieczeństwa w miejscu pracy przez nadużywanie zatrudnienia na czas określony, duża fluktuacja kadry (bez względu na to czy zwalnianej, czy zwalnianej się – tak czy inaczej rodzi to u pozostałych pracowników poczucie niepewności i braku stabilizacji), częste zmiany zasad, regulaminów, sposobu wynagradzania, system oparty o represje (kary, obniżanie pensji, pozbawianie premii i dodatków, wytykanie błędów przy nienagradzaniu za osiągnięcia, tworzenie systemu nadmiernej kontroli – panoptikonu, wzmacnianego systemem procedur, list, rozrosłej sprawozdawczości, czasem nawet prowadzenie nadzoru z wykorzystaniem kamer albo opierającego się na szukaniu „haków” itp.), nastawienie pracodawcy na szybki zysk, zmienne oczekiwania i sprzeczne komunikaty pracodawcy, powodujące dezorientację pracownika („podwójne wiązanie” – np. poprzez pozory i oczekiwanie autonomii i kreatywności przy ścisłym ograniczeniu możliwości wpływania na cokolwiek; odpodmiotowienie i „choroba kolonialna” – gdy pracownik ponosi odpowiedzialność za to, na co nie może mieć wpływu), zmuszanie do pracy poza wyznaczonymi godzinami, czasem

¹⁶⁴ Tamże.

¹⁶⁵ Mobbing według *Kodeksu pracy* (art. 943 § 2) to *działania lub zachowania dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko pracownikowi, polegające na uporczywym i długotrwałym nękaniu lub zastraszaniu pracownika, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników*. Zob. *Mobbing* [w:] Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi [serwis internetowy] [online] [dostęp: 08.06.2014], <http://wup.lodz.pl/files/ciz/ciz_por_mobbing.pdf>.

¹⁶⁶ Ch. Maslach, za: S. Koczoń-Zurek, *Profilaktyka syndromu wypalenia zawodowego w kształceniu przyszłych nauczycieli* [online] [dostęp: 9.06.2014], <<http://www.cen.uni.wroc.pl/Pliki/15.pdf>>.

wieczorami i po nocach, w dni wolne – niedziele i święta, choćby przez korespondencję, telefony, konieczność zabierania pracy do domu, nagminność odwoływania z urlopu itd. Aby uniknąć tych negatywnych zjawisk, konieczna jest z jednej strony edukacja pracodawców i budowanie etosu nierabunkowego zarządzania zasobami ludzkimi, z drugiej zaś – kontrola pracownicza i opór wobec nadmiernej eksploatacji tych zasobów. To niewątpliwie jeden z ważniejszych czynników profilaktyki zaburzeń psychicznych i kluczowy element w pożądaną strategii rozwiązywania problemów społecznych z nimi związanych.

3.5. Założenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

Światowe i europejskie trendy dotyczące rozwiązywania problemów związanych z chorobami psychicznymi znalazły swoje odzwierciedlenie w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego¹⁶⁷. Jego główną ideą jest wykorzystanie wszystkich zasobów społecznych w celu włączenia osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi do jak najefektywniejszego procesu zdrowienia, a w dalszej perspektywie – zapewnienie im jak najszybszego powrotu do pełnienia ról społecznych i pełnowartościowego uczestnictwa w życiu społeczności. Program określa strategię i model ochrony zdrowia psychicznego i wraz z innymi aktami prawnymi – przede wszystkim z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego¹⁶⁸ i ustawą o pomocy społecznej¹⁶⁹ – jest źródłem do tworzenia rozwiązań lokalnych, mających na celu zapewnienie osobom z zaburzeniami i chorobami psychicznymi oraz ich rodzinom wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej, jak również innych form pomocy związanych z życiem społecznym, rodzinnym czy zawodowym. Rozwiązania te składają się na programy lokalne.

Działania wynikające z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego mają charakter zadań wieloprofilowych, realizowanych przy zaangażowaniu różnych resortów. To w założeniach ma stanowić o jego powszechności i sile. Oprócz ministra zdrowia w realizacji zadań programu mają partycypować np. ministrowie: sprawiedliwości, obrony narodowej, pracy i polityki społecznej, nauki i szkolnictwa wyższego, spraw wewnętrznych, administracji i cyfryzacji, jak również Narodowy Fundusz Zdrowia oraz samorządy lokalne (województw, powiatów, gmin)¹⁷⁰.

Najważniejsze cele Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego zostały sformułowane następująco:

➔ Cel główny 1. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie jego zaburzeniom.

¹⁶⁷ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr. 24, poz. 128).

¹⁶⁸ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr. 231, poz. 1375).

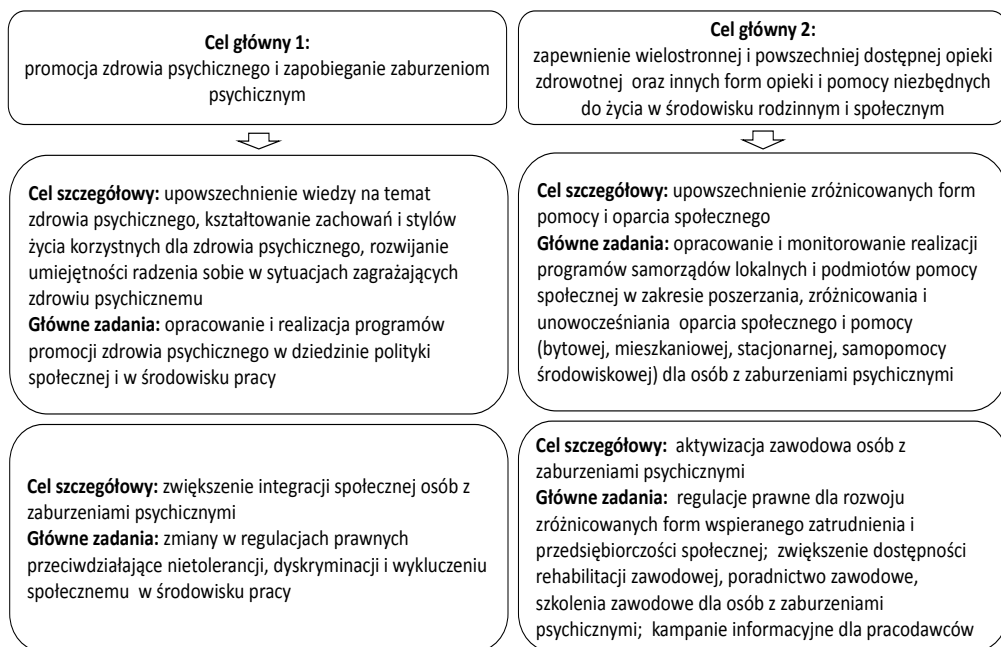
¹⁶⁹ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r. Nr. 175, poz. 1362 z późn. zm).

¹⁷⁰ Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego [w:] Ministerstwo Zdrowia [portal internetowy] [dostęp: 22.06.2014], <<http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/opieka-psychiatryczna/narodowy-program-ochrony-zdrowia-psychicznego>>.

- ➔ Cel główny 2. Zapewnienie wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
- ➔ Cel główny 3. Rozwój badań naukowych i systemów informacji z zakresu zdrowia psychicznego¹⁷¹.

W dokumencie określonych zostało także szereg celów szczegółowych, wynikających z każdego z trzech wymienionych obszarów, które przypisano poszczególnym podmiotom odpowiedzialnym za ich wykonanie. Poniżej (rysunek 7) przedstawimy te, które dotyczą obszaru działalności zawodowej pracownika socjalnego, czyli cele, których realizacja pozostaje w gestii ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego i do spraw pracy.

Rysunek 7. Cele Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego do realizacji przez resort pracy i ubezpieczeń społecznych



Źródło: Opracowanie D. Podgórska-Jachnik, na podstawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego¹⁷².

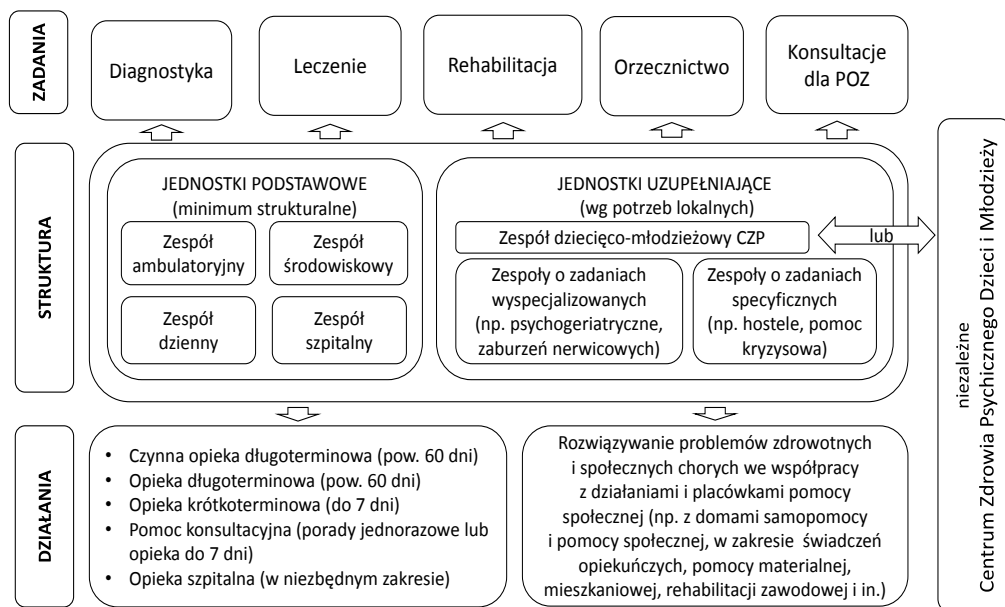
Na kolejnym schemacie został przedstawiony modelowy system opieki środowiskowej (rysunek 8), jakiego kształt zarysowuje się ze wskazań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia

¹⁷¹ Ministerstwo Zdrowia (2011), *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r.*, Warszawa, s. 22 [online] [dostęp: 23.06.2014], <http://new.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0009/5778/npop_zdrpub_03112011.pdf>.

¹⁷² Tamże, s. 30–32.

Psychicznego, dotyczących powołania tzw. centrów zdrowia psychicznego (CZP) – podstawowych jednostek systemu, obejmujących swoim zasięgiem minimum 50 tys. mieszkańców. Odpowiadać ma to populacji powiatu, gminy, małego miasta czy też dużej dzielnicy wielkomiejskiej. Schemat ukazuje integrację struktury, zadań i działań wyróżnionych w CZP. Przewidywana większa efektywność opieki środowiskowej opiera się właśnie na założeniu o spójności wszystkich oddziaływań. Strategia realizacji celów Programu wiąże się przede wszystkim z upowszechnieniem omawianego środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, przy zróżnicowanych, ale skoordynowanych formach pomocy i oparcia społecznego. Funkcję koordynacyjną mają pełnić zespoły ochrony zdrowia psychicznego. Bardzo istotnym elementem całego systemu jest podtrzymanie aktywności zawodowej chorego¹⁷³.

Rysunek 8. Koncepcja modelu opieki środowiskowej w Centrum Zdrowia Psychicznego



Źródło: Opracowanie D. Podgórska-Jachnik, na podstawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego¹⁷⁴.

Opieka psychiatryczna zorientowana środowiskowo oznacza m.in. sieć łatwo dostępnych ośrodków zdrowia psychicznego, przekształcenie dużych szpitali psychiatrycznych w mniejsze wyspecjalizowane placówki o profilu rehabilitacyjnym, opiekuńczo-leczniczym, sądowo-psychiatrycznym czy hostelowym. Środowiskowy model opieki zakłada również zapewnienie kadr o zróżnicowanych, a przy tym wysokich kompetencjach oraz dostosowanie sposobów finansowania świadczeń zdrowotnych.

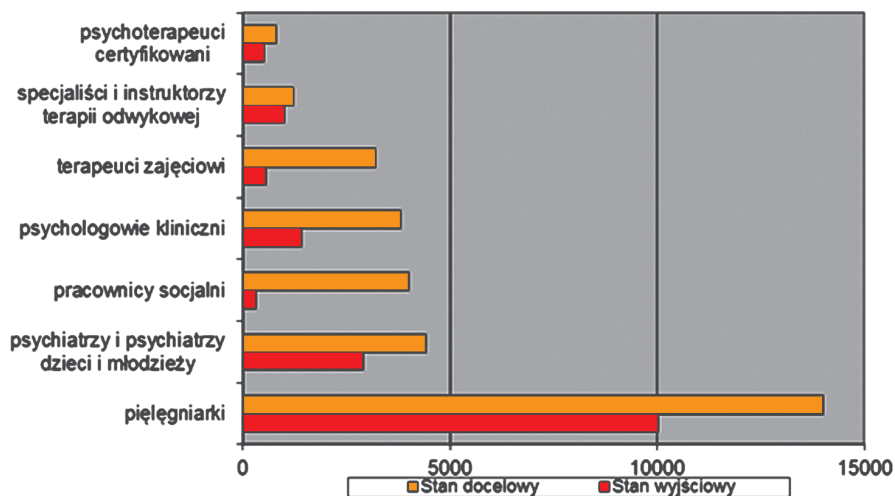
¹⁷³ Tamże, s. 22

¹⁷⁴ Tamże.

Kluczową zmianą jest przeniesienie akcentu z działań opiekuńczo-leczniczych (zob. dolne, prawe pole schematu) na rozwiązywanie problemów zdrowotnych i społecznych chorych we współpracy z działaniami placówek pomocy społecznej. Oznacza to zaangażowanie pracowników instytucji pomocy społecznej, ale pracownik socjalny może być użyteczny wszędzie tam, gdzie pojawia się element strukturalny określany jako „zespół”. Zespół stanowią ściśle współpracujący specjaliści, ale faktyczna realizacja założonych celów wymaga również zwiększenia zasobów kadrowych. Wykres na rysunku 9 przedstawia planowany w założeniach Programu wzrost zatrudnienia pracowników poszczególnych zawodów pomocowych w stosunku do stanu kadrowego z roku 2010.

Na wykresie (rysunek 9) widoczna jest wiodąca rola personelu medycznego w pracy z pacjentem psychiatrycznym, zwłaszcza pielęgniarek o specjalizacji psychiatryczno-środowiskowej. Już obecnie stanowią one najliczniejszą grupę zatrudnionych w opiece psychiatrycznej (ok. 10 tys.), a potrzeby wskazują konieczność zwiększenia ich liczby jeszcze o 50%. Również liczba psychiatrów nie odpowiada zakładanym standardom. W liczbach bezwzględnych potrzeba wzrostu zatrudnienia w tej grupie nie jest już tak duża, ale należy pamiętać, jak trudnym i długotrwałym procesem jest wykształcenie wysoko wykwalifikowanego lekarza specjalisty. Nieco inaczej wygląda sytuacja w przypadku psychologów klinicznych. Studia z zakresu psychologii należą w Polsce do najbardziej popularnych wśród młodzieży, uczelnie kształcą więc odpowiednio dużo specjalistów, są oni jednak zatrudniani poza systemem opieki psychiatrycznej. Jest to więc bardziej problem zatrudnienia niż braku zasobów kadrowych.

Rysunek 9. Planowany wzrost zatrudnienia w wybranych zawodach istotnych w opiece psychiatrycznej w stosunku do wskaźników z roku 2010



Źródło: Opracowanie D. Podgórska-Jachnik, na podstawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego¹⁷⁵.

¹⁷⁵ Zalecane docelowe wskaźniki zatrudnienia w wybranych zawodach istotnych dla psychiatrycznej opieki zdrowotnej [w:] Ministerstwo Zdrowia (2011), *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego...*, dz. cyt., s. 53.

Najbardziej spektakularną przewidywaną zmianą w aspekcie kadrowym jest jednak zalecane w Programie zatrudnienie w środowiskowej opiece psychiatrycznej ok. 4 tys. pracowników socjalnych, podczas gdy w 2010 r. było ich zaledwie 300. Ten ponad 13-krotny wzrost jest najbardziej wyrazistym wskaźnikiem zmian, jakich oczekuje polska psychiatria. To także najsilniejsze uzasadnienie dla potrzeby napisania tej książki, adresowanej do pracowników socjalnych. Marginalne ich usytuowanie w dotychczasowym systemie tłumaczy niewielką liczbę opracowań teoretycznych i metodycznych dotyczących pracy socjalnej z osobami z chorobą psychiczną. Natomiast potrzeby w tym zakresie będą z pewnością coraz większe. Ostatnią rzeczą, na którą chcemy zwrócić uwagę na wykresie, jest stosunkowo duża dysproporcja pomiędzy obecną liczbą terapeutów zajęciowych a stanem postulowanym. Jednak w założeniach Programu chodzi również o pewne przeprofilowanie usług terapeutycznych w kierunku terapii środowiskowej. Ma być w tym pomocne utworzenie nowego zawodu terapeuty środowiskowego (ze względu na jego niewielką jeszcze popularność obszernie przedstawiamy jego specyfikę w następnym podrozdziale), w Programie wskazuje się bowiem, że potrzebni są terapeuci *o szerszych i bardziej wszechstronnych kompetencjach, przydatnych w sprawowaniu zadań opiekuńczych oraz wspomaganiu różnych form terapii w opiece środowiskowej i stacjonarnej*¹⁷⁶. Z punktu widzenia potrzeb osób poruszających się na rynku pracy, zróżnicowanie i tworzenie nowych zawodów pomocowych stwarza również szansę łatwiejszego przekwalifikowania się w przypadku trudności z zatrudnieniem.

Zgodnie z założeniami Programu troska państwa o zdrowie psychiczne powinna się wyrażać w zróżnicowanej ofercie różnych form pomocy i wsparcia społecznego, co ma na celu zwiększenie dostępności do rehabilitacji medycznej, społecznej i zawodowej, poszerzenie zasięgu i dostępności działań opiekuńczych, pomocowych i wsparcia bytowego. Zakłada się także wykorzystanie potencjału samopomocowych inicjatyw organizacji społeczności lokalnych i organizacji pozarządowych. Wszystko po to, by dotrzeć z pomocą do każdego potrzebującego i ograniczyć działania przeciwskuteczne, które pogłębiają bierność, izolację społeczną i wykluczenie (także samowykluczenie) oraz uzależnienie instytucjonalne.

Niestety, należy powiedzieć, iż mimo znakomych założeń, zgodnych z najnowszymi światowymi trendami psychiatrii środowiskowej oraz wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia i Unii Europejskiej, Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego jest – póki co – projektem martwym. Jak wynika ze sprawozdania Ministerstwa Zdrowia przedłożonego na początku roku 2014 Sejmowej Komisji Zdrowia, zaplanowany na lata 2011–2015 program realizowany jest w nieznacznym stopniu. Podjęto próbę jego reanimacji, m.in. poprzez zwiększenie w roku 2014 jego budżetu do 8 mln zł, co – w porównaniu np. z 53 tys. zł z roku 2012 – stanowi znaczną poprawę i po raz pierwszy stanowi jakąkolwiek realną bazę do podjęcia konkretnych działań. Szacuje się jednak, iż trudno będzie do granicznego roku 2015 zrealizować choć połowę założonych w Programie celów. Przede wszystkim przy praktycznie niezmiennych nakładach na ochronę

¹⁷⁶ Tamże, s. 53.

zdrowia psychicznego w Polsce (2,29 mld w roku 2013, 2,33 mld w roku 2014) trudno nawet o częściowe przekształcenie opieki psychiatrycznej w kierunku modelu opieki środowiskowej. Według relacji przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia obok czynników finansowych za blokadę realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego odpowiada *dość trudny do przezwyciężenia opór środowiskowy i tendencja do sięgania po zwiększone nakłady na lecnictwo zamknięte, a nie otwarte*¹⁷⁷. Niewątpliwie, jesteśmy obecnie świadkami i uczestnikami trudnych przemian, o twardych uwarunkowaniach politycznych i finansowych, ale jednocześnie także dojrzewiania świadomości, iż otwarcie na psychiatrię środowiskową jest zmianą pożądaną, uzasadnioną naukowo i nieuniknioną.

Zmierzając do zamknięcia prezentacji programów rozwoju ochrony zdrowia psychicznego w Polsce, należy wskazać jeszcze, w jakim stopniu dotyczą one obszaru działalności pracowników socjalnych. Wydaje się, że kierunek zarysowanych zmian w opiece psychiatrycznej jest zasadniczo bardzo zbieżny ze zmianami w modelu polityki społecznej, a co za tym idzie – pomocy społecznej i pracy socjalnej. Model ten, oparty na idei upodmiotowienia (*empowerment*), samopomocy i budowania sieci wsparcia społecznego, opiera się na podobnych pojęciach, argumentach i mechanizmach personalnej zmiany, jakie wyróżniamy w modelu psychiatrii środowiskowej. Mają więc one podobne źródła i podobne – chociaż swoje własne – cele. Poza specyficznym dla medycyny celem terapeutycznym, takimi celami są: aktywizacja, włączenie społeczne, zapobieganie marginalizacji i wykluczeniu. Zmiany, które dokonują się w zakresie pracy socjalnej, wyprzedzają jednak w praktyce postulowane zmiany w ochronie zdrowia. Można mieć nadzieję, że w niedalekiej przyszłości, gdy psychiatria środowiskowa w naszym kraju stanie się faktem, sieć wsparcia społecznego zbudowana przy udziale pracowników socjalnych i instytucji pomocy społecznej będzie dobrą podstawą owej współpracy międzysektorowej, związanej z planowaniem działań strategicznych, zgodnie z rekomendacjami WHO.

¹⁷⁷ Słowa wiceministra I. Radziejewicza-Winnickiego, zob. *W Sejmie o psychiatrii środowiskowej* (2014), „Psychiatria po Dyplomie”, Medical Tribune, t. 11, nr 1, s. 4.

Podsumowanie:

1. Antypsychiatria wywołała falę krytyki lecznictwa zamkniętego i przymusowego leczenia psychiatrycznego.
2. Rehabilitacja psychiatryczna ma na celu włączenie pacjenta w życie społeczne w społeczności lokalnej.
3. Modelem realizacji rehabilitacji psychiatrycznej jest model terapii środowiskowej, w której leczenie i rehabilitacja pacjenta z zaburzeniami psychicznymi odbywa się w środowisku lokalnym.
4. Pacjentem cierpiącym na zaburzenia psychiczne opiekuje się cały zespół diagnostyczno-terapeutyczny, w którym rolę decyzyjną ma lekarz psychiatra.
5. Inni specjaliści współpracują z psychiatrą, są jednak autonomiczni w zakresie swoich kompetencji zawodowych i umiejętności.
6. Ważną zasadą jest udział w terapii samego chorego oraz jego rodziny. Istotną rolę odgrywa zatem ich psychoedukacja, umożliwiająca wgląd w chorobę.
7. Rosnąca skala zaburzeń psychicznych wymaga rozwiązań o charakterze systemowym.
8. W Polsce założenia takie opracowano w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, jednak jego realizacja napotyka na problemy.
9. Najbardziej stresogenne środowiska, odpowiedzialne za rosnącą liczbę zaburzeń psychicznych, to środowisko szkoły i miejsca pracy. Muszą być one uwzględniane w strategiach psychoprophylaktyki.

Polecana literatura:

- de Barbaro B. (red.), *Schizofrenia w rodzinie*, Wyd. UJ, Kraków.
- Leszto S., Witusik A., Pietras T. (2013), *Terapia pedagogiczna dorosłych. W psychiatrii i w medycynie somatycznej. Ujęcie psychologiczne, biomedyczne i aksjologiczne*, Nauk.Wyd. Piotrkowskie, Piotrków Trybunalski.
- Mueser K.T., Gingerich S. (2001), *Życie ze schizofrenią. Poradnik dla rodzin*, Dom Wyd. Rebis, Poznań.
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego [w:] Ministerstwo Zdrowia [portal internetowy] [dostęp: 22.06.2014], <<http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/opieka-psychiatryczna/narodowy-program-ochrony-zdrowia-psychicznego>>.
- Thornicroft G., Tansella M. (2010), *W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej*, IPIŃ, Warszawa.
- Wciórka J. (2011), *Terapia społeczna* [w:] Rybakowski J., Pużyński S., Wciórka J. (red), *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, Wyd. Med.Urban & Partner, Wrocław, s. 330–344.

4. POTRZEBY I PROBLEMY OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI I ICH RODZIN

4.1. Czy osoby z zaburzeniami i chorobami psychicznymi wymagają wsparcia pracownika socjalnego?

Choroba psychiczna stanowi poważny problem zdrowotny w życiu człowieka. Do tej pory przedstawialiśmy go głównie z medycznego punktu widzenia, choć rozwój nauki powoduje, iż coraz trudniej mówić o chorobie od strony czysto medycznej. Społeczne uwarunkowania i skutki choroby psychicznej wpłynęły na rozwój psychiatrii środowiskowej. Diagnostyka funkcjonalna ujęta w klasyfikacji ICF (*International Classification of Functioning Disability and Health*) podkreśla rolę czynników środowiskowych i osobowych w określaniu zasobów do brostano psychofizycznego człowieka, jak i jego zasobów potrzebnych do walki z chorobą¹⁷⁸. Zacierają się granice między zawodami pomocowymi, gdyż nie tylko współpraca zespołowa, ale i owe zawody stają się coraz bardziej interdyscyplinarne.

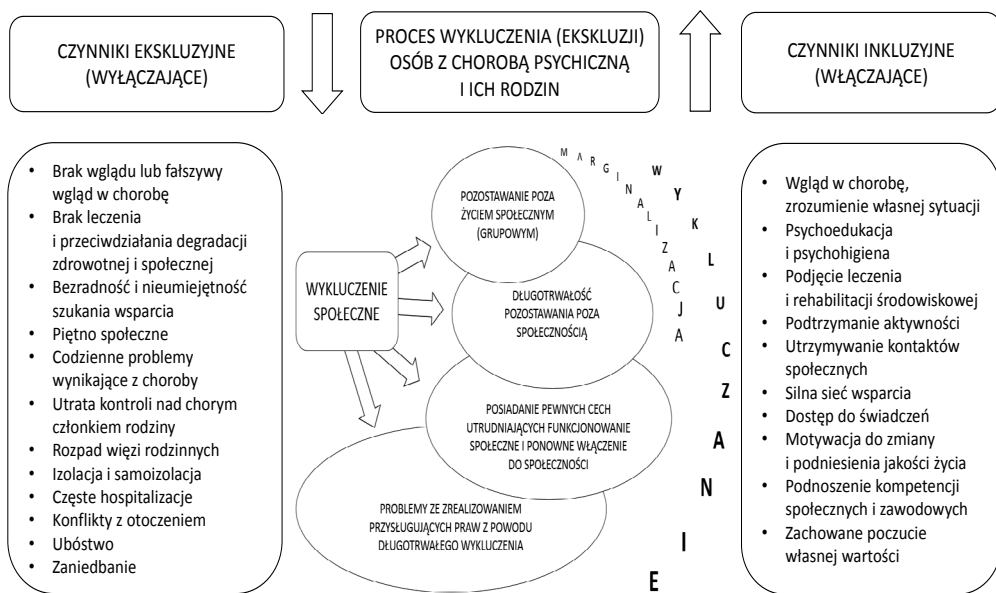
Jeśli jednak przechodzimy w obszar pomocy społecznej, warto zadać sobie pytanie, w jakim stopniu osoby z chorobą psychiczną potrzebują wsparcia pracownika socjalnego? Jakiej właściwości ich sytuacji sprawiają, że wymagają one pomocy specjalistów z zakresu pracy socjalnej? Wydaje się, iż odpowiedzi na te i podobne pytania odsyłają do rozstrzygającego w tym kontekście pojęcia wykluczenia społecznego. Leży ono bowiem w centrum zainteresowań pracy socjalnej, a jednocześnie choroba psychiczna jest czynnikiem wykluczenia. Z kolei postępująca marginalizacja powiększa subiektywne poczucie choroby, w związku z czym zamyka się pewien cykl patologizacji medycznej i społecznej, któremu należy przeciwdziałać i dążyć do jego odwrócenia. To głównie z powodu zagrożenia wykluczeniem społecznym osoby z zaburzeniami i chorobami psychicznymi potrzebują pracownika socjalnego.

¹⁷⁸ World Health Organization (2009), *ICF. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*, CSIOZ, [online] [dostęp: 15.03.2014], <http://www.csioz.gov.pl/src/files/klasyfikacje/ICF_Polish_version.pdf>.

Mówiąc o procesie wykluczenia społecznego, odwołujemy się do koncepcji Ryszarda Szarfenberga, gdyż w pełni odzwierciedla ona dynamikę tego zjawiska¹⁷⁹. Model Szarfenberga opiera się na założeniu, że proces marginalizacji postępuje stopniowo. Wykluczenie rozumiane jest więc w tym wypadku jako stan będący efektem tego procesu. Na stopniowość procesu wykluczania według autora wskazuje sukcesywne ujawnianie się następujących wskaźników (uwidoczonych w modelu na rysunku 10):

1. pozostawanie poza życiem społecznym (grupowym);
2. długotrwałość pozostawania poza społecznością;
3. posiadanie (ujawnienie się) pewnych cech, które utrudniają funkcjonowanie społeczne, ale i ponowne włączenie (się) do społeczności;
4. problemy z realizacją własnych praw w związku z długotrwałością wykluczenia (np. poprzez brak świadomości pewnych możliwości, nieumiejętność pozyskania pomocy itd.)¹⁸⁰.

Rysunek 10. Czynniki ekсклюzyjne i inkluzyjne w procesie wykluczenia społecznego osób z chorobą psychiczną i ich rodzin



Źródło: Opracowanie D. Podgórska-Jachnik, na podstawie: R. Szarfenberg (2009)¹⁸¹ oraz G. Kaczmarek i in.¹⁸²

¹⁷⁹ Zagadnienie to zostało szczegółowo omówione w monografii: D. Podgórska-Jachnik (2014), *Praca socjalna z osobami z niepełnosprawnością i ich rodzinami*, ZRZL, Warszawa.

¹⁸⁰ R. Szarfenberg (2009), *Ubóstwo, marginalność i wykluczenie społeczne* [w:] G. Firlit-Fesnak, M. Szyłko-Skoczny (red.), *Polityka społeczna. Podręcznik akademicki*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa, s. 322–323; R. Szarfenberg (2006), *Marginalizacja i wykluczenie społeczne. Wykłady*, Wyd. UW, Warszawa, s. 152.

¹⁸¹ Tamże.

¹⁸² G. Kaczmarek i in. (b.r.), *Standard pracy socjalnej z osobą z niepełnosprawnością i jej rodziną z uwzględnieniem osób z zaburzeniami psychicznymi*, WRZOS, Warszawa, s. 20–28.

To co istotne w prezentowanym modelu, to spostrzeżenie, że im głębiej postępuje proces wykluczania, tym trudniej o powrót do społeczności i głównego nurtu życia. W życiu osób z chorobą psychiczną i ich rodzin pojawia się wiele czynników powodujących marginalizację, a fakt, że choroba staje się ich nieusuwalnym atrybutem – w szczególności sposób blokuje te osoby i rodziny na poziomie trzeciego i czwartego wskaźnika stopnia wykluczenia. Odzwierciedla to opresyjność ich sytuacji życiowej i podnosi znaczenie każdego działania o charakterze włączającym. Model przedstawiony na rysunku 10 odzwierciedla graficznie opisany wyżej proces wykluczenia społecznego (ekskluzji), przy czym uwzględnia nie tylko najważniejsze czynniki wyłączające (ekskluzyjne), ale i włączające (inkluzyjne), jakie należy brać pod uwagę w pracy socjalnej, jak i w całości oddziaływań modelu psychiatrii (rehabilitacji) środowiskowej osób z zaburzeniami psychicznymi i środowiskowego wsparcia dla ich rodzin.

Wśród czynników wykluczających na schemacie wskazano:

- ➔ Brak wglądu lub fałszywy wgląd w chorobę – niewłaściwy ogląd sytuacji prowadzi do pogorszenia stanu chorego i utraty kontroli poznawczej nad własną sytuacją życiową; zagadnienie to, opisane już we wcześniejszych rozdziałach, jest istotne z punktu widzenia racjonalnej orientacji w sytuacji, która jest warunkiem tego, by chory mógł pomóc sam sobie¹⁸³.
- ➔ Brak leczenia i przeciwdziałania degradacji zdrowotnej i społecznej – oznacza bierność i poddanie się chorobie¹⁸⁴, co powoduje marginalizację i automarginalizację (samowykluczenie¹⁸⁵); często wiąże się to z wrogą postawą wobec personelu medycznego, terapeutów i pracowników socjalnych.
- ➔ Bezradność i nieumiejętność szukania wsparcia – jest zarówno przyczyną, jak i efektem wykluczenia; oznacza rezygnację z zasobów, które mogłyby być wykorzystane do przeciwdziałania wykluczeniu¹⁸⁶.
- ➔ Piętno społeczne – powoduje narastający dystans społeczeństwa wobec osoby chorej i jej rodziny, natomiast sam syndrom piętna pogarsza samoocenę, obraz samego siebie, wtórnie przekładając się na pogorszenie się relacji społecznych; może także wiązać się z wchodzeniem w stereotypową rolę dewianta¹⁸⁷.
- ➔ Codzienne problemy wynikające z choroby – oznaczają funkcjonalne skutki choroby, powodujące dezadaptacyjność, niesamodzielność, uzależnienie od pomocy innych itd.; co ważne, problemy te nie muszą być skutkiem samej choroby, ale także – paradoksalnie – niewłaściwej, upośledzającej pomocy, uzależniającej od innych i rozwijającej postawy roszczeniowe¹⁸⁸.

¹⁸³ J. Wciórka (2011), *Psychozy schizofreniczne* [w:] J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka (red), *Psychiatria. Psychiatria kliniczna*, t. 2, Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław, s. 195–269.

¹⁸⁴ Czasem taka reakcja może pojawić na pewnym etapie adaptacji do choroby. Tamże.

¹⁸⁵ Zob. D. Podgórska-Jachnik (2014), *Praca socjalna...*, dz. cyt., rozdz. 2.5. *Od bezradności do samowykluczenia*.

¹⁸⁶ Tamże.

¹⁸⁷ Zob. H.S. Becker (2008), *Outsiderzy. Studia z socjologii dewiacji*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa; T.F. Heatherton (red.) (2008), *Spoleczna psychologia piętna*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa.

¹⁸⁸ A. Rurka, G. Hardy, C. Defays (2013), *Proszę, nie pomagaj mi. Paradoks pomocy narzuconej*, CRZL, Warszawa.

- ➔ Utrata kontroli nad chorym członkiem rodziny¹⁸⁹ – jak każda utrata kontroli nad rzeczywistością – oznacza dezintegrację, destabilizację i zaburza funkcjonowanie rodziny, czyniąc ją niezdolną (mniej zdolną) do samoregulacji i radzenia sobie z pojawiającymi się problemami; to prosta droga do wykluczenia.
- ➔ Rozpad więzi rodzinnych – problemowe zachowanie chorego członka rodziny może powodować nadmierne obciążenia i pogorszenie się relacji wewnątrzrodzinnych; konflikty pomiędzy bliskimi, zaburzona komunikacja, osłabienie więzi czynią rodzinę słabszą i powodują, że nie stanowi już tak silnego oparcia dla swoich członków; wiele osób chorych psychicznie to osoby odrzucane lub porzucane przez rodzinę, zatem borykają się nie tylko ze swoją chorobą, ale i z samotnością, a także skazane bywają na przebywanie w placówkach opiekuńczych.
- ➔ Izolacja i samoizolacja – są efektem działania w społeczeństwie mechanizmów, które prowadzą do odrzucania Innych¹⁹⁰, jak również unikowych strategii obronnych chorego, powodujących wycofywanie się z życia społecznego, będącego źródłem stresów i negatywnych doświadczeń.
- ➔ Częste, a także długotrwałe hospitalizacje – zmieniają obraz „normalności”; totalizujący wpływ szpitala pozbawia umiejętności życia w zwykłym świecie; wielu chorych wpada w cykl naprzemiennych pobyków w szpitalu i w domu, określane mechanizmem „drzwi obrotowych”; osobie takiej trudno odnaleźć się w pozaszpitalnej rzeczywistości¹⁹¹.
- ➔ Konflikty z otoczeniem – niezrozumienie zachowania osób z zaburzeniami psychicznymi oraz złożonej sytuacji ich rodzin powoduje często konflikty z otoczeniem, sąsiadami, dalszą rodziną; efektem tego jest nie tylko unikanie społecznych kontaktów, ale także wrogie, konfrontacyjne atrybucje, gdy neutralne czy nawet pozytywne zachowania („ktoś się do nas uśmiecha”) odczytywane są jako negatywne („ktoś się z nas śmieje”); osoba taka czy rodzina zaczyna być wobec tego odbierana jako konfliktowa lub może popaść w depresję („depresjogenny” styl atrybucji¹⁹²).
- ➔ Ubóstwo – każda długotrwała choroba jest czynnikiem pogarszającym jakość życia; leczenie oznacza koszty, a choroba często pozbawia możliwości pracy; bezrobocie i ubóstwo to najsilniejsze czynniki wykluczenia.
- ➔ Zaniedbanie – przejawem choroby psychicznej, ale i skutkiem pozostawiania na marginesie życia społecznego bardzo często bywa zaniedbanie siebie i swego otoczenia; chorzy psychicznie czasem doprowadzają do takich zaniedbań higienicznych, że budzą

¹⁸⁹ G. Kaczmarek i in. (b.r.), *Standard pracy socjalnej...*, dz. cyt.

¹⁹⁰ Pisownia słowa „inny” wielką literą upowszechniła się we współczesnym dyskursie pedagogiki i pedagogiki specjalnej, a także innych nauk społecznych, będąc wyróżnikiem konstatawanej, aczkolwiek niepodlegającej wartościowaniu różnicy (zob. np. cykl interdyscyplinarnych konferencji „Miejsce Innego we współczesnych naukach o wychowaniu”, kolejno: UŁ, WSP w Łodzi, UAM w Poznaniu). Wielka litera jest tu oznaką szacunku, otwarcia na różnorodność, także postrzegania różnicy jako elementu kształtującego tożsamość. Inny to także – nawiązując do retoryki dialogicznej Emanuela Levinasa – źródło wiedzy o Toż-Samym, a więc o sobie samym i sobie podobnych. Poznanie Innego wydaje się niezbędnym warunkiem przeciwdziałania marginalizacji i izolacji, dlatego warto zapoznać czytelnika z takim rozumieniem tego słowa, właśnie w kontekście problemu zagrożenia wykluczeniem osób z zaburzeniami psychicznymi – przez to również Innymi.

¹⁹¹ Tamże.

¹⁹² F. Försterling (2005), *Atrybucje. Podstawowe teorie, badania i zastosowanie*, GWP, Gdańsk, s. 136–137.

wstręt; „dziwne”, niezrozumiałe zachowanie oraz niechlujny wygląd, przykry zapach najsilniej dystansują ludzi w każdej przestrzeni publicznej; nie można do tego dopuścić, gdyż powrót z tak głębokiego marginesu bywa czasem niemożliwy.

Oczywiście, w proces marginalizacji i wykluczenia mogą być uwikłane jeszcze inne czynniki powiązane z chorobą psychiczną i jej psychologicznymi skutkami. Jednak i ten przegląd wydaje się wystarczający, by raz jeszcze odpowiedzieć twierdząco na pytanie postawione w tytule podrozdziału. Ale odpowiedź ta rodzi od razu następne pytanie: co pracownik socjalny ma do zaoferowania osobie z zaburzeniami psychicznymi, by zapobiec jej wykluczeniu społecznemu? Wydaje się, iż jest wiele takich elementów wzmacniających i włączających ponownie w życie. Ponieważ temat ten będzie rozwijany w dalszej części książki, przeinstaniemy na wyliczeniu najważniejszych czynników – często na zasadzie opozycji do tych wykluczających. Będą to między innymi:

- ➔ wgląd w chorobę, zrozumienie własnej sytuacji;
- ➔ psychoedukacja i psychohigiena, prozdrowotny tryb życia, dostosowany do ograniczeń związanych z chorobą;
- ➔ podjęcie leczenia i rehabilitacji środowiskowej;
- ➔ podtrzymanie aktywności fizycznej (ważna rola rekreacji, sportu, turystyki), społecznej (m.in. uczestnictwo w kulturze) i zawodowej;
- ➔ utrzymywanie (podtrzymywanie) kontaktów społecznych;
- ➔ silna sieć wsparcia;
- ➔ dostęp do świadczeń (czasem konieczność uregulowania sprawy ubezpieczeń zdrowotnych i społecznych, choć przy okazji warto powiedzieć, iż bezpłatna medyczna opieka psychiatryczna przysługuje każdemu, bez względu na status ubezpieczonego);
- ➔ motywacja do zmiany i podniesienia jakości życia; świadomość, że mimo choroby ciągle jeszcze wiele w życiu zależy od samego chorego;
- ➔ podnoszenie kompetencji społecznych i zawodowych, czasem przekwalifikowanie zawodowe;
- ➔ zachowane poczucie własnej wartości, godności i bycia przydatnym członkiem społeczeństwa.

4.2. Najczęstsze problemy w życiu rodziny osób z zaburzeniami psychicznymi

4.2.1. Choroba (psychiczna) jako czynnik zakłócający system rodzinny i jego funkcjonowanie

Pojęcie choroby nasuwa przede wszystkim skojarzenia medyczne, stąd też w dotychczasowej analizie bardzo często pojawiały się takie odniesienia. Jeśli poszukujemy modelu wsparcia dla osoby chorej, bez względu na to, na jaką chorobę cierpi, kluczową kwestią będą zawsze działania podejmowane przez lekarza. To on ocenia stan zdrowia i potrzeby zdrowotne klienta;

to on określa wskazania i przeciwwskazania; to on narzuca reżimy terapeutyczne dotyczące farmakoterapii, diety, trybu życia. Bywa, że w trosce o zdrowie pacjenta wskazówkom lekarza powinna podporządkować się cała rodzina. Jednakże, jak wykazaliśmy, choroba ma też swój aspekt społeczny. W kilku słowach chcielibyśmy ukazać jej wpływ na funkcjonowanie rodziny. Każda choroba w rodzinie zakłóca w jakiś sposób równowagę rodzinnego życia, jednak gdy sytuacje takie są przejściowe, nie stanowi to najczęściej problemu przekraczającego jej możliwości adaptacyjnych. Natomiast już choroba przewlekła stwarza takie zagrożenie. Należy ją traktować w kategoriach kryzysu. Do tego, gdy pojawia się rozpoznanie psychiatryczne, rodzina przyjmuje je najczęściej jako tragedię. Choroba psychiczna silnie stygmatyzuje, o czym będzie jeszcze mowa w dalszej części rozdziału. To głównie z tego powodu u osoby chorej (o ile ma ona zachowaną świadomość swego stanu), jak i u rodziny pojawia się opisywane już poczucie straty (żałoby). Poczucie straty dotyczy także załamania się ich mniej lub bardziej wyrazistej linii planów życiowych. Niektóre z nich choroba po prostu przekreśla.

W codziennym życiu najbardziej uciążliwe staje się to, iż zmianie ulega jego dotychczasowy rytm, kształtowany czasem latami, rutynowy, a więc bezpieczny, sprawdzony i akceptowany przez członków rodziny. Na próbę zostaje wystawiona hierarchia rodzinnych wartości i rodzinne priorytety. Często należy z czegoś zrezygnować: rozrywki, wyjazdów, pracy, nauki, niektórych wydatków. To rodzi frustracje, wyzwajające negatywne emocje: lęk, poczucie zagrożenia, bezradność. Przybywa nowych obowiązków i dominująca staje się niepewność: co będzie dalej?

Anna Błasiak zwraca uwagę, iż poważne konsekwencje w życiu chorego, jak i rodziny wywołuje nie tylko zaburzona czynność organizmu, ale także wtórna wobec samej choroby zmiana psychicznego i społecznego funkcjonowania. Zdaniem autorki choroba zmienia sposób postrzegania świata. Zakłóca sferę potrzeb, naraża na niezaspokojenie nawet tych podstawowych – jak potrzeba bezpieczeństwa czy miłości (w przypadku hospitalizacji, rozłąki z rodziną, czasem odrzucenia – gdy nie potrafi ona zaakceptować choroby). Choroba naraża na popadanie w stany zwątpienia, rozpacz, drażliwości, frustracji, czasem nawet agresji¹⁹³. Nieprawidłowe zachowania czy negatywne emocje chorego z zaburzeniami natury psychicznej mogą więc mieć charakter pierwotny – są symptomatyczne dla danego zaburzenia, jak i wtórny – są skutkiem bycia chorym i bycia uznanym przez otoczenie za chorego. Dwa ostatnie aspekty, choć podobne – nie są tożsame, i wyznaczają rodzinie ważne zadanie do spełnienia. Rodzina, podobnie zresztą jak sam chory, musi zrozumieć chorobę i dać cierpiącej na nią osobie adekwatne do jej następstw wsparcie. Musi zrozumieć mechanizm zaburzeń wtórnych i próbować ograniczać ich powstawanie. Musi w końcu towarzyszyć swemu członkowi w przyjęciu roli chorego: zaakceptować jego prawo do tej roli, a jednocześnie nie pozwolić, by zdominowała wszystkie inne jego życiowe role. Zrównoważenie w pełnieniu różnych ról społecznych jest chyba najważniejszym celem wspierania chorego. To także rola członka rodziny.

¹⁹³ A. Błasiak (2011), *Rodzina w obliczu choroby* [w:] m.Deon.pl [serwis informacyjny] [online] [dostęp: 7.06.2014], <<http://www.m.deon.pl/intelligentne-zycie/poradnia/art,104,rodzina-w-obliczu-choroby.html>>.

Jeśli mówimy o roli członka rodziny osoby z chorobą psychiczną, to warto podkreślić następujące rzeczy:

- ➔ Podtrzymanie tej roli jest możliwe, gdy osoba ta jest nie tylko obiektem troski rodziny, ale sama troszczy się o innych; ważne, by chory nadal był użyteczny i wykazywał odpowiedzialność za członków rodziny.
- ➔ Blisko z tym łączy się zachowanie części obowiązków domowych – choroba nie powinna zupełnie z nich zwalniać (choć czasem trzeba chorego wesprzeć w ich wykonywaniu); jest też ważne, by osoba dotknięta chorobą brała czynny udział w życiu rodziny, uczyła się radzić sobie z codziennością, bycia samodzielną, gdyż stanowi to także istotę wspomaganie określonego mianem ergoterapii.

Zmienione zachowanie chorego zagraża relacjom społecznym w rodzinie i całemu systemowi rodzinnemu, dlatego należy nadal dążyć do kontroli i samokontroli tych zachowań; ułatwi to wprowadzenie regularnego trybu życia, ustalenie porządku dnia, tygodnia itd. oraz rozdzielenie zadań do wykonania pomiędzy wszystkich członków rodziny; nie należy także pomijać przy tym chorego, przeciwnie, trzeba dążyć do egzekwowania od niego ustalonych zasad współżycia; jasne zasady współżycia są ważne dla zachowania dobrych relacji i sprawności funkcjonalnej systemu, należy jednak pamiętać, że równie zagrażająca dla relacji w rodzinie jest sztywność tych zasad, bezwzględność ich przestrzegania i nienegocjowalność; zasady są po to, by ułatwiać życie w rodzinie, a nie po, by ich strzec, konieczna jest więc także pewna elastyczność, a jej brak Virginia Satir (wybitna terapeutka rodzin) uznaje za jedną z cech rodzin o zaburzonych relacjach¹⁹⁴; sztywność zasad, nieuwzględniająca zmiennych okoliczności i kontekstów, może także leżeć u podstaw mechanizmu tzw. podwójnego wiązania opisanego przez Gregory'ego Batesona; podwójne wiązanie opiera się na sprzecznych komunikatach i oczekiwaniach członków rodziny, które według niektórych koncepcji uznawane są nawet za istotny czynnik w etiologii schizofrenii¹⁹⁵; przyczyn chorób, których podłożem są relacje rodzinne, może być zresztą więcej – jedną z ciekawszych i dość oryginalnych koncepcji jest teoria ustawień systemowych Berta Hellingera, wskazująca, że za występowanie chorób i zaburzeń odpowiedzialne jest uwikłanie w relację z innymi, zwłaszcza starszymi członkami rodziny¹⁹⁶. Nie wnikając w szczegóły tej koncepcji, trzeba zwrócić uwagę na jej istotę: zakłócenia w systemie rodzinnym mogą występować już przez ujawnieniem się choroby – jest ona niejako ich symptomem – natomiast później choroba i system rodzinny pozostają ze sobą w interakcyjnym związku.

Celem działań wspierających jest nie tylko pomoc w zrozumieniu choroby, ale także w zrozumieniu chorego i jego akceptacji takim, jaki jest; innymi słowy chodzi tu o zachowanie ciepłych uczuć i dostrzeganie w zmienionej chorobą osobowości tego samego, jedyne

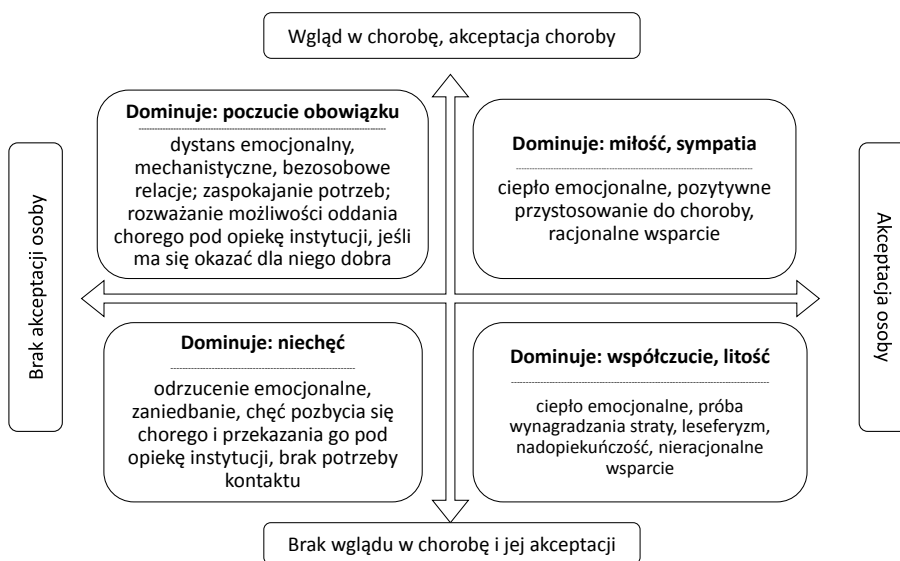
¹⁹⁴ V. Satir (2002), *Rodzina. Tu powstaje człowiek*, GWP, Gdańsk; tejsze (2001), *Zmieniamy się wraz z rodzinami. O zdrowej komunikacji*, GWP, Gdańsk. A. Rurka, G. Hardy, C. Defays (2013), *Proszę, nie pomagaj mi...*, dz. cyt.

¹⁹⁵ Za: T. Burns (2012), *Psychiatria*, GWP, Sopot, s. 133–134.

¹⁹⁶ B. Hellinger, G. ten Hovél (2003), *Praca nad rodziną. Metoda Berta Hellingera*, GWP, Gdańsk, s. 23–25.

w swojej wyjątkowości, kochanego człowieka – brata, syna, ojca / siostry, córki, matki; nie jest to łatwa miłość, zwłaszcza gdy rodziny koncentrują się na tym, co zaburzone, co uległo zmianie, co najbardziej dezorganizuje ich życie; zatem konieczne jest wsparcie nie tylko w rozumieniu i akceptacji choroby, ale także w zrozumieniu i akceptacji położenia osoby znajdującej się w nowej dla siebie sytuacji, przy szczególnym nacisku na uporządkowanie stosunku emocjonalnego i podtrzymywanie pozytywnych uczuć wobec chorego – ilustruje to rysunek 11.

Rysunek 11. Stosunek emocjonalny rodziny do osoby chorej psychicznie i do jej choroby



Źródło: Opracowanie D. Podgórska-Jachnik na podstawie badań własnych.

Niestety, należy zwrócić uwagę, że wielu chorych psychicznie, zwłaszcza w starszym wieku, to osoby marginalizowane nie tylko w społeczeństwie, ale i we własnej rodzinie, czasem opuszczone lub odrzucone przez nią. A więc to osoby, których system rodzinny się rozpadł, osoby osamotnione (także w rodzinie) lub samotne (bez obecnej blisko rodziny). Cierpienie osamotnienia i samotności może również nakładać się na doświadczenie choroby, a brak rodziny należy wówczas kompensować zastępczymi formami wsparcia społecznego, czasem działaniami o charakterze socjoterapeutycznym.

4.2.2. Dziecko z zaburzeniami psychicznymi w rodzinie

Gdy w rodzinie choroba psychiczna dotyka dziecka, problemy mogą być odczuwalne jeszcze bardziej boleśnie, niż to się dzieje w przypadku osoby dorosłej. Z dzieckiem rodzice wiążą bowiem swoje plany, nadzieje na przyszłość, swoje marzenia. Wiadomość o chorobie potomka przyjmowana jest jako traumatyczna. O etapach żałoby jako reakcji na wiadomość o chorobie już pisaliśmy. Ważnym czynnikiem w jej przeżywaniu jest sam sposób przekazania

tej informacji i wsparcie psychospołeczne udzielone bezpośrednio po tym wydarzeniu. Ma to fundamentalne znaczenie w przystosowaniu się rodziny do nowej sytuacji. W przypadku dziecka istotną rolę odgrywa również czas: im rodzic szybciej osiągnie stan konstruktywnego przystosowania, tym lepiej, gdyż wcześniej można wtedy podjąć skuteczną interwencję. Rodzic, który nie może sobie poradzić psychicznie z problemem choroby dziecka, nie jest dla niego dostępny emocjonalnie, zatem i jego rola w terapii jest ograniczona. Fakt, iż choroba dziecka jest chorobą psychiczną, kieruje szczególnie rodzica w stronę pytań o jej przyczynę. Ponieważ – jak już pisaliśmy – zaburzenia psychiczne traktowane są jak piętno, myśl o jego źródle tkwiącym w rodzinie może być powodem odczuwania piętna podwójnego ze strony jednego z rodziców: piętna, które przechodzi na niego z jego przodków, oraz piętna, które dzieli razem ze swoim dzieckiem. Choroba psychiczna dziecka może powstrzymać rodziców od dalszych decyzji prokreacyjnych lub spowodować dopatrywanie się cech psychotycznych u pozostałego rodzeństwa. Niestety, problem ten dotyczy również często rodzeństwa osób, które mają zaburzenia psychiczne. Choroba psychiczna w rodzinie nieodparcie rodzi obawy o zdrowie potomstwa, co może powodować nawet problemy ze znalezieniem partnera życiowego u siostr czy braci osób chorych bądź niepełnosprawnych intelektualnie. Oni sami mogą odczuwać niepokoje dotyczące potencjalnego rodzicielstwa.

O problemach ekonomicznych rodziny, w której występuje choroba psychiczna, piszemy dalej, ale warto w tym podrozdziale zaznaczyć, że obowiązek i prawo osobistej opieki nad chorym dzieckiem w przypadku choroby przewlekłej uniemożliwia czasem pracę zawodową przynajmniej jednego z rodziców, szczególnie wtedy, gdy nie ma możliwości skorzystania z takich placówek jak przedszkole.

W kwestii samych chorób należy stwierdzić, iż psychiatria dzieci i młodzieży wykazuje dużą odrębność względem psychiatrii ludzi dorosłych. Inne mogą być symptomy, inna dynamika, inne leczenie tych chorób, a nawet różne są same kategorie zaburzeń. Nie bez znaczenia jest też sygnalizowany już fakt, że dysfunkcyjność interpretowana jest również przez pryzmat innej specyfiki aktywności życiowej dzieci i młodzieży niż osób dorosłych. Inaczej przebiega też terapia: w przypadku dzieci większą rolę odgrywa w niej udział rodziców, częściej wykorzystywane są techniki zabawowe, a także inne są zalecenia i przeciwwskazania farmakoterapeutyczne¹⁹⁷. Dotyczy to nie tylko aspektu ilościowego (dawki leków), ale także konsekwencji użycia różnego rodzaju leków psychotropowych w przypadku młodego, rozwijającego się organizmu, szczególnie w perspektywie długotrwałego ich podawania.

Największe trudności, a zarazem obawy rodziców dotyczą w tym okresie możliwości uczenia się. Drugim istotnym obszarem będzie socjalizacja i relacje społeczne. Zarówno pierwszy, jak i drugi obszar faktycznie stanowią sferę problemową w przypadku zaburzeń psychicznych młodych osób. Jak zauważa Philip C. Kendall, głównymi przyczynami, dla których dorośli szukają pomocy psychologicznej, są depresja i lęk; w przypadku dzieci – są to zaburzenia

¹⁹⁷ P.C. Kendall (2004), *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*, GWP, Gdańsk, s. 60; I. Namysłowska (red.) (2007), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, PZWL, Warszawa.

zachowania¹⁹⁸. W oparciu o nasze doświadczenia dokonujemy ekstrapolacji tego stwierdzenia także na pomoc psychiatryczną. W niektórych przypadkach zaburzenia zachowania mogą być uwarunkowane chorobami psychicznymi, często jednak są one spowodowane zaburzeniami socjalizacji czy interakcją różnych niekorzystnych czynników zakłócających rozwój dziecka. Oprócz zaburzeń zachowania CD (*conduct disorders*) czy zaburzeń opozycyjno-buntowniczych ODD (*oppositional defiant disorders*) często stwierdzane problemy to zaburzenia uwagi typu ADD (*attention-deficit disorder*) czy ADHD (*attention-deficit hyperactivity disorder*) lub różnego rodzaju trudności w uczeniu się¹⁹⁹. Widoczne jest, że zaburzenia te nabierają innego znaczenia w dorosłym życiu, choćby dlatego, że w trakcie rozwoju człowiek uczy się z nimi funkcjonować²⁰⁰, ale również dlatego, że znika presja edukacyjna. Poważnym problemem jest również – zwłaszcza u nastolatków – uzależnienie od substancji psychoaktywnych.

Charakterystyczne dla okresu dzieciństwa są tzw. całościowe zaburzenia rozwoju, do których zaliczyć można np. autyzm, zespół Retta czy zespół Aspergera²⁰¹. W okresie rozwojowym ujawniają się również różnego rodzaju fragmentaryczne i globalne dysfunkcje intelektualne. Te częściowe deficyty (np. zaburzenia analizy i syntezy słuchowej, wzrokowej, lateralizacji, motoryki, integracji sensoryczno-motorycznej) mogą być przyczyną specyficznych trudności w uczeniu się, pewnego typu dysleksji, dysgrafii czy dyskalkulii. Globalna dysfunkcja intelektualna może przybrać postać upośledzenia umysłowego, demencji, zahamowania rozwoju intelektualnego, jego obniżenia czy opóźnienia²⁰². To poważne zagrożenia rozwoju, często nieodwracalne, lecz – co należy podkreślić – nie są to jednostki chorobowe.

Oczywiście w przypadku dzieci i młodzieży diagnozuje się również zaburzenia, które możemy określić jako choroby psychiczne²⁰³, jednak mogą mieć one swoją specyfikę związaną z kontekstem rozwojowym. Przykładem może być np. depresja młodzieńcza czy wyróżnienie wśród zaburzeń lękowych lęku separacyjnego, związanego z nadmierną obawą przed rozdzieleniem z osobą, do której dziecko jest przywiązane²⁰⁴, albo też tzw. fobii szkolnej, związanej z wybiórczym lękiem i unikaniem sytuacji czy rzeczy dotyczących środowiska szkolnego²⁰⁵. Charakterystyczne dla okresu młodości są także zaburzenia odżywiania się (anoreksja, ortoreksja, bulimia, *night-eating* – nocne objadanie się).

¹⁹⁸ P.C. Kendall (2004), *Zaburzenia okresu dzieciństwa...*, dz. cyt., s. 63.

¹⁹⁹ A. Kołakowski (2013), *Diagnoza zaburzeń zachowania* [w:] tegoż (red.), *Zaburzenia zachowania u dzieci*, GWP, Sopot, s. 152–167.

²⁰⁰ Np. z dysleksją, czego wymownym przykładem są np. narracje biograficzne dorosłych osób z dysleksją zgromadzone przez Teresę Wejner-Jaworską, zob.: T. Wejner-Jaworska (2013), *Tak, mam dysleksję: doświadczenia edukacyjne dorosłych osób z dysleksją w oparciu o wywiady narracyjne*, Wyd. SATORI, Łódź.

²⁰¹ T. Pietras, A. Witusik, P. Gałecki (red.) (2010), *Autyzm – epidemiologia, diagnoza i terapia*, Wyd. Continuo, Wrocław.

²⁰² Zob. K. Bobińska, T. Pietras, P. Gałecki (2012), *Niepełnosprawność intelektualna – etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia*, Wyd. Continuo, Wrocław.

²⁰³ W znaczeniu opisanym w rozdz. 2.1.

²⁰⁴ Nie można tego mylić ze zwykłą niechęcią dziecka wobec rozstania z bliską osobą, nawet manifestującą się płaczem i protestem. DSM-IV i ICD-10 uznają za konieczne do postawienia diagnozy lęku separacyjnego występowanie przynajmniej trzech z ośmiu poważnych symptomów zaburzeń zachowania dziecka i ich utrzymywanie się przez przynajmniej 4 tygodnie. Zob. P.C. Kendall (2004), *Zaburzenia okresu dzieciństwa...*, dz. cyt., s. 104–105.

²⁰⁵ Tamże, s. 106.

Nie omawiamy tu szczegółowo wszystkich zaburzeń i chorób objętych zakresem psychiatrii dziecięcej, gdyż problemy zdrowotne dzieci i młodzieży same w sobie nie będą stanowiły przedmiotu działań pracownika socjalnego. Istotne będą raczej inne problemy pojawiające się w rodzinie, jednak wymagające uwzględnienia choroby dziecka. Wsparcie socjalne dla rodzin z dziećmi cierpiącymi na zaburzenia psychiczne pojawia się najczęściej z następujących powodów:

- ➔ Rodzina ma problemy ekonomiczne, a choroba czy zaburzenia dziecka są jednym z elementów sytuacji trudnej; czasem z tego powodu rodzic nie może podjąć pracy (o czym jeszcze będzie mowa), ale nie zawsze problemy zdrowotne dziecka są tego przyczyną, natomiast zazwyczaj jego choroba oznacza większe wydatki – rodzina potrzebuje wsparcia ekonomicznego, reorganizacji zarządzania gospodarstwem domowym, umożliwienia podjęcia pracy czy dodatkowego zatrudnienia, czasem przekwalifikowania się w zawodzie; w grę może wchodzić także potrzeba tzw. opieki wytchnieniowej.
- ➔ Zaburzenia u dziecka są wtórną przyczyną załamania i bezradności rodziców, często powodują samowykluczenie rodziny z kontaktów społecznych. Rodzice prawdopodobnie byłiby w stanie poradzić sobie w życiu, gdyby nie choroba i sytuacja, która ich przerosła. Rodzina wymaga wsparcia o charakterze interwencyjnym, pomocy psychologicznej, kontaktu z grupą wsparcia, działań przywracających zdolność radzenia sobie; tu też pojawia się potrzeba opieki wytchnieniowej.
- ➔ Rodzina jest niewydolna wychowawczo i jako taka nie jest w stanie samodzielnie zapewnić choremu dziecku odpowiednich warunków do rozwoju; rodzina wymaga długofalowego wsparcia wychowawczego, pomocy w edukacji i rehabilitacji chorego dziecka.
- ➔ W rodzinie występują jakieś elementy patologii społecznej – niezależnie od zaburzeń stwierdzonych u dziecka albo powiązanych z nimi, tj. patologia może być przyczyną, współprzyczyną lub czynnikiem wyzwalającym zaburzenia; mogą to być toksyczne relacje, powodujące tzw. podwójne wiązanie, wydarzenia traumatyczne, np. wykorzystanie seksualne dziecka i in. Rodzina wymaga interwencji i wsparcia, jak w każdym innym przypadku stwierdzenia patologii w rodzinie, z uwzględnieniem wsparcia terapeutycznego, przy czym chore psychicznie dziecko podlega tu podwójnej ochronie: raz – jako dziecko, dwa – jako osoba chora.
- ➔ W rodzinie pojawiają się zaburzenia funkcjonowania lub patologie, będące skutkiem nieradzenia sobie z chorobą dziecka, obciążeniami i piętnem, wtórne zakłócenia systemu rodzinnego; mogą np. dotyczyć zaburzeń komunikacji, pojawienia się alkoholizmu czy aktów przemocy, uwarunkowanych/motywowanych zaburzeniami dziecka. Zasady interwencji – podobne jak poprzednio, przy czym obszarem oddziaływań będzie poszukiwanie rozwiązań, wsparcie psychospołeczne, a także (psycho)terapia, ukierunkowana przede wszystkim na zrozumienie choroby i wsparcie w zaakceptowaniu tak jej, jak i chorego dziecka.

Bez względu na układ przyczyn i skutków przeżywanych trudności należy pamiętać, iż w sytuacjach, gdy dziecku niezbędna jest pomoc psychoterapeutyczna, terapią jest zazwyczaj obejmowana cała rodzina. Rodzina często czuje opór przed terapią, dlatego do uczestnictwa w niej delegowany jest zazwyczaj jeden z rodziców, najczęściej matka. Zadaniem pracownika socjalnego będzie zatem m.in. przekonanie dorosłych o potrzebie i celowości wspólnego poddania się terapii, a w przypadku jej podjęcia – motywowanie do jej podtrzymania do momentu uzyskania oczekiwanych efektów.

4.2.3. Osoby starsze z demencją w rodzinie

Raporty z danymi dotyczącymi stanu zdrowia współczesnych społeczeństw operują takim wskaźnikiem, jak oczekiwana dla danego wieku długość dalszego życia, ale także wskaźnikami oczekiwanej długości życia w zdrowiu i bez ograniczeń sprawności oraz oczekiwanej długości życia z chorobami przewlekłymi i ograniczoną sprawnością. Dodatkowy podział zapowiada okres życia z niezbyt poważnym, a potem z głębokim jej ograniczeniem. Zgodnie z krajowym (polskim) raportem systemu informacji *European Health & Life Expectancy* obecnie 65-letni mężczyzna w naszym kraju ma przed sobą przeciętnie jeszcze 14,2 roku życia, przy czym czeka go statystycznie 6,8 roku względnego zdrowia, 4,7 roku życia z pewnym, choć niezbyt poważnym ograniczeniem aktywności oraz 3,2 roku życia z poważnym naruszeniem sprawności. Dla kobiety jest to odpowiednio: 19,2 lat życia, 7,4 roku względnego zdrowia, 7,1 roku niezbyt poważnego oraz 4,6 poważnego naruszenia sprawności²⁰⁶. Choroba i niepełnosprawność wydają się więc nieuchronne. Starość często niesie też ze sobą zaburzenia psychiczne, zwłaszcza o charakterze depresyjnym i otępiennym.

Przyczyna otępień jest nieznaną, wynikają one ze zmian neurodegeneracyjnych tkanki mózgu i jego zaniku. Nie jest to prostą funkcją wieku: zjawisko fizjologicznego starzenia się mózgu jest kwestionowane przez niektórych, choć kumulujące się z wiekiem uszkodzenia tkanki nerwowej mogą prowadzić do coraz gorszego jego funkcjonowania. Nie jest to jednak zjawisko powszechne w sensie wyznaczenia kalendarza zmian degeneracyjnych – jak już pisaliśmy otępienie rozpoznaje się u 1/3 osób w podeszłym wieku. To dużo, ale oznacza również, że (aż) 2/3 starszych osób do późnego wieku zachowuje sprawny umysł. Co więcej, na uwagę zasługuje spostrzeżenie, iż otępienia rzadziej zdarzają się w przypadku osób wykształconych, aktywnie pracujących umysłowo także w starszym wieku (np. ludzi nauki, choć nie znaczy to, że w tym środowisku problem otępień zupełnie nie istnieje). Jest to jednak sygnał, iż dla zachowania sprawności umysłowej również potrzebny jest trening w formie aktywności intelektualnej, czytanie, ćwiczenia pamięci itp. Aktywność tego typu należy traktować w przypadku seniorów zarówno jako profilaktykę, jak i terapię – a więc gdy już pojawiają się jakieś zmiany funkcjonalne.

Wiedza o otępieniach wieku podeszłego (popularnie nazywanych demencją starczą) jest wiedzą powszechną, choć nie zawsze wystarczająco ugruntowaną. Popularne i przywoływane

²⁰⁶ European Health & Life Expectancy Information System (2012), *Oczekiwana długość życia w zdrowiu w Polsce* [online], „EHEMU Raporty Krajowe”, nr 5, styczeń 2012, [dostęp: 28.02.2013], s. 3. <http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue5_translated/polsce.pdf>.

są szczególnie nazwy choroby Parkinsona i Alzheimera. Do pozytywnego wizerunku choroby Parkinsona przyczynił się papież Jan Paweł II, który cierpiąc na tę chorobę przez ostatnich kilkanaście lat swojego życia, mimo widocznych objawów drżenia oraz zaburzeń mowy, doczekał w jasności umysłu wieku 85 lat. Ten wizerunek zapewne może ułatwić życie wielu osobom z tą chorobą, gdyż przełamany został stereotyp, który z ograniczeniami fizycznymi wiąże intelektualną demencję. Z degradacją umysłową wiąże się natomiast w potocznym odczuciu choroba Alzheimera (co odzwierciedla, niestety, naukowe dane o rokowaniach w przebiegu tej choroby), jednak nie zawsze towarzyszy tym odczuciom wiedza o sposobach opiekowania się chorym i przeciwdziałania zbyt szybkiemu postępowi choroby.

Depresja w starszym wieku często ma podłoże egzystencjalne, tzn. człowiek dokonujący bilansu życiowego, odczuwający zbliżający się spadek sił i koniec życia, może mieć poczucie straty, niespełnienia, źle przeżytego życia. Z psychologicznego punktu widzenia mogą się też pojawiać problemy z integracją „ja”, załamaniem się ciągłości linii życia.

Gdy na starość i mniejszą sprawność fizyczną nakładają się ograniczenia związane z zaburzeniami psychicznymi, w rodzinie pojawia się szereg problemów. Starsza osoba wymaga opieki, czasem ciągłej, szereg problemów przypomina te, które dotyczą opieki nad chorym dzieckiem, z jednym wyjątkiem: rodzina rzadko spodziewa się polepszenia sytuacji, zwłaszcza gdy nakładają się na siebie problemy z wiekiem i cechy dementyjne. Rodzina nierzadko dokonuje heroicznego wysiłku dotrwania do końca życia starszej osoby bez oddawania jej do placówki opiekuńczej, zwłaszcza przy ograniczonej podaży usług pośrednich (opieki wytchnieniowej świadczonej w domu).

Planując wsparcie dla osoby starszej chorej psychicznie i dla jej rodziny, należy pamiętać, że nie mamy do czynienia z prostą sumą problemów starości i choroby psychicznej. Nałożenie się na siebie tych dwóch czynników powoduje większą trudność w zrozumieniu zachowań i zmian w osobowości starszego człowieka. Stereotyp starej, zgorzkniałej, złośliwie agresywnej, otępiełej babci czy dziadka powoduje tendencje do tłumaczenia wszystkich zachowań chorobą i wiekiem, bez próby analizy czynników wywołujących takie czy inne zachowania. Tymczasem mają one zawsze także swój kontekst sytuacyjny, a nawet w przypadkach utrwalonych schematów zachowań łatwiej jest przewidzieć określone reakcje i unikać bodźców, które je wywołują. Bardzo ważne jest zrozumienie, że wszyscy starsi ludzie, nawet zdrowi psychicznie, doświadczają z wiekiem poczucia utraty kontroli nad swoim życiem, uzależnienia od innych, poczucia mniejszej wartości, w końcu nawet poczucia utraty godności. Jeśli osoby sprawujące opiekę wykazują się zrozumieniem, cierpliwością i starają się skompensować te negatywne odczucia, frustracja nie narasta w takim stopniu i reakcje emocjonalne nie są tak ostre.

Starsze osoby z chorobą psychiczną starają się w miarę posiadanych możliwości utrzymać kontrolę i poczucie sensu życia, tak jak i starzejące się osoby zdrowe psychicznie. W zachowaniach przystosowawczych do starości osób zdrowych psychicznie można również zaobserwować rysy kliniczne zaburzeń osobowościowych. Zrozumienie mechanizmów ich powstawania pozwala na przeciwdziałanie utrwalaniu się negatywnych wzorców przystosowawczych – faktycznie dezadaptacyjnych – w zachowaniu starszych osób i starszych osób z zaburzeniami psychicznymi.

Mówiąc o zwrotach przystosowania osobowościowego do starości, najczęściej przywołuje się rozpowszechnioną w literaturze polskiej typologię stylów przystosowania się do starości, której autorami byli S. Reichard, F. Livson i P.G. Peterson. Autorzy wymienili trzy style dobrego przystosowania – typ dojrzały, „bujanego fotela” i opancerzony oraz dwa style złego przystosowania – typ gniewny (wrogi) oraz typ nienawidzący siebie²⁰⁷. To swoisty fenomen, iż typologia opracowana w oparciu o 87 przypadków przetrwała już ponad pół wieku (być może dzięki trafającym do wyobraźni opisom obrazów starszych osób) i praktycznie nie jest poddawana żadnej weryfikacji naukowej. W 20 lat później Catherine B. Silver przedstawiła znacznie bardziej wnikliwą typologię, tłumaczącą kształtowanie tendencji do określonych zachowań mechanizmami przystosowawczymi zaburzonej osobowości według klasyfikacji DSM (wówczas DSM-III). Zdaniem autorki starsi ludzie używają różnych mechanizmów obronnych dla zachowania poczucia autonomii, kontroli swego życia, dopasowanych do swojej osobowości. Wyróżniając pięć typów przystosowania się osobowościowego, Silver tłumaczy działanie tych mechanizmów w następujący sposób:

- ➔ osoby starsze obsesyjno-kompulsywne – próbują osiągnąć poczucie autonomii, tworząc swój własny, zamknięty świat myśli, idei i obaw;
- ➔ osoby starsze paranoiczne – zyskują poczucie władzy, zmuszając innych do posłuszeństwa – posługują się podejrzliwością i oskarżeniami, kształtują także na swój temat fałszywe wyobrażenie – życia w niedostatku i odrzuceniu;
- ➔ osoby starsze histeryczne – szukają poczucia autonomii w dramatycznej ekspresji i dzieleniu się uczuciami;
- ➔ osoby starsze impulsywne – traktują starość jako nowe wyzwanie, które musi zostać przez nie przyjęte (choć mogą utrzymywać retorykę walki ze starością);
- ➔ osoby starsze narcystyczne – budują bezpieczne emocjonalnie środowisko, w którym mogą pielęgnować swoje pragnienia i fantazje²⁰⁸; ciekawe, że wśród przedstawicieli tego typu autorka dostrzega np. religijnych przywódców, polityków, naukowców, kontynuujących na starość intensywnie działania twórcze, choć zapewne można tu przyporządkować również osoby pielęgnujące idee nadwartościowe²⁰⁹.

Wydaje się, że obserwując zachowanie osoby starszej (zdrowej czy chorej psychicznie), warto mieć na względzie tę typologię. Empatyczne zrozumienie tego, co naprawdę ono oznacza, umożliwia zaspokojenie ukrytych, a artykułowanych w specyficzny sposób potrzeb.

²⁰⁷ C. B. Silver (1992), *Personality structure and ageing style*, „Journal of Ageing Studies”, Vol. 6, No. 9, s. 335.

²⁰⁸ Tamże, s. 338–344.

²⁰⁹ Idee (myśli) nadwartościowe nie są urojeniami, czyli zachowują realny obraz rzeczywistości, ale mają nadmierny wpływ na życie ulegającego im człowieka. Przekonanie o znaczeniu takiej idei, misji, potrzebie powoduje, iż człowiek podporządkowuje im wszystko, nawet jeśli obiektywnie rzecz biorąc nie powinno mieć to aż takiego znaczenia. Próby racjonalizacji podejścia do sprawy przyjmowane są jako atak na największe wartości.

Ogranicza to konieczność uciekania się tych osób do mechanizmów obronnych, a tym samym do pojawiania się i utrwalania niepokojącego otoczenie zachowania²¹⁰.

W odniesieniu do starszych osób z chorobą psychiczną – trudnych, kłopotliwych podopiecznych – trzeba zwrócić uwagę na jeszcze jedną rzecz: problem przemocy wobec takich osób. To najczęściej rzecz utrzymywana w tajemnicy, jednak zarówno światowe²¹¹, jak i krajowe raporty²¹² wyraźnie wskazują, iż połączenie starości i niepełnosprawności (także psychicznej) znacząco podwyższa ryzyko aktów przemocy, tak w opiece instytucjonalnej, jak i domowej. Niestety, większość przypadków tej przemocy dotyczy jednak domów rodzinnych i osób najbliższych, zaś statystyki mówią o:

- ➔ około 500 tys. dorosłych na świecie umierających corocznie z powodu braku lub niewłaściwej opieki;
- ➔ milionach doświadczających przemocy, a także odczuwających jej negatywne skutki zdrowotne i psychospołeczne;
- ➔ wzroście ryzyka doświadczania przemocy związanej ze starością i niepełnosprawnością;
- ➔ potwierdzeniu statystycznie istotnie wysokiego ryzyka przemocy wobec osób z chorobą psychiczną oraz częstego występowania przemocy w opiece instytucjonalnej²¹³.

Powinien być to więc problem szczególnej uwagi i troski pracownika socjalnego, gdyż zgodnie ze współczesnym podejściem do problemów przemocy, w tym przemocy w rodzinie, osobami potrzebującymi wsparcia są zarówno ofiary agresji, jak i agresorzy. Pracownik socjalny może być pierwszą osobą niosącą pomoc jednym i drugim, a dzięki temu także całej rodzinie dotkniętej tym problemem.

4.2.4. Problem piętna i wykluczenia społecznego

Życie z piętnem może dotyczyć w równym stopniu chorego psychicznie, jak i jego bliskich. Piętno może mieć zarówno międzyludzki, jak i międzygrupowy²¹⁴ wymiar. Obie kategorie mogą wiązać się z chorobą psychiczną²¹⁵. Piętnem będzie zarówno to, co jest rezultatem niestandardowego zachowania wynikającego z choroby (kategoria indywidualna), jak i etykieta związana z diagnozą choroby (kategoria grupowa). Tak więc osoba, u której np. rozpoznano psychozę, postrzegana jest jako psychotyczna nawet wtedy, gdy w konkretnej sytuacji czy w okresie remisji choroby objawy psychotyczne nie występują. Stereotyp „wariata”, „parano-

²¹⁰ Pomocna może okazać się monografia: E. Mikołajewska (2012), *Osoba ciężko chora lub niepełnosprawna w domu. Poradnik dla opiekunów*, PZWL, Warszawa, jak i różnego rodzaju poradniki, np. S.A. Średziński (red.) (b.r.), *Opiekun osoby niepełnosprawnej*, ŁSON, Łódź, czy też dostępny w internecie: *Poradnik dla opiekunów osób dotkniętych chorobą Alzheimera* (2008), Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie, [online] [dostęp: 22.06.2014], <<http://www.alzheimer-poznan.pl/lpdf/Poradnik%20dla%20opiekunow%20osob%20dotknietych%20choroba%20Alzheimera.pdf>>.

²¹¹ K. Hughes i in. (2012), *Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies*, „Lancet”, Vol. 379, Issue 9826.

²¹² PAN, Instytut Psychologii, zespół pod kier. K. Korzeniowskiego (2009), *Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych. Raport z badania ogólnopolskiego. Część I*, [online] [dostęp: 18.06.2014], <http://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/File/Przemoc%20w%20rodzynie/przemoc_spol.pdf>.

²¹³ K. Hughes, M. A. Bellis, L. Jones i in. (2012), *Prevalence and risk of violence...*, dz. cyt.

²¹⁴ T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, J.G. Hull (2007), *Spoleczna psychologia piętna...*, dz. cyt.

²¹⁵ P. Świtaj (2008), *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*, IPiN, Warszawa.

ika”, „schizofrenika”, osoby nieprzewidywalnej, niebezpiecznej, wręcz groźnej dla otoczenia rodzi dystans i lęk nawet wówczas, gdy u danej osoby zachowania dysfunkcyjne nie są ekstremalnie nasilone lub są długotrwale stłumione przez leki. Co więcej, u osób pozostających przez dłuższy czas pod wpływem leków psychotropowych²¹⁶ wyciszenie i brak aktywności, nawet bierność i apatia, mogą być tak naprawdę bardziej widoczne niż stany paranoiczne czy maniakalne, których tak bardzo obawia się otoczenie i których spodziewa się po osobie napiętnowanej etykietą psychiatryczną.

Stygmatyzacja chorych wynika z reakcji społecznych na dostrzeżoną inność i z jawnych lub ukrytych lęków przed odmiennością, co wykazywali autorzy zajmujący się tą problematyką, m.in. Erving Goffman czy Zygmunt Bauman. Stygmaty mogą mieć różny charakter: fizyczny, psychiczny, religijny, szczepowy itd. W praktyce każda odmienność odróżniająca jednostkę od innych, noszących pewne cechy uznane za przeciętne czy reprezentatywne, do tego wartościowana negatywnie, może być stygmatem (np. bardzo niski wzrost, duża nadwaga, w naszym kręgu kulturowym rudy kolor włosów).

E. Goffman mówi o trzech kategoriach piętna. Stanowią je:

- ➔ brzydota cielesna;
- ➔ wady charakteru, które według autora wiążą się ze słabą wolą, nieujarzmionymi lub nienaturalnymi namiętnościami, niebezpiecznym lub dogmatycznym przekonaniem, nieuczciwością itd.; można wywnioskować o nich na podstawie takich faktów, jak zaburzenia psychiczne, pobyt w więzieniu, nałogi, alkoholizm, orientacja homoseksualna, bezrobocie, próby samobójcze, radykalne zachowania polityczne i in.;
- ➔ piętna grupowe, np. rasy, narodowości i wyznania, przekazywane z pokolenia na pokolenie i nakładające symboliczną skazę na wszystkich członków grupy²¹⁷.

W przypadku choroby psychicznej mamy do czynienia przede wszystkim z piętnem należącym do drugiej i trzeciej kategorii. Opis drugiej wydaje się w oczywisty sposób charakteryzować osoby dotknięte omawianym rodzajem choroby. Stygmatyzacja chorego psychicznie nie musi obejmować aspektu pierwszego: choroby psychiczne nie muszą być widoczne w naznaczający estetycznie sposób, jednak skrajne zaniedbania wyglądu i higieny mogą również mieć wpływ na postrzeganie jego fizyczności. Trzecia kategoria związana jest z powszechnym lękiem przed genetycznie przekazywanymi chorobami psychicznymi. Choć rola czynników genetycznych nie do końca jest określona w etiologii chorób psychicznych, zastanawia jednak rodzinne występowanie pewnych schorzeń. Zgodnie z założeniami psychiatrii środowiskowej możemy jednak doszukiwać się pewnych wspólnych doświadczeń rodzinnych, (współ)przyczyniających się do powstawania określonych chorób i zaburzeń. Nie bez znaczenia będzie także proces społecznego uczenia się, nabywanie pewnych wzorców zachowań, tak adaptacyjnych, jak i dezadaptacyjnych, skutkiem czego członkowie rodziny mogą odtwarzać wzorce wikłania się w sytuacje trudne, popadania w kryzysy

²¹⁶ S. Kowalik (2007), *Psychologia rehabilitacji*, Wyd. Akademickie i Profesjonalne, Warszawa, s. 94.

²¹⁷ E. Goffman (2007), *Piętno*, GWP, Gdańsk, s. 34.

psychiczne, z którymi nie zawsze potrafią sobie radzić. To tłumaczy np. powtarzalność po-
padania w alkoholizm czy samobójstw w niektórych rodzinach. Tak czy inaczej – biorąc pod
uwagę uwarunkowania genetyczne czy społeczne – otoczenie posługuje się stereotypem
oczekiwania powtarzalności zaburzeń psychicznych w rodzinie. Na przykład pojawienie się
choroby psychicznej wywołuje poszukiwanie antenatów z podobnymi problemami w ro-
dzinie obojga małżonków, małżeństwo osoby posiadającej psychicznie chore rodzeństwo
czy rodziców traktowane jest jako związek genetycznie ryzykowny itd. To wszystko przejawy
reakcji na piętno przeniesione z osoby z chorobą psychiczną na jej rodzinę.

Interesujące są analizy dotyczące podzielenia doświadczeń związanych z noszeniem piętna.
Wyróżniono dwa rodzaje osób rozumiejących osobę napiętnowaną. Są to:

- ➔ nosiciele takiego samego piętna (*the own*), czyli w interesującym nas zakresie proble-
mowym inne osoby z zaburzeniami psychicznymi;
- ➔ osoby wtajemniczone, zorientowane, tak zwani (według terminologii Goffmana) „nor-
malsi” (*the wise*), czyli m.in. rodziny chorych oraz zajmujący się nimi specjaliści²¹⁸.

Co ciekawe, piętno choroby psychicznej przenosi się także na „wtajemniczonych”, a więc
i na specjalistów zajmujących się osobami z zaburzeniami psychicznymi. Jednak brzemię
choroby psychicznej, oznaczające wpływ obecności zaburzenia psychicznego na funkcjo-
nowanie rodziny pacjenta, spoczywa głównie na osobach najbliższych²¹⁹.

G. Scambler, B.G. Link, J.C. Phelan, S. Hinshaw zwracają uwagę na to, iż stygmatyzacja jest tak
naprawdę pojęciem zbiorczym, obejmującym trzy elementy szczególne:

- ➔ problem wiedzy (dostępu do informacji) – osoba stygmatyzowana jest pomijana lub
dezinformowana;
- ➔ problem postaw – osoba stygmatyzowana jest obiektem uprzedzeń;
- ➔ problem zachowań – osoba stygmatyzowana jest dyskryminowana²²⁰.

Choroba psychiczna jest jednym z najsilniejszych stygmatów odmienności i – niestety – ta
stygmatyzacja ujawnia się we wszystkich trzech wskazanych aspektach. Skutki psychologicz-
ne stygmatyzacji są poważne i mogą pogłębiać subiektywne poczucie choroby, m.in. obniżając
samoocenę, zdolność samoregulacji, powodując społeczne wycofanie²²¹. Dodatkowo można
mówić o mechanizmie błędnego koła wykluczania – samowykluczenia, które utrwała m.in.
atrybucja postrzegania własnej osoby przez innych (czyli wyobrażenia o tym, jak nas po-
strzegają czy mogą postrzegać inni). Graham Thornicroft różnicuje bowiem dyskryminację
doświadczaną (*experienced*) i antycypowaną (*anticipated*)²²², co oznacza, iż również oczekiwa-
nie dyskryminacji jest procesem patologizującym ludzkie postrzeganie relacji społecznych,

²¹⁸ Tamże.

²¹⁹ S. Chrząstowski (2007), *Ścieżki ku sobie i od siebie. Separacja i jej uwarunkowania w rodzinie osób z rozpoznaniem schizofrenii*, Wyd. UW, Warszawa; zob. również: P. Świtaj (2008), *Doświadczenie piętna...*, dz. cyt.

²²⁰ Za: G. Thornicroft i in. (2010), *Stigma and discrimination* [in:] C. Morgan, D. Bhurga (ed.), *Principles of Social Psychiatry*, A John Wiley & Son Ltd. Publication, s. 332.

²²¹ Tamże.

²²² G. Thornicroft (2007), *Most people with mental illness are not treated*, „Lancet”, Vol. 370, No. 9590, s. 807–808.

nasyconych świadomością naznaczenia (stygmatu, piętna). Pochodną tego ujęcia jest podział na stygmatyzację faktyczną (*enacted stigma*) i odczuwaną (*felt stigma*), przy czym ta druga, oprócz poczucia wstydu i mniejszej wartości, zawiera w sobie lęk przed tą pierwszą – stygmatyzacją faktyczną, czyli przed rzeczywistymi zachowaniami dyskryminacyjnymi²²³. Przy tendencji do zniekształcania obrazu rzeczywistości mogą one być dostrzegane nawet tam, gdzie ich nie ma. Skrajnym przykładem będą urojenia paranoidalne, gdy chory jest owładnięty podejrzeniami, iż inni działają na jego szkodę, chcą uczynić mu krzywdę. Opisywane mechanizmy mogą dotyczyć tak osób chorych psychicznie, jak i ich rodzin. Psychologicznym wskaźnikiem odczuwania, iż jest się nosicielem piętna, jest poczucie wstydu za siebie czy inną osobę. Warto zauważyć, że oznacza to konieczność przyswojenia pewnych standardów społecznej normalności oraz zachowanie zdolności różnicowania. Gdy osoba chora nie zachowuje tych zdolności, może nie zdawać sobie sprawy ze stygmatyzacji i wykluczenia (czasem izolacja od innych ma charakter instrumentalny: po prostu niektórzy chorzy lepiej się czują w samotności). Jednak społeczne reakcje odsunięcia i wykluczenia funkcjonują niezależnie do tego, czy stygmatyzowany jest w stanie nadawać im właściwe znaczenie, czy też nie.

4.2.5. Problemy ekonomiczne pacjenta psychiatrycznego i jego rodziny

Problemy finansowe związane z chorobą nie dotyczą tylko chorych psychicznie, jednak w ich przypadku mamy do czynienia z kilkoma szczególnymi barierami. Jeśli chodzi o samych chorych, mogą oni nie zabiegać o pieniądze. Czasem obserwuje się ograniczenie potrzeb, co często związane jest z brakiem albo utratą zdolności do odczuwania przyjemności (tzw. anhedonia). Nie znaczy to, że chory pieniędzy nie potrzebuje. Potrzebuje – w sensie konieczności zapewnienia sobie materialnych podstaw bytu, potrzebuje pieniędzy na leczenie, wypoczynek, płatne usługi opiekuńcze, transportowe itd. W przypadku zdiagnozowania choroby psychicznej bardzo ciężko jest o pracę, zatem chory pozbawiony jest najczęściej tego rodzaju dochodu. Może też zdarzyć się tak, że nie będzie zabiegał o inne środki: po pierwsze dlatego, że nie potrafi ocenić własnych potrzeb i nie ma świadomości, że są mu potrzebne pieniądze, po drugie dlatego, że nie wie, gdzie szukać pomocy, po trzecie dlatego, że nawet jeśli ma świadomość, że potrzebuje pieniędzy, i wie, gdzie ich szukać, ma zbyt słabą motywację, by się po nie zgłosić. Bywa też, że załatwia swoje sprawy nieskutecznie: wykonuje działania pozorne, przychodzi do urzędu, ale nie realizuje tego, po co przyszedł. W rezultacie nie werbalizuje swoich potrzeb i nie załatwia swoich spraw.

Drugi aspekt trudności finansowych związany jest z rodziną chorego. Choroba jednej osoby najczęściej wyłącza z pracy inne. Może to być ograniczenie bezwzględne: np. jeden z członków rodziny rezygnuje z pracy, by sprawować osobistą opiekę (kontrolę) nad chorym. Ograniczenie może mieć też charakter względny, tzn. członkowie rodziny pracują, ale rezygnują z atrakcyjniejszej pracy czy ze wspinania się po szczeblach kariery zawodowej,

²²³ G. Thornicroft i in. (2010), *Stigma...*, dz. cyt., s. 333.

gdyż to ograniczyłyby ich dyspozycyjność, tak ważną, gdy chodzi o potrzeby chorego. Tak czy inaczej skutkiem tego jest gorsza sytuacja ekonomiczna rodziny. Szczególnie trudna jest sytuacja rodziny z chorym dzieckiem, gdyż nakłada to obowiązek praktycznie ciągłej osobistej opieki. Choroba, niepełnosprawność i niski poziom ekonomiczny – to zjawiska, które często współwystępują. W badaniach Grażyny Mikołajczyk-Lerman prowadzonych na próbie 601 gospodarstw domowych z niepełnosprawnym dzieckiem²²⁴ aż 39,1% z nich – czyli więcej niż co trzecia rodzina – spełniało kryteria ubóstwa. Oczywiście można mówić o korelatach trudnej sytuacji ekonomicznej, takich jak niska aktywność zawodowa, niski poziom wykształcenia²²⁵, jednak pogłębia to tylko obraz trudnej sytuacji takiej rodziny. Rodziny dobrze sytuowane, wykształcone, dobrze radzące sobie w życiu zwrócą się o pomoc socjalną z racji niepełnosprawności czy choroby psychicznej któregoś z jej członków znacznie rzadziej niż te, które nie posiadają takich zasobów. Nie znaczy to, że rodziny dobrze sytuowane nie potrzebują wsparcia w chorobie, ale że tam, gdzie jest bieda, tworzą się całe kompleksy czynników wykluczających, ściągających na margines społeczny. Mikołajczyk-Lerman w odniesieniu do niepełnosprawności dziecka określa to następującymi słowami: *dziecko niepełnosprawne w biednej rodzinie to dziecko wykluczone już na starcie. Jego choroba jest dla rodziny ogromnym obciążeniem finansowym i organizacyjnym, czemu bliscy nie są w stanie sprostać. Brak możliwości zainwestowania w dziecko ogranicza jego szanse na zdobycie wykształcenia i zawodu, a w przyszłości jakiegokolwiek lub odpowiedniej dla niego pracy*²²⁶.

Trzeba również powiedzieć, iż trudna sytuacja ekonomiczna może być nie tylko skutkiem występowania choroby w rodzinie, ale także jej przyczyną. Dotyczy to przede wszystkim różnego rodzaju stanów depresyjnych, suicydalnych, uzależnień, choć presja związana z trudną czy beznadziejną – w ocenie jednostki – sytuacją może być również czynnikiem sprzyjającym ujawnieniu się zaburzeń psychotycznych.

Najczęściej w pracy pracownika socjalnego spotykane będą przypadki, gdzie różne przyczyny wykluczenia społecznego nakładają się na siebie, np. choroba, trudności ekonomiczne, brak zaradności życiowej w prowadzeniu gospodarstwa domowego, a w końcu – w stopniu chyba najważniejszym – brak rodziny i bliskich osób, które mogłyby w sposób naturalny przyjść z pomocą przy pierwszych, nienabrzmiałych jeszcze problemach. Sytuację taką ilustruje następujący przypadek:

Chora lat 57 mieszkająca samotnie, z wykształceniem zawodowym, od 10 lat na rencie z powodu choroby afektywnej dwubiegunowej. Zgłosiła się do pracownika socjalnego z powodu braku możliwości opłacenia węgla na zimę. Mieszka w dwupokojowym mieszkaniu o powierzchni 57 metrów kwadratowych. W mieszkaniu jest jeden popsuty piec. Pracownik socjalny umieścił doraźnie pacjentkę w mieszkaniu chronionym na okres zimy. Mieszkania te prowadzi pewna organizacja pozarządowa (przeznaczone są dla osób z zaburzeniami psychicznymi). Wiosną, po powrocie chorej z mieszkania chronionego, pracownik wystąpił do urzędu miasta o fundusze na naprawę pieca i na dofinansowanie kupna węgla.

²²⁴ Badania dotyczą niepełnosprawności w ogóle – nie niepełnosprawności spowodowanej chorobą psychiczną.

²²⁵ G. Mikołajczyk-Lerman (2013), *Między wykluczeniem a integracją – realizacja praw dziecka niepełnosprawnego i jego rodziny. Analiza socjologiczna*, Wyd. UŁ, Łódź, s. 149–151.

²²⁶ Tamże, s. 149.

4.2.6. Problem odrzucania pomocy

Jedną z najtrudniejszych barier do pokonania w relacjach z osobami z zaburzeniami psychicznymi jest pokonanie nieufności i niezrozumienia intencji osoby przychodzącej z pomocą. Dotyczy to zarówno relacji z członkami rodziny czy innymi osobami z najbliższego otoczenia, jak i kontaktów ze specjalistami, w tym pracownikami socjalnymi. Powoduje to napięcia i pogłębia poczucie bezradności członków rodziny, gdy ich starania o pomoc (np. o interwencję pracownika socjalnego) napotyka na opór, czasem na agresywne odrzucenie oferty współpracy. Jest to na tyle częsta sytuacja, że uwzględnia się ją w opracowaniach metodycznych z zakresu pracy socjalnej. Zrozumienie mechanizmu odrzucania wsparcia jest warunkiem znalezienia sposobu na przełamanie impasu, dlatego warto mieć świadomość, że osoby chore psychicznie:

- ➔ mogą odmawiać przyjmowania pomocy, ponieważ uważają, że nie jest im ona potrzebna;
- ➔ są odbierane przez otoczenie negatywnie – z obawą i lękiem – dlatego też mogą czuć się samotne, niezrozumiane i wycofują się z kontaktów, nie wierząc w skuteczną pomoc;
- ➔ mogą obawiać się, że zwrócenie się o pomoc do pracownika socjalnego zakończy się kolejną hospitalizacją; z obawy przed szpitalem mogą ukrywać pogorszenie stanu zdrowia;
- ➔ mogą utracić kontrolę nad swoimi odczuciami, stanem, wyglądem, dlatego często nie zdają sobie sprawy, że są niewłaściwie ubrane, głodne, zaniedbane, brudne;
- ➔ mają zaburzony obraz rzeczywistości, dlatego czasem nie zdają sobie sprawy z upływu czasu, mają problemy z dotrzymaniem terminu;
- ➔ nie rozumieją, po co, w jakim celu muszą okazywać pracownikowi socjalnemu dokumenty²²⁷, czasem nie rozumieją treści dokumentów;
- ➔ mogą mieć złe doświadczenia z próbami uzyskania pomocy ze strony innych;
- ➔ odczuwają nieufność i lęk przed obcymi, co może stanowić symptom ich choroby;
- ➔ mogą odzwierciedlać lęki i obawy indukowane przez rodziny, które nie wierzą w możliwości zmiany i faktycznie ubezwłasnowolniają je (nie w sensie prawnym, lecz w praktyce życia codziennego).

Warto zwrócić uwagę, iż większość tych wyjaśnień przystaje także do problemu odrzucania pomocy medycznej: niechodzenia do lekarza, nieprzyjmowania leków, odmowy hospitalizacji. To bardzo częste problemy tych osób – często pracownik socjalny trafiający do rodziny z innego powodu (np. jej problemów materialnych), dowiadując się o nieleczonej chorobie psychicznej któregoś z jej członków, musi podjąć interwencję związaną z nakłonieniem go do leczenia. Nie zawsze jest to łatwe czy skuteczne.

Stanisław Kowalik zwraca uwagę, że zwykle u podstaw negatywnego stosunku do udzielanej pomocy (w doświadczeniach autora – do leczenia) *tkwią urazy psychiczne związane*

²²⁷ G. Kaczmarek i in. (b.r.), *Standard pracy socjalnej...*, dz. cyt.

z niewłaściwym zachowaniem się rodziny lub niewłaściwym postępowaniem służb medycznych w szpitalu w czasie wcześniejszego leczenia²²⁸. Wydaje się, że można dokonać ekstrapolacji tego wniosku na wcześniejsze doświadczenia z innymi służbami, w tym z pomocą społeczną. Dla wielu osób uciekanie się do pomocy społecznej jest wskaźnikiem osobistej degradacji, dlatego może być odrzucane jako samo w sobie stygmatyzujące. Trzeba dużego taktu pracownika socjalnego i działania nienaruszającego ludzkiej godności, by pomoc społeczna nie stała się źródłem dalszych urazów. Nie może to być również pomoc narzucona²²⁹. Istotną rzeczą w takich przypadkach jest pozyskanie zaufania i powstrzymanie się od łamania oporu chorego na siłę. Zazwyczaj zaczynamy od zmian budzących najmniej sprzeciw i stosujemy behawioralne wzmocnienie pozytywne wszelkich przejawów współdziałania, jak i wszelkich postępów: chwalenie, nagradzanie, unikanie krytycyzmu i negatywnych komentarzy²³⁰.

4.3. Aktywizacja zasobów osobistych rodziny w adaptacji do choroby

4.3.1. Rodzina jako układ homeostatyczny w sytuacjach problemowych

Omawiając problemy rodziny osoby z zaburzeniami psychicznymi, ukazaliśmy wpływ choroby na potencjalne zagrożenia systemu rodzinnego. Jednak należy zwrócić uwagę, że to ten system właśnie stanowi pierwszy obszar wsparcia psychospołecznego w przypadku wszelkich pojawiających się problemów. Rodzina posiada duże możliwości samoregulacyjne i porównywana jest do układu homeostatycznego, tj. dążącego do przywrócenia równowagi w przypadku zadziałania jakichkolwiek czynników, które tę równowagę zakłóciły. Tak jest i w przypadku choroby któregoś z jej członków: rodzina – mimo poczucia bólu, straty, cierpienia czy niezawinionej krzywdy – mobilizuje swoje zasoby, aby mu pomóc. Charakterystyczne jest zarzucenie, w miarę możliwości, innych prac czy rozrywek, poświęcenie większej ilości czasu na przebywanie z chorym, wizyty w szpitalu, poszukiwanie możliwości leczenia (w polskim systemie opieki zdrowotnej są to próby znalezienia „dojścia” do lekarza i sposobu ominięcia kolejki oczekujących, dostępu do lepszych, tańszych, skuteczniejszych świadczeń, leków itd.). Do akcji pomocy choremu mobilizowana jest zarówno bliższa, jak i dalsza rodzina. To cenne zasoby samopomocowe, warto je zatem wzmocnić, gdyż niestety potrafią się szybko wyczerpać, zwłaszcza wobec nieskuteczności podjętych kroków. W chorobie psychicznej nie ma ani szybkich diagnoz, ani szybkiego i łatwego wyleczenia. To bardziej proces edukacyjny (uczenie się choroby, uczenie się nowej sytuacji, uczenie się nowej relacji z chorym, uczenie się życia z piętnem) niż czysto medyczny. Aby ochronić zdolności samoregulacyjne rodziny, należy:

²²⁸ S. Kowalik (2007), *Psychologia rehabilitacji...*, dz. cyt., s. 94.

²²⁹ A. Rurka, G. Hardy, C. Defays (2013), *Proszę, nie pomagaj mi. Paradoks pomocy narzuconej*, CRZL, Warszawa, s. 19–24, 30–31.

²³⁰ I. Meder (1999), *Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych*, Wyd. „Śląsk”, Katowice, s. 14.

- ➔ udzielić jej wsparcia w chwili pojawienia się choroby i traktować podmiotowo, jako część systemu pacjenta, będącego klientem pracownika socjalnego;
- ➔ umożliwić i ułatwić kontakt chorego z rodziną, pamiętając, że to najważniejszy element jego wsparcia;
- ➔ obserwować reakcje i komunikaty chorego i członków jego rodziny pod kątem identyfikacji wzorów zachowań świadczących o relacjach przed chorobą oraz o wzorcach przystosowania do choroby;
- ➔ informować o różnych aspektach rehabilitacji – informowanie o samej chorobie i leczeniu zasadniczo należy do lekarza, jednak mogą pojawić się sprawy leżące w zakresie kompetencji pracownika socjalnego; nie należy przy tym przekraczać zakresu swoich kompetencji, jak i nie wolno podejmować zobowiązań, których nie można zrealizować;
- ➔ wykorzystać okres zwiększonej aktywności członków rodziny na użyteczne z ich punktu widzenia działania – pozwolić im działać, póki mają energię i potrzebę zrobienia czegoś dla swojego bliskiego; może to być okazywanie troski choremu, prace opiekuńcze, jak również poszukiwanie określonych informacji, kontakt z innymi placówkami, przejęcie tych obowiązków chorego, w których da się go zastąpić;
- ➔ umożliwić działania, odciążając w miarę możliwości w innych obszarach; tu znaczenie może mieć np. interwencyjna opieka nad dziećmi czy innymi osobami wymagającymi takiej opieki, udzielenie świadczeń do wykorzystania na pierwsze potrzeby, pomoc w załatwieniu zwolnienia, urlopu czy zastępstwa w pracy;
- ➔ udzielać informacji zwrotnych o efektach podejmowanych działań, wzmacniać i motywować do przeciwstawiania się okolicznościom.

Zalecenia te mają potrójne znaczenie. Po pierwsze, pomagają rozwiązać konkretne problemy chorego. Po drugie, pozwalają członkom rodziny na przystosowanie się do sytuacji i zapobiegają poddawaniu się negatywnym i destrukcyjnym emocjom. Po trzecie – nie wiadomo, czy nie najważniejsze – pomagają uświadomić rodzinie, że jej system homeostatyczny, choć osłabiony, to jednak nadal działa, a więc utrzymują jej wewnętrzną siłę. To również działanie podtrzymujące więzi pomiędzy członkami rodziny.

Niestety, należy liczyć się z tym, że większość chorych psychicznie wymagających wsparcia pracownika socjalnego to osoby, które nie mogą liczyć na wsparcie ze strony swoich rodzin. Często są to osoby, które choroba oddzieliła od rodziny, których rodzina – kierowana lękiem, wstydem, bezradnością – pozbyła się lub opuściła (np. rozwiedli się małżonkowie, dzieci wyprowadziły się z domu). Inni chorzy sami opuścili dom, doprowadzając się do włóczęgostwa, bezdomności. Takie sytuacje stanowią podwójny problem: chory nie otrzymuje naturalnego społecznego wsparcia ze strony najbliższych, a dodatkowo cierpi z powodu odrzucenia i osamotnienia. Pomoc pracownika socjalnego powinna zatem mieć charakter kompensacyjny wobec zerwania więzi społecznych. Czasem udaje się nawiązać kontakt z rodziną, często jednak unika ona odpowiedzialności za chorego.

4.3.2. Kształtowanie się postaw wobec choroby

Rodzina, aktywizując swoje zasoby, ujawnia dotychczasowe i kształtuje nowe postawy wobec choroby. Wydaje się rzeczą istotną, by mieć wgląd w ten obszar zasobów symbolicznych, jakim jest „kultura bycia chorym”, pacjentem. Zawiera się w tym m.in. stosunek do własnego zdrowia i wiedza o tym, co należy zrobić, gdy zawodzi zaufanie do lekarzy i spada gotowość do korzystania z leczenia (ze względu na trudy i niewygody dojazdów, czekania, kłopotliwych zabiegów itd.). To także stosunek do zwolnień lekarskich w rodzinie: w niektórych traktowane są jak stan wyjątkowy i sytuacja zagrażająca np. pracy zawodowej (syndrom „nie mogę sobie pozwolić na zwolnienie”), w innych – jak bezpłatny urlop lub ucieczka od trudnych do rozwiązania problemów (powiązana czasem z tzw. ucieczką w chorobę). To również stosunek do leków – wiara w ich działanie, czasem przesadna, albo też jej brak, gotowość do wykupienia leków, samodyscyplina w ich przyjmowaniu, uczciwe informowanie lekarza o przyjmowanych środkach farmakologicznych, ale i o zaprzestaniu ich zażywania.

W „kulturze bycia chorym” ważną rolę odgrywają doświadczenia, wiedza o tym, jak traktowane są w rodzinie osoby chore, co przez chorobę uzyskują, co tracą, na ile otoczenie stara się zrekompensować owe straty i ograniczenia. Obrazu tej kultury dopełnia rodzinny dyskurs choroby: co i jak się mówi o chorobach, jakiego języka się używa, jaki stosunek do chorych jest prezentowany w wypowiedziach członków rodziny. Generalnie trudno oczekiwać, że osoba, w której domu mówi się, że chory to ktoś bezwartościowy, pacjent psychiatry to „czubek” lub symulant”, a lekarze to „naciągacze” i „konowały”, łatwo wejdzie w rolę chorego. Z drugiej strony, jeśli choroba w rodzinie jest tragedią, a chory to ktoś, komu bezwzględnie trzeba chorobę wynagradzać, „skakać” wokół niego, traktować jak rodzinnego bohatera – może odnosić tyle korzyści z bycia pacjentem, że karą będzie dla niego powrót do zdrowia. Niewłaściwe postawy wobec choroby (tak chorego, jak i rodziny) oraz wobec siebie w roli chorego trzeba zmieniać, kształtować w kierunku pozytywnego przystosowania. Należy przy tym pamiętać, iż w grę wchodzi tu trzy składniki: komponent emocjonalny, poznawczy (wiedza) oraz wykonawczy, a zmiana postaw dokonuje się z wykorzystaniem tych wszystkich komponentów jako dróg dojścia. Odegrać mogą tutaj rolę zarówno rzeczowe i adekwatne do potrzeb informacje, wzorce zachowań innych chorych, innych rodzin (czasem kontakt z grupą wsparcia), jak i system wzmocnień (kar i nagród – rozumianych w sensie behawioralnym), związanych z funkcjonowaniem w roli pacjenta.

Pierwsze reakcje wobec nowej sytuacji są bardzo istotne, nie chodzi jednak tutaj o jakiś „test na umiejętność chorowanie”, a o zdolność jednostki i rodziny do radzenia sobie, a więc do niepopadania w bezradność, która odgrywa kluczową rolę w procesie marginalizacji i wykluczenia społecznego.

Podsumowanie

1. Zmierzając ku środowiskowemu modelowi opieki psychiatrycznej, obserwujemy proces wyłaniania się nowych zawodów pomocowych, ale także wyraźnych granic między nimi. By w pełni wykorzystać potencjał wsparcia środowiskowego – trzeba dążyć do ich integracji.
2. Potrzeba wsparcia pracownika socjalnego dla osób zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin wynika z tego, iż zaburzenia te są silnym czynnikiem wykluczenia społecznego.
3. Choroba psychiczna zakłóca funkcjonowanie psychospołeczne całej rodziny, podlega ona również stygmatyzacji razem z osobą chorą.
4. Duże problemy na co dzień stwarza stałe obcowanie członków rodziny z zachowaniami psychopatologicznymi, doświadczenie piętna oraz problemy ekonomiczne.
5. Częstym problemem jest też odrzucanie pomocy medycznej i socjalnej przez chorego i/lub przez jego rodzinę.
6. Rodzinę należy wesprzeć w stawieniu czoła chorobie. Naturalne procesy samoregulacji powodują, iż trudnych chwilach stanowi ona układ homeostacyjny, dążący do rozwiązania problemu. To najlepsze, naturalne wsparcie dla chorego.
7. Ważnym prognostykiem dalszego funkcjonowania rodziny jest ukształtowanie postaw wobec choroby we wczesnej fazie adaptacji do nowej sytuacji. Należy dążyć do jak najszybszego osiągnięcia realnego wglądu w chorobę.
8. Ważne zasoby zyskuje osoba chora i jej rodzina dzięki psychoedukacji.

Polecana literatura:

- Goffman E. (2007), *Piętno*, GWP, Gdańsk.
- Namysłowska I. (red.) (2007), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, PZWL, Warszawa,
- Kołakowski A. (red.) (2013), *Zaburzenia zachowania u dzieci*, GWP, Sopot,
- Mikołajewska E. (2012), *Osoba ciężko chora lub niepełnosprawna w domu. Poradnik dla opiekunów*, PZWL, Warszawa.
- Mikołajczyk-Lerman G. (2013), *Między wykluczeniem a integracją – realizacja praw dziecka niepełnosprawnego i jego rodziny. Analiza socjologiczna*, Wyd. UŁ, Łódź.
- PAN, Instytut Psychologii, zespół pod kier. K. Korzeniowskiego (2009), *Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych. Raport z badania ogólnopolskiego. Część I*, [online] [dostęp: 18.06.2014], <http://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/File/Przemoc%20w%20rodzinie/przemoc_spol.pdf>.
- Podgórska-Jachnik D. (2014), *Praca socjalna z osobami z niepełnosprawnościami i ich rodzinami*, CRZL, Warszawa.
- Satir V. (2002), *Rodzina. Tu powstaje człowiek*, GWP, Gdańsk.
- Satir V. (2001), *Zmieniamy się wraz z rodzinami. O zdrowej komunikacji*, GWP, Gdańsk.
- Świtaj P. (2008), *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*, Instytut Psychiatrii i Neurologii.

5. MOŻLIWOŚCI DZIAŁAŃ SOCJALNYCH NA RZECZ OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI I ICH OTOCZENIA

5.1. Model pracy socjalnej z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami

Praca socjalna stanowi istotny element pomocy społecznej, aczkolwiek te dwa rodzaje wsparcia nie są równoważne. Uwarunkowane założeniami ogólnej polityki społecznej państwa, są działaniami systemowymi, umożliwiającymi opracowanie strategii rozwiązywania problemów życiowych ludzi przy zaangażowaniu wsparcia społecznego. Problemów incydentalnych, jednorazowych – takich, które mogą się przydarzyć każdemu, lub powtarzalnych, permanentnych, nawet nasilających się – takich, które u jednostek wrażliwych społecznie powodują przekroczenie pewnego progu wytrzymałości, za którym występują trudności z radzeniem sobie w życiu, prowadzące do marginalizacji i wykluczenia społecznego. Pomoc społeczna i w szczególności praca socjalna mają za zadanie przeciwdziałać tym negatywnym procesom społecznym, jak również zapobiegać aktualizacji sytuacji trudnej. Różnego rodzaju formy działań i świadczeń pomocowych wzajemnie się uzupełniają – w ten sposób rozwiązywane są zarówno problemy jednostek, jak i stanowiące ich skutki społeczne problemy całej społeczności. Dlatego właśnie praca socjalna, jako działalność usytuowana tam, gdzie rodzą się owe problemy, wpisuje się przede wszystkim w sferę aktywności lokalnej, stanowiąc obowiązkowe zadanie własne samorządów gminnych²³¹.

Polityka społeczna, a wraz z nią także pomoc społeczna i praca socjalna podlegają ciągłym zmianom – ich sensem jest próba nadążenia za zmieniającą się rzeczywistością społeczną oraz sprostanie niestabilnym, przez co trudnym warunkom ekonomicznym. Szczególnie w obliczu światowego kryzysu finansowego istnieje potrzeba optymalizacji wykorzystania ograniczonych środków na działania pomocowe. Formuła pomocy zmienia się także pod wpływem racjonalnych analiz ekonomicznych (potrzeba działań społecznych opartych na dowodach ich skuteczności), jak i ewoluujących idei socjologicznych, psychologicznych

²³¹ Art. 17 pkt 10, *Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej* (Dz. U. 2013 poz. 182 z późn. zm.).

i antropologicznych. To proces nieunikniony, wymuszający nową wizję pracy socjalnej, niosący jej inspiracje teoretyczne, jak i założenia metodyczne²³².

Niewątpliwie takie przemiany pracy socjalnej, obserwowane w ostatnich latach w Polsce i na świecie, kształtują obraz tych działań jako krytycznych, wspierających, aktywizujących²³³. Główną ideą współczesnej pomocy społecznej i pracy socjalnej jest wzmocnienie podmiotowości, co wyraża najpełniej angielskie pojęcie *empowerment*. Wzmacnianie podmiotowości oznacza z kolei rozwijanie zdolności do dokonywania wyborów, do działania, samosterowności i odpowiedzialnego kierowania swoim życiem. *Empowerment* stanowi wspólny mianownik współczesnych działań (pro)społecznych w obszarze edukacji i wychowania, polityki społecznej i pracy socjalnej, aktywizacji zawodowej i społecznej, jak i w ogóle zarządzania zasobami ludzkimi²³⁴. *Empowerment* jest zarówno celem (stan podmiotowej autonomii) i środkiem (narzędziem, strategią) do jego osiągnięcia. Podejście oparte na idei *empowerment* pozwala odstąpić od modelu pomocy charytatywnej, a więc nie wymagającej aktywności własnej, biernej, ubezwłasnowolniającej, faktycznie często czyniącej człowieka jeszcze bardziej bezradnym życiowo²³⁵.

W praktyce *empowerment* oznacza generowanie zmiany wewnętrznej, przy założeniu, iż każdy człowiek posiada jakieś zasoby, które można zmobilizować w celu polepszenia jego sytuacji życiowej. To założenie wpisuje się również w strategię tzw. pomocy / terapii / pracy socjalnej skoncentrowanej na rozwiązaniach²³⁶. Takie podejście do problemów jest kolejnym wyróżnikiem współczesnej pracy socjalnej²³⁷, a jego znaczenie w przypadku pracy z osobami z zaburzeniami i chorobami psychicznymi jest bardzo istotne. Model działania opartego na rozwiązaniach został szerzej opisany w innej monografii z tej samej serii wydawniczej, poświęconej pracy socjalnej z osobami z niepełnosprawnością²³⁸, jednak przytoczymy tu jego główne założenia, ze względu na duże możliwości wykorzystania ich w pracy z pacjentami psychiatrycznymi. Założenia te zostały przedstawione graficznie na schemacie (rysunek 12).

²³² Np. M. Gray, S.A. Webb (2013), *Praca socjalna. Teorie i metody*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa; P.S. Czarniecki (2013), *Praca socjalna*, Wyd. Dyfin SA, Warszawa; E. Kantowicz (2001), *Elementy teorii i praktyki pracy socjalnej*, Olsztyn, Wyd. UWME; E. Marynowicz-Hetka, J. Piekarski, D. Urbaniak-Zajęc (1998), *Pedagogika społeczna i praca socjalna. Przegląd stanowisk i komentarze*, Biblioteka Pracownika Socjalnego, Katowice; W. Mikołajewicz (1995), *Praca socjalna jako działanie wychowawcze*, „Interart”, Warszawa.

²³³ P.S. Czarniecki (2013), *Praca socjalna*, Wyd. Dyfin SA, Warszawa.

²³⁴ M. Grewiński (2013), *Od redakcji*, „Empowerment. O Polityce Aktywnej Integracji” nr 2, s. 3 [online] [dostęp: 22.03.2014], <http://www.wspkorczaek.eu/download/Artykuly_prasowe/empowerment_2_2013_small.pdf>.

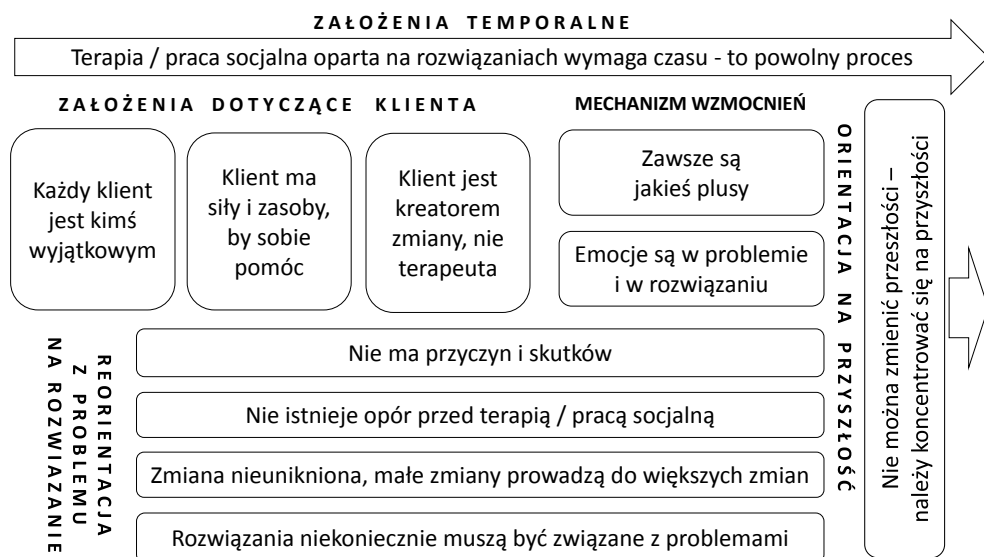
²³⁵ A. Rurka, G. Hardy, C. Defays (2013), *Proszę, nie pomagaj mi! Paradoxs pomocy narzuconej*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.

²³⁶ G. Egan (2002), *Kompetentne...*, dz. cyt., Poznań.

²³⁷ R. Szarfenberg (b.r.), *Standardy pracy socjalnej. Wprowadzenie* [online] [dostęp: 4.04.2014], <http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/SPS%20wprowadzenie_2601.pdf>.

²³⁸ D. Podgórska-Jachnik (2014), *Praca socjalna z osobami z niepełnosprawnością i ich rodzinami*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.

Rysunek 12. Główne założenia podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniach



Źródło: Opracowanie D. Podgórska-Jachnik na podstawie: G. Egan (2002); E. Lipchik (2002); J. Sharry, B. Madden, M. Darmody (2007)²³⁹.

Jak już wspomnieliśmy, najważniejsze, jeśli chodzi o rozwiązywanie problemów z podopiecznymi będącymi pacjentami psychiatrycznymi, jest założenie, iż każdy posiada zasoby, by sobie pomóc i być kreatorem zmiany. Przeczy to stereotypowi bezwolnego chorego psychicznie – osoby, która traci kontrolę nad sobą i nad rzeczywistością. Diametralne odwrócenie tego założenia i usytuowanie go w centrum strategii rozwiązania problemu jest literalnym zastosowaniem idei *empowerment*. Trudno zresztą o lepszy przykład niż przekonanie o zasobach osoby, nawet gdy jej funkcjonowanie i obraz świata naznacza zniekształcenie poznawczo-emocjonalne związane z chorobą psychiczną (choćby w przebiegu schizofrenii). Natomiast łatwiej przychodzi przyjąć to przekonanie w powiązaniu z trzecim założeniem dotyczącym klienta: z pewnością uwzględniając odmienny świat jego psychiki – zawsze będzie on kimś wyjątkowym. Wyjątkowość, jako niepowtarzalność, fenomen, z pewnością jest atrybutem choroby psychicznej, aczkolwiek nie musi nosić znamion wyobcowania, co bardzo ważne w prezentowanym modelu. Można powiedzieć, iż wyjątkowość jednostki obliuguje do wyjątkowych analiz jej sytuacji, tym samym – do wyjątkowych rozwiązań.

Reorientacja z nieskutecznego penetrowania źródeł problemu na poszukiwanie rozwiązań (np. odstąpienie od myślenia kategoriami przyczynowo-skutkowymi, od kurczowego trzymania się rozwiązań związanych bezpośrednio z problemami, neutralizacja oporu przed działaniem – terapią, pracą socjalną – i w ogóle przed wszelką zmianą) pozwala przełamać

²³⁹ G. Egan (2002), *Kompetentne pomaganie*, Zysk i S-ka, Poznań; J. Harry, B. Madden, M. Darmody (2007), *W poszukiwaniu rozwiązania. Przewodnik po terapii krótkoterminowej*, Galaktyka, Łódź; E. Lipchik (2002) za: R. Szarfenberg (b.r.), *Standardy pracy socjalnej...*, dz. cyt., s. 11. Zob. także: D. Podgórska-Jachnik (2014), *Praca socjalna z osobami z niepełnosprawnościami...*, dz. cyt.

fiksację funkcjonalną, czyli uporczywe powtarzanie nieskutecznych działań. Powstrzymuje to przysłowiowe dramatyczne, choć pozbawione refleksji „walenie głową w mur”. To z kolei zapobiega utracie cennej energii, wzmacnia kreatywność, a więc i potęguje szansę na rozwiązanie własnych trudności. Fiksacja może być sama w sobie objawem jakiegoś procesu chorobowego, jak również może być skutkiem zawężenia poznawczego lub zubożenia emocji. Zawężenie to nie pozwala w pełni korzystać nawet z obiektywnie posiadanych zasobów, zaś mechanizm *empowerment* zmusza do ich (ponownego) odkrycia i użycia.

Ważnym dla osób z chorobą psychiczną założeniem jest uświadomienie nieuchronności zmiany. To pozwala wyprowadzić klienta z zachowawczego, aczkolwiek bezproduktywnego usytuowania w sytuacji problemowej i otworzyć go na przyszłość. Towarzyszące temu założenie uzupełniające, iż małe zmiany prowadzą do dużych, znaczących, znakomicie uaktywnia mechanizm wzmocnień behawioralnych, który może być traktowany w terapii czy w pracy socjalnej jako opcja lub element uzupełniający inne działania. Kontrola behawioralna jest wartościowym narzędziem w pracy psychologa, psychiatry czy pedagoga. Może być równie wartościowa w pracy pracownika socjalnego. Spójność z założeniem podmiotowości (to klient jest kreatorem zmiany – nie pracownik socjalny czy terapeuta) wymaga wypracowania mechanizmów samokontroli behawioralnej i samowzmocnienia, co może dać efekt w postaci *biofeedbacku*: przynieść poprawę samopoczucia i przekonanie o własnej skuteczności. To bardzo potrzebne informacje zwrotne, szczególnie gdy choroba psychiczna zaczyna powodować zwątpienie we własne możliwości skutecznego działania. Reorientacja taka związana jest blisko z postawą życiową poszukiwania dobrych stron. *De facto* z zarządzaniem osobistymi zasobami, w których – poszukując rozwiązań – można nauczyć się odnajdywać jakieś pozytywy.

Założenie o istnieniu emocjonalnych komponentów problemu i rozwiązania (rozwiązań) to znowu idealne dopasowanie omawianej strategii do potrzeb psychicznych pacjentów psychiatrycznych. Emocje odgrywają istotną rolę jako symptomy chorób (towarzyszą chorobom, zaburzeniom), jak i krucha materia narażona na dysfunkcyjne zachowanie chorego (same ulegają zaburzeniom, zaburzenia emocjonalne są skutkiem życia z chorobą). Tak więc rozpoznawanie emocji i kierowanie nimi to znowu: po pierwsze, część drogi do rozwiązania problemu, po drugie, autoterapia i psychoedukacja, zwiększające kontrolę nad sobą i podnoszące poziom funkcjonowania podopiecznego.

Reorientacja na przyszłość pozwala osobie z zaburzeniami psychicznymi oderwać się z kolei od fiksacji retrospektywnej, od zakleszczenia w nieodwracalnych sytuacjach, od poczucia żalu, winy, straty. Pozwala na emocjonalną „grubą kreskę”, odcięcie się od cieni z przeszłości. Po co rozpamiętywać coś, co zamiast przybliżyć nas do rozwiązania problemu, oddala nas od niego? To, niestety – trzeba przyznać – rozwiązanie modelowe. Nie każda osoba z zaburzeniami psychicznymi podatna jest na zmianę, jednak należy pamiętać, że choroba psychiczna nie wyklucza możliwości terapii. Wręcz przeciwnie: choć mogą pojawiać się różnego rodzaju trudności w przebiegu terapii, osoby z chorobami psychicznymi najczęściej odczuwają silną potrzebę pomocy terapeutycznej,

traktując osiągnęte w jej toku postępy jako ulgę w cierpieniu. Ponadto choroba psychiczna ma zawsze swoją dynamikę, także okresy zaostrzeń i remisji. Te drugie zawsze warto wykorzystać tak dla celów terapeutycznych, jak i dla uczenia się nowych i doskonalenia posiadanych kompetencji społecznych, poprawiających jakość funkcjonowania wśród ludzi, co samo w sobie ma znaczenie terapeutyczne.

Wracając do modelu rozwiązywania problemów – daje on podwójny efekt w przypadku wystąpienia zaburzeń czy chorób psychicznych. Efekt instrumentalny – problem zostaje rozwiązany lub przynajmniej zminimalizowany, sytuacja życiowa normalizuje się – oraz efekt terapeutyczny – klient zyskuje poczucie kompetencji, poprawia swój nastrój i kondycję psychiczną, co jest czynnikiem zdrowienia. Oczywiście, nie można banalizować choroby psychicznej, nie w każdym przypadku można uzyskać spektakularny efekt „wyleczenia” przez działania socjalne, jednak poprawa stanu, kondycji, nastroju, redukcja niepewności, lęku, zwątpienia, utraty kontroli – to w każdym przypadku symptomy pozytywnych zmian ku zdrowiu.

5.2. Standardy pracy socjalnej z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami

Zmieniające się założenia wspierania osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, jak i w ogóle zmieniający się obraz pracy socjalnej, generują wiele nowych, innowacyjnych rozwiązań i angażują szereg podmiotów, instytucji i ich pracowników do wspólnego działania. Ta sytuacja stwarza nowe szanse – wzrost podaży specjalistycznych usług i zwiększenie ich dostępności, ale także pewne zagrożenia – rozmycie się odpowiedzialności, brak kontroli nad spójnością działań czy nawet zagubienie się klienta na – z jego punktu widzenia – chaotycznym rynku usług. Sami autorzy, pisząc tę książkę, mają poczucie istniejącego chaosu i rozbieżności. System opieki funkcjonujący i system postulowany, system modelowy psychiatrii środowiskowej i system wyłaniający się jako wizja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, system widziany z perspektywy administracyjnej, do tego z punktu widzenia różnych resortów, i system widziany oczyma pacjenta / klienta – to zupełnie odmienne obrazy, których pracownik socjalny musi mieć świadomość. To on jest przewodnikiem osoby chorej po tych licznych instytucjach (podlegających do tego pod różne resorty), procedurach i dostępnych usługach, a poza tym powinien zdawać sobie sprawę z uwarunkowań zmian i rozbieżności. W pewnym stopniu książka stara się to pokazać, ale ukazując system w stanie jego rodzenia się, należy założyć i uprzedzić czytelnika, że porusza się przede wszystkim w gąszczu tworzonych aktualnie lub nowelizowanych aktów prawnych i programów restrukturyzacji ochrony zdrowia, pracy socjalnej, dotyczących wchodzenia osób z niepełnosprawnością na rynek pracy itd. Nie chodzi więc tutaj o to, by przedstawić cały aktualny system (wiele rzeczy zmieniać się tu będzie bardzo dynamicznie), ale ukazać kierunki i uwarunkowania zmian oraz skłonić czytelnika do ich śledzenia.

W świecie postmodernistycznej mnogości i różnorodności potrzebne są czynniki stabilizujące, zwiększające podstawową świadomość i pewność reguł działania, będących podstawą profesjonalizmu w wykonywanym zawodzie. Dlatego tak ważną rzeczą jest standaryzacja pracy socjalnej. Jej potrzebę uzasadniono szerzej w przywoływanej już książce poświęconej pracy socjalnej z osobami z niepełnosprawnością, z tej samej serii wydawniczej, tu więc tylko odwołamy się do najważniejszych założeń przedstawionych w tamtej pracy²⁴⁰. Standardy są nie tylko narzędziem planowania i organizacji działań pomocowych oraz ich budżetu, weryfikacji jakości świadczonych usług, ale także ułatwiają działalność pracownika socjalnego. Stanowią algorytm kolejnych etapów i kroków działań, podsuwają narzędzia pracy, stanowią katalog usług dostosowany do konkretnych kategorii klientów. Aktualnie w pracy socjalnej wdrażane są narzędzia wypracowane przez ekspertów w ramach Projektu 1.18 „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej”²⁴¹. Krajowy raport z realizacji projektu, wraz ze standardami pracy socjalnej i podręcznikami pomocniczymi, jest opublikowany w Internecie, a więc dostępny dla wszystkich pracowników opieki społecznej i innych zainteresowanych. Zapoznanie się z tymi materiałami, założeniami standaryzacji, ich strukturą i zaleceniami dotyczącymi ich wykorzystania jest obowiązkiem każdego pracownika socjalnego. To cenne źródło materiałów samokształceniowych, wprowadzające w najbardziej aktualną wiedzę, gdyż to właśnie standardy stwarzają szansę na realną zmianę obrazu pomocy społecznej i pracy socjalnej w Polsce.

Intencją projektu było opracowanie materiałów metodycznych, mających stanowić punkt odniesienia i wzorzec pracy socjalnej. W tabeli 20 zestawiono informacje na temat najważniejszych publikacji stworzonych w ramach projektu, użytecznych dla pracowników instytucji świadczących usługi socjalne dla osób z niepełnosprawnością, w tym niepełnosprawnością psychiczną, oraz ich rodzin.

Tabela 20. Podstawowe publikacje dotyczące standardów pracy socjalnej z osobami z niepełnosprawnością (w tym z zaburzeniami psychicznymi) oraz ich rodzinami

Tytuł opracowania	Zawartość merytoryczna
R. Szarfenberg (b.r.), Standardy pracy socjalnej. Wprowadzenie , WRZOS	Założenia pracy nad standardami w pomocy społecznej, w szczególności założenia dotyczące działań pomocowych, zasady, charakterystyka i metody współczesnej pracy socjalnej . Opracowanie użyteczne w projektowaniu własnych lokalnych standardów, uwzględniających miejscowe uwarunkowania i możliwości Dostępność w Internecie: < http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/wprowadzenie%20do%20uspojnionych%20SPS.pdf >

²⁴⁰ D. Podgórska-Jachnik (2014), *Praca socjalna z osobami z niepełnosprawnością i ich rodzinami*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.

²⁴¹ *Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej*, Projekt 1.18 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w latach 2009–2011, WRZOS [online] [dostęp: 13.05.2014], <<http://isp.org.pl/site.php?id=385>>.

Tytuł opracowania	Zawartość merytoryczna
<p>A. Ignasiak, E. Olber, M. Maciejewska-Dłubała, M. Kubiak-Horniatio (2012), Narzędzia pracy socjalnej. seria: „Standardy Pomocy”.</p>	<p>Opis narzędzi pracy socjalnej, wynikających z ustawy o pomocy społecznej, w kontekście ich standaryzacji. Synteza dotychczasowych doświadczeń w pracy socjalnej z wykorzystaniem standaryzowanego wywiadu środowiskowego oraz kontraktu socjalnego (także w zmodyfikowanej formie umowy o współpracy), wraz z zaleceniami do praktycznego korzystania z tych narzędzi. Katalog narzędzi pracy pracownika socjalnego, z podziałem na ogólne i specjalistyczne (dostosowane do kategorii odbiorców pomocy) oraz obligatoryjne i fakultatywne, służące rozpoznaniu problemów szczegółowych. Schemat algorytmiczny kolejnych kroków pracy socjalnej, wraz z odpowiadającymi im narzędziami i miejscem na decyzję klienta o kontynuacji współpracy lub jej zaprzestaniu</p> <p>Dostępność w Internecie: http://www.wrzos.org.pl/download/NPS_2701.pdf</p>
<p>J. Pauli, A. Włoch (2012), Standardy usług, Podręcznik instruktazowy, WRZOS</p>	<p>Opracowane standardy, ukazujące krok po kroku działania, podejmowane w pracy socjalnej z różnymi grupami klientów, m.in. z osobami z niepełnosprawnością i z chorobami psychicznymi. Katalog usług socjalnych obligatoryjnych i fakultatywnych (dostosowanych do specyficznych potrzeb klienta, obszaru pracy socjalnej i lokalnych możliwości). Opracowanie zawiera tzw. alternatywne pakiety usług, dopasowanych do tych specyficznych uwarunkowań, umożliwiających tworzenie konkretnych planów działania²⁴². Wybór pakietu wynika już ze wstępnej diagnozy (kategoryzacji), co pozwala na znaczącą optymalizację działania (ale nie jest sprzeczne z potrzebą indywidualizacji usług). Nieoceniona pomoc dla pracownika socjalnego!</p> <p>Dostępność w Internecie: http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/PODRECZNIK_SU_wydrukowany.pdf</p>
<p>G. Kaczmarek, B. Karlińska, A. Kruczek, I. Piatek, M. Polak, M. Sobkowiak (br.), Standard pracy socjalnej z osobą z niepełnosprawnością i jej rodziną z uwzględnieniem osób z zaburzeniami psychicznymi, WRZOS</p>	<p>Standard kluczowy dla pracowników wspierających osoby z niepełnosprawnością, w tym z chorobami psychicznymi, i ich rodziny. Charakterystyka i zalecenia metodyczne do pracy socjalnej z sześcioma kategoriami osób niepełnosprawnych: chorymi somatycznie, z zaburzeniami psychicznymi, z niepełnosprawnością ruchową, głuchymi, niewidomymi oraz z niepełnosprawnością intelektualną. Opis sposobu budowania relacji z nimi, motywowania i towarzyszenia im w pracy socjalnej. Zestawienie szczegółowych i obszernych wskazówek do realizacji na wszystkich etapach pracy z każdą kategorią niepełnosprawności, z określeniem zakresu działania pracownika socjalnego oraz roli klienta w ramach podjętej współpracy. Wartościowe załączniki: cenny i unikalny katalog zachowań pracownika na różnych etapach pracy, zgodnych lub sprzecznych z uznanymi za podstawowe zasadami pracy socjalnej (z przykładami), opis przypadku pracy socjalnej z osobą chorą psychicznie, opis przypadku pracy socjalnej z osobą niewidomą, wskazówki do pracy z grupami wsparcia dla rodziców, lista porad możliwych do wykorzystania w pracy socjalnej z osobami z niepełnosprawnością</p> <p>Dostępność w Internecie: http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/SPS_ON2601.pdf</p>
<p>R. Szarfenberg (2011), Krajowy raport badawczy. Pomoc i integracja społeczna wobec wybranych grup – diagnoza standaryzacji usług i modeli instytucji, WRZOS</p>	<p>Opis efektów projektu. Synteza stanu standaryzacji w różnych obszarach pracy socjalnej oraz modele sposobu realizacji standaryzowanych usług w jednostkach organizacyjnych pomocy i integracji społecznej. Wnioski dotyczące różnych kategorii klientów (osób pozostających bez pracy, niepełnosprawnych, starszych, rodzin z dziećmi, w tym rodzin doświadczających przemocy oraz rodzin zastępczych i usamodzielnianych wychowanków). Raport wzbogacony został przykładami standardów zagranicznych i dobrych praktyk krajowych dotyczących wykorzystania standardów w pracy socjalnej</p> <p>Dostępność w Internecie: http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/KRB_wersja%20ostatezna.pdf</p>

Źródło: Opracowanie D. Podgórska-Jachnik.

²⁴² W publikacji zostały zamieszczone cztery opcje pakietów, natomiast w przywoływanej publikacji D. Podgórskiej-Jachnik (2014), *Praca socjalna...*, dz. cyt. [załączniki] znajduje się ich wersja rozszerzona do postaci arkusza, na który można nanosić uzyskane informacje o potrzebnych i dostępnych lokalnie elementach sieci wsparcia społecznego, dzięki czemu możliwe jest realne planowanie konkretnych, zintegrowanych działań pomocowych.

Jak wynika ze skróconych opisów zamieszczonych w tabeli, wszystkie pięć publikacji tworzy spójną całość, ale najważniejsza dla pracownika socjalnego pracującego z pacjentami psychiatrycznymi jest publikacja czwarta – *Standard pracy socjalnej z osobą z niepełnosprawnością i jej rodziną z uwzględnieniem osób z zaburzeniami psychicznymi*. Ze względu na cele niniejszej pracy przedstawimy nieco bardziej szczegółowo te aspekty standardu, które dotyczą osób z chorobą psychiczną. Standard pracy socjalnej z tymi osobami obejmuje następujące elementy:

1. Krótką charakterystykę problemów najczęściej występujących u klientów i ich rodzin, wraz ze wskazówkami co do możliwych sposobów ich rozwiązywania.
2. Sposoby budowania relacji z klientem, motywowania i towarzyszenia mu.
3. Sposób postępowania pracownika socjalnego na kolejnych etapach pracy socjalnej wraz z określeniem roli klienta.
4. Sposoby wykorzystania zasobów środowiskowych w projektowanym i realizowanym wsparciu.
5. Opis problemów, na jakie najczęściej napotyka pracownik socjalny, pracując z osobą z zaburzeniami psychicznymi²⁴³.

Rekomendacje dotyczące algorytmu działań pracownika socjalnego oraz wykorzystania sugerowanych narzędzi pracy socjalnej ujęto w tabeli 21.

²⁴³ G. Kaczmarek i in. (b.r.), *Standard pracy socjalnej z osobą z niepełnosprawnością i jej rodziną z uwzględnieniem osób z zaburzeniami psychicznymi*, WRZOS, Warszawa, s. 20–28.

²⁴⁴ Proponowane przez autorów narzędzia pracy socjalnej są dostępne [w:] A. Ignasiak i in. (b.r.), *Narzędzia pracy socjalnej*, [online] [dostęp 8.06.2014], <wrzos.org.pl/projekt1.18/.../NPS%20wstep%2015%2003%2012.doc>. Propozycję dodatkowych narzędzi specjalistycznych przydatnych w omawianym obszarze zawiera monografia: D. Podgórska-Jachnik (2014), *Praca socjalna z osobami z niepełnosprawnością...*, dz. cyt.

²⁴⁵ Informacje o pakietach można znaleźć w: J. Pauli, A. Włoch (2012), *Standardy usług. Podręcznik instruktażowy*, WRZOS, [online] [dostęp 8.06.2014], <www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/Podrecznik_Instruktażowy.pdf>, jak również – w postaci gotowych kwestionariuszy, umożliwiających zaznaczanie potrzeb klienta i dostępnego wsparcia – w załącznikach do książki: D. Podgórska-Jachnik (2014), *Praca socjalna z osobami z niepełnosprawnością...*, dz. cyt.

Tabela 21. Rekomendacje do organizacji pracy pracownika socjalnego z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami wynikające ze standardów pracy socjalnej

Etap	Krok	Rekomendowane zadania dla pracownika socjalnego wynikające ze standardów	Narzędzia ²⁴⁴
I. Ocena / diagnoza	1. Budowanie relacji z klientem i zapoznanie się z jego problemami	<p>Przygotowanie się pracownika przez przynajmniej ogólne zaznajomienie się z wiedzą o danym zaburzeniu</p> <p>Podmiotowe traktowanie klienta</p> <p>Pomoc w dotarciu do instytucji, zapewnienie warunków do rozmowy</p> <p>Zgromadzenie materiałów informacyjnych (ulotki, informatory), pomocnych przy informowaniu klienta i podejmowaniu przez niego decyzji</p> <p>Przestrzeganie zasad skutecznej komunikacji interpersonalnej</p>	<p>Obligatoryjne ogólne:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wywiad – rozpoznanie sytuacji Karta pracy socjalnej
	2. Analiza sytuacji klienta	<p>Zebranie pogłębionych informacji na temat sytuacji zdrowotnej, funkcjonowania psychospołecznego i kompetencji zawodowych</p> <p>Zaangażowanie klienta w analizę sytuacji, szczególnie w aspekcie słabych i mocnych stron</p> <p>Rozpoznanie kontekstu rodzinnego, relacji, sposobu funkcjonowania oraz postaw członków rodziny wzajemnie wobec siebie, jak też wobec chorego i jego choroby</p>	<p>Obligatoryjne ogólne:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnoza – ocena sytuacji Karta pracy socjalnej <p>Obligatoryjne specjalistyczne:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wywiad z osobą niepełnosprawną Wywiad z rodziną osoby niepełnosprawnej
II. Wyznaczanie celów działania	3. Ustalanie z klientem celów działania	<p>W oparciu o diagnozę wspólnie z klientem sformułowanie celów do osiągnięcia – ważne, by były to cele klienta, nie jego rodziny</p> <p>Cele powinny być realne, akceptowane przez klienta, określone konkretnie, z wyznaczoną perspektywą realizacji, z mierzalnymi efektami</p> <p>Cele ukierunkowujące wspólną pracę powinny uwzględniać konkretne sytuacje problemowe (sfera zdrowia, aktywności zawodowej, aktywności społecznej, relacji społecznych)</p> <p>Cele perspektywiczne powinny być osiąganym metodą małych kroków – należy sformułować również cele etapowe, zmierzające do dostrzegalnej poprawy warunków życia klienta</p>	<p>Obligatoryjne ogólne:</p> <ul style="list-style-type: none"> Umowa współpracy Karta pracy socjalnej
III. Opracowanie planu działania i budowa indywidualnego pakietu usług	4. Opracowanie wraz z klientem planu działania	<p>Zaangażowanie i motywowanie klienta i jego rodziny</p> <p>Zaplanowanie wspólnie z klientem działań i aktywności oraz indywidualnego pakietu usług</p> <p>Konfrontacja ustalonych celów z lokalnymi możliwościami (analiza szans i zagrożeń oraz dostępności usług przewidzianych w zawartych w standardzie pakietach usług socjalnych; dla osób z zaburzeniami psychicznymi rekomendowany jest pakiet A – obowiązkowy – oraz pakiet D²⁴⁵)</p> <p>Nawiązanie kontaktu z instytucjami i osobami, które można uwzględnić w realizacji celów, oraz budowanie realnej sieci wsparcia społecznego</p>	<p>Obligatoryjne ogólne:</p> <ul style="list-style-type: none"> Umowa współpracy Karta pracy socjalnej
IV. Realizacja planu działania	5. Rozpoczęcie realizacji planu działania	<p>Podjęcie zadań wynikających z planu działania i odzwierciedlonych w formie Umowy współpracy</p> <p>Realizacja zobowiązań przyjętych przez pracownika socjalnego w Umowie współpracy</p> <p>Koordinacja zadań wyznaczonych klientowi, rodzinie, osobom, instytucjom i organizacjom pomocowym, włączonym w plan działania</p> <p>Uzgodnienie z podmiotami wspierającymi sposobu przepływu informacji i konsultacji</p> <p>Dbłość o systematyczność i stałe monitorowanie przebiegu procesu pomocy; reagowanie na wszystkie zmiany rzutuujące na efekty podjętych działań</p>	<p>Obligatoryjne ogólne:</p> <ul style="list-style-type: none"> Karta pracy socjalnej

Etap	Krok	Rekomendowane zadania dla pracownika socjalnego wynikające ze standardów	Narzędzia ²⁴⁴
V. Systematyczna ewaluacja działań	6. Zaplanowanie i przeprowadzenie monitorowania zmian i ewaluacji rezultatów	Zaplanowanie z klientem i jego rodziną tego, co będzie przedmiotem oceny i wyznacznikiem sukcesu działania Określenie satysfakcjonującego klienta poziomu osiągniętych zmian Ustalenie momentów dokonywania oceny Bieżący monitoring w oparciu o ustalone zasady, pozwalający na rejestrowanie przebiegu zmian i w razie potrzeby dokonywanie korekty celów lub działań	Obligatoryjne ogólne: <ul style="list-style-type: none"> • Ocena realizacji • Umowy współpracy • Karta pracy socjalnej
VI. Ewaluacja końcowa	7. Zaplanowanie i przeprowadzenie ewaluacji końcowej	Zaplanowanie przez pracownika socjalnego ewaluacji końcowej (wskazane na etapie formułowania celu i tworzenia planu działania) Ocena zakresu uzyskanych zmian w sytuacji klienta oraz określenie przyczyn zarówno powodzenia, jak i ewentualnych porażek. Ocena poziomu osiągnięcia celów pomocy – przegląd wszystkich działań na poszczególnych etapach pracy z klientem i jego rodziną Sformułowanie wniosków do dalszej współpracy	Obligatoryjne ogólne: <ul style="list-style-type: none"> • Ewaluacja końcowa • Karta pracy socjalnej

Źródło: Opracowanie D. Podgórska-Jachnik, na podstawie G. Kaczmarek i in. (2011)²⁴⁶ oraz J. Pauli, A. Włoch (2012)²⁴⁷.

Przedstawiona tabela pozwoli czytelnikowi zorientować się w założeniach i zawartości merytorycznej standardu pracy z klientami z problemami natury psychicznej, ale treści te same w sobie stanowią mogą wskazówkę dla bieżącej pracy. Nie zastąpi to jednak zapoznania się z materiałem oryginalnym. Opracowanie znajduje się w otwartych zasobach Internetu, a standard stanowi spójną całość i tak też powinien być analizowany.

5.3. Budowanie profesjonalnego kontaktu z osobą chorą psychicznie i jej rodziną

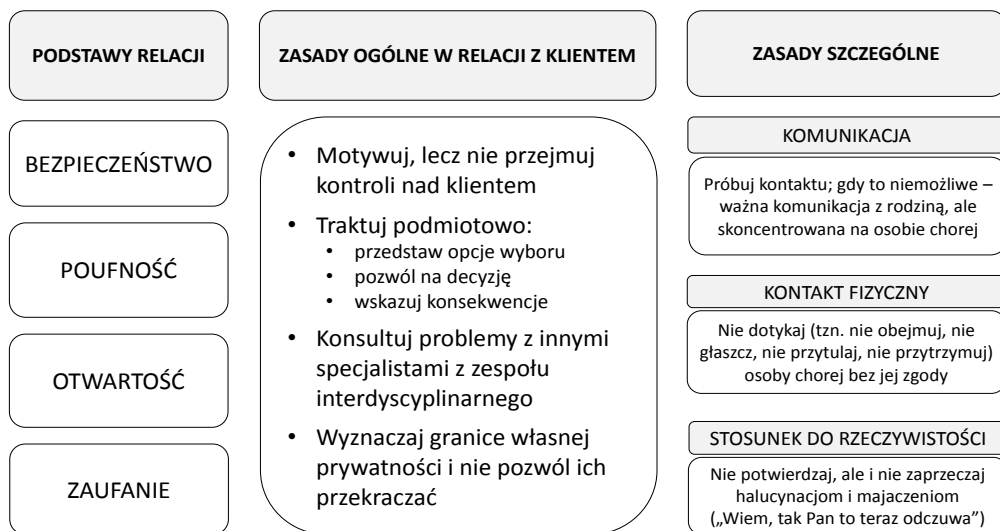
Podstawową rzeczą, na którą warto zwrócić uwagę, jest ważne zadanie nawiązania relacji, będące podstawą całej dalszej pracy pracownika socjalnego z klientem (rysunek 13). Wskazówki te mogą być również użyteczne dla innych specjalistów pracujących z osobami z chorobą psychiczną – pedagogów specjalnych, terapeutów zajęciowych i środowiskowych, asystentów rodziny itd. W naszym przekonaniu uniwersalność tego modelu polega również na tym, iż większość z przedstawionych zasad ma także zastosowanie w pracy z innymi kategoriami podopiecznych. Dotyczy to podstawowych zasad budowania profesjonalnego kontaktu. Na rysunku 13 przedstawione zostały wskazówki dotyczące kontaktu z klientem, wynikające

²⁴⁶ G. Kaczmarek i in. (2011), *Praca socjalna z osobą z niepełnosprawnością i jej rodziną z uwzględnieniem osób z zaburzeniami psychicznymi* [online] [dostęp 8.06.2014], <http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/ZE%20ON%20OR%20V_VI_W3.pdf>.

²⁴⁷ J. Pauli, A. Włoch (2012), *Standardy usług...*, dz. cyt., s. 66–75.

bezpośrednio z analizowanego *Standardu pracy socjalnej z osobą z niepełnosprawnością i jej rodziną z uwzględnieniem osób z zaburzeniami psychicznymi*²⁴⁸.

Rysunek 13. Budowanie relacji z klientem z zaburzeniami psychicznymi i jego rodziną



Źródło: Opracowanie D. Podgórska-Jachnik, na podstawie: G. Kaczmarek, B. Karlińska, A. Kruczek, I. Płatek, M. Polak, M. Sobkowiak (2011)²⁴⁹.

Według autorów standardu pracownik socjalny powinien zapewnić klientowi przede wszystkim bezpieczeństwo, poufność, otwartość i zaufanie. Zasady nazwane ogólnymi dotyczą wszystkich kategorii klientów. Oprócz tego na schemacie ukazane są zasady szczególne, wynikające ze specyficznych ograniczeń społecznych osób z zaburzeniami psychicznymi: dotyczą one specyficznej komunikacji, reaktywności tych osób (kontakt fizyczny na schemacie został sprowadzony do dotykowego, ale ograniczenia mogą ujawniać się także w niemożności utrzymania kontaktu wzrokowego, reakcjach na głos, sposób mówienia, niektóre cechy ubioru, a nawet zapachy, np. perfum), dotyczą również zniekształcania obrazu rzeczywistości (problem omamów, majaczeń, halucynacji).

Próby nawiązania kontaktu podejmowane przez pracownika socjalnego mogą wydać się jednak czasem nieskuteczne. Klient odmawia współpracy, nie chce rozmawiać. Należy się wówczas zastanowić, jakie są przyczyny takiego stanu rzeczy i jak interpretować zachowania osoby chorej. Próbę uporządkowania odpowiedzi na te pytania, wraz z sugestią, co może być użyteczne dla przełamania impasu, przedstawia tabela 22.

²⁴⁸ G. Kaczmarek i in. (2011), *Praca socjalna z osobą z niepełnosprawnością...*, dz. cyt.

²⁴⁹ Tamże, s. 21.

Tabela 22. Możliwości rozwiązywania problemów w komunikacji z osobami z zaburzeniami psychicznymi

Przyczyna nieskutecznej komunikacji	Źródło bariery
<p>Brak motywacji do komunikacji</p>	<p>Przejaw choroby, stan zmęczenia, negatywne doświadczenia z kontaktów z innymi ludźmi, w tym specjalistami, brak wiary w możliwość uzyskania pomocy</p>
<p>Sposób postępowania</p>	<p>→ próba nakłonienia do rozmowy; przedstawienie własnych intencji i nakreślenie możliwości udzielenia wsparcia → wzmocnienie każdej widocznej próby nawiązania kontaktu; podchwytwanie i rozwijanie wypowiedzi, choćby były to pojedyncze słowa → traktowanie zachowań niewerbalnych jak komunikatów, nazywanie ich i próba skupienia rozmowy na ich treści, np., „Skrzywił się pan, ten temat nie jest dla pana przyjemny, mam rację? Czy to jakiś problem? „; „Widzę, że jednak zaciekawiałam pana. Może porozmawiamy o tym?“ → należy też liczyć się z odmową kontaktu; trzeba to zaakceptować; ale próbować negocjować warunki, proponując powrót do rozmowy o danej sprawie kiedyś indziej, np., „Nie chce pani rozmawiać. Rozumiem, że czuje się pani zmęczona. Dzisiaj dam pani spokój, ale umawiamy się na rozmowę następnym razem. Kiedy pani ze mną porozmawia? Może być za tydzień?“</p>
Przyczyna nieskutecznej komunikacji	Źródło bariery
<p>Brak umiejętności mówienia o swoich problemach</p>	<p>Niskie kompetencje komunikacyjne, brak doświadczeń w dzieleniu się przeżyciami</p>
<p>Sposób postępowania</p>	<p>→ ważna jest w takich sytuacjach umiejętność rozwinięcia wypowiedzi klienta, nazywanie domyślnego problemu, podchwycenie jego słów. Choć w wywiadzie większą wartość mają pytania otwarte, przy ograniczonym kontakcie należy poprowadzić rozmowę tak, aby zadawane pytania wymagały tylko odpowiedzi „tak” lub „nie”, czasem z podaniem alternatywy, np.: „Czy ma pani z tego powodu jakies nieprzyjemności? Ktoś pani dokucza? Tak? [pauza na odpowiedź] A może ludziom to obojętne? Nikt nie zwraca na to uwagi?“ → jeśli rozmowa przyjmuje formę dialogu opartego na pytaniach i odpowiedziach „tak” bądź „nie”, warto nadać jej cechy dialogu pogłębionego (nie „przesłuchania”) przez sprowokowanie rozwinięcia uzyskanego potwierdzenia lub zaprzeczenia, np., „A więc ktoś pani dokucza. To musi być przykre, wiele osób tego doświadcza, choć tak nie powinno być”. Ważna jest też weryfikacja odpowiedzi na pytania zamknięte przez zadanie ich w nieco innej formie. → jeśli osoba chora wyraża się za pomocą jakiejś ulubionej formy ekspresji (rysunek, malarstwo, wiersze), to wytworzy, do których mamy dostęp, są dobrym punktem wyjścia do rozmowy o ukrytych problemach (psychorysunek i diagnostyka z wykorzystaniem rysunku wykorzystuje mechanizm projekcji, często bywa stosowana w przypadku dzieci, ale i osób chorych psychicznie). To dobra droga w przypadku korzystających z arteterapii, np. w DPS czy WTZ, lub traktujących twórczość jako hobby. Można spróbować poprosić o narysowanie czegoś (np. swojej rodziny, wymarzonego ogrodu lub domu), wymaga to jednak pewnego doświadczenia, by osoba nie odebrała tego jako infantylnego zadania. Wielu dorosłych uważa także, że nie potrafi rysować</p>

<p>Przyczyna nieskutecznej komunikacji</p>	<p>Źródło bariery</p>
<p>Brak zaufania</p> <p>Sposób postępowania</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ stopniowe zbliżenie się do klienta, przyzwyczajanie go do swojej obecności, do przebywania w jego otoczeniu / w domu; zachowanie spokojne, ciepłe, bez popędzania, bez okazywania pośpiechu ➔ kontrola własnych zachowań emocjonalnych (nie można okazać zniecierpliwienia); troska o to, by rozmowa (nawet monolog) była przyjemna dla klienta ➔ dbałość o wiarygodność; dotrzymywanie terminów, punktualność, wcześniejsze zapowiadanie podejmowania określonych działań, ale i zdawanie relacji z tego, co się zrobiło, np. „Widzę, że nie chce się pan ze mną podzielić swoimi problemami. Dobrze, zatem dziś porozmawiam tylko z pana rodziną (zapoznam się z pana dokumentami), ale chciałabym, żeby mi pan zaufał. Przyjdę za tydzień i umawiamy się na rozmowę o pana problemach”, a na następnej wizycie: „Obiecałam przed tygodniem, że tylko porozmawiam z pana rodziną (przejrzę dokumenty). I tak się stało, jednak najbardziej zależy mi na tym, aby dowiedzieć się, jak pan odczuwa swoje problemy. Umówiliśmy się na dziś na szczerą rozmowę. Proszę pamiętać, że chcę panu pomóc, ale muszę wiedzieć, czego pan oczekuje”. ➔ oblicywanie czegoś (np. „Przyniosę panu za tydzień ulotkę z informacją na ten temat” albo „Sprawdź, czy mógłby pan skorzystać z takiego programu”), a następnie dotrzymywanie obietnicy i podkreślanie tego (np. „Obiecałam materiały informacyjne na ten temat: bardzo proszę, oto one. Dotrzymuję słowa, naprawdę może mi pan zaufać” lub „Powiedziałałam, że sprawdzę tę informację, i już wiem. Myślę, że będzie pan zadowolony”, „Podpowiedzi emocjonalne” są ważne, ze względu na często wynikające z choroby niedostrojenie stanu emocjonalnego do własnych myśli i do sytuacji; jest to więc część treningu społecznego 	<p>Najczęściej negatywne doświadczenia w kontaktach ze specjalistami, także pracownikami socjalnymi; czasem symptom chorobowy (paranoidalna podejrzliwość)</p>
<p>Przyczyna nieskutecznej komunikacji</p>	<p>Źródło bariery</p>
<p>Brak możliwości i identyfikacji problemów</p>	<p>Przejaw choroby, zatarcie granicy między światem rzeczywistym a odczuwanym</p>

Sposób postępowania

- ➔ wyrazne odgraniczanie świata realnego od rzeczywistego; niezaprzeczanie odczuciom chorego, ale także wyrażanie ich źródła, np. „Rozumiem, glosy w pana głowie każą panu to zrobić” albo „Widzi to pan w taki sposób”. Natomiast w rozmowie należy koncentrować się na obszarze uświadomianej rzeczywistości i realnych problemach. Rozmowę na inne tematy można powstrzymać komunikatem: „Nie jestem lekarzem / psychologiem, trudno więc mi rozmawiać z panem na te tematy, ale mogę panu pomóc w pana socjalnych problemach. Czy moglibyśmy zatem porozmawiać o... / wrócić do rozmowy o...?”

Źródło: opracowanie D. Podgórska-Jachnik, na podstawie doświadczeń własnych oraz G. Kaczmarek i in. (2011)²⁵⁰.

5.4. Diagnoza funkcjonowania społecznego a współpraca pracownika socjalnego z terapeutą środowiskowym

Zadaniem kluczowym z punktu widzenia jakiegokolwiek planu postępowania wspierającego i pracy nad zmianą jest zdiagnozowanie zastanej sytuacji. To bardzo istotne, zwłaszcza że pracownicy socjalni uskarżają się czasem na brak dostępu do dokumentacji medycznej podopiecznych. Wynika to przede wszystkim z reguł tajemnicy lekarskiej, do przestrzegania której zobowiązani są psychiatry czy przejmujący leczenie chorego lekarze pierwszego kontaktu. Nie należy więc odczytywać ograniczenia dostępu do tych informacji jako braku chęci współpracy ze strony lekarzy – ani też braku możliwości podjęcia takiej współpracy. To raczej stan rzeczy, który trzeba zaakceptować, gdyż jest świadectwem szanowania praw pacjenta. Rozstrzygnięciu pozornie patowej sytuacji służyć mogą poniższe wskazówki:

Uzyskanie wglądu w dokumentację medyczną jest możliwe po uzyskaniu zgody pacjenta (lub jego przedstawiciela ustawowego w przypadku ubezwłasnowolnienia). Jest to najbardziej klarowna sytuacja, umożliwiająca zgodną z prawem pełną wymianę informacji z lekarzem na temat stanu pacjenta z zaburzeniami psychicznymi – podopiecznego pracownika socjalnego.

Diagnoza o charakterze medycznym, nozologicznym nie jest niezbędna do planowania pracy socjalnej. Co więcej, w niektórych sytuacjach etykieta konkretnego zaburzenia czy choroby może utrudniać poznanie faktycznych możliwości podopiecznego, w myśl przytoczonej już wcześniej zasady zniekształceń atrybucyjnych, mówiącej że „diagnozy znajdują się w umysłach obserwatorów”. Zatem ważne jest przekonanie pracownika socjalnego, że dysponuje on niezbędnymi narzędziami, pozwalającymi na poznanie chorego, dzięki którym będzie mógł ocenić jego sytuację i podjąć skuteczne działania wspierające, nawet bez wiedzy o szczegółowej kategorii rozpoznanych przez psychiatrę zaburzeń medycznych²⁵¹.

Diagnozie sytuacji osoby z zaburzeniami psychicznymi służą następujące narzędzia pracy socjalnej:

➔ **Obligatoryjne ogólne:**

- Wywiad społeczny – rozpoznanie sytuacji;

²⁵¹ W pracy uczelnianego pełnomocnika ds. studentów niepełnosprawnych autorka tekstu stosowała opracowane przez siebie narzędzie *OPINIA w sprawie: dostosowania procesu dydaktycznego do potrzeb wynikających z niepełnosprawności studenta*. Był to wewnętrzny dokument uczelniany wydawany studentom, którzy potrzebowali wsparcia w ustaleniu warunków współpracy z poszczególnymi wykładowcami. Nie było tam miejsca ani na określenie kategorii niepełnosprawności, ani – tym bardziej – na podanie nazwy jednostki chorobowej – służył on jedynie wskazaniu sugerowanego wsparcia, zaplanowanego na podstawie indywidualnej diagnozy funkcjonalnej [D. Podgórska-Jachnik (2009), *Diagnoza projektująca wsparcie wyższej uczelni dla studentów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi wynikającymi z niepełnosprawności* [w:] J. Lecewicz-Bartoszewska, J. Lewandowski (red.), *Ergonomia niepełnosprawny*, Politechnika Łódzka, Łódź]. Projektowano w ten sposób indywidualne rozwiązania (np. wsparcie tłumacza języka migowego, pomoc w robieniu notatek, dostarczanie materiałów w formie elektronicznej, sugestię przeprowadzenia egzaminów w określonej formule, np. pisemnych, a nie ustnych lub przeprowadzenia egzaminu częściowego, tj. po zaliczeniu określonej partii materiału, odpytywanie z uniknięciem obciążającego efektu ekspozycji społecznej, np. podczas dyżurów dydaktycznych itd., itp.). Było to szczególnie ważne dla studentów z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza ze schizofrenią, którym utrzymanie tajemnicy o ich chorobie dawało poczucie bezpieczeństwa i ochrony przed stygmatyzacją (zresztą słuszną). Przy takim rozwiązaniu wykładowca otrzymywał wskazówki do pracy ze studentem, bez potrzeby uzyskiwania od niego informacji medycznych. W podobnej sytuacji nauczyciel w szkole samodzielnie dokonuje oceny specjalnych potrzeb edukacyjnych ucznia, również kierując się diagnozą funkcjonalną. Namawiamy więc do takiego sposobu myślenia o diagnozie w pracy socjalnej, w którym ocena funkcjonalna jest niezależna od diagnozy medycznej, a właściwie niejako jest ponad nią, gdyż może stanowić punkt interdyscyplinarnych odniesień różnych specjalistów, zaangażowanych w udzielanie wsparcia psychospołecznego. Takiemu interdyscyplinarnemu dialogowi służy w zamysłu ICF.

- Diagnoza – ocena sytuacji;
- ➔ Obligatoryjne specjalistyczne:
 - Wywiad z osobą niepełnosprawną;
 - Wywiad z rodziną osoby niepełnosprawnej²⁵².

Zaletą tych narzędzi jest to, iż są one standaryzowane, a więc zapewniają porównywalność wyników badania sytuacji społecznej podopiecznych pracownika socjalnego. Są one również łatwo dostępne, choćby w otwartych zasobach internetu²⁵³. Wywiad społeczny przeprowadzony przez pracownika socjalnego będzie miał podstawowe znaczenie w planowaniu wsparcia społecznego, także gdy chodzi o wsparcie ze strony lekarza czy terapeuty zajęciowego czy środowiskowego. Należy bowiem pamiętać, że warunki, zakres i uprawnienia pracownika socjalnego do przeprowadzania wywiadu środowiskowego określają ściśle przepisy prawa²⁵⁴. Z tego też powodu, biorąc pod uwagę dalszą współpracę interdyscyplinarną i międzyinstytucjonalną, warto rozważyć np. wspólne wizyty diagnostyczne współpracujących lokalnie ze sobą: pracownika socjalnego, np. GOPS-u (Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej) i terapeuty, np. pracownika ŚDS-u (Środowiskowego Domu Samopomocy). Jest to praktykowane w niektórych samorządach i dobrze służy integracji działań środowiskowych. Wspólny wywiad zwiększa też poczucie bezpieczeństwa pracowników zawodów pomocowych przy pierwszym kontakcie z chorym psychicznie w jego domu, gdy nieznanne są mu jeszcze funkcjonalne skutki jego choroby.

Wymienione narzędzia dostarczają pracownikowi socjalnemu i terapeucie podstawowych informacji, jednakże w planowaniu pracy z osobą z zaburzeniami psychicznymi bardzo istotny będzie bardziej szczegółowy wgląd w jej funkcjonowanie, a zatem trzeba do tego bardziej specjalistycznych narzędzi. Wydaje się, że istnieje potrzeba opracowania takiego narzędzia, które scalałoby doświadczenia i potrzeby specjalistów współpracujących w ramach psychiatrii środowiskowej, najlepiej w oparciu o kategorie diagnostyczne ICF, którą to klasyfikację i jej zalety przedstawiśmy już wcześniej. Docelowo do kategorii ICF powinna również zostać sprowadzona struktura pozostałych, obligatoryjnych narzędzi pracy socjalnej. Przy obecnym stanie rzeczy można jednak posłużyć się narzędziem diagnostycznym „Kwestionariusz Niepełności Społecznej” zaadaptowanym do polskich warunków przez Andrzeja Kiejnę i Adriana Sieradzkiego²⁵⁵ oraz / lub kwestionariuszem WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0) – skala oceny niepełnosprawności Światowej Organizacji Zdrowia. Skala niestety nie jest jeszcze dostępna w wersji polskojęzycznej, choć pomocny w jej poznaniu może być przetłumaczony już i dostępny w internecie podręcznik ICF²⁵⁶. Dla pracownika socjalnego za najbardziej użyteczną należy uznać

²⁵² A. Ignasiak i in. (b.r.), *Narzędzia pracy socjalnej...*, dz. cyt.

²⁵³ Tamże.

²⁵⁴ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 stycznia 2011 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego (Dz. U. 2011 nr 27 poz. 138).

²⁵⁵ A. Kiejna, A. Sieradzki (red.) (2009), *Funkcjonowanie i niepełność społeczna z przyczyn psychiatrycznych. Kwestionariusz Niepełności Społecznej (The Groningen Social Disabilities Schedule II, GSDSII)*. Polska adaptacja, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich, Wrocław.

²⁵⁶ ICF. *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*, wersja polska, Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa, 2011, [online], [dostęp: 20.11.2013], <http://www.csioz.gov.pl/src/files/klasyfikacje/ICF_Polish_version.pdf>.

wersję 12-itemową (12-punktową) kwestionariusza WHODAS 2.0 (na zebranie informacji potrzeba ok. 5 minut)²⁵⁷ lub nieco bardziej szczegółową wersję 36-itemową (posługując się nią, trzeba zarezerwować sobie ok. 20 minut)²⁵⁸. Użytecznym narzędziem, a przy tym dostępnym w polskiej wersji językowej jest natomiast wspomniany „Kwestionariusz Niesprawności Społecznej”²⁵⁹. Jego strukturę przedstawia rysunek 14.

Rysunek 14. Role społeczne i kategorie diagnostyczne (wymiary) w „Kwestionariuszu Niesprawności Społecznej” w adaptacji A. Kiejny i A. Sieradzkiego

ROLA DBANIA O SIEBIE	ROLA CZŁONKA RODZINY	ROLA KREWNEGO: relacje z rodzicami i rodzeństwem	ROLA PARTNERA: relacja z partnerem w małżeństwie lub współmieszkańcem
WYMIARY: A. higiena osobista B. autoprezentacja	WYMIARY: A. wkład w atmosferę i bezpieczeństwo B. wkład w stabilizację materialną C. gospodarstwo jednoosobowe (dotyczy osób samotnych)	WYMIARY: A. uczuciowe relacje z rodzicami B. aktualne kontakty z rodzicami C. relacje uczuciowe i aktualne kontakty z rodzeństwem	WYMIARY: A. relacje uczuciowe B. relacje seksualne C. aktywny wkład w stworzenie związku partnerskiego (dotyczy osób samotnych)
ROLA RODZICA	ROLA OBYWATELA: zainteresowanie i udział w życiu społecznym	ROLA OSOBY SPOŁECZNEJ: relacje z przyjaciółmi i znajomymi	ROLA PRACOWNIKA: regularne codzienne zajęcia
WYMIARY: A. relacje uczuciowe B. aktualne zaangażowanie	WYMIARY: A. zainteresowania ogólne B. udział w grupach społecznych, stowarzyszeniach, klubach C. zainteresowanie najbliższym środowiskiem społecznym	WYMIARY: A. jakość kontaktów B. częstotliwość i zasięg kontaktów	WYMIARY: A. codzienne obowiązki B. wykonywanie zadań C. kontakty z innymi D. (inne) codzienne zajęcia

Źródło: Opracowanie D. Podgórska-Jachnik, na podstawie: A. Kiejna, A. Sieradzki (red.) (2009)²⁶⁰.

Role społeczne wymienione w Kwestionariuszu odzwierciedlają szerokie spektrum funkcjonowania osoby z zaburzeniami psychicznymi w środowisku, można je więc łatwo poddać opisowi w kategoriach dostrzeganej aktywności i uczestnictwa w życiu społecznym (kategorie ICF). Każda z ról została tu wyczerpująco opisana, a na podstawie analizy funkcjonowania

²⁵⁷ WHODAS 2.0, 12 item, [online] [dostęp: 20.11.2013], <http://www.who.int/classifications/icf/WHODAS2.0_12itemsINTERVIEW.pdf>.

²⁵⁸ WHODAS 2.0, 36 item, [online] [dostęp: 20.11.2013], <http://www.who.int/classifications/icf/WHODAS2.0_36itemsINTERVIEW.pdf>.

²⁵⁹ Choć jest to narzędzie nawiązujące do poprzedzającej ICF klasyfikacji ICIDH (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*). Między klasyfikacjami nie ma zasadniczej sprzeczności, która powodowałaby uzyskanie innych obserwacji diagnostycznych, jest jednak różnica w ich interpretacji. Jak wyjaśniają A. Kiejna i A. Sieradzki (za: J. E. Bikenbach i wsp.), IDIDH traktuje niepełnosprawność jako bezpośrednią konsekwencję choroby, która wymaga opieki medycznej, terapii indywidualnej oraz działań adaptacyjnych (normatywne rozumienie roli społecznej) oraz określonej polityki zdrowotnej na poziomie organizacyjnym. Natomiast w modelu ICF, podnoszącym społeczne uwarunkowania niepełnosprawności, wskazywana jest potrzeba działań ponadjednostkowych i polityczny problem społecznej zmiany. Rola społeczna została zastąpiona bardziej neutralnym pojęciem aktywności i partycypacji w życiu społecznym. A. Kiejna, A. Sieradzki (red.) (2009), *Funkcjonowanie i niesprawność...*, dz. cyt., s. 14–16.

²⁶⁰ A. Kiejna, A. Sieradzki (red.) (2009), *Funkcjonowanie i niesprawność...*, dz. cyt., s. 71–72.

w wymiarach szczegółowych (rysunek 14) można dokonać ocen pełnienia owych ról według następujących kryteriów:

- ➔ kryterium częstości – częstość odbiegania od normy i oczekiwań w grupie odniesienia;
- ➔ kryterium czasu – czas trwania odchyleń od normy;
- ➔ kryterium ciężkości – głębokość odchyleń;
- ➔ kryterium pomocy – oczekiwana lub konieczna pomoc lub nadzór²⁶¹.

Kwestionariusz pozwala ocenić stopień niesprawności społecznej – od jej braku do ciężkiej niesprawności. Jest to narzędzie o potwierdzonych wartościach psychometrycznych (rzetelność końcowego wyniku jest wysoka, choć trzeba zaznaczyć, że trudno za pomocą tego narzędzia dokonać oceny stopnia niesprawności w poszczególnych rolach społecznych). Natomiast wydaje się, że zastosowanie kwestionariusza przez pracownika socjalnego nie ogranicza się tylko przeprowadzenia z jego wykorzystaniem pomiaru ilościowego – może on także wykorzystać go jako matrycę obszarów aktywności i aktywizacji osoby z chorobą psychiczną. Trzeba także wskazać, że w przypadku braku dostępu do opisanego narzędzia²⁶² pomocne dla uwrażliwienia pracownika socjalnego na obserwację i niestandardyzowaną ocenę funkcjonowania podopiecznego z chorobą psychiczną w różnych obszarach życia społecznego mogą być kategorie diagnostyczne wyróżnione na rysunku 14. Może być to także inspiracja do projektowania nowych narzędzi pracy socjalnej – co uniezależnia pracownika socjalnego od dostępu do diagnozy medycznej klienta.

Należy zwrócić jeszcze uwagę na to, że wspólne ustalenie zestawu narzędzi diagnostycznych z terapeutą zajęciowym czy terapeutą środowiskowym jest bardzo istotne z punktu widzenia specjalistycznej współpracy. Analogicznie jak sugerowane wcześniej łączenie wizyty diagnostycznej terapeuty z wywiadem środowiskowym prowadzonym przez pracownika socjalnego, służące integracji działań środowiskowych, dodatkową diagnozę funkcjonalną – również do wspólnego przez nich wykorzystania – może przeprowadzić sam terapeuta (już w czasie osobnej wizyty). Jest to uzasadnione zarówno organizacyjnie (standardy pracy pracownika socjalnego określają także limit czasu na poszczególne zadania, m.in. na wywiady diagnostyczne), jak i merytorycznie: wiele zadań pracownika socjalnego i terapeuty środowiskowego uzupełnia się, czasem są to zadania wspólne).

Doświadczenia w pracy z terapeutami środowiskowymi są jeszcze bardzo skromne – to nowy zawód pomocowy i wymaga wypracowania szczegółowego modelu współpracy. Jednak wydaje się, że w planowanym modelu psychiatrii środowiskowej (jeśli rozwój terapii środowiskowej będzie przebiegał bez przeszkód) będzie to najbliższy współpracownik medyczny pracownika socjalnego. Dobrze zatem powiedzieć, kim jest i jakie zadania pełni (ma pełnić) terapeuta środowiskowy.

²⁶¹ Tamże, s. 58.

²⁶² Jest to publikacja wydawnictwa akademickiego, podręcznik zawierający kwestionariusz i jego opis powinien znajdować się w zbiorach bibliotek uniwersyteckich.

Zawód terapeuty środowiskowego oznaczony jest w polskiej *Klasyfikacji zawodów i specjalności*²⁶³ symbolem 325201 i został przypisany do grupy środowiskowych pracowników ochrony zdrowia²⁶⁴. Nie wymaga wykształcenia wyższego²⁶⁵, ale posiadanie go (przy spełnieniu jeszcze innych dodatkowych warunków) daje możliwość potwierdzenia kwalifikacji specjalisty w zakresie terapii środowiskowej. Terapeutą środowiskowym może zostać osoba, która przeszła szkolenie w zakresie terapii środowiskowej zgodne z programem zatwierdzonym przez Ministerstwo Zdrowia. Oprócz tego do uzyskania certyfikatu Sekcji Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego niezbędny jest przynajmniej 3-letni staż w opiece środowiskowej. W ocenie brany jest też pod uwagę rozwój kompetencji specjalistycznych: od kandydata na certyfikowanego terapeuty oczekuje się ukończenia kursu psychoterapii, uczestnictwa w superwizjach, jak również w grupach szkoleniowych, tzw. grupach Balinta. Zgodnie z charakterystyką, zawartą w krajowym standardzie zawodu, *terapeuta środowiskowy zapewnia osobom z zaburzeniami psychicznymi i emocjonalnymi wielostronną pomoc terapeutyczną w ich środowisku społecznym*²⁶⁶. W przedstawionym tam opisie pracownik socjalny odnajdzie wiele obszarów wspólnych lub zbliżonych do swoich zadań zawodowych. Terapeuta środowiskowy świadczy bowiem usługi opiekuńcze, których celem jest wsparcie i terapia pacjenta, jego rodziny i społeczności lokalnej. Opieka ma charakter czynny i wpisuje się w opisywany przez nas model środowiskowy. Zadania terapeuty to nawiązanie kontaktu z podopiecznym w celu rozpoznania jego problemów, potrzeb, ale także możliwości i zasobów, co jest podstawą planowania działań terapeutycznych oraz projektowania planu wsparcia indywidualnego i społecznego. Działania terapeutyczne mają charakter zarówno indywidualny, jak i społeczny, związany z interwencją w środowisku pacjenta. Swoje zadania terapeuta może realizować indywidualnie lub we współpracy z wielospecjalistycznym zespołem terapeutycznym. Należy do nich także koordynacja współpracy instytucjonalnej. Terapeuta zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej i przestrzegania zasad etyki zawodowej. W realizacji swoich zadań współpracuje z innymi specjalistami – pracownikami medycznymi, opieki społecznej – i instytucjami – ośrodkami wsparcia, rehabilitacji społecznej, zawodowej, związanymi z zatrudnieniem²⁶⁷. Aby w pełni wykorzystać potencjał nowego zawodu pomocowego, warto – dla dobra osób z chorobami psychicznymi, otoczonych wielospecjalistyczną opieką środowiskową – od razu zadbać o zacieśnioną i przemyślaną współpracę.

²⁶³ Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej (2010), *Klasyfikacja zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy*, Warszawa.

²⁶⁴ Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich (2013), *Krajowy standard kompetencji zawodowych. Terapeuta środowiskowy (325201)*, Warszawa.

²⁶⁵ Nie należy mylić terapeuty środowiskowego ze specjalistą terapii środowiskowej – osobą z wyższym wykształceniem, doświadczeniem dydaktycznym oraz klinicznym i w opiece środowiskowej, która sama jest w stanie zorganizować szkolenia dla terapeutów środowiskowych i wykładać na nich. Specjaliści terapii środowiskowej swoje kwalifikacje do szkolenia terapeutów środowiskowych potwierdzają odrębnymi certyfikatami, wydawanymi również przez Sekcję Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Zob. *Zasady uzyskiwania certyfikatów specjalisty lub terapeuty środowiskowego* [w:] Podkarpackie Forum Psychiatrii i Opieki Środowiskowej [serwis internetowy] [online] [dostęp: 20.07.2014]. <<http://psychiatriasrodowiskowa.weebly.com/certyfikaty-specjalisty-i-terapeuty-347rodowiskowego.html>>.

²⁶⁶ CRZL (2013), *Krajowy standard...*, dz. cyt., s. 6.

²⁶⁷ Tamże.

5.5. Katalog usług społecznych

Wspierając osoby z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, wraz z ich rodzinami, a nawet lokalnym otoczeniem, pracownik socjalny świadczy usługi społeczne i socjalne. Lista usług społecznych jest bardzo długa i trudna do pełnego skategoryzowania, podobnie jak lista usług społecznych, traktowanych jako nadrzędne względem tych pierwszych. Są ich setki. Opisowi usług społecznych i socjalnych Ryszard Szarfenberg poświęca całe odrębne opracowanie²⁶⁸, dlatego trudno krótko scharakteryzować ten szeroki obszar różnorodnych działań niematerialnych, ukierunkowanych na poprawę funkcjonowania społecznego osób zagrożonych wykluczeniem.

Na bardzo wysokim poziomie ogólności można mówić o usługach społecznych jako niematerialnych (nieprodukcyjnych) działaniach służących zaspokojeniu ludzkich potrzeb – edukacyjnych, zdrowotnych, opiekuńczych, informacyjnych, kulturalnych itp. Dodatkowo Tom Elfring wskazuje, iż specyfiką usług społecznych, zwłaszcza z obszaru tzw. *welfare service* (usług socjalnych i opiekuńczych), jest to, iż mają one charakter nierynkowy i świadczone są przez państwo lub za pieniądze publiczne²⁶⁹ (np. w ramach zadań własnych samorządów zleczanych organizacjom pozarządowym). Przytaczając najważniejsze cechy usług społecznych z wieloźródłowej analizy Ryszarda Szarfenberga²⁷⁰, można przedstawić je następująco:

- ➔ Ich celem jest zaspokojenie życiowych potrzeb i zwiększenie dobrostanu jednostek.
- ➔ Są zorientowane na osobę, ale motywowane interesem ogólnym; ich odbiorcą jest zarówno jednostka, jak i jej rodzina lub kompensujące jej brak najbliższe otoczenie społeczne.
- ➔ Adresowane są szczególnie do grup słabszych, wrażliwych społecznie, zagrożonych wykluczeniem.
- ➔ Wynikają z praw socjalnych człowieka, chronią ludzką godność i prawa człowieka.
- ➔ Zapobiegają dyskryminacji i pozwalają na wyrównywanie szans; dzięki temu pomagają rozwiązywać problemy indywidualne, ale przyczyniają się także do rozwiązywania problemów społecznych, poprzez podnoszenie kapitału społecznego.

Efektom wdrożenia nowoczesnych usług socjalnych powinno być podniesienie spójności społecznej, integracji i umocnienie więzi społecznych. Nie chodzi zatem jedynie o charytatywne rozdawnictwo w odpowiedzi na ludzkie problemy, utrwalające bierny, opiekuńczy

²⁶⁸ R. Szarfenberg (b.r.), *Polityka społeczna i usługi społeczne*, [online] [dostęp: 15.06.2014], <<http://rszarf.ips.uw.edu.pl/pdf/psus.pdf>>. Opracowanie jest dostępne w Internecie, a więc warto, aby pracownik socjalny osobiście zapoznał się z zawartością tej publikacji, inspirowanej do podejmowania różnorodnych działań usługowych względem swoich podopiecznych.

²⁶⁹ Tamże, s. 12.

²⁷⁰ Tamże, s. 13–16. Autor odwołuje się m.in. do takich źródeł, jak dokumenty Komisji Europejskiej, opracowania B. Szatur-Jaworskiej czy projekt Qu/A/Si II (*project investigating quality and accessibility of sustainable social services for social inclusion*). W opracowaniu Szarfenberga można znaleźć szczegółowe opisy podejścia do usług społecznych w wymienionych źródłach. Natomiast w niniejszym opracowaniu z konieczności przedstawiamy syntezę tego rozległego problemu, oddając własnymi słowami najważniejsze poruszone przez autora aspekty.

stereotyp pracy socjalnej²⁷¹. Usługi socjalne powinny stwarzać klientom działań pomocowych nowe możliwości, dawać szansę wyboru, bez pozbawiania odpowiedzialności jednostki za własny los. To istota procesu upodmiotowienia, można więc określić nowoczesne usługi socjalne jako usamodzielniające i upodmiotowiające.

W przypadku usług socjalnych, jako specyficznej kategorii usług społecznych, mamy do czynienia z dodatkowym ukierunkowaniem na poprawę funkcjonowania społecznego różnych grup osób, ale przede wszystkim tych, które z różnych powodów zagrożone są marginalizacją i wykluczeniem. Biorąc pod uwagę rolę tych usług, można mówić o działaniach pomocowych lub wspierających. Mogą być one rozumiane jako usługi w sensie ścisłym – usługą społeczną będzie np. doradztwo w określonej sprawie, jak i bardzo szeroko – za usługę społeczną można uznać ogólnie całą pracę socjalną, a realizowane w jej ramach usługi szczegółowe – za usługi socjalne. Podziały usług społecznych są złożone, czasem trudno zakwalifikować jednoznacznie poszczególne działania elementarne. Na przykład doradztwo (rodzaj świadczenia niematerialnego) świadczone osobie niepełnosprawnej i bezrobotnej (kategorie osób będących odbiorcami usług) może mieć zarówno charakter usługi zdrowotnej, edukacyjnej, jak i socjalnej.

Usługi socjalne służą więc ogólnie ludzkiemu zdrowiu i jego promocji, wsparciu w sytuacjach trudnych i kryzysowych, a w przypadku zagrożenia wykluczeniem społecznym – także dynamicznie pojmowanemu usamodzielnianiu, wzmacnianiu więzi społecznych, przywracaniu pozytywnego funkcjonowania w rolach społecznych. Stąd z pewnością będą działaniami wykorzystywanymi także w odniesieniu do osób z chorobami psychicznymi.

Podziały usług społecznych mogą więc wynikać z kryteriów podmiotowych, przedmiotowych, jak i z czysto pragmatycznych, związanych z podziałem zadań pomiędzy różnego rodzaju instytucje, resorty czy zawody pomocowe. W analizowanym obszarze wsparcia dla chorych psychicznie i ich rodzin można więc przyjąć umowny podział usług społecznych na:

- ➔ zdrowotne,
- ➔ socjalne,
- ➔ opiekuńcze,
- ➔ edukacyjne.

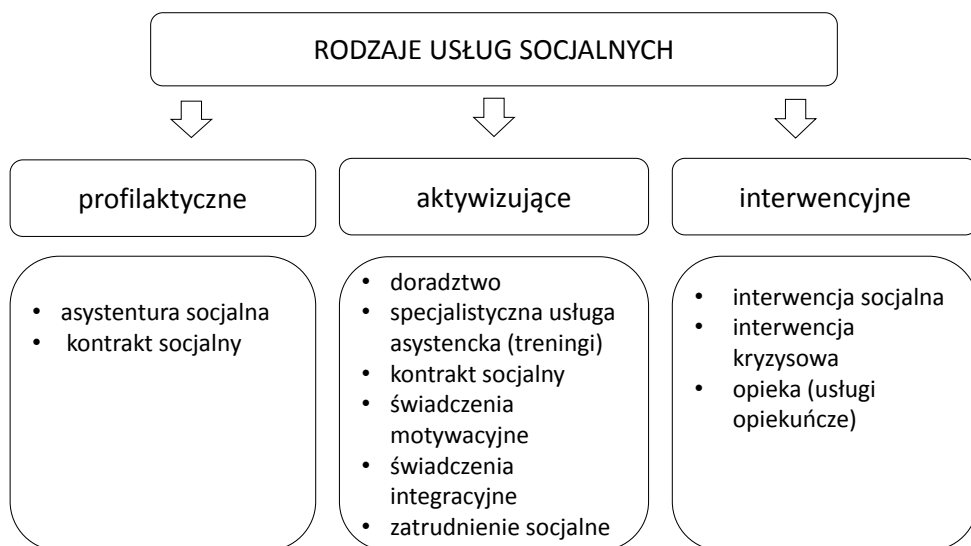
Należy jednak – z opisanych już wyżej przyczyn – liczyć się z umownością tego podziału, zwłaszcza przy interdyscyplinarnym podejściu do kwestii opieki środowiskowej. Stąd w ustawach i rozporządzeniach resortowych, jak również w różnego rodzaju kontraktach, występują często dookreślenia nie tylko wskazujące na przedmiot działań usługowych, ale i na usługodawcę (zawody uprawnione lub wskazane do ich wykonania)²⁷².

²⁷¹ K. Łangowska (2010), *Asystent rodziny jako nowa metoda pracy pomocy społecznej w Polsce* [w:] M. Szpunar (red.), *Asystentura rodziny. Nowatorska metoda pomocy społecznej w Polsce*, MOPS w Gdyni i UG, Gdynia, s. 10–11.

²⁷² Zob. np. Zarządzenie Nr 57/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Podchodząc rozwojowo do kwestii zmieniającego się modelu pracy socjalnej, należy wskazać aktualny sposób rozumienia usług społecznych w naszym kraju. Został on odzwierciedlony w projekcie nowej ustawy o pomocy społecznej. Projekt dzieli usługi społeczne na profilaktyczne, aktywizujące i interwencyjne, nie wykluczając, iż te same środki społeczne mogą mieć zastosowanie w różnych kategoriach usług społecznych. Przykładem jest kontrakt socjalny²⁷³, który może pełnić funkcje profilaktyczne (być usługą profilaktyczną) lub aktywizujące (być usługą aktywizującą). Podział usług i środków społecznych według projektu ustawy o pomocy społecznej przedstawia rysunek 15.

Rysunek 15. Działania i środki społeczne wśród podstawowych usług społecznych w projektowanej nowej ustawie o pomocy społecznej



Opracowanie: D. Podgórska-Jachnik, na podstawie *Projektu założeń projektu ustawy o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw*²⁷⁴.

Przekładając założenia zmian w ustawie o pomocy społecznej na potrzeby omawianej przez nas grupy osób, należy zauważyć, iż usługi społeczne pojawiają się na różnych etapach pomocy i w odpowiedzi na różne faktycznie zaistniałe sytuacje. Usługi profilaktyczne powinny zostać wdrożone możliwie wcześnie, gdy zostanie zdiagnozowany problem choroby psychicznej w rodzinie, zwłaszcza gdy nie potrafi się ona odnaleźć w nowej sytuacji. Ważna jest na tym etapie informacja, na jaką pomoc chory i jego bliscy mogą liczyć, zwłaszcza

²⁷³ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 listopada 2010 r. w sprawie wzoru kontraktu socjalnego (Dz. U. z 2010 nr 218 poz. 1439).

²⁷⁴ Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej (2014), *Projekt założeń projektu ustawy o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw*, Warszawa, luty 2014 r. (przewidywany termin wejścia w życie projektowanych zmian – 1 stycznia 2015 r.) [online] [dostęp: 20.03.2014], <http://www.mpips.gov.pl/_polaczone%20zalozenia%20marzec%20_2014.pdf>.

w sytuacjach kryzysowych. Chodzi tu przede wszystkim o to, by rodzina w obliczu pojawiających się wyzwań nie utraciła swych zdolności samoregulacyjnych. Czasem wskazana asystentura socjalna pomaga towarzyszyć rodzinie w procesie adaptacji do problemów związanych z chorobą, często w reorganizacji życia i podstaw bytowych. Dobrze, by stworzyć w ten sposób przestrzeń do normalnego funkcjonowania osoby chorej i jej rodziny, mimo choroby i związanych z nią ograniczeń. Trudno przecenić rolę profilaktyki, gdyż często pozwala ona uniknąć konieczności świadczenia dalszych usług. Ograniczoną rolę, zwłaszcza na tym etapie, ma natomiast kontrakt socjalny²⁷⁵. Choć jest to cenne narzędzie pozwalające na zarządzanie zmianą, jego możliwości wykorzystania mają także swoje ograniczenia, m. in. związane z uzależnieniem zakresu i form pomocy od podjętych zobowiązań pracownika socjalnego i klienta. Praca z osobą chorą psychicznie w oparciu o kontrakt socjalny czy nawet mniej rygorystyczną formę – umowę socjalną jest dość ryzykowną metodą działań, ze względu na trudną do zaprognozowania dynamikę choroby, a nawet – w niektórych przypadkach – niepełną poczatalność, ograniczającą możliwość podejmowania świadomych zobowiązań. Jednak, niezależnie od tego, należy pamiętać o zachowanych zasobach osoby z chorobą psychiczną. Nawet drobne, zawierane od czasu do czasu umowy są nie tylko czynnikiem motywacyjnym, ale również terapeutyczno-wychowawczym. Nakładają na osobę z chorobą psychiczną pewne zobowiązania, co przyczynia się do atrybucji wyrażającej się w takim stwierdzeniu: „mimo mojej choroby, on traktuje mnie poważnie”. To z kolei nie tylko mobilizuje i uczy dotrzymywania zobowiązań, ale przywraca choremu jego dobre samopoczucie i pozytywną samoocenę. Dużo zależy również od sposobu formułowania kolejnych zadań kontraktu: nie muszą, a nawet nie powinny to być od razu trudne do pokonania i wymagające długotrwałego wysiłku wyzwania (np. podjęcie studiów). Może to być poddanie się leczeniu, wykonywanie codziennych ćwiczeń zleconych przez rehabilitanta, uczestnictwo w zajęciach klubu integracji społecznej i in. Warte rozważenia jest też zawarcie jakiejś formy kontraktu socjalnego z rodziną klienta, gdyż ta stanowi dla niego bezpośrednio wsparcie. Kontrakt ten można wykorzystać w celu powiązania motywacji klienta i jego rodziny do kierowania zmianą z przywracaniem jej zdolności radzenia sobie. Kontrakt zawarty z klientem i jego rodziną jest bardzo istotny, gdy w grę wchodzi np. konieczność zmiany trybu życia rodziny. Na etapie profilaktycznym ma on istotne znaczenie dla tworzenia warunków do życia z chorobą, regulacji rytmu życia rodziny i relacji wewnątrzrodzinnych. To jakby warunki wstępne do dalszych działań aktywizujących. Kontrakt aktywizujący służy z kolei realizacji planu wychodzenia z izolacji, dezaktywacji, rezygnacji i bierności chorego i jego rodziny. Usługi aktywizujące pozwalają utrzymać odpowiednio wysoki poziom aktywności klienta, dzięki czemu nie popada on w gnuśność, bierność i bezczynność – fizjologiczne wrota do depresji zostają zamknięte. Jednak rola usług aktywizujących polega także na myśleniu kategoriami przyszłości, tj. wprowadzaniu takich form aktywności, które dają okazję do ukształtowania nowych kompetencji, użytecznych w życiu domowym, społecznym

²⁷⁵ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 listopada 2010 r. w sprawie wzoru kontraktu socjalnego (Dz. U. z 2010 nr 218 poz. 1439).

i zawodowym. Bardzo przydatne okazują się tu różnego rodzaju treningi, stanowiące specjalistyczne usługi asystenckie. Treningi w pracy socjalnej obejmują szeroki zakres działań i czynności²⁷⁶. Aktywność powinna być jednak ukierunkowana na jakiś cel, dlatego planowanie i doradztwo, ale przede wszystkim diagnoza prospektywna, powinny korespondować z terapią / pomocą / pracą socjalną skoncentrowaną na rozwiązaniach²⁷⁷. Ten rodzaj diagnozy zostanie omówiony w osobnym podrozdziale. Wracając do treningów socjalnych, należy powiedzieć, że stanowią one specyficzny i ustrukturyzowany sposób nabywania różnego rodzaju kompetencji. Treningi mogą dotyczyć w zasadzie każdej umiejętności, ale w pracy socjalnej najczęściej stosuje się treningi umiejętności społecznych i umiejętności samoobsługowych, podnoszących zdolności adaptacyjne jednostek, a więc:

- ➔ trening rozwiązywania problemów,
- ➔ trening komunikacyjny / trening podstawowych umiejętności prowadzenia rozmowy,
- ➔ trening asertywności, możliwy do powiązania z treningiem zastępowania agresji,
- ➔ trening w zakresie dbania o wygląd zewnętrzny i higienę osobistą,
- ➔ trening kulinarny,
- ➔ trening budżetowy,
- ➔ trening umiejętności praktycznych²⁷⁸.

Ważnym, ale zindywidualizowanym treningiem jest trening przygotowujący do pracy. Może być realizowany w warunkach symulowanych lub w miejscu pracy. Osoby z chorobami psychicznymi są jedną z kategorii osób niepełnosprawnych, które bardzo trudno znajdują pracę. Bariery tworzą zarówno czynniki leżące po stronie pracodawców, osób chorych psychicznie jako potencjalnych pracowników, jak również po stronie otoczenia społecznego. Często więc jedyną formą aktywizacji zawodowej jest zatrudnienie socjalne. Problemowi zatrudnienia poświęcony jest odrębny podrozdział w ostatnim rozdziale pracy, dlatego tu kwestia ta została jedynie zasygnalizowana w kontekście usługi aktywizacyjnej, jaką jest owo zatrudnienie socjalne. Katalog sugerowanych usług aktywizacyjnych uzupełniają świadczenia motywacyjne i integracyjne:

- ➔ świadczenie motywacyjne (socjalny dodatek motywacyjny) – to świadczenie powiązane z aktywnością osób lub rodzin (uwarunkowane tą aktywnością) chcących korzystać zarówno z systemu usług socjalnych, jak i poddać się wymogom jednego z rodzajów kontraktu socjalnego, jako formie partnerskiej umowy z pracownikiem socjalnym²⁷⁹;
- ➔ świadczenie integracyjne – to świadczenie w ramach usług reintegracji społecznej i zawodowej, wynikających z przepisów ustawy o zatrudnieniu socjalnym²⁸⁰, przyznawane osobom podlegającym wykluczeniu społecznemu i zagrożonym ubóstwem, które

²⁷⁶ J. Meder (1999), *Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych*, Wyd. „Śląsk”, Katowice.

²⁷⁷ G. Egan (2002), *Kompetentne pomaganie*, Zysk i S-ka, Poznań.

²⁷⁸ J. Meder (1999), *Trening umiejętności społecznych...*, dz. cyt., s. 14–16.

²⁷⁹ Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej (2014), *Projekt założeń projektu ustawy o zmianie ustawy o pomocy społecznej...*, dz. cyt.; *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 listopada 2010 r. w sprawie wzoru kontraktu socjalnego* (Dz. U. z 2010 nr 218 poz. 1439).

²⁸⁰ *Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym* (Dz. U. 2003 nr 122 poz. 1143).

ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie samodzielnie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych; świadczenie jest przyznawane tym, którzy zdecydowali się na uczestnictwo w centrach integracji społecznej²⁸¹.

Należy zaznaczyć, że osoba z chorobą psychiczną może uzyskiwać wszelkie inne świadczenia przewidziane dla osób niepełnosprawnych, bezrobotnych itd., o ile spełnia kryteria formalne pozwalające zaliczyć ją do tych grup (np. należy do grupy osób niepełnosprawnych w przypadku posiadania aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, wraz z określonym jej stopniem). Katalog świadczeń jest bardzo obszerny, wynikający z przepisów różnych ustaw. Jak zostało to wyżej opisane – praca w interdyscyplinarnym zespole i kontakty międzyinstytucjonalne pozwalają więc na znalezienie najdogodniejszych rozwiązań dla klienta. Zadaniem pracownika socjalnego jest też udzielanie wsparcia informacyjnego i zmotywowanie do wystąpienia o określone świadczenie. Czasem podopieczni pomocy społecznej wykazują nie tylko całkowitą bezradność, ale wręcz lęk przed urzędami. W przypadku chorych psychicznie to negatywny komponent emocjonalny, który może pogarszać stan pacjentów. Bywa też, np. w przypadku depresji, że proste czynności wydają się niemożliwe do wykonania – urastają do rozmiarów bariery. Zatem nawet postaranie się o odpowiednie świadczenia może się wydawać wysiłkiem przekraczającym możliwości chorego, a pokonanie własnej indolencji – autoterapeutycznym „pierwszym krokiem” ku zmianie.

Katalog usług socjalnych uzupełniają usługi interwencyjne – interwencja socjalna, interwencja kryzysowa oraz usługi opiekuńcze. Z interwencją socjalną mamy do czynienia, gdy powodem włączenia się (ingerencji) pracownika socjalnego w życie jednostki czy rodziny jest konkretny problem, czasem nagły, którego osoba ta lub jej rodzina nie jest w stanie rozwiązać samodzielnie. Interwencja dotyczy konkretnej sprawy, niekoniecznie całościowej sytuacji osób wspomaganych (np. konkretnego problemu wychowawczego z dziećmi we wspomaganej rodzinie). Zawiera w sobie właściwości ingerencji, ale i cechy innowacji, wprowadzającej z zewnątrz do sytuacji podmiotowej jednostki nowe elementy, służące rozwiązaniu problemu²⁸². Gdy sytuacja przybiera postać zagrażającej życiu lub zdrowiu, gdy osoby wspomagane znajdują się w sytuacji krytycznej – wówczas wymaga interwencji kryzysowej. Kryzys – przejściowy lub chroniczny – oznacza stan wysokiego zagrożenia, dezorganizacji, utraty równowagi połączony z ostrą reakcją emocjonalną, w obliczu zagrożenia ważnego życiowo celu. Interwencja kryzysowa skierowana jest bezpośrednio wobec zaistniałej przyczyny kryzysu, i najlepiej, żeby została podjęta niezwłocznie po zaistnieniu problemu²⁸³. Wkroczenie pracownika socjalnego lub innych specjalistów ma przywrócić podstawowe bezpieczeństwo osobie czy osobom zagrożonym, pomóc w opanowaniu emocji, dać

²⁸¹ Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. nr 69 poz. 415 z późn. zm.).

²⁸² Inspirujące jest przywołanie w tym kontekście przez Jerzego B. Sobczaka (za Alainem Tourainem) pojęcia interwencji socjologicznej, którą autor określa jako *wylanianie ustrukturuwanego problemu z nieustrukturuwanego otoczenia*, zob. J.B. Sobczak (2008), *Interwencja społeczna – teoria i praktyka. Na przykładzie Projektu IW EQUAL „Akademia Przedsiębiorczości. Rozwój alternatywnych form zatrudnienia”*, s. 25. [online] [dostęp: 22.06.2014], <<http://www.equal.org.pl/download/produktAttachments/org5440caloscml.maj08.pdf>>.

²⁸³ W. Badura-Madej (1996), *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Poradnik dla pracowników socjalnych*, Wyd. Interart, Warszawa, s. 18–23.

wsparcie emocjonalne i rzeczowe oraz przywrócić kontrolę nad sytuacją. W przypadku osób chorych psychicznie jest to szczególnie ważne, gdyż pojawienie się silnych emocji, poszytych lękiem, może wprowadzić w stan afektu, w którym zachowanie chorego jest dodatkowym czynnikiem zagrażającym życiu i zdrowiu jego lub innych osób.

Pakiet usług socjalnych o charakterze interwencyjnym dopełniają usługi opiekuńcze. Opieka to zindywidualizowana działalność, obejmująca te wszystkie sytuacje życiowe, w których ludzie nie są w stanie poradzić sobie z zaspokojeniem podstawowych życiowych potrzeb, szczególnie w obliczu zdarzeń losowych, choroby czy jej zaostrenia. Taka forma pracy socjalnej pojawia się np. w ośrodkach dla osób przewlekle chorych, w domach pomocy społecznej, ale także w domu klienta instytucji pomocowych. Usługi opiekuńcze stanowią będą część zadań zawodowych asystenta rodziny²⁸⁴, a w przypadku interwencji związanej z chorobą psychiczną w rodzinie – terapeuty środowiskowego. Pracownik socjalny może ocenić potrzebę i zdecydować o przyznaniu usług opiekuńczych. Usługi opiekuńcze oznaczają pomoc w naprawę podstawowych sprawach życiowych, jak utrzymanie porządku i higieny, przygotowanie posiłków itd.

Sprawdzając tę kategoryzację usług socjalnych do realiów funkcjonowania polskiego systemu pomocy społecznej, w powiązaniu z zasobami resortu zdrowia i innych działów administracji państwowej, trzeba powiedzieć że, katalog konkretnych, standardowych działań wspierających osoby z zaburzeniami psychicznymi i ich rodziny obejmuje:

- ➔ usługi w Centrum Zdrowia Psychicznego;
- ➔ oparcie społeczne;
- ➔ poradnictwo specjalistyczne psychologiczne;
- ➔ grupę wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- ➔ grupę wsparcia dla rodzin i opiekunów osób z zaburzeniami psychicznymi;
- ➔ specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- ➔ usługi w mieszkaniach chronionych dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- ➔ usługi w środowiskowych domach samopomocy;
- ➔ usługi w domach pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych;
- ➔ usługi asystenta osoby niepełnosprawnej²⁸⁵.

Usługi te – to konkretne formy pomocy, ale i środki w rękach pracownika socjalnego, za pośrednictwem których osiąga on zmianę w kierunku większej aktywności, partycypacji i wyższej jakości życia swoich klientów z zaburzeniami i chorobami psychicznymi.

²⁸⁴ A. Żakiewicz (red.) (2011), *Asystent rodzinny. Nowy zawód i nowa usługa w systemie wspierania rodzin. Od opieki do wsparcia*, Oficyna Wyd. „Impuls”, Kraków.

²⁸⁵ A. Ignasiak i in. (b.r.), *Narzędzia pracy socjalnej*, [online] [dostęp 8.06.2014], <wrzos.org.pl/projekt1.18/.../NPS%20wstep%2015%2003%2012.doc>.

5.6. Regulacja sytuacji prawnej osoby z zaburzeniami psychicznymi a instytucja ubezwłasnowolnienia

Jednym z podstawowych zadań pracownika socjalnego jest rozpoznanie i uporządkowanie sytuacji prawnej osoby z zaburzeniami psychicznymi. Ze względu na swój stan może ona bowiem nie posiadać podstawowych dokumentów, nie mieć miejsca zamieszkania (bezdomność) lub potwierzonego miejsca zamieszkania, statusu osoby niepełnosprawnej, praw własności, a nawet oceny zdolności do czynności prawnych. W praktyce ogranicza to lub uniemożliwia korzystanie z różnych świadczeń i form aktywizacji (np. ze względu na brak meldunku osoba taka nie może korzystać z programów finansowanych przez samorząd lokalny, skierowanych do mieszkańców danej miejscowości), co dotyczy też dostępu do własnego konta, środków finansowych w postaci rent i zasiłków, przejmowanych w całości przez rodzinę, a zatem może to mieć nawet znamiona przemocy ekonomicznej.

Chory, lat 60, zwrócił uwagę mieszkańców wsi, gdy zebrał o pieniądze na jedzenie. Zainteresowano losem pacjenta służby społeczne. Chory posiadał dowód osobisty z meldunkiem, jednak budynek, w którym był zameldowany, nie istniał od kilku lat – został rozebrany z powodu złego stanu technicznego. Mężczyzna nie potrafił odnaleźć się w swojej sytuacji, żył z dnia na dzień. Psychiatra konsultujący pacjenta rozpoznał schizofrenię. Lekarz rodzinny stwierdził u niego także liczne schorzenia kardiologiczne i reumatologiczne, przez co pacjent wymagał regularnego przyjmowania leków. Chory nie miał żadnych bliskich krewnych, nie przysługiwała mu też renta, ponieważ nigdy nie pracował. W przeszłości utrzymywany był przez przyrodniego brata, który zmarł bezdzietnie dwa lata przed opisanym zdarzeniem. Służby społeczne umieściły pacjenta w domu pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Dla dobra podopiecznego i dla zwiększenia dostępności do różnych form wsparcia społecznego, uporządkowanie sytuacji prawnej jest zatem pierwszym i bardzo ważnym krokiem we współpracy z nim, a zarazem pierwszym krokiem do powrotu z marginesu wykluczenia społecznego. To także wyraźny sygnał obrony praw i interesów klienta, a więc sprawdzian dobrych intencji, budujący zaufanie do pracownika socjalnego. Często na tym etapie udaje znaleźć się jakieś niewykorzystane dotąd źródła wsparcia ekonomicznego lub rzeczowego (np. dodatkowe świadczenia, odpisy podatkowe, możliwość uzyskania pomocy w konkretnie określonej formie, z której dotąd rodzina nie korzystała). Należy traktować to jako czynnik podnoszący jakość życia i motywujący do dalszej pracy – nigdy jako pomoc samą w sobie. Taka zwiększałaby tylko bierność podopiecznego, ograniczając jego inicjatywę do konsumpcji świadczeń, i uzależniała od pomocy. Świadczeń nie można traktować jako rekompensaty za zły los, chorobę, niepełnosprawność. Natomiast w pracy socjalnej zgodnej z zasadą *empowerment* trzeba traktować je w kategoriach aktywnych zasobów, które należy wykorzystać do generowania dalszych pozytywnych zmian i wyrównywania szans na drodze do jak najpełniejszego uczestnictwa społecznego.

Czasem w ramach porządkowania sytuacji prawnej należy rozważyć skorzystanie z instytucji prawnej ubezwłasnowolnienia lub jej alternatywy. Ubezwłasnowolnienie częściowe lub całkowite jest stosowane wobec osób, które są niezdolne do wykonywania czynności prawnych, oznacza jednak znaczące ograniczenie praw i wolności człowieka. Dlatego zawsze

powinno być podejmowane z wielką rozważą i odpowiedzialnością. W praktyce najczęściej wprowadzane jest w życie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, często w podeszłym wieku, oraz osób z niepełnosprawnością intelektualną. Ubezważnowolnienie oznacza m.in. brak możliwości skorzystania z praw wyborczych, sporządzenia testamentu, samodzielnego zameldowania, zawarcia małżeństwa, nawiązania stosunku pracy, otwarcia i korzystania z rachunku bankowego, a do niedawna – tj. do 2007 roku – nawet brak uprawnień do wszczęcia postępowania o uchylenie lub zmianę ubeważnowolnienia²⁸⁶. Monika Zima-Parjaszewska wskazuje na historyczne (jeszcze przedwojenne, a zapisane w Kodeksie cywilnym z 1964 roku²⁸⁷) oraz nieadekwatne do realiów współczesnej rzeczywistości przepisy w ubeważnowolnieniu, motywowanym dobrem i ochroną prawną osoby niezdolnej do kierowania swoim postępowaniem. W myśl tych przepisów:

- ➔ Ubeważnowolnienie całkowite może dotyczyć osoby, która ukończyła lat trzynaście, jeśli wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych (w szczególności pijaństwa lub narkomanii) nie jest ona w stanie kierować swoim postępowaniem. Całkowite ubeważnowolnienie powoduje utratę zdolności do czynności prawnych osoby ubeważnowolnionej oraz ustanowienie dla niej opiekuna prawnego²⁸⁸.
- ➔ Ubeważnowolnienie częściowe może być orzeczone **tylko** wobec osoby pełnoletniej (po ukończeniu 18 r.ż. oraz kobiety, która uzyskała pełnoletność przez zawarcie małżeństwa), która ze względu na chorobę psychiczną, niedorozwój umysłowy lub inne zaburzenia psychiczne (w szczególności pijaństwo i narkomanie) potrzebuje pomocy w prowadzeniu swoich spraw. Częściowe ubeważnowolnienie powoduje ograniczenie zdolności do czynności prawnych osoby ubeważnowolnionej oraz ustanowienie dla niej kuratora²⁸⁹.

M. Zima-Parjaszewska wskazuje na liczne archaizmy już w samej definicji prawnej ubeważnowolnienia, skonstruowanej z wykorzystaniem pejoratywnych terminów, od lat wycofanych z literatury medycznej, pedagogicznej i socjologicznej, jednak największe wątpliwości prawniczki budzi kryterium oceny „zdolności do kierowania własnym postępowaniem”²⁹⁰. Ocena taka nie może być podejmowana w trybie kwalifikacji kategorialnej (u kogoś zdiagnozowano zaburzenia psychiczne, a więc trzeba go uznać za niezdolnego do kierowania swoim życiem), ale funkcjonalnej (jedne osoby z tym samym zaburzeniem psychicznym będą w stanie kierować swoim postępowaniem, a inne nie). Potrzebna jest więc każdorazowo rzetelna ocena ekspercka (psychiatryczna, psychologiczna, socjalna), a pomoc w prowadzeniu spraw osoby ubeważnowolnionej powinna być dostosowana do zdiagnozowanych potrzeb. Nie może więc ona ograniczać się tylko do obowiązków prawnych – jak mylnie

²⁸⁶ M. Zima-Parjaszewska (b.r.), *Ubeważnowolnienie w świetle Konstytucji RP oraz Konwencji o Prawach Osób z Niepełnosprawnościami. Ekspertyza prawna*, Polskie Towarzystwo Prawa Antydyskryminacyjnego [online] [dostęp: 18.06.2014], https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fwww.ptpa.org.pl%2Fpublic%2Ffiles%2Fpublikacje%2FEkspertyza_OS_L_-_Ubeważnowolnienie.doc.

²⁸⁷ *Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny* (Dz. U. z 1964 r., Nr 16, poz. 93, z późn. zm).

²⁸⁸ Tamże, art. 13 §1.

²⁸⁹ Tamże, art. 16 §1.

²⁹⁰ M. Zima-Parjaszewska (b.r.), *Ubeważnowolnienie w świetle Konstytucji...*, dz. cyt. s. 4–5.

postrzega się czasem domenę ubezwłasnowolnienia – ale także do obowiązków socjalnych, w zakresie których osoba ubezwłasnowolniona wymaga wsparcia. Taką interpretację zawiera przytoczone przez autorkę niepublikowane postanowienie Sądu Najwyższego²⁹¹.

Refleksja i dyskusja o ubezwłasnowolnieniu jest bardzo potrzebna w pracy socjalnej, gdyż mimo swojej przebrzmiewającej formy liczba ubezwłasnowolnień paradoksalnie wzrasta. Praca socjalna z osobą ubezwłasnowolnioną jest trudna nie tylko ze względów instrumentalnych (zakładamy, że jest to osoba o niskim poziomie funkcjonowania społecznego, skoro podjęto wobec niej takie kroki prawne), ale także psychologicznych. Trudno jest motywować do działania człowieka, który na skutek ograniczonych praw ma również ograniczone możliwości wyboru i działania. Wykorzystywane w procesie przywracania wpływu na własne życie narzędzia tracą na atrakcyjności, skoro zawieranie kontraktów czy umów jest wówczas niemożliwe, bo podważane z mocy prawa. Do tego dochodzą sytuacje, gdy ubezwłasnowolnienie jest po prostu wygodne dla rodziny czy urzędników, natomiast kwestie podmiotowości osoby chorej schodzą zupełnie na dalszy plan. Pracownik socjalny powinien być świadomy istnienia instytucji ubezwłasnowolnienia – być może nawet sam czasem będzie sugerował ją rodzinie osób podejmujących ryzykowne, nieodpowiedzialne, pozbawione kontroli zachowania, ale musi pamiętać, że to ostateczność. Ubezwłasnowolnienie – bez względu na jego zasadność – zaprzecza idei *empowerment*, jest przejmowaniem kontroli nad cudzym życiem w majestacie obowiązującego prawa. Dlatego rzecznicy osób z niepełnosprawnością, w tym z niepełnosprawnością intelektualną, będący przedstawicielami nurtu prawa antydyskryminacyjnego zwracają uwagę na inne możliwości wspierania decyzyjności osób, które mają trudności w kierowaniu swoimi sprawami i swoim postępowaniem.

Instytucja ubezwłasnowolnienia została poddana pod dyskusję w gremium Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym, które podniosło kwestię naruszenia gwarancji i praw osób ubezwłasnowolnianych oraz problem przedmiotowego traktowania osób z niepełnosprawnością intelektualną²⁹². Dodatkowo ruch na rzecz praw osób niepełnosprawnych, zwieńczony uchwaleniem *Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych*, jeszcze wzmocnił wymowę tych wątpliwości. Monika Zima-Parjaszewska proponuje zwrócenie większej uwagi na alternatywy ubezwłasnowolnienia, a mianowicie:

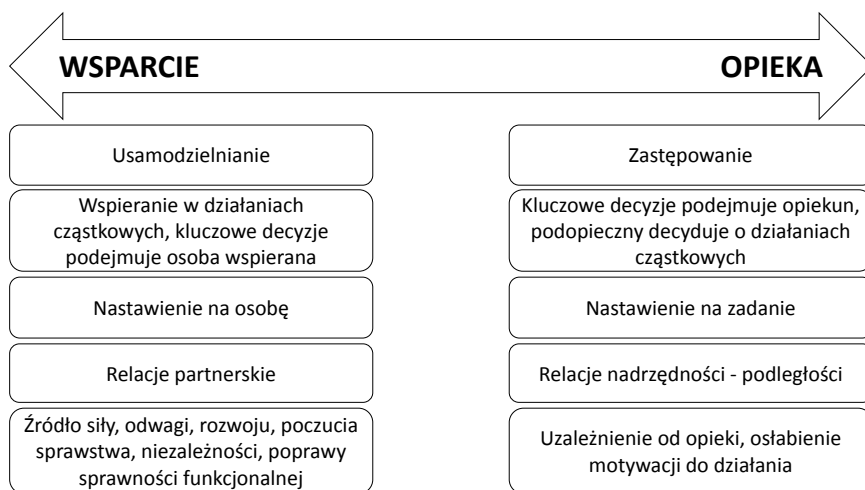
- ➔ model wspieranego podejmowania decyzji,
- ➔ ustanowienie pełnomocnika lub kuratora osoby niepełnosprawnej lub kuratora osoby w szpitalu psychiatrycznym – rozwiązania przewidziane prawem, ale w praktyce rzadko stosowane.

²⁹¹ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 1978 r., IV CR 515/77, niepublikowane. Za: M. Zima-Parjaszewska, (b.r.), *Ubezwłasnowolnienie w świetle Konstytucji...*, dz. cyt. s. 1.

²⁹² A. Firkowska-Mankiewicz, J. Parczewski, M. Szeroczyńska (2005), *Praktyka ubezwłasnowolniania osób z niepełnosprawnością intelektualną w polskich sądach – raport z badań*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo”, nr 2. Efektem działań Stowarzyszenia było poddanie pod osąd Trybunału Konstytucyjnego konkretnych spraw, zakończonych wydaniem ważnych wyroków (Wyrok TK z dnia 7 marca 2007 r., sygn. K 28/05, OTK ZU 2007, nr 3A, poz. 24 oraz Wyrok TK z dnia 6 listopada 2007 r., U 8/05, OTK ZU 2007, nr 10A, poz. 121. Podaję za: M. Zima-Parjaszewska, *Alternatywne wobec ubezwłasnowolnienia formy wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną* [w druku].

Najbardziej pożądanym byłby model wspieranego podejmowania decyzji, jednak wymaga to również odpowiedniego przygotowania asystentów (np. asystentów prawnych, znających problematykę niepełnosprawności, niepełnosprawności intelektualnej, zaburzeń psychicznych, komunikacji z osobami z niepełnosprawnościami, ich problemów życiowych itd.), stworzenia banku ofert, z którego można wybrać osobę wspierającą itd. Najistotniejsze jest jednak, by pozory opieki prawnej w przestarzałej i wymagającej zdecydowanej rekonstrukcji instytucji ubezwłasnowolnienia nie były parawanem dla urzędniczej wygody, by wprowadzanie w życie tej formy ograniczenia praw nie wiązało się z drastycznym naruszeniem prawa człowieka do decydowania o sobie – nawet w przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną. Równie ważne jest też odróżnianie działań opiekuńczych od działań wspierających – także w obszarze praw osób z zaburzeniami psychicznymi. Na rysunku 16 przedstawione są zasadnicze różnice między tymi podejściami w działaniach pomocowych, które M. Zima-Parjaszewska przypisuje odpowiednio: wspieranie – modelowi wspieranego podejmowania decyzji, a opiekę (prawną) – ubezwłasnowolnieniu.

Rysunek 16. Wpływ działań wspierających i opiekuńczych na osoby korzystające z tych form pomocy (skutki psychospołeczne)



Źródło: Opracowanie D. Podgórska-Jachnik, na podstawie: K. Mrugalska (2007)²⁹³.

Podsumowując dotychczasowe informacje – ukazane na rysunku przeciwstawne modele pomocy oraz rozważania Zimy-Parjaszewskiej na temat sytuacji prawnej osób ubezwłasnowolnionych – należy wyraźnie podkreślić, że model zbudowany na działaniach opiekuńczych – niezależnie od dobrych intencji opiekunów – prowadzi do:

- ➔ utraty umiejętności społecznych – zamiast do ich rozwijania;
- ➔ utraty świadomości prawnej i obywatelskiej;

²⁹³ K. Mrugalska (2007), *Podnoszenie umiejętności pracowników WTZ świadczących usługi osobom niepełnosprawnym*, PSOUU (niepublikowane materiały szkoleniowe).

- ➔ ograniczenia lub utraty podmiotowości – zamiast jej wzmocnienia;
- ➔ dodatkowej, pogłębiającej się, a wręcz potrójnej stygmatyzacji: z racji zaburzenia psychicznego, z racji niepełnosprawności, z racji ubezwłasnowolnienia;
- ➔ autokategoryzacji siebie jako osoby trwale wykluczonej z równoprawnego uczestnictwa w życiu społecznym²⁹⁴.

Jeśli pracownik socjalny będzie rozważał doradztwo w zakresie ubezwłasnowolnienia klienta z zaburzeniami psychicznymi przez jego rodzinę, powinien wziąć pod uwagę, że trudno o spójny model działań wspierających w pracy socjalnej, gdy podjęta zostanie zaprzeczająca mu decyzja o ograniczeniu praw. Powinien też pamiętać, że również gdy chodzi o ograniczenie praw, można skorzystać z alternatyw ubezwłasnowolnienia o charakterze wspierającym. Jednocześnie należy bardzo wyraźnie zwrócić uwagę na taki fakt, że mimo braku formalnego ubezwłasnowolnienia wiele osób z zaburzeniami psychicznymi – zwłaszcza gdy zaburzenia te współwystępują z innymi niepełnosprawnościami, np. niepełnosprawnością ruchową lub intelektualną, pozostaje w tak dużym stopniu zależności od rodziny czy innych osób, że trudno mówić tu o zachowaniu ich autonomii. Bywa, że latami tkwią w układzie, w którym pozbawieni są dostępu do własnych pieniędzy, nie mają wpływu na własne życie, nikt ich nie pyta o ich zdanie czy decyzje. Co więcej, nie potrafią też nic zmienić w tym układzie, poza którym czeka ich niepewność – może bezdomność? może życie w instytucji opiekuńczej? Boją się tego i często wolą pozostawać w znanych sobie i oswojonych relacjach całkowitej zależności.

Kobieta lat ok. 40. Depresja (nieleczona), znaczna niepełnosprawność ruchowa, rozpoznana niepełnosprawność intelektualna w stopniu lekkim. Jest dosyć samodzielna, choć czynności wykonuje wolno i z ograniczoną sprawnością rąk. Ze względu na problemy z poruszaniem się największą trudność sprawiają jej zakupy. Jest w tym zakresie zależna od innych. Poślubiła niepełnosprawnego ruchowo mężczyznę, wymeldowując się z domu rodziców, którzy nie zaakceptowali ani małżeństwa, ani zięcia. Urodziła syna, którego wychowuje babcia. Z powodu opieki babci nad dzieckiem to na jej konto wpływa cała renta kobiety, a na konto internetowe założone wspólnie z mężem wpływa zasiłek opiekuńczy. Rodzice chcieliby zabrać syna do siebie, ale boją się, że opieka społeczna odbierze im prawa rodzicielskie. Babcia obawia się, że sąd nie przyzna prawa do opieki starszej, samotnej kobiecie. Z powodu konfliktu między małżonkami kobieta wróciła do babci (swojej matki) i syna. Nie ma dostępu do konta, na które wpływa jej zasiłek opiekuńczy. Kobieta nie dysponuje żadnymi pieniędzmi. Odczuwa to jako przemoc finansową, choć swoje potrzeby określa jako bardzo niewielkie. W domu rodziców ma tymczasowe zameldowanie. Mieszkanie babci jest niedostosowane do potrzeb osoby niepełnosprawnej, nieduże, a po jej śmierci prawdopodobnie będzie przeznaczone dla innego członka rodziny. Stosunek babci (matki) do kobiety jest nieprzyjazny. Kobieta źle się tutaj czuje, uważa, że nie ma tu dla niej miejsca, ale nie ma dokąd odejść. Do męża nie chce wrócić, nie widzi ich wspólnej przyszłości. Aktualna pomoc kobiecie polega na wsparciu emocjonalnym i informacyjnym, załatwieniu przedszkola dla dziecka, udostępnieniu bezpłatnego dostępu do prawnika, który podjął starania o alimenty i separację. W miejscu zameldowania kobiety trzeba podjąć interwencję w celu przekierowania zasiłku opiekuńczego na założone przez nią – za radą pracownika socjalnego – nowe konto. Ważne są starania o to, by zabezpieczyć byt kobiety. Trzeba więc położyć kres takiej sytuacji, że wszystkie pieniądze trafiają do jej matki, a ona nadal nie ma do dyspozycji żadnych środków.

²⁹⁴ M. Zima-Parjaszewska (b.r.), *Ubezwłasnowolnienie w świetle Konstytucji RP...*, dz. cyt.; M. Zima-Parjaszewska, *Alternatywne wobec ubezwłasnowolnienia formy...*, dz. cyt.

Podjęte też będą starania o zmianę relacji kobiet, ale po pierwszych próbach widać, że dużej poprawy raczej nie można oczekiwać. Trzeba podjąć negocjacje w sprawie meldunku dla kobiety. Istnieje również potrzeba jej aktywizacji społecznej – ograniczenie jej życia do przebywania w nieprzyjnym środowisku domowym i rozpad małżeństwa są prawdopodobnie bezpośrednimi przyczynami stanów depresyjnych, być może „wyjście do ludzi” pozwoli obejść się bez odrzucanej przez nią farmakoterapii. Konieczne są również badania innych lekarzy specjalistów, pomoc stomatologiczna. Potrzebne jest też perspektywiczne zaplanowanie przyszłości, kobieta odrzuca myśl o DPS.

Dobrym rozwiązaniem dla niej byłoby mieszkanie chronione. W przyszłości mogłaby też zamieszkać z synem, lecz teraz jest jeszcze na to za mały. I babcia, i kobieta potrzebują wsparcia psychopedagogicznego w wychowaniu chłopca. Wyzwaniem będzie przygotowanie go do akceptacji niepełnosprawności rodziców, gdy zacznie ją sobie uzmyslać. Trudno powiedzieć, jak na jego rozwój wpłynie stan napięcia między matką a babcią. Trzeba też dopilnować, żeby w przyszłości rodzina nie skrzywdziła kobiety w kwestii spadku po rodzicach (mieszkanie) i ewentualnie udzielić wsparcia prawnego w wyegzekwowaniu zachowku.

5.7. Poszukiwanie grup wsparcia oraz pomocy w Internecie

Jedną z naturalnych reakcji wobec nieoczekiwanego wydarzenia, jakim jest pojawienie się w rodzinie choroby – każdej choroby – jest próba dotarcia do jak największej liczby informacji na ten temat. Dobrym ich źródłem są inne osoby lub rodziny z podobnymi doświadczeniami. Określa się je mianem grup wsparcia. Jednak w przypadku problemu choroby psychicznej skorzystanie ze wsparcia tych osób / grup oznacza konieczność wcześniejszego przyznania, iż rzeczywiście ma się ten sam problem co one. Inaczej mówiąc, oznacza to potrzebę przynajmniej wstępnej akceptacji choroby, żeby móc powiedzieć: „jesteśmy tacy sami; mam taki sam problem jak ty”. Nie jest to takie oczywiste, gdyż potrzeba zdobycia informacji przez osobę dotkniętą chorobą psychiczną, a tym samym jej rodzinę, zbiega się najczęściej w czasie z żywą jeszcze reakcją protestu i niedowierzania. Szukanie informacji o chorobie częściej służy wtedy jej zaprzeczeniu niż potwierdzeniu. Jak zatem szukać „takich samych”, gdy wiodący w świadomości poszukującego komunikat brzmi: „mnie to nie dotyczy”?

Obecnie najpowszechniejszym i pierwszym w kolejności poszukiwań staje się Internet. Chorzy i ich rodziny poszukują informacji w licznych portalach medycznych, psychologicznych, ale najchętniej wybieranym źródłem stają się fora internetowe osób cierpiących na określone schorzenie i ich bliskich. Forów tych są setki. Wystarczy wpisać do wyszukiwarki internetowej dowolne pytanie i pojawiają się adresy rozmaitych stron o różnej wartości informacyjnej, ale z reguły o dużym potencjale wzmacniania. Istotą forów internetowych dotyczących zagadnień medycznych jest najczęściej wymienianie się informacjami na temat objawów choroby, dzielenie się spostrzeżeniami dotyczącymi wyników badań oraz ich interpretacji, poradami odnośnie leczenia, lekarzy, leków itd. To prawdziwy fenomen, gdyż na takich forach trwa nieustanny przepływ ludzi: doświadczonych, nowicjuszy, entuzjastów, sceptyków, wyleczonych, poszkodowanych itd. Właściwie każdy problem i każda choroba mają swoją reprezentację w Internecie.

O trafieniu na „dobrą” stronę internetową w dużym stopniu decyduje przypadek, zwłaszcza przy małej biegłości poruszania się w przestrzeni tego medium. Ludzie jednak chętnie korzystają z zawartych tam porad z powodu:

- ➔ łatwej dostępności i aktywności Internetu o każdej porze dnia i nocy;
- ➔ anonimowości, która ułatwia zadawanie pytań, bez ujawniania tożsamości pytającego, co jest bardzo istotne w przypadku pytań o stygmatyzujące choroby psychiczne;
- ➔ domniemania bezinteresowności – choć Internet jest obecnie potężną przestrzenią biznesową (choćby reklamową), dobrowolność odwiedzenia takiego czy innego forum sytuuje poszukującego informacji w pozycji gościa, który może wejść / wyjść, podtrzymać kontakt / nie podtrzymywać go, skorzystać / nie skorzystać z porady; odczuwana wolność korzystania z Internetu daje wrażenie, że nieznaną nas osoba dzieli się swoją wiedzą bezinteresownie, i często tak jest faktycznie, choć obecnie „lajkowanie”, ocenianie, opiniowanie w Internecie określonych usług i produktów (także medycznych) stało się już również elementem gry ekonomicznej;
- ➔ poczucia wspólnoty i wsparcia, którego szybko nabywa użytkownik określonego forum.

Korzystanie z informacji w Internecie i zetknięcie się z uczestnikami forów tematycznych często poprzedza kontakt bardziej zindywidualizowany: wymianę adresów poczty internetowej, komunikatorów, numerów telefonów, jak również spotkania w tzw. realu. Czasem to także pierwszy krok do bezpośredniego kontaktu z innymi chorymi, ich rodzinami, stowarzyszeniami. Internet pozwala przetrwać ten okres niepewności, gdy poszukujący informacji jeszcze nie wiedzą, czy problem ich dotyczy, czy też nie. Potem często docierają oni do grup wsparcia.

Grupy wsparcia najczęściej powstają spontanicznie²⁹⁵ – uznaje się je więc za element naturalnych sieci wspierających. Są jednak także grupy wspomagane – często także organizowane przez specjalistów²⁹⁶. Wynika to z silnego przekonania o roli grup wsparcia w działaniach samopomocowych. Grupy sieci wsparcia naturalnego mogą obejmować np. chorych i najbliższych – rodzinę, przyjaciół, znajomych. Najczęściej jednak włączają się do nich także nieznanie wcześniej rodziny z podobnym problemem czy inni chorzy poznani w szpitalu, w czasie terapii, w toku działań rehabilitacyjnych itd. Grupy wspomagane przez profesjonalistów są organizowane przy szpitalach, poradniach, ośrodkach rehabilitacyjnych, bardzo często tworzą je także organizacje pozarządowe, ukierunkowane na pomoc określonym grupom czy osobom. W historii organizacji i stowarzyszeń odnaleźć można najczęściej nieformalne początki spontanicznie powstałych grup wsparcia.

Pomoc udzielana przez grupę wsparcia ma charakter tzw. wsparcia homogenicznego. To np. grupy AA (Anonimowych Alkoholików), grupy osób z syndromem DDA (Dorosłych Dzieci Alkoholików), grupy tzw. Amazonek, czyli kobiet po mastektomii, wspierających inne kobiety z nowotworem piersi. Przykładem dotyczącym osób z chorobą psychiczną jest Grupa Jestem²⁹⁷. Bardzo często grupy wsparcia tworzone są z myślą o członkach rodzin, doświadczających określonych trudności życiowych w związku z chorobą, niepełnosprawnością czy innymi problemami w rodzinie. Taką ofertę pomocową dla rodzin ogłaszają orga-

²⁹⁵ S. Murgatroyd (2000), *Poradnictwo i pomoc*, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań, s. 193.

²⁹⁶ Tamże.

²⁹⁷ *Plakat Grupy Jestem* [online] [dostęp 19.06.2014], <<http://www.jestem.spch.pl/files/jestem-plakat-2009.pdf>>.

nizacje pozarządowe, jak wrocławskie Stowarzyszenie „Nie Jesteś Sam”²⁹⁸, ośrodki pomocy społecznej²⁹⁹, jak również (odpłatnie) firmy komercyjne.

Potencjał pomocowy grup homogenicznych polega na tym, że będąc w podobnej sytuacji życiowej, wszyscy w jakiś sposób są ekspertami od określonego problemu. Ułatwia to docieranie do jego sedna, poszukiwanie skutecznych rozwiązań, nie tylko ze względu na empatyczny wgląd, ale także na praktyczną znajomość barier i uwarunkowań, które są udziałem innych. Dzięki temu można wzajemnie się uczyć i – co ważne – identyfikować błędy, których nie dostrzega się u siebie. Wymaga to jednak, jak już wspomnieliśmy, pewnego stopnia pogodzenia się z przynależnością do określonej kategorii osób czy rodzin.

Wracając do pomocy dostępnej w Internecie, trzeba powiedzieć, że często grupy wsparcia, które przeszły już na pewien wyższy poziom samoorganizacji, tworzą również swoją wirtualną przestrzeń, dostępną dla innych, łamiąc w ten sposób choćby barierę odległości. W niektórych wspierających się społecznościach wirtualnych uczestniczą ludzie z całego świata. Na polskich forach jest wielu emigrantów, którzy wyjechali z Polski z niepełnosprawnymi dziećmi (czasem w poszukiwaniu lepszych warunków dla ich edukacji i rehabilitacji). Utrzymują w ten sposób zarówno kontakt z krajem, jak i z rodzicami dzielącymi podobne problemy.

Na forach prowadzone są wątki tematyczne, ułatwiające śledzenie dyskusji. Warto zauważyć, że społeczności internetowe są nie tylko miejscem wymiany informacji i rozwiązywania problemów, ale także alternatywą dla ograniczonych kontaktów społecznych w prawdziwym świecie. Są więc jakąś formą kompensacji samotności, będącej często udziałem ludzi chorych i niepełnosprawnych. Można dzięki nim zredukować poczucie samotności – można o swojej samotności porozmawiać. Podamy tylko jeden, ale wymowny przykład sytuacji, w której internautka doświadczająca choroby psychicznej – pośrednio, poprzez swoich rodziców – poszukuje wsparcia w Internecie. Trzeba przy tym zauważyć, że problemy, o których pisze, ukazują jeszcze jeden, nieporuszony wcześniej aspekt funkcjonowania rodzin osób z chorobą psychiczną – wpływ choroby na dzieci osób chorych. Internautka pisze:

Moim problemem jest samotność. Urodziłam się w rodzinie, w której obydwójce rodzice byli chorzy psychicznie. Na całe szczęście zaopiekowała się mną i moim bratem rodzina. Rodzice odwiedzali nas tylko raz w tygodniu. Od zawsze pamiętam, że byłam sama – ze swoim wstydem, bo miałam chorych psychicznie rodziców, z poczuciem wyobcowania, bo kto by mnie zrozumiał, z poczuciem winy, że się wstydę... Te wszystkie uczucia, wraz z poczuciem niższości, bycia gorszą, napiętnowaną zepchnęłam gdzieś głęboko, ale one zaczęły dawać o sobie znać. [...] Szukam osób, które podobnie jak ja są „zdrowymi” dziećmi chorych psychicznie rodziców. I podobnie jak ja borykają się z samotnością, poczuciem wyobcowania, wstydu i brakiem wsparcia [Gość]³⁰⁰.

²⁹⁸ Grupa wsparcia dla rodzin osób chorych psychicznie [w:] Portal Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej [online] [dostęp 19.06.2014], <<http://www.prawapacjenta.eu/?pld=2817>>.

²⁹⁹ Projekt MOST- grupa wsparcia dla członków rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi, Portal internetowy OPS Urzędu Dzielnicowego m. st. Warszawy, [online] [dostęp 19.06.2014], <<http://www.ops-ursynow.civ.pl/index.php/jak-pomagamy/pomoc-dla-osob-w-kryzysie-psychicznym/projekt-most-grupa-wsparcia-dla-czlonkow-rodzin-osob-z-zaburzeniami-psychicznymi>>.

³⁰⁰ Choroby psychiczne w rodzinie [w:] Psychiatria.pl. Forum: schizofrenia, wpis z dn. 18 marca 2012 r. [serwis internetowy] [online] [dostęp: 15.06.2007] <<http://www.psychiatria.pl/forum/choroby-psychiczne-w-rodzinie/watek/587478/1.html>>.

Szczególną formą pomocy dla osób z chorobą psychiczną, jak i w ogóle dla wszystkich osób z problemami, jest rozwijające się obecnie poradnictwo online, odbywające się w formule płatnej bądź bezpłatnej. Ta druga najczęściej związana jest z działalnością różnych organizacji pozarządowych czy placówek edukacyjno-pomocowych. W polskim społeczeństwie gotowość do korzystania z odpłatnych profesjonalnych usług nie jest jeszcze duża (choć jednocześnie rozkwitają usługi parapsychologów i wróżbitów), jednak powoli i ta forma nabiera coraz większego znaczenia. Jednocześnie początkowe opory środowiska psychologów i psychoterapeutów wobec udzielania porady bez wchodzenia w bezpośredni osobisty kontakt z klientem ustępują działaniom na rzecz rozwoju i profesjonalizacji tego typu oferty usługowej. Kluczową jest bowiem kwestia: czy osoba potrzebująca pomocy i oczekująca jej w anonimowej formie zdecyduje się faktycznie na spotkanie w gabinecie (poradnictwo online może przygotować do tego, jako do kolejnego etapu działań pomocowych) oraz czy w związku z nieudzielaniem pomocy nie powstaną szkody, których już nie da się naprawić? Duże znaczenie ma na przykład wsparcie za pośrednictwem Internetu udzielane osobom w stanach presuicydalnych (z poważnymi symptomami wskazującymi na zamiar popełnienia samobójstwa).

Pierwowzorem pomocy na odległość były kiedyś tzw. telefony zaufania. Obecnie taka forma nadal się rozwija, często w powiązaniu z internetem, jako internetowy telefon zaufania³⁰¹. Warto wiedzieć, iż istnieje nawet Polskie Towarzystwo Pomocy Telefonicznej, które na swojej stronie internetowej udostępnia kontakt do współpracujących z nim telefonów zaufania w całej Polsce, czasem sprofilowanych na określone problemy.

Warto polecić wsparcie internetowe wszystkim osobom i rodzinom, które muszą zmierzyć się z różnymi problemami wynikającymi z chorób psychicznych. I tak – jak wspomnieliśmy – jest to najpowszechniejsze źródło informacji, jednak warto wesprzeć dodatkowo te osoby i te rodziny w dotarciu do wartościowych źródeł i społeczności – realnych i internetowych – które mogą przyjść im z realną pomocą.

5.8. Interwencja w stanach nagłych i w sytuacji zagrożenia samobójstwem

Zaburzenia psychiczne mają najczęściej charakter długotrwały, przewlekły. Jednak stan chorego może okresowo zmieniać się, objawy mogą ulegać nasileniu. To, co zazwyczaj budzi największy lęk u osób z otoczenia, to właśnie owe „ataki”, czyli epizody zaostrzającej się choroby. W stanie gdy pacjent, nadmiernie pobudzony, zagraża sobie lub innym, gdy nie kontroluje swego zachowania i agresji, należy bezwzględnie wezwać pogotowie ratunkowe (tel. 999) lub zgłosić problem na Europejski Numer Alarmowy (tel. 112). Pogotowie wzywa się również:

- ➔ w przypadku zaostrzenia dotychczas łagodnie przebiegającej choroby psychicznej, tj. gdy nasilają się omamy i urojenia; gdy chory zachowuje się jak pod ich wpływem

³⁰¹ *Telefony Zaufania w Polsce współpracujące z PTPT* [w:] Portal Internetowy Telefon Zaufania „Anonimowy Przyjaciel” [serwis internetowy [online] [dostęp: 15.06.2007] <http://www.telefonzaufania.org.pl/telefony_zaufania_wykaz.html>].

- („rozmawia z kimś”, „widzi kogoś”, próbuje pozbyć się czegoś ze swego ciała – „wyciera je”, „strąca coś”), a kontakt z nim jest utrudniony;
- ➔ w stanach przedłużającej się głębokiej depresji;
 - ➔ gdy chory długotrwale nie przyjmuje posiłków, płynów, leków, gdy od dłuższego czasu nie śpi;
 - ➔ gdy chory „dziwnie się zachowuje” (porusza się i mówi coś niezrozumiale, zdejmuje ubranie, chodzi nago w miejscu publicznym, wykazuje objawy lęku lub paniki, czuje się „śledzony”, „owładnięty przez coś lub kogoś”, wykazuje skrajną nieufność wobec bliskich osób, nie poznaje ich);
 - ➔ gdy osoba uzależniona od alkoholu lub narkotyków ma widoczne silne objawy abstynencyjne (jest bardzo pobudzona, agresywna, ma drgawki, deliryczne omamy, zrywa się, krzyczy itd.);
 - ➔ gdy mamy do czynienia z chorym zamierzającym popełnić samobójstwo lub takim, który podejmuje takie próby³⁰².

Szczególnie w tym ostatnim przypadku należy wykazać szczególną czujność i nie pozostawiać chorego bez opieki. Planując samobójstwo, może on dążyć do tego, by pozostać sam w domu, nawet dysymulując swój stan. Jak już wspominaliśmy wcześniej, myśli i próby samobójcze są bezwzględny wskazaniem do hospitalizacji, choć i na oddziałach szpitalnych zdarza się nie upilnować samobójców. Zdarza się, że wieszają się w toaletach, zażywają ukryte leki. W jednym przypadku odnotowano śmierć w wyniku podcięcia sobie żył przez pacjenta leżącego na szpitalnym łóżku. Przykryty po szyję, wykrwawił się, zanim nadeszła pomoc. Była to wielka trauma dla personelu. Osoby te do dziś nie mogą sobie wybaczyć, że nie podeszły wcześniej do pacjenta, który zdawał się spać.

W stanach pre- i suicydalnych konieczna jest stała obecność i rozmowa z chorym. Sygnałami planów samobójczych mogą być następujące uczucia i myśli:

- ➔ uczucie smutku i przygnębienia – wyrażone myślami: „Żałuję, że żyję”, „Szkoda, że nie umarłem”;
- ➔ uczucie osamotnienia – z myślami: „Nikt mi nie może pomóc”, „Jestem sam ze swym problemem”;
- ➔ poczucie bezradności – „Nic nie mogę zrobić”, „Tego się już nie odwróci”;
- ➔ poczucie beznadziejności – „Nic się już nie da zrobić”, „Wszystko jest do niczego”;
- ➔ poczucie bezwartościowości – „Kogo ja obchodzę”, „Beze mnie będzie im lepiej”³⁰³.

Specjaliści z Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego zalecają, by podczas rozmowy uważnie słuchać, zachować ciepło i spokój, okazywać empatyczną troskę i szacunek. Jednocześnie zalecają, ab nie przerywać zbyt często, nie okazywać własnych silnych emocji, zwłaszcza

³⁰² Zob. *Kiedy wezwać pogotowie do chorego psychicznie*, Portal: Pielęgniarki Anestezjologiczne, 20 stycznia 2014 [online] [dostęp 12.06.2014], <<http://pielanest.blogspot.com/2014/01/kiedy-wezwac-pogotowie-do-chorego.html>>

³⁰³ Por. *Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla pracowników podstawowej opieki zdrowotnej* (2003), ŚOZ, PTS, Genewa – Warszawa, s. 16.

ekscytacji planami samobójczymi klienta. Komunikacja powinna być akceptująca, prosta, nie należy okazywać pośpiechu i braku czasu, traktować chorego protekcyjnie, z góry, oceniać, czynić niezrozumiałych, niejasnych komentarzy³⁰⁴ itp. Jednym zdaniem można to wyrazić zasadą: mało mówić – dużo słuchać – dużo współżyć.

Postępowanie z osobą ze skłonnościami samobójczymi zależy od oceny stopnia ryzyka targnięcia się przez nią na swoje życie. Zróżnicowanie zaleceń przedstawia tabela 23.

Tabela 23. Ocena ryzyka samobójstwa a zalecane postępowanie

Wskaźniki ryzyka	Stopień Ryzyka	Zalecane postępowanie
Klient ma myśli samobójcze („Już dłużej nie wytrzymam”, „Żałuję, że nie umarłem”), ale nie podjęła jeszcze żadnych planów, przygotowań	RYZYKO MAŁE	<ul style="list-style-type: none"> → Wsparcie emocjonalne → Omówienie uczuć związanych z samobójstwem. Dążenie do odreagowania, a tym samym do wyciszenia emocji przez otwarte podzielenie się poczuciem straty, małej wartości, braku nadziei itd. Nie można umniejszać znaczenia tych uczuć, tylko trzeba stworzyć przestrzeń do refleksji i przywrócenia decyzji o wyborze życia → Koncentracja na pozytywach i mocnych stronach klienta, tak by w rozmowie sam pokazał, że w przeszłości radził sobie z problemami bez myśli o samobójstwie → Skierowanie do lekarza psychiatry lub psychologa → Regularne spotkania, stały kontakt
Klient ma myśli, a także plany samobójcze, choć nie planuje odebrać sobie życia natychmiast	RYZYKO ŚREDNIE	<ul style="list-style-type: none"> → Wsparcie emocjonalne, rozmowa o emocjach towarzyszących myślom o samobójstwie, koncentracja na mocnych stronach → Wykorzystanie ambiwalencji do stopniowego wzmacniania woli życia → Analiza innych wyjść z sytuacji poza samobójstwem. Ich szczegółowe zbadanie i omówienie, by wzorzec zachowania konstruktywnego zaistniał w świadomości klienta jako alternatywa samobójstwa → Zawarcie kontraktu, umowy, uzyskanie obietnicy, iż klient powstrzyma się od popełnienia samobójstwa przynajmniej do kontaktu z lekarzem → Skierowanie do lekarza psychiatry, ogólnego lub psychologa; umówienie konkretnej wizyty, możliwie jak najszybciej → Zapewnienie wsparcia rodziny, przyjaciół, znajomych, sąsiadów itp.
Klient ma nasilone myśli samobójcze, ma obmyślony plan samobójstwa, zgromadzone środki i chce to zrobić jak najszybciej	RYZYKO DUŻE	<ul style="list-style-type: none"> → Przebywanie z klientem, zapewnienie mu stałego nadzoru innych (nie można zostawić go samego, mimo iż o to prosi!) → Łagodna, uspokajająca rozmowa oraz odebranie środków zgromadzonych do popełnienia samobójstwa → Dążenie do zawarcia kontraktu / umowy o powstrzymaniu się od samobójstwa → Natychmiastowy kontakt ze specjalistą od zdrowia psychicznego, lekarzem; wezwanie pogotowia, załatwienie przyjęcia do szpitala → Poinformowanie rodziny i pozyskanie jej do współpracy

NIE WOLNO:

- | | |
|--|---|
| → Ignorować problemu | → Przedstawiać problemu jako banalnego |
| → Wpadać w panikę, okazywać wstrząśnienie | → Dawać fałszywe nadzieje lub gwarancje |
| → Mówić, że będzie dobrze | → Obiecać, że nie powiemy nikomu o sytuacji |
| → Prowokować słowami „To proszę to zrobić” | → Zostawić klienta bez opieki |

Źródło: Opracowanie D. Podgórska-Jachnik, na podstawie: *Zapobieganie samobójstwom* (2003)³⁰⁵.

³⁰⁴ Tamże, s. 17–18.

³⁰⁵ Tamże, s. 21–23.

Podsumowanie

1. Nowy model pracy socjalnej zakłada podejście skoncentrowane na problemach oraz oparte na zasadzie *empowerment* – także wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.
2. Cenną pomocą w pracy pracownika socjalnego jest standard pracy z osobami z niepełnosprawnością, w tym z zaburzeniami psychicznymi.
3. Standard zawiera wskazówki dotyczące problemów tych osób, jak również algorytm etapów i kroków postępowania, wraz z narzędziami pracy socjalnej (część z nich ma charakter obligatoryjny, część uzupełniający). Standard można, a nawet należy uzupełniać własnymi narzędziami, dostosowanymi do własnych potrzeb, np. narzędziami diagnozy funkcjonalnej klienta.
4. Ze względu na bariery komunikacyjne i mentalne, szczególnie istotne są wskazówki dotyczące budowania profesjonalnego kontaktu, które m.in. zawiera standard.
5. Jednym z podstawowych zadań, umożliwiających planowanie różnych form wsparcia, jest pomoc w uregulowaniu sytuacji prawnej, w tym prawa do świadczeń. W przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi czasami istnieje potrzeba skorzystania z instytucji ubezwłasnowolnienia, ale nie należy nadużywać tej możliwości. Możliwe i zalecane są jakieś alternatywy ubezwłasnowolnienia, np. wspierane podejmowanie decyzji.
6. Usługi socjalne dla osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi stanowią jedną z kategorii usług społecznych, obok usług zdrowotnych, edukacyjnych i opiekuńczych. Standard zawiera również propozycje gotowych pakietów świadczeń (usług).
7. Usługi socjalne proponowane osobom z niepełnosprawnością, w tym psychiczną, ujęto w standardzie w osobne pakiety, co bardzo ułatwia pracę. Bezwzględnie należy i warto zapoznać się ze szczegółami standardu.
8. Każda kategoria zaburzeń psychicznych rodzi osobne wyzwania. Czasem konieczna jest natychmiastowa interwencja, jak w przypadku osób z myślami samobójczymi. Ryzyko samobójstwa występuje we wszystkich zaburzeniach psychicznych, należy więc zawsze obserwować klientów pod kątem ewentualnych myśli lub planów samobójczych.

Polecana literatura:

- Badura-Madej W. (1996), *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Poradnik dla pracowników socjalnych*, Wyd. Interart, Warszawa.
- Czarniecki P.S. (2013), *Praca socjalna*, Wyd. Dyfin SA, Warszawa.
- Egan G. (2002), *Kompetentne pomaganie*, Zys i S-ka, Poznań;
- Harry J., Madden B., Darmody M. (2007), *W poszukiwaniu rozwiązania. Przewodnik po terapii krótkoterminowej*, Galaktyka, Łódź.
- Kaczmarek G. i in. (b.r.), *Standard pracy socjalnej z osobą z niepełnosprawnością i jej rodziną z uwzględnieniem osób z zaburzeniami psychicznymi*, WRZOS, Warszawa.
- Meder J. (1999), *Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych*, Wyd. „Śląsk”, Katowice.
- Szarfenberg R. (b.r.), *Polityka społeczna i usługi społeczne*, [online] [dostęp: 15.06.2014], <<http://rszarf.ips.uw.edu.pl/pdf/psus.pdf>>.
- Szarfenberg R. (b.r.), *Standardy pracy socjalnej. Wprowadzenie* [online] [dostęp: 4.04.2014], <http://www.wrzos.org/pl/projekt1.18/download/SPS%20wprowadzenie_2601.pdf>.
- *Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla pracowników podstawowej opieki zdrowotnej* (2003), ŚOZ, PTS, Genewa – Warszawa.

6. (RE)INTERGRACJA SPOŁECZNA I AKTYWIZACJA ZAWODOWA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

6.1. Uczeń i student z zaburzeniami psychicznymi – możliwości edukacji

Zaburzenia psychiczne i długotrwała choroba izolują, a w dłuższej perspektywie wyłączają osobę chorą ze społeczeństwa. Wielokrotnie wskazywaliśmy już na te negatywne skutki chorób psychicznych. Świadomość znaczenia, jakie ma dla chorego utrzymanie i odzyskanie jego wcześniejszej aktywności i usytuowania społecznego, jak również tego, jak istotne jest dla społeczeństwa utrzymanie swoich członków w głównym nurcie jego życia, potwierdzana jest działaniami na rzecz integracji³⁰⁶ i reintegracji społecznej. Integracja społeczna wiąże się z umożliwianiem uczestnictwa w życiu społeczności jednostek i grup mniejszościowych, dla których z różnych powodów jest to trudne. Przez to pozostają poza głównym nurtem aktywności tej społeczności, nie korzystają na zasadach równości z usług i praw, a ich szanse rozwoju i samorealizacji stają się ograniczone. Działania prointegracyjne wiążą się z jednej strony z reorganizacją życia społecznego, tak by było ono bardziej otwarte na te szczególne grupy mniejszościowe i jednostki (jest to adaptacja społeczności do potrzeb jednostek i grup zagrożonych wykluczeniem), z drugiej – z wyrównywaniem ich szans, np. przez wyposażanie w dodatkowe kompetencje społeczne i kulturowe, działania i usługi wspierające itd. (to z kolei adaptacja jednostek i grup zagrożonych wykluczeniem do standardów ustanawianych przez tę społeczność). Reintegracja dotyczy podobnych działań jak integracja, ale są one podejmowane wobec tych, którzy do pewnego czasu normalnie funkcjonowali w pewnej społeczności, a wyłączyła je zmiana statusu, możliwości czy osobistych dyspozycji (np. w wyniku choroby, utraty pracy, niepełnosprawności).

Z tych krótkich opisów wynika ważna rola działań edukacyjnych oraz zdobywania kompetencji istotnych dla pełnego uczestnictwa w życiu społeczności zgodnie z jej standardami. W przypadku dorosłych osób jego przejawem jest przede wszystkim samodzielność

³⁰⁶ W pedagogice specjalnej aktualnie częściej mówi się o inkluzji (włączaniu) niż integracji. Nie wchodząc w głębsze rozważania, można w uproszczeniu powiedzieć, iż inkluzja jest udoskonaloną formą integracji, redukującą z przyjętych rozwiązań elementy specjalne.

i niezależność ekonomiczna, uzyskiwana głównie poprzez zatrudnienie. Dlatego możliwość uzyskania i świadczenia pracy to jeden ze wskaźników efektywnej adaptacji społecznej, a jednocześnie oczekiwany standard aktywności każdego dorosłego.

W przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, niestety, standard ten trudno jest zrealizować. Mówiąc więc o (re)integracji, mamy na myśli w dużym stopniu działania zmierzające ku aktywizacji zawodowej tych osób. Wiązą się one ściśle ze wspomnianymi już działaniami edukacyjnymi, a więc w tym rozdziale dominujące będą właśnie te dwa obszary: edukacja i aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi.

Problem chorób psychicznych w przypadku uczniów i studentów należy rozumieć jako szczególnie w kontekście następujących spostrzeżeń:

- ➔ wiele zaburzeń zachowania oraz zaburzeń i chorób psychicznych ma swój początek w okresie rozwojowym, czyli dzieciństwie, okresie dojrzewania i wczesnej dorosłości; psychiatria dzieci i młodzieży ma więc swoją specyfikę, zarówno ze względu na swoistość i dynamikę chorób psychicznych w tym okresie, jak również na ich znaczenie rozwojowe – w pełni ma tu zastosowanie pojęcie Stanisława Kowalika: „sfera utraczonego rozwoju”³⁰⁷, czyli niezrealizowanego na skutek choroby potencjału rozwojowego;
- ➔ zaburzenia psychiczne stanowią podłoże trudności w uczeniu się, ograniczając lub uniemożliwiając naukę; zaburzenia i choroby psychiczne mogą więc komplikować wypełnianie obowiązku szkolnego, a więc wyłączać z pełnienia charakterystycznej dla tego wieku roli społecznej osoby uczącej się; takie wyłączenie jest z kolei bezpośrednim powodem marginalizacji i bolesnego dla jednostki wykluczenia społecznego: im wcześniej się ono dokonuje, tym trwalsze i trudniejsze do pokonania mogą być jego skutki; skutki wykluczenia można zaobserwować np. w formie odmowy uczęszczania do szkoły, ale także konfliktów z prawem, sięgania po narkotyki czy prób samobójczych³⁰⁸;
- ➔ sama szkoła i uczelnia, jako środowiska społeczne, mogą generować szereg stresorów i sytuacji lękotwórczych (rygory szkolne i uczelniane, sprawdziany wiedzy i egzaminy decydujące o przyszłości, ocena w warunkach ekspozycji społecznej, zagrożenie poczucia własnej wartości i godności itd.), a także niestety patologicznych relacji interpersonalnych, od których nie zawsze jest ucieczka, w tym agresję, przemoc i bullying rówieśniczy³⁰⁹, na które szczególnie narażone są osoby ze stygmatami odmienności; tak więc samo środowisko szkolne może być źródłem fobii, zachowań buntowniczych, ale i ucieczkowych, depresyjnych oraz wspomnianych w poprzednim punkcie aktów suicydalnych;
- ➔ wyłączenie z aktywności edukacyjnej i kontaktów z rówieśnikami wtórnie zakłóca posiadane kompetencje społeczne tych osób i nie pozwala na ukształtowanie nowych, co rzutuje zarówno na przyszłe relacje społeczne, jak i perspektywy zawodowe;

³⁰⁷ S. Kowalik (2007), *Psychologia rehabilitacji*, Wyd. Akademickie i Profesjonalne, Warszawa, s. 51–53.

³⁰⁸ A. Kołakowski, T. Wolańczyk (2000), *Zaburzenia zachowania u dzieci i młodzieży*, „Klinika Pediatryczna”, nr 8(4), s. 436–444.

³⁰⁹ B. Śliwerski (2010), *Szkoła jako czynnik sprzyjający agresji* [w:] J. Pyżalski, E. Roland (red.), *Bullying a specjalne potrzeby ...*, dz. cyt.

- ➔ ograniczenie ambicji edukacyjnych, przedwczesne przerwanie nauki (tzw. odpad szkolny), zamknięcie dostępu do niektórych zawodów czy kolejnych stopni edukacji (np. do studiów wyższych na skutek nieprzystąpienia lub niezdania egzaminu maturalnego) są przyczynami ograniczenia kapitału społecznego osób z chorobami psychicznymi, utrudniającymi im w przyszłości poruszanie się na rynku pracy i skuteczne zatrudnienie.

Uczniowie i studenci z chorobami i zaburzeniami psychicznymi powinni być więc otoczeni szczególnym wsparciem psychospołecznym. Jest to jeszcze ważniejsze w obliczu faktu, iż większość osób z chorobą psychiczną, mimo pewnego obniżenia jakości życia (np. zależności od leków), przechodzi najczęściej przez jeden, dwa okresy ostrego nasilenia objawów chorobowych. W okresie remisji można pracować, prowadzić w miarę normalne życie, ale starty poniesione w czasie choroby przypadającej na okres nauki szkolnej mogą okazać się niepowetowane.

Uczeń z zaburzeniami psychicznymi traktowany jest jako uczeń ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (SPE), który powinien zostać otoczony opieką szkoły. Szkolny zespół ds. specjalnych potrzeb edukacyjnych przygotowuje dla niego indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny, zaleca optymalne metody i środki kształcenia. Dla uczniów z zaburzeniami psychicznymi dobrą formą nauki są klasy terapeutyczne (obecnie rzadko tworzone, choć czasem otwiera się nie tylko klasy, ale wręcz całe szkoły specjalizujące się w kształceniu w ramach klas terapeutycznych)³¹⁰. Uczniowie ze SPE wynikającymi z zaburzeń psychicznych korzystają również często z nauczania indywidualnego w szkole lub w domu. Dotyczy to coraz liczniejszej ich grupy cierpiących na fobię szkolną. Nauka indywidualna pomaga znacząco dostosować pracę do specyficznych potrzeb i możliwości ucznia, jednak jeśli jest to nauczanie w domu – uczeń ma znikome szanse na przebywanie z rówieśnikami. Dlatego należy zawsze starannie rozważyć taką decyzję.

Studenci na wyższych uczelniach coraz częściej korzystają ze wsparcia edukacyjnego pełnomocników, rzeczników, kierowników biur osób niepełnosprawnych. To zupełnie nowa jakość: funkcje te, jak też systemy ułatwień dla studentów niepełnosprawnych, zaczęły powstawać w pierwszych latach XXI wieku. Teraz pomoc można uzyskać w większości uczelni państwowych i w wielu uczelniach prywatnych.

Trzeba jednak przyznać, że pomoc studentom z zaburzeniami psychicznymi jest dość trudna. Wsparcie edukacyjne nie przewiduje obniżenia wymagań programowych. Uczelnie wyższe powinny się wykazać osiągnięciem zakładanych efektów kształcenia na kierunku, niezależnie od tego, czy student jest niepełnosprawny, czy nie. W przypadku innych niepełnosprawności wsparcie obejmuje ułatwienia techniczne, np. pomoc tłumacza języka migowego, dostęp do materiałów w formie elektronicznej czy wydruków brajlowskich. Osobom z zaburzeniami psychicznymi trudniej pomóc. Najczęstszymi problemami są:

³¹⁰ Taką szkołą – obecnie jedyną w Polsce – prowadzącą wyłącznie klasy terapeutyczne jest XLIV Liceum Ogólnokształcące w Łodzi, zob. XLIV LO [serwis internetowy] [online] [dostęp: 19.06.2014], <<http://www.lo44.szkoły.lodz.pl>>.

- ➔ nieuchronność pewnych terminów, np. egzaminów, z którymi trudno się zmierzyć, zwłaszcza w przypadku zaburzeń depresyjnych i lękowych;
- ➔ zablokowanie obciążeń w czasie krótkiej, intensywnej sesji;
- ➔ wpływ przyjmowanych leków psychotropowych na funkcje pamięci i wolniejsze tempo pracy;
- ➔ lęk przez ekspozycją społeczną w czasie zajęć grupowych; w szczególności problem dotyczy osób z psychozami, zwłaszcza ze schizofrenią, a najtrudniejsze pod tym względem zajęcia to lektoraty;
- ➔ obawy przed stygmatyzacją; powoduje to, że student nie ujawnia swoich problemów, nie korzysta ze wsparcia uczelni.

Jeśli chodzi o formy pomocy ze strony uczelni, to studentom z chorobą psychiczną można zaoferować wydłużony cykl kształcenia. Są tacy, którzy studiują po kilka, kilkanaście lat dłużej niż w toku standardowym. Pomocny jest też alternatywny tryb egzaminu, wraz z wydłużeniem czasu na jego wykonanie. Można korzystać także z indywidualnego toku lub indywidualnej organizacji studiów. Na Uniwersytecie Warszawskim – jednej z pierwszych uczelni w Polsce, gdzie na początku lat dwutysięcznych podjęto program pilotażowy zwiększenia dostępności wyższej uczelni dla osób z niepełnosprawnością, w tym próby racjonalnego dostosowania warunków studiowania do potrzeb studentów z zaburzeniami psychicznymi – stosowana jest generalna zasada nieobniżania wymagań dydaktycznych. Jednak aby im sprostać, student może uzyskać dodatkowe wsparcie, np. możliwe są:

- ➔ zmiany w harmonogramach zaliczeń;
- ➔ zmiany dopuszczalnej liczby nieobecności (nawet do 50%);
- ➔ zmiany form egzaminów lub zaliczeń (nie tylko z wyborem pomiędzy formą ustną a pisemną, ale także pomiędzy grupową a indywidualną);
- ➔ urlopy zdrowotne, w tym urlop z prawem do zaliczania przedmiotów;
- ➔ konsultacje i pomoc psychologiczna i psychiatryczna oraz wsparcie w procesie leczenia³¹¹.

Opłata za studia na wyższych uczelniach może być zrekompensowana przez lokalny samorząd ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Aby pokazać jak istotnym wydarzeniem życiowym, wręcz punktem zwrotnym, może być podjęcie studiów, przedstawimy jeszcze jedno studium przypadku osoby z ciężką i długotrwałą depresją. W przypadku tym występuje wiele elementów wartych rozważenia pod kątem możliwości działań wspierających, chociaż nie było tu interwencji pracownika socjalnego.

³¹¹ Zob. *Niepełnosprawność – definicja, klasyfikacja i konsekwencje. Studenci z zaburzeniami psychicznymi* [w:] Broszura "Uniwersytet dla wszystkich", Uniwersytet Warszawski, BON.

Kobieta, wiek ok. 36 lat, z cechami melancholijnymi i nawracającymi epizodami silnej depresji. Samotna, bardzo inteligentna, uzdolniona plastycznie i muzycznie, bardzo wrażliwa, pomagająca innym ludziom. Dość późno rozpoczęła studia, namówiona przez swoją przełożoną, która była dla niej ważną osobą wspierającą. Studia miały być m.in. formą terapii i źródłem kontaktu z ludźmi, ale także krokiem w kierunku podwyższenia kwalifikacji, w pełni odzwierciedlającym możliwości chorej. Uczestnictwo w pewnej konferencji naukowej przywołało wyparty obraz silnej traumy przeżytej w dzieciństwie, co poskutkowało bardzo gwałtownym nasileniem objawów depresji oraz myślami i zamiarami samobójczymi. Chora trafiła do szpitala. Podjęła leczenie psychiatryczne i psychoterapię. Ze względu na dobre relacje ze współpracownikami, kolegami ze studiów i wykładowcami, wokół kobiety w naturalny sposób zawiązała się sieć wsparcia. W pracy spotkała się z zrozumieniem dla swoich problemów, hospitalizacji i zwolnień. Wykładowcy wykazali się dużą elastycznością, łącznie z przyjazdem jednego z nich do szpitala w celu przeprowadzenia egzaminu, który umożliwił zamknięcie sesji. Dużą pomoc okazali inni studenci – do tego stopnia, iż jeden z nich dozwalał chorej dzienne dawki leków, by zapobiec gromadzeniu przez nią psychotropów z myślą o zamachu samobójczym. Po ostrej fazie choroby kobieta wróciła na studia i do pracy, kontynuując jednak leczenie. Na uczelni postarała się, by przyjęto ją na seminarium dyplomowe prowadzone przez psychologa wtajemniczonego w jej problem. Profil studiów pozwolił na podjęcie w ramach pracy dyplomowej tematyki nawiązującej do jej problemu – zaś w toku zajęć seminaryjnych kobieta zdecydowała się ponadto na pracę o charakterze autobiograficznym. Ze względu na potwierdzony naukowo terapeutyczny wymiar pisania o sobie prowadzący zaakceptował ten pomysł, konsultując to jednak z lekarzem i psychoterapeutką. W trakcie pisania pracy kobieta stopniowo decydowała się na odkrywanie i opis nowych traumatycznych faktów z przeszłości, które stopniowo przenosiła na prowadzoną terapię. Ujawnianie kolejnych warstw problemu, podporządkowane dyscyplinie pracy naukowej, jak również oczywista w tym przypadku psychoedukacja, stanowiły prawdziwy proces autoterapeutyczny. Co więcej, kobieta zdecydowała się pisać swoją narrację ręcznie: powoli, systematycznie, z wielką starannością, a nawet przepisać ją później w całości (praca drukowana liczyła ok. 100 stron) i podarować jej ręczne kopie (!) promotorowi i lekarzowi. Pozwala to dostrzec, jaką wagę przypisywała tej czynności i jak intuicyjnie uruchomiła proces rytualizacji w oswojaniu się i uwalnianiu od wypieranych dotąd wspomnień. Pisanie pracy pozwoliło jej zrozumieć własną historię i uporać się z przeżytą traumą. Powstało niezwykle świadectwo i niezwykle tekst, autorka nosi się z zamiarem jego publikacji, motywowanej chęcią niesienia pomocy innym. Kobieta ukończyła studia z bardzo wysokim wynikiem i w dobrej formie psychicznej. W następnych latach prowadziła również zajęcia dydaktyczne na wyższych uczelniach, choć pozostała przy swoim wcześniejszym zatrudnieniu. W dedykacji do swojej pracy wskazuje na proces pisania jako na główny czynnik terapeutyczny oraz podnosi ważny dla niej aspekt, jakim była współpraca promotora, lekarza i psychoterapeutki. W treści pracy znajdujemy potwierdzenie, jak znaczące było również dla jej autorki wsparcie ze strony kolegów i współpracowników.

Ten przykład samoorganizującego się wsparcia psychospołecznego przedstawiono po to, by pokazać, że posiadane zasoby pozwalają radzić sobie z chorobą i nie jest konieczne sięganie po pomoc socjalną, która w przypadku osoby samotnej po prostu byłaby niezbędna. W opisanej sytuacji po stronie zasobów osobistych można zapisać zdolności intelektualne, postawy prospołeczne, motywację do rozwoju, otwartość na wyłaniające się możliwości, ambicję i wyraziste plany perspektywiczne, które pozwalały pokonać okresowe spadki motywacji do działania i poczucie utraty sensu życia, spowodowane zaostrzeniem choroby. Po stronie zasobów społecznych należy wymienić bliskie relacje z innymi studentami, dobre relacje z wykładowcami, współpracę specjalistów zaangażowanych w proces terapii (pracując w zupełnie różnych, niepowiązanych ze sobą instytucjach, sami nawiązali kontakt, co pozwoliło np. uniknąć nieskoordynowanych czy wykluczających się działań), ale przede wszystkim wspomnieć trzeba (choć to słabiej uobecnia się w opisie historii) o wspierających współpracownikach i empatycznej, rozumiejącej przełożonej. Dyskretnie wspierała ona swoją pracownicę zarówno na początku choroby, jak i podczas jej wieloletniego trwania. Trzeba też zwrócić uwagę, że wyrazisty i spektakularny zarazem sukces autoterapii, za jaką trzeba

uznać pisanie biograficznej pracy dyplomowej, nie miałby miejsca, gdyby nie mądra rada o podjęciu studiów. Wydaje się więc, iż w narosłym społecznie problemie chorób psychicznych rola pracodawców i kadry zarządzającej w psychoprofilaktyce zaburzeń jest jeszcze w naszym kraju niedostatecznie doceniona i wykorzystywana.

Przełożeni i współpracownicy to bardzo ważne ogniwo w systemie wsparcia społecznego, gdyż ich nastawienie ma znaczenie szczególnie na początku choroby, gdy problemy ujawniają się w pracy i chory staje się mniej efektywnym pracownikiem ze względu na zwolnienia i hospitalizacje. Zrozumienie i postawa solidarności w tym okresie może mieć kluczowe znaczenie dla wytworzenia pozytywnej postawy wobec własnej choroby i podjęcia różnych istotnych decyzji (o rozpoczęciu leczenia lub też nie, o przyjęciu na siebie pewnych nowych zadań zawodowych lub rezygnacji z nich, o ewentualnym zmniejszeniu obciążeń, np. rezygnacji z nadgodzin, przejściu na niepełny etat lub nawet rezygnacji z pracy). Bardzo ważne jest, żeby pracownik socjalny pamiętał o tym ogniwie wsparcia i próbował **(wyłącznie za zgodą osoby chorej, gdyż może ona ukrywać swój problem w miejscu pracy)** nawiązać kontakt z pracodawcą.

Wobec często podkreślanej w tej książce narastającej skali zaburzeń psychicznych w nowo-czesnym społeczeństwie, konieczne jest zatem edukowanie kadry zarządzającej w zakresie psychoprofilaktyki i wspierania pracowników zagrożonych zaburzeniami psychicznymi, jak również co do możliwości reorganizacji pracy tych, którzy ulegli chorobie. Praca w niepełnym wymiarze godzin, elastyczne formy zatrudnienia, nienormowany czas pracy, telepraca (praca zdalna), system projektowo-zadaniowy, formy pracy zlecanej³¹² – każda z tych opcji zapewnia ciągłość korzystania przez pracodawcę z kompetencji mniej wydajnych z powodu choroby pracowników. To jednocześnie skuteczna i pożądana forma pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w utrzymaniu – choć częściowego – zatrudnienia oraz skuteczne narzędzie zapobiegania wykluczeniu społecznemu. Nawiązując do dynamiki opisanego procesu marginalizacji i wykluczenia społecznego, podkreślić należy banalną w swej prostocie prawdę, iż łatwiej zapobiegać, niż leczyć; łatwiej zapobiec przesunięciu człowieka (z zaburzeniami psychicznymi) na margines społeczny, niż potem go z niego wydobyć. Zważywszy ogromne koszty społeczne chorób psychicznych, należy odwołać się także w tym zakresie do idei odpowiedzialnego biznesu. Natomiast realnym możliwościom zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi poświęcony jest następny rozdział.

6.2. Zaburzenia psychiczne i spowodowana nimi niepełnosprawność a możliwości zatrudnienia

Zaburzenia i choroby psychiczne w znaczącym stopniu ograniczają aktywność życiową, funkcjonowanie w rolach społecznych, a w szeroko rozumianych obszarach życiowej aktywności – silnie rzutują na możliwości edukacji, kształcenia zawodowego i możliwości podjęcia i świadczenia pracy. Obniżone szanse samorealizacji w każdym z tych obszarów nakładają się na siebie. Oznacza to np. takie związki przyczynowo-skutkowe, jak mniejsze szanse

³¹² Zob. E. Giermanowska, (2013), *Ryzyko elastyczności czy elastyczność ryzyka? Instytucjonalna analiza kontraktów zatrudnienia*, Warszawa; M. Rymśa (red.) (2005), *Elastyczny rynek pracy i bezpieczeństwo socjalne. Flexicurity po polsku?*, ISP, Warszawa.

zatrudnienia na skutek niskich kwalifikacji zawodowych (niskiego poziomu wykształcenia, braku wykształcenia specjalistycznego), ale również zależność odwrotną: świadomość niewielkich szans na zatrudnienie działa demotywująco w obliczu konieczności podjęcia decyzji o rozpoczęciu czy kontynuowaniu kształcenia. Z obiema sytuacjami mamy do czynienia w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza popartymi zdiagnozowaną chorobą psychiczną. Przy tym tylko pewną część „winy” za ograniczenia ponoszą same problemy funkcjonalne związane bezpośrednio z chorobą.

Na co więc zwrócić uwagę? Zaburzenia psychiczne – dysfunkcje procesów psychicznych – są czynnikami, z powodu których osoba nie może wykonywać (poprawnie, produktywnie) niektórych czynności zawodowych. Jednak częściej problemem są ograniczenia wtórne, wynikające z ograniczonych doświadczeń i niskich kompetencji społecznych.

Choroba psychiczna – współwystępowanie kilku zaburzeń, składających się na obraz kliniczny choroby – nie tylko kumuluje czynności zawodowe, których osoba nie może poprawnie i produktywnie wykonywać, ale dodatkowo ogranicza jeszcze możliwości kompensacji każdego z tych zaburzeń traktowanego osobno. Przeciwwskazania mogą dotyczyć już nie tylko czynności czy stanowisk pracy, ale mogą wyłączać z wykonywania niektórych zawodów.

Terapia stosowana w zaburzeniach i chorobach psychicznych – czynnikiem utrudniającym lub nawet uniemożliwiającym naukę lub pracę może być sam sposób prowadzenia terapii i wynikające z niej uciążliwości. Mowa tu np. o koniecznych dłuższych lub częstszych hospitalizacjach, jak również farmakoterapii psychiatrycznej. Nadmierna absencja chorobowa zawsze jest zjawiskiem źle postrzeganym przez pracodawców, stąd między innymi ich obawy przed zatrudnianiem osób z wszelkimi przewlekłymi chorobami. To także powód zwolnień z pracy, ale także niepodejmowania zatrudnienia przez osobę chorą, antycypującą potrzeby częstszych zwolnień. Z kolei przyjmowanie leków psychotropowych nie pozostaje bez wpływu na całość funkcjonowania psychospołecznego, co może ograniczać zdolność do wykonywania pracy. Leki takie mogą powodować np. nie tylko oczekiwane wyciszenie, wygaszenie lęku czy agresji, ale także wywoływać niepożądaną (nadmierną) sennosć, problemy z pamięcią, mogą obniżać ogólny poziom aktywacji. Inne będą nie tylko zgodnie z intencją lekarza pobudzać pacjenta apatycznego, ale także zaburzać sen, koncentrację uwagi, powodować drażliwość, zaburzenia mowy itd. Specyficznym problemem związanym bezpośrednio z przebiegiem choroby psychicznej jest np. wywołanie przez leki pewnych negatywnych objawów (np. objawów psychotycznych, myśli samobójczych, zmiany fazy w chorobie dwubiegunowej itd.). Do tego należy dodać różnego rodzaju efekty uboczne, nieleżące bezpośrednio w spektrum funkcji psychicznych podlegających „modelowaniu” farmakologicznemu. Na przykład podanie niektórych leków w celu zmiany nastroju pacjenta może zaburzać czynności wątroby, szpiku kostnego, pracę serca, ciśnienie krwi, poziom cukru w organizmie i in. Osobny problem stanowi również uzależnienie od leków psychotropowych. Wszystko to powoduje, iż praca osoby będącej pod wpływem leków psychotropowych wymaga szczególnej ostrożności. Wykonywanie wielu czynności zawodowych (np. obsługa maszyn, prowadzenie samochodu) może być w takich okolicznościach wręcz

zabronione, a – jak wskazuje przedstawiony wyżej obraz skutków zażywania tych leków – osoba zmuszona do farmakoterapii może być postrzegana jako niepewna i niestabilna w roli pracownika, ucznia czy studenta. Z drugiej jednak strony należy podkreślić, że dobrze ustawione leki psychotropowe, przyjmowane systematycznie, zgodnie ze wskazaniami i pod kontrolą lekarza, u wielu osób dają długotrwały efekt remisji, pozwalającej na w miarę normalne funkcjonowanie, obejmujące także pracę zawodową.

Niepełnosprawność spowodowana chorobą psychiczną wynika z kumulacji negatywnych symptomów choroby, jak i wszystkich pierwotnych i wtórnych skutków psychospołecznych, które długotrwale wyłączają chorego z możliwości pełnienia ról społecznych. Dotyczy to także roli osoby uczącej się czy pracującej. Zagadnienia te zostały omówione w osobnym rozdziale, w którym postawione było pytanie, czy choroba psychiczna jest i czy musi być niepełnosprawnością. Tu tylko należy zaznaczyć, że barierą w dwóch omawianych obszarach aktywności społecznej, oprócz samych zaburzeń, stanowiących istotę choroby, są skumulowane doświadczenia bycia chorym psychicznie: doświadczenia lęku o siebie i swoją przyszłość, utraty kontroli nad swoim życiem i związanego z tym zachwiania własnej samooceny, a nawet tożsamości, dźwignia opisanych wyżej uciążliwości farmakoterapii, doświadczenia piętna, marginalizacji i wykluczenia itd. Doświadczenia te same w sobie mogą stanowić przeszkodę w podejmowaniu decyzji edukacyjnych czy zawodowych, mogą prowadzić do rezygnacji z wysiłku i przyczyniać się do automarginalizacji.

Paradoksalnie samo orzeczenie o niepełnosprawności może być też traktowane jako „upośledzający dokument” – niezbędny dla uzyskania różnych form pomocy i wsparcia, ale przecież także certyfikujący inność, bycie gorszym, nieprzydatnym (do pracy), zależnym (w swojej egzystencji) od innych. W przypadku poszukiwania pracy paradoksem jest samo staranie się o zatrudnienie przez osobę posiadającą dokument potwierdzający, iż jest do tej pracy niezdolna. Na ten paradoks orzecznicy zwraca uwagę wiele osób zajmujących się aktywizacją zawodową niepełnosprawnych (między innymi problem ten poruszany był w dyskusjach toczonych podczas cyklicznych konferencji Krajowej Izby Gospodarczo-Rehabilitacyjnej w latach 2005–2007). Istnieje zatem społeczna świadomość tej sprzeczności, blokującej zarówno osobę posiadającą taki dokument, jak i zdezorientowanych czasem pracodawców, nie zostały jednak podjęte jeszcze kroki, w kierunku jej usunięcia. Wymagałoby to gruntownych zmian w systemie orzecznictwa – zmian potrzebnych i oczekiwanych, jednak wprowadzających rewolucję (zwłaszcza w systemie ubezpieczeń społecznych), na którą jeszcze nie jesteśmy gotowi. Tym niemniej można się spodziewać zmian w tym zakresie, idących przede wszystkim w stronę:

- ➔ Orzekania o niepełnosprawności (w tym o niepełnosprawności spowodowanej chorobą psychiczną) w aspekcie funkcjonalnym, a nie kategoriałnym; dopełnia to logiki postulowania diagnozy funkcjonalnej (ICF) w miejsce diagnozy kategoriałno-nozologicznej, która ze względu na swój etykietujący i piętnujący charakter powinna stanowić jedynie ograniczone do niezbędnego minimum uzupełnienie dokumentacji medycznej;

- ➔ Orzekania w kategoriach zachowanych możliwości (a więc mocnych stron, które można wykorzystać w edukacji i zatrudnieniu), a nie tylko dysfunkcji i upośledzeń (a więc słabych stron, będących katalogiem przyczyn wyłączenia w tych i innych obszarach aktywności);
- ➔ Orzekania ze wskazaniem zakresu i stopnia niezbędnej pomocy, umożliwiającej najbardziej samodzielne funkcjonowanie i niezależne życie.

Aktualnie jednak orzeczenie o niepełnosprawności, w jego dotychczasowej postaci, jest dokumentem, na podstawie którego wyróżniana jest kategoria osób ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi, edukacyjnymi, zdrowotnymi i zawodowymi, wymagającymi specjalnego wsparcia i działań o charakterze kompensacyjnym.

Zaburzenia i choroby psychiczne uznawane są w praktyce orzeczniczej najczęściej za przyczynę niezdolności do pracy. Powodem jest zasięg ograniczeń i ich długotrwałość. Zatrudnienie tej grupy niepełnosprawnych pozostaje na bardzo niskim poziomie. Niezdolność do pracy jest najczęściej poważna i długotrwała. W przypadku zaburzeń epizodycznych najczęściej przyznawane jest orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym³¹³, w poważniejszych zaburzeniach psychotycznych – najczęściej głębokie. Aby ukazać prawdziwe znaczenie istniejących ograniczeń, możliwości zatrudnienia omówimy na przykładzie jednej z gorzej rokujących chorób: psychozy schizofrenicznej. Ostry okres psychozy oznacza całkowitą niezdolność do pracy, która spowodowana jest:

- ➔ obecnością objawów wytwórczych (omamów, urojeń) i brakiem wglądu w chorobę,
- ➔ obecnością lęku i agresji,
- ➔ obecnością silnie wyrażonych objawów deficytowych,
- ➔ obecnością zaburzeń treści i toku myślenia³¹⁴,
- ➔ występowaniem zaburzeń mowy, które mogą utrudniać komunikację.

Ostry okres psychozy wymaga często hospitalizacji, a przyjęcie do szpitala psychiatrycznego pacjenta zagrażającego sobie lub otoczeniu może odbyć się nawet bez jego zgody.

Tylko 10% pacjentów cierpiących na psychozy schizofreniczne podejmuje pracę zawodową. Ten nikły procent to najczęściej osoby o łagodnym przebiegu choroby. Najlepszą formą zatrudnienia są dla tej grupy warunki pracy chronionej. Osoba z tego rodzaju zaburzeniami może np. podjąć pracę w Zakładzie Aktywności Zawodowej lub Zakładzie Pracy Chronionej. Te dwie formy tzw. zatrudnienia chronionego wynikają z ustawy o rehabilitacji³¹⁵, a system dofinansowań PFRON związanych z ich funkcjonowaniem pozwala na stworzenie warunków

³¹³ S. Kantyka (red.) (2011), *Niepełnosprawni – przedsiębiorcom. Przedsiębiorcy – niepełnosprawnym. Badanie potencjału i oczekiwań śląskiego rynku pracy*, RAR „Inwestor”, Ruda Śląska [online] [dostęp: 19.06.2014] <http://www.efs.gov.pl/AnalizyRaportyPodsumowania/baza_projektow_badawczych_efs/Documents/Publikacja03042013.pdf>. s. 40–43.

³¹⁴ J. Wciórka (2011), *Psychozy schizofreniczne* [w:] J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka (red), *Psychiatria. Psychiatria kliniczna*, t. 2, Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław, s. 195–269.

³¹⁵ *Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (Dz. U. 123, pozycja 776)

pracy odpowiednich dla osób z głębszą niepełnosprawnością oraz niektórych szczególnych schorzeń i zaburzeń³¹⁶, do których zalicza się także zaburzenia psychiczne.

Możliwości zatrudnienia nie zależą tylko od rodzaju niepełnosprawności czy rozpoznanej choroby, ale także od ich indywidualnego zróżnicowania typologicznego i dynamiki zaburzeń. Na przykład wyróżnia się dwa zupełnie różne w przebiegu typy schizofrenii:

- ➔ typ liniowy – charakteryzuje go szybkie lub wolne, stopniowe lub skokowo postępujące narastanie zaburzeń;
- ➔ typ falujący – charakteryzuje się epizodami zaburzeń rozdzielonymi okresami względnie dobrego funkcjonowania.

Osobą zdolną okresowo lub stale do podjęcia pracy będzie osoba chora o falującym przebiegu psychozy. Większość pacjentów nie jest jednak zdolna w ogóle podjąć zatrudnienia, co uzasadnia przyznawanie im orzeczeń o niepełnosprawności, ale też wskazuje na potrzebę wprowadzenia diametralnych zmian w zakresie rehabilitacji społecznej i polityki zatrudnienia takich osób. Zresztą te dwa rozwiązania wymagają działań konwergencyjnych.

6.3. Spółdzielnie socjalne i firmy społeczne jako alternatywa zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi

Interesującą formą wspierania zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi jest koncepcja ekonomii społecznej. Założeniem ekonomii społecznej jest tworzenie podmiotów gospodarczych, które pełniłyby przede wszystkim funkcje społeczne zapobiegające wykluczeniu (osób z zaburzeniami psychicznymi, osób długotrwale bezrobotnych).

W ramach ekonomii społecznej działają różne podmioty, które potencjalnie mogą zatrudniać osoby z chorobami psychicznymi. Poważnym pracodawcą stały się obecnie np. organizacje pozarządowe. Oczywiście, chorzy psychicznie mogą podejmować w nich pracę, jednak inną, a przy tym najbardziej zalecaną formą działalności, w której mogą znaleźć zatrudnienie, są spółdzielnie socjalne, również prowadzone w myśl koncepcji ekonomii społecznej. Kwestie zakładania i prowadzenia tych podmiotów reguluje ustawa z dnia 27 kwietnia 2006 roku³¹⁷ i właśnie ten rok jest tak naprawdę niedawnym początkiem spółdzielczości socjalnej w Polsce.

Spółdzielnia socjalna jest dobrowolnym zrzeszeniem osób, które chcą wspólnie prowadzić działalność gospodarczą. Założenie wspierającego charakteru spółdzielczości socjalnej jest takie, że prowadzą ją osoby zagrożone wykluczeniem społecznym (np. niepełnosprawne) i takie, których nie dotyczy to kryterium (bez niepełnosprawności). Przedmiotem tak prowadzonej działalności jest z kolei prowadzenie przedsiębiorstwa, które opiera się na osobistym zaangażowaniu i osobistej pracy jego członków³¹⁸. Wyjątkowość takiego podmiotu gospodarczego polega na tym, że łączy on cele biznesowe i społeczne, tym samym cechy przed-

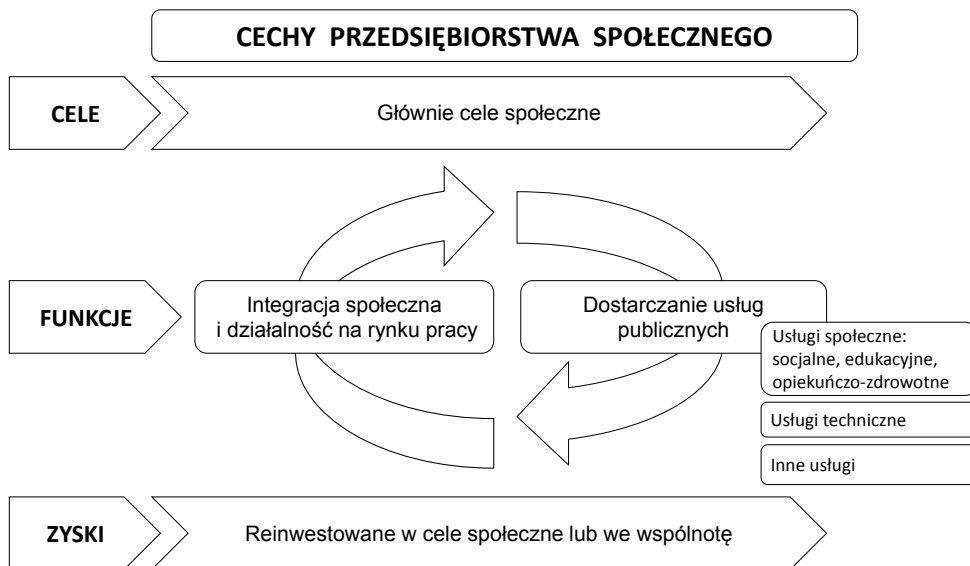
³¹⁶ Szczególnych ze względu na bardzo niską zatrudnialność osób, u których te schorzenia i zaburzenia występują.

³¹⁷ Ustawa z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych (Dz.U. 2006 nr 94 poz. 651).

³¹⁸ B. Kwiatkowska, M. Chrzczałowicz (2007), *Jak założyć spółdzielnię socjalną*, Warszawa, s. 18.

siębiorstwa i organizacji pozarządowej. Z założenia cele społeczne powinny być priorytetem. Są one nadrzędne wobec maksymalizacji zysków (rysunek 17).

Rysunek 17. Główne cechy przedsiębiorstwa społecznego



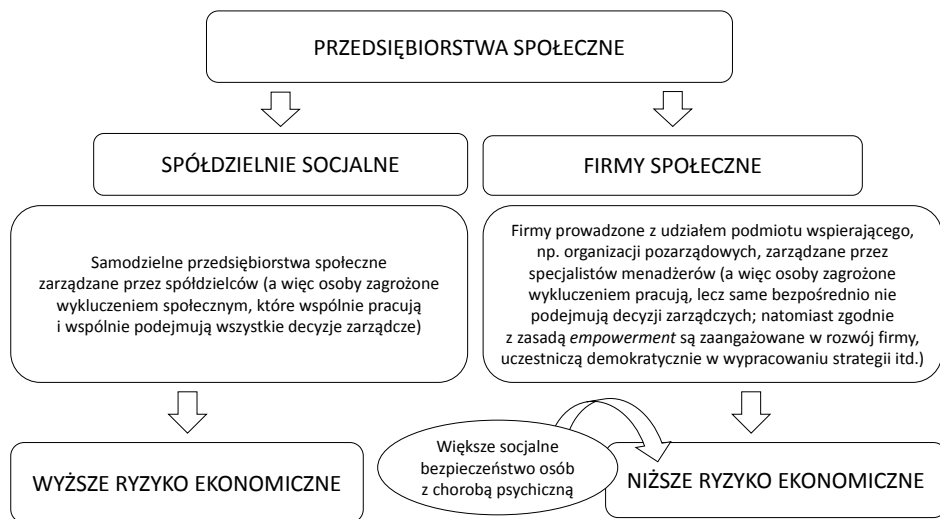
Źródło: Opracowanie D. Podgórska-Jachnik, na podstawie: M. Gurdała³¹⁹.

Osoba zagrożona wykluczeniem (niepełnosprawna) może uzyskać dofinansowanie na wnie- sienie tzw. wkładu spółdzielczego (jednorazowe środki z Funduszu Pracy). Powiatowe urzędy pracy mogą partycypować w kosztach wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy. Działające w całej Polsce Ośrodki Wsparcia Ekonomii Społecznej (OWIS) zapewniają szko- lenie, doradztwo indywidualnego menadżera, wsparcie finansowe i finansowe wsparcie pomostowe. Jednakże należy pamiętać, że mimo ułatwień i dofinansowań w fazie tworzenia spółdzielni, wchodząc na rynek, stają się one normalnymi podmiotami rynkowymi, pono- szącymi – jak inni – także ryzyko finansowe. Nie wszystkie spółdzielnie socjalne są w sta- nie przetrwać, mimo pewnych przywilejów rynkowych, które daje np. klauzula społeczna, umożliwiająca spółdzielni pozyskiwanie zleceń poza trybem przetargowym (niestety, wiedza ta nie jest jeszcze powszechna wśród menadżerów, pracownicy instytucji zobowiązanych do trybu przetargowego często boją się takiego ominięcia przetargu). Spółdzielnie nie przy- noszące zysków zadłużają się (ZUS), a rozwiązanie ich też wymaga pewnych określonych procedur i pewnych środków finansowych. Zatem formę tę można polecić takim osobom z zaburzeniami psychicznymi, które mają dobry pomysł biznesowy, uwzględniający spe- cyficzne problemy chorego czy chorych, którzy chcieliby taką spółdzielnię otworzyć, ale przede wszystkim dobre wsparcie w innych spółdzielcach (część z nich mogą stanowić

³¹⁹ M. Gurdała (b. r.), *Ekonomia społeczna*. Niepublikowane materiały szkoleniowe, Stowarzyszenie Wsparcie Społeczne „Ja-Ty-My”, Łódź.

osoby niepodlegające pod kategorię zagrożonych wykluczeniem, tj. zdrowe psychicznie). Doświadczenie uczy, że w grupach spółdzielców są różne relacje, a proces tworzenia i rozwoju takiej grupy ma swoją dynamikę, obejmującą lepsze i gorsze chwile, nieporozumienia, konflikty. W niektórych spółdzielniach jest fluktuacja kadr – jedni odchodzą, drudzy przychodzą. Nie jest to korzystna sytuacja dla osoby z zaburzeniami, która potrzebuje stabilności, stałych zasad (chorzy często nie mogą im sprostać), dobrego, rozumiejącego, stałego wsparcia, gdy podejmuje się pracy. Dość korzystnym rozwiązaniem wydaje się utworzenie spółdzielni z jakimś członkiem czy członkami rodziny albo w ogóle firmy rodzinnej. Bardziej bezpieczne jest zatrudnienie w przedsiębiorstwie społecznym, które posiada swój podmiot wspierający, np. jakieś stowarzyszenie czy fundację. Takie przedsiębiorstwo nazywane jest z kolei firmą społeczną. Zatrudnia ona osoby z chorobą psychiczną, obniżając tym samym ich ryzyko związane z prowadzeniem przedsiębiorstwa, jak to jest w przypadku spółdzielni socjalnej. Różnicę między spółdzielnią socjalną a firmą społeczną przedstawia rysunek 18.

Rysunek 18. Spółdzielnie socjalne a firmy społeczne



Źródło: Opracowanie D. Podgórska-Jachnik, na podstawie: *Czy firma społeczna jest spółdzielnią socjalną* (2007)³²⁰.

Firma społeczna daje szansę na rozwój aktywizacji zawodowej osób z chorobami psychicznymi, choć brak jeszcze sprzyjających tej formie regulacji prawnych. Pierwszą polską firmą społeczną – niejako testującą to rozwiązanie – była firma społeczna „Kłós” Sp. z o.o., prowadząca w podłódzkich Jedliczach kompleks hotelarsko-gastronomiczny, w którym znajdują zatrudnienie osoby po kryzysie psychicznym. Firma, prowadzona przez łódzkie Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych, zdobyła tytuł „Najlepsza inwestycja w człowieka 2007” w konkursie „Dobre Praktyki EFS”³²¹. Należy do niej Stajnia pod Jodłami w Jedliczach pod Zgierzem,

³²⁰ *Czy firma społeczna jest spółdzielnią socjalną* (2007), „KŁOS” magazyn Koalicji Łamania Oporów Społecznych, nr 6, s. 3.

³²¹ *Przełamać stereotypy* (2013), „Wytwórnia Unijných Pomysłów”, Biuletyn Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Łodzi, nr 1, s. 26–27.

oferująca m.in. usługi hipoterapii, oraz hotel, w którym osoby z chorobą psychiczną także znajdują zatrudnienie³²². Warto też dodać, że prowadzące firmę Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych prowadzi też inne działania aktywizacyjne dla osób chorujących psychicznie: mieszkania chronione, a obecnie także Zakład Aktywności Zawodowej „Zdrowa Kuchnia”. Jest to jeden z najbardziej kompleksowych i długotrwałych projektów w Polsce – TPN działa już od ok. 20 lat. Warto wykorzystać jego doświadczenia.

Przedsiębiorczość społeczna bardzo dynamicznie rozbudowuje się w Polsce w ostatnich latach (choć stale część spółdzielni socjalnych się zamyka). Rozwija się sieć współpracy krajowej i międzynarodowej, czego przejawem jest poszukiwanie nowych rozwiązań dla spółdzielczości, np. franczyza społeczna³²³. Wydaje się, że franczyza ta, jako dzielenie się spółdzielców sprawdzonymi pomysłami na prowadzenie usług społecznych, jak również wykreowanymi na rynku markami jest kolejnym krokiem zwiększającym bezpieczeństwo rynkowe spółdzielców, co czyni ten segment ekonomii społecznej również przyjaźniejszym z punktu widzenia ich zatrudnienia.

Zatrudnienie osób z zaburzeniami psychicznymi polepsza ich sytuację ekonomiczną, stanowi cenną metodę rehabilitacji i destygmatyzacji, a więc przyczynia się do ograniczenia zagrożenia niepełnosprawności, tak w aspekcie subiektywnym, jak i obiektywnym.

Praca dla podmiotu gospodarczego ekonomii społecznej zapobiega wyuczzonej bezradności pacjentów i sprzyja tworzeniu sieci społecznej wsparcia dla tej grupy. Podmioty gospodarcze ekonomii społecznej prowadzą często organizacje pozarządowe³²⁴. Warto w tym miejscu wskazać różnicę między przedsiębiorstwami społecznymi o charakterze samodzielnym, prowadzonymi i zarządzanymi bezpośrednio przez osoby chore psychicznie, niepełnosprawne czy inne zagrożone wykluczeniem społecznym, a przedsiębiorstwami społecznymi, w których osoby te znajdują zatrudnienie.

6.4. Zmiana stereotypów społecznych dotyczących osób chorych psychicznie oraz postaw otoczenia wobec nich jako warunek (re)integracji

Jak się okazuje, w społeczeństwie istnieje szereg możliwości udzielenia efektywnego wsparcia osobom z zaburzeniami i chorobami psychicznymi. Należy pamiętać, że zgodnie z paradygmatem psychiatrii społecznej i terapii środowiskowej to w społeczeństwie tkwi duża część uwarunkowań pojawienia się tych zaburzeń, jest więc rzeczą oczywistą poszukiwanie środków zaradczych na problemy bezpośrednio u ich źródeł. Jednak świadomość powszechna, w tym samych chorych, nie dogania pod tym względem refleksji specjalistów. Postawy społeczne wobec osób z chorobami psychicznymi ciągle jeszcze są mało przyjazne,

³²² J. Chondrzyńska (2008), *Organizacje pozarządowe na usługowym rynku pracy* [online], Warszawa [dostęp: 2013.10.04], <<http://www.tpn.org.pl>>.

³²³ Kwestie te zostały przedstawione w: D. Podgórska-Jachnik (2014), *Praca socjalna z osobami z niepełnosprawnościami i ich rodzinami*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.

³²⁴ Tamże.

zbudowane na niezrozumieniu i lęku, a więc budzące postawy awersyjne i przekonanie o potrzebie izolacji chorych od reszty społeczeństwa, głównie w obawie przed zagrożeniem, jakie te osoby stwarzają.

Tymczasem, jak wynika z charakterystyk zaburzeń chorób psychicznych:

- ➔ nie wszystkie powodują, iż chory stwarza takie zagrożenie;
- ➔ nie w każdej fazie choroby musi ono występować;
- ➔ większość życia chorego z zaburzeniami psychicznymi składa się na okres względnie dobrej kondycji, w którym mógłby on w znacznie większym stopniu niż dotychczas uczestniczyć w życiu swojej społeczności.

Mogliby uczestniczyć – gdyby nie niewidzialne bariery, które błyskawicznie powstają między tą społecznością a chorym, pogłębiając stan choroby o stres wykluczenia. Bariery te składają się głównie ze stereotypowych wyobrażeń oraz negatywnych postaw społecznych i odgrywają dużą rolę w oporze społecznym przed obecnością chorych psychicznie w życiu społecznym.

Ewa Jackowska, dokonując przeglądu wielu badań nad postawami społecznymi wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, dowodzi silnego i długotrwałego utrzymywania się tych barier w świadomości społecznej. Według referowanych badań istniejący dystans utrudnia akceptację chorego przede wszystkim w roli nowego członka rodziny (poprzez małżeństwo), w roli rodzica i opiekuna dzieci (przekonanie, iż chorzy zagrażają dzieciom) oraz w roli pracownika, jednak dopuszczana jest możliwość bliskości chorych psychicznie w otoczeniu badanych (np. w sąsiedztwie)³²⁵. Można interpretować to, jako świadomość nieuchronności chorób psychicznych (przekonanie, że istnieją i muszą gdzieś istnieć w naszym otoczeniu ludzie chorzy), jednak istniejące opory nie sprzyjają reintegracji (próba ochrony pewnych uznanych za wrażliwe obszarów życia społecznego przed tymi osobami). Dość niepokojące jest przekonanie o niezdolności do pełnienia przez chorego roli pracownika.

Stereotypowe spojrzenie na takiego chorego podtrzymują cztery bazowe przekonania:

1. że osoba taka jest niebezpieczna;
2. że częściowo ponosi odpowiedzialność za swoją chorobę;
3. że choroba ta jest tajemnicza, chroniczna, trudna do leczenia (nieuleczalna);
4. że nieprzewidywalność chorego czyni go niezdolnym do pełnego uczestnictwa społecznego i należytego pełnienia ról społecznych³²⁶.

Różne badania dorzucają do tego inne fałszywe sądy. Problemem postrzegania stereotypowego jest to, iż istniejący schemat poznawczy nie pozwala zauważać indywidualnego zróżnicowania obiektów i osób, co do których stereotypy te są żywione. Jednocześnie właśnie rozwijanie wyobrażeń o życiu konkretnych jednostek przeczących stereotypowi jest jedną

³²⁵ E. Jackowska (2009), *Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne*, "Psychiatria Polska", tom XLIII, nr 6, s. 658–665.

³²⁶ Za: E. Jackowska (2009), *Stygmatyzacja i wykluczenie...*, dz. cyt., s. 657.

z technik służących jego przełamaniu. Zatem pozytywne doświadczenia w kontakcie z osobami z zaburzeniami psychicznymi najlepiej służą walce ze stereotypami. Najlepszą wizytówką byłiby więc wysoko funkcjonujący chorzy, dowodzący, iż z chorobą psychiczną można prowadzić wartościowe, aktywne życie. Jednak na obecnym etapie włączania osób z zaburzeniami psychicznymi do głównego nurtu życia społecznego brak jest aż tylu dobrych jednostkowych przykładów „zapanowania nad chorobą”. Dobrze funkcjonujący społecznie chorzy najczęściej nie przyznają się do choroby z lęku przed stygmatyzacją, ich pozytywna adaptacja do choroby nie może być zatem wystarczającym świadectwem. Dlatego tak ważne jest podejmowanie innego rodzaju działań na rzecz zmiany postaw społecznych, np. w formach kampanii społecznych.

Jednym z popularnych pomysłów na zwrócenie uwagi opinii społecznej na pewne zjawiska i problemy są obchody dedykowanych im symbolicznie dni kalendarza. To moment, by wywiesić plakaty, transparenty, wyjść między ludzi na ulicę, zorganizować spotkania, seminaria, koncerty, pikniki, happeningi, konkursy, wystawy itd., itp. – wszystko, co tematycznie związane z indeksowaną datą, pozwala obudzić na chwilę zainteresowanie społeczeństwa, z nadzieją na uwrażliwienie go na pewne problemy. Jest wiele dni kalendarza poświęconych niepełnosprawności i chorobie. Niektórym patronują takie międzynarodowe organizacje, jak Światowa Organizacja Zdrowia czy Organizacja Narodów Zjednoczonych. Swoje święto mają więc chorzy na padaczkę, autyzm, chorobę Alzheimera, Parkinsona, różnego rodzaju choroby somatyczne, jednak zaburzeniom psychicznym dedykowane są w szczególności:

- ➔ Światowy Dzień Chorego Psychiczenie – 7 kwietnia,
- ➔ Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego – 10 października,
- ➔ Międzynarodowy Dzień Solidarności z Osobami Chorującymi na Schizofrenię – druga niedziela września,
- ➔ Ogólnopolski Dzień Walki z Depresją – 23 lutego³²⁷.

Jedną z najbardziej popularnych kampanii społecznych przełamujących stereotypy i uprzedzenia wobec osób z zaburzeniami psychicznymi jest prowadzony w całym kraju program Światowego Towarzystwa Psychiatrycznego „Schizofrenia – otwórzcie drzwi” (w Polsce od 2000 r., na świecie od 1996 r.). W programie tym zmiana postaw i przełamywanie stereotypów ma się odbywać poprzez stworzenie „wspólnoty intelektualnej” i integrację środowiska opiniotwórczego nad wypracowaniem wspólnego przesłania dotyczącego schizofrenii, które – zdaniem realizatorów programu – powinno przynieść wyrazisty i mocny rezonans opinii publicznej. Program wyróżnia się tym, iż jest szeroko zakrojony terytorialnie (prowadzi go kilka ośrodków regionalnych w Polsce), długofalowy (prowadzony jest od roku, a doroczne, cykliczne imprezy wpisują się silnie w świadomość społeczną niż akcje jednorazowe) oraz obejmuje wiele zintegrowanych działań cząstkowych. Główne obszary działania to: współpraca z mediami, program edukacyjny, działania praktyczne oraz badanie postaw – każdy

³²⁷ P. Stanisławski (2007), *Co zostaje z tych dni. Kalendarium dni osób chorych i niepełnosprawnych*, „Integracja”, nr 3(84), s. 16.

starannie przemyślany i powiązany z pozostałymi obszarami. Celem wyznaczonym w dalszej perspektywie przez program „Schizofrenia – otwórzcie drzwi” jest utworzenie powszechnych grup psychoedukacyjnych dla rodzin oraz powszechnych grup psychoterapeutycznych o charakterze ambulatoryjnym dla pacjentów. Program ma już swoje osiągnięcia, do których należy przede wszystkim wpisanie się w świadomość społeczną i pozyskanie dużego grona osób wspierających prowadzoną kampanię³²⁸.

Zmiana postaw społecznych to długi i żmudny proces. Potrzeba do tego różnych środków i zintegrowanych działań wielu środowisk. Jednocześnie wydaje się, że to jedyna racjonalna droga łamania oporów społecznych stojących na drodze do integracji i reintegracji osób z zaburzeniami w społeczeństwie. Jednak – jak napisała Małgorzata Misiewicz, redaktor naczelna Czasopisma Środowisk Działających na Rzecz Osób Chorujących Psychiczenie „Dla Nas” – *jasno widać w psychiatrii, że nastaje lepszy czas. „Otwórzcie Drzwi” to hasło, które chyba zaczyna być słyszalne*³²⁹.

Podsumowanie:

1. Choroba psychiczna utrudnia zdobywanie wykształcenia i zazwyczaj uniemożliwia stałe zatrudnienie.
2. Uczniowie z zaburzeniami psychicznymi traktowani są jako tzw. uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, kształceni głównie w systemie edukacji włączającej.
3. Od kilkunastu lat w Polsce stosowane są różnego rodzaju działania zwiększające dostępność wyższych uczelni dla osób z niepełnosprawnością, w tym z zaburzeniami psychicznymi.
4. Studia mogą się okazać wartościową formą rehabilitacji społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz szansą na podniesienia kwalifikacji, co zwiększa ich szansę na zatrudnienie.
5. Studia dla osób niepełnosprawnych może dofinansować PFRON za pośrednictwem samorządów lokalnych. Szansą dla osób chorych z łagodnym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, spowodowanej zaburzeniami psychicznymi, są podmioty ekonomii społecznej, a zwłaszcza spółdzielnie socjalne i firmy społeczne.
6. Byłoby łatwiej osobom z zaburzeniami psychicznymi studiować i pracować, gdyby nie negatywne stereotypy społeczne. Szczególnie ważne są postawy pracodawców.
7. Zmianę postaw społecznych próbuje się osiągnąć przez kampanie społeczne i programy, wśród których wyróżnia się szeroko zakrojony międzynarodowy program „Schizofrenia – otwórzcie drzwi”.

Zalecana literatura:

- K. Chondrzyńska (2008), *Organizacje pozarządowe na usługowym rynku pracy* [online], Warszawa [dostęp: 2013.10.04], <[http:// www.tpn.org.pl](http://www.tpn.org.pl)>.
- ekonomia.spoleczna.pl [portal internetowy] [online] [dostęp: 26.06.2014], <<http://www.ekonomiaspoleczna.pl>>
- E. Jackowska (2009), *Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne*, „Psychiatria Polska”, tom XLIII, numer 6, s. 658–665.
- B. Kwiatkowska, M. Chrzczanowicz (2007), *Jak założyć spółdzielnię socjalną*, Warszawa.

³²⁸ Program „Schizofrenia – otwórzcie drzwi” [online] [dostęp:19.06.2014] <<http://www.stowarzyszenie-rozwoju.eu/programy/89>>; także: http://www.terapia-schizofrenii.krakow.pl/STOWARZYSZENIA/Open_pl.html.

³²⁹ M. Misiewicz (2005), *Słowem wstępu*, „Dla Nas”, nr 3, s. 2.

Zakończenie

Głównym zadaniem niniejszej monografii było przybliżenie pracownikom socjalnym i przedstawicielom tzw. zawodów pomocowych możliwości działań wspierających osoby z zaburzeniami psychicznymi, określane jeszcze często mianem chorych psychicznie, oraz ich rodziny. Mimo utrzymujących się negatywnych stereotypów społecznych dotyczących osób z zaburzeniami psychicznymi, mimo lęku i dystansu wobec nich, coraz więcej zmienia się na dobre w zakresie uczestnictwa społecznego tej grupy. Pomoc tym osobom nie należy do łatwych, gdyż z jednej strony do pokonania są bardzo zróżnicowane podmiotowe ograniczenia wynikające z istniejących zaburzeń, z drugiej zaś strony – społeczne opory i postawy blokujące pełną integrację. Mimo wszystko coraz więcej osób po przebytych kryzysach psychicznych uczy się, studiuje, tworzy, utrzymuje kontakty z innymi ludźmi. Choć w naszych realiach społecznych zatrudnienie osób z zaburzeniami psychicznymi jest wyjątkowo trudne, podejmują one coraz częściej pracę zarobkową – nawet jeśli są to pewne wyodrębnione obszary rynku zatrudnienia, jak spółdzielnie socjalne czy firmy społeczne, albo też zatrudnienie dotowane. Istotne, że możliwości takie rozwijają się, jak również rośnie świadomość dotycząca potencjału tkwiącego w III sektorze. Mamy nadzieję, że będą zmieniały się także postawy społeczne, zwłaszcza że prace nad ich zmianą są także przedmiotem przemyślanych, skoordynowanych programów społecznych. Trzeba jednak na to czasu.

Problematyka zaburzeń i chorób psychicznych jest bardzo rozległa. Autorom książki nie chodziło o to, by uczynić z niej minipodręcznik psychiatrii. Wręcz przeciwnie: staraliśmy się przedstawić aspekty medyczne jedynie w niezbędnym, podstawowym zakresie, zakładając, że pracownik socjalny, który spotka się w swojej pracy z przypadkiem jakiegoś konkretnego zaburzenia, i tak zmuszony będzie sięgnąć po lekturę poszerzającą jego wiedzę o konkretne opisy kliniczne. Bardziej zależało nam na ukazaniu zróżnicowania tego wszystkiego, co próbujemy przypisać pojęciu „osoby z zaburzeniami i chorobami psychicznymi”³³⁰. Nadmierna redukcja obszernej wiedzy może prowadzić bowiem do niebezpiecznych uproszczeń. Zatem niektóre rzeczy lepiej tylko zasygnalizować lub je pominąć, niż pisać o nich w sposób powierzchowny i trywialny. Z takim problemem musieliśmy się zmierzyć, decydując

³³⁰ Wyjaśnienie, dlaczego używany jest w pracy ustępujący w naukach termin „choroba psychiczna”, znajduje się na samym początku książki w przypisie 1.

się np. na pominięcie obszernej problematyki zaburzeń osobowości. Trochę szkoda, jednak uważamy, że mógłby być to przedmiot osobnego opracowania dla pracowników socjalnych, gdyż z zaburzeniami osobowości stykać się będą oni nieustannie, także w przypadku innych kategorii klientów (np. uzależnionych, bezdomnych, czasem długotrwale bezrobotnych). Zaburzenia osobowości mogą być bowiem źródłem trudności, które wyrażają się nieradzeniem sobie w życiu, jak też skutkiem długotrwałych negatywnych doświadczeń społecznych. Zadanie opisu strategii pracy socjalnej w zależności od rodzaju zaburzeń osobowości przekroczyło jednak narzucone ramy monografii, mógłby to być temat na osobne opracowanie. Wskazujemy natomiast czytelnikowi ważny kierunek dalszych, własnych poszukiwań. Podobnie zresztą mamy świadomość, iż nie udało się zmieścić w książce wszystkich wyłaniających się aspektów pozamedycznych, związanych z funkcjonowaniem społecznym tych osób, z pracą socjalną z nimi i ich rodzinami. Nie podjęliśmy już np. takich ciekawych wątków, jak twórczość osób z zaburzeniami psychicznymi, ich aktywność artystyczna, szczegółowe formy terapii (w tym zasygnalizowana tylko arteterapia). Nie zamieściliśmy opisów organizacji pozarządowych działających w naszym kraju na rzecz osób z niepełnosprawnością spowodowaną zaburzeniami psychicznymi, podejmowanych inicjatyw, zwiększających szansę na ich partycypację społeczną. Niewątpliwie w tym obszarze na uwagę zasługiwałby udział chorych w działalności organizacji pozarządowych, a nawet ich aktywność wolontariacka. Jak się okazuje bycie przewlekłe chorym nie musi przeszkadzać w byciu pożytecznym dla innych, a formuła wolontariatu osób z chorobą psychiczną, równoważąca międzyludzką relację „brania – dawania”, jest najlepszym sposobem na przywrócenie społecznego szacunku osobie ze stygmatem choroby psychicznej.

Pomimo świadomości niewyczerpania tematu, kończymy książkę z nadzieją, że jednak przekazuje ona czytelnikom podstawowy materiał pomocny w zrozumieniu osób z zaburzeniami psychicznymi i ich sytuacji, włączając w to sytuację ich rodzin. Intencją naszą było dostarczenie treści do rozważań, podsuniecie pewnych rozwiązań praktycznych, ale i zachęcenie czytelnika do myślenia kategoriami heurystycznymi: otwarcie go na specyficzne problemy tej grupy klientów pomocy społecznej, zredukowanie lęków przed pracą z nimi, wskazanie pewnych standardowych i niestandardowych rozwiązań oraz przekonanie go, że możliwe jest poszukiwanie także własnych rozwiązań w oparciu o zasoby identyfikowane w konkretnych przypadkach. Szczególnie zależało nam na zapoznaniu odbiorców tej książki z założeniami psychiatrii środowiskowej oraz Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Świadomość usytuowania własnych zadań zawodowych w określonym kontekście zmieniającej się obecnie struktury systemu opieki społecznej i zdrowotnej może generować nowe inicjatywy współpracy interdyscyplinarnej i międzyinstytucjonalnej. Pracownicy socjalni nie muszą czekać na dostrzeżenie przez inne grupy zawodów pomocowych, z którymi współpracują. Mogą sami występować z koncepcją organizacji lokalnej współpracy, przepływu informacji, podziału zadań. To bardzo ważne, zwłaszcza gdy tworzą się wciąż nowe specjalizacje zawodowe związane z udzielaniem pomocy (np. nowy zawód terapeuty środowiskowego), a istnieje potrzeba utworzenia kolejnych (np. przygotowanie asystentów prawnych

zapewniających realizację modelu wspieranego podejmowania decyzji, co pozwoliłoby ograniczyć rozmiary ubezwłasnowolnienia wśród osób z zaburzeniami psychicznymi, przy zabezpieczeniu ich interesów prawnych). Pracownik socjalny musi zdawać sobie sprawę z tego, że system wsparcia dla klientów pomocy społecznej jest systemem dynamicznym, zmieniającym się, tkwiącym w określonych ramach polityczno-ekonomicznych i prawnych, ale jednak otwierającym ciągle nowe możliwości działania. Chcielibyśmy, by pracownicy socjalni mieli świadomość i potrzebę jego aktywnego współtworzenia. Mamy nadzieję, że nasze intencje udało się zrealizować choć w pewnym stopniu i książka okaże się przydatną lekturą dla wszystkich zainteresowanych teoretycznymi i praktycznymi możliwościami zmiany sytuacji życiowej osób z zaburzeniami psychicznymi.

Bibliografia

American Psychiatric Association DSM-5 Development, [online] [dostęp 19.06.2014] <<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>>.

Badura-Madej W. (1996), *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Poradnik dla pracowników socjalnych*, Wyd. Interart, Warszawa.

Basiak A. (2011), *Rodzina w obliczu choroby* [w:] m.Deon.pl [serwis informacyjny], [online], [dostęp: 7.06.2014], <<http://www.m.deon.pl/inteligentne-zycie/poradnia/art,104,rodzina-w-obliczu-choroby.html>>.

Baudrillard J. (2009), *Symulakry i symulacja*, Wyd. Sic!, Warszawa.

Becker H.S. (2008), *Outsiderzy. Studia z socjologii dewiacji*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa.

Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych [serwis internetowy] [online] [dostęp: 10.05.2014], <<http://www.niepelnosprawni.gov.pl/prawo>>

Bobińska K., Pietras T., Gałęcki P. (2012), *Niepełnosprawność intelektualna – etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia*, Continuo, Wrocław.

Borowska-Beszta B. (2012), *Niepełnosprawność w kontekstach kulturowych i teoretycznych*, Oficyna Wyd. Impuls, Kraków.

Burns T. (2012), *Psychiatria*, GWP, Gdańsk.

Bzdęga J., Gębska-Kuczerowska A. (2010), *Epidemiologia w zdrowiu publicznym*, Wyd. Lek. PZWL, Warszawa.

Cechnicki A. (2009), *Rehabilitacja psychiatryczna – cele i metody*, „Psychiatria w Praktyce Klinicznej”, nr 2.

Cechnicki A. (2011), *Schizofrenia – proces wielowymiarowy. Krakowskie prospektywne badania przebiegu, prognozy i wyników leczenia schizofrenii*, IPIŃ, Warszawa.

Chondrzyńska J. (2008), *Organizacje pozarządowe na usługowym rynku pracy* [online], Warszawa [dostęp: 2013.10.04], <<http://www.tpn.org.pl>>.

Choroby psychiczne w rodzinie [w:] Psychiatria.pl. Forum: schizofrenia, wpis z dn. 18 marca 2012 r. [serwis internetowy] [online] [dostęp: 15.06.2007] <<http://www.psychiatria.pl/forum/choroby-psychiczne-w-rodzinie/watek/587478/1.html>>.

Chrzęstowski S. (2007), *Ścieżki ku sobie i od siebie. Separacja i jej uwarunkowania w rodzinie osób z rozpoznaniem schizofrenii*, Wyd. UW, Warszawa.

CRZL (2013), *Krajowy standard kompetencji zawodowych. Terapeuta środowiskowy (325201)*, Warszawa.

Czarnecki P.S. (2013), *Praca socjalna*, Wyd. Dyfin SA, Warszawa.

Czy firma społeczna jest spółdzielnią socjalną (2007), „KŁOS” magazyn Koalicji Łamania Oporów Społecznych, nr 6

Barbaro de B. (red.), *Schizofrenia w rodzinie*, Wyd. UJ, Kraków.

Diagnoza stanu opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi dla województwa łódzkiego, Urząd Marszałkowski w Łodzi, 2010

Doroszewski W. (red.), *Słownik języka polskiego*, [online] [dostęp: 01.06.2014], <<http://www.doroszewski.pwn.pl>>.

Egan G. (2002), *Kompetentne pomaganie*, Zys i S-ka, Poznań.

Ekonomia.spoeczna.pl [serwis internetowy] [online] [dostęp: 26.06.2014], <<http://www.ekonomiaspoeczna.pl>>.

European Health & Life Expectancy Information System (2012), *Oczekiwana długość życia w zdrowiu w Polsce* [online], „EHEMU Raporty Krajowe”, nr 5, styczeń 2012, [dostęp: 28.02.2013], s. 3. <http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue5_translated/polsce.pdf>.

Europejski Pakt na rzecz Zdrowia i Dobrostanu Psychicznego [w:] Medycyna Praktyczna, mp.pl, Portal medyczny: 16.06.2008 [online] [6.06.2014], <<http://www.mp.pl/kurier/39208>>.

Farooq S., Naeem F. (2014), *Tackling nonadherence in psychiatric disorders: current opinion*. „Neuropsychiatr Dis Treat”; 12;10:1069–77.

Firkowska-Mankiewicz A., Parczewski J., Szeroczyńska M. (2005), *Praktyka ubezwłasnowolnienia osób z niepełnosprawnością intelektualną w polskich sądach – raport z badań*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo”, nr 2.

Firlit-Fesnak G., Szylo-Skoczny M. (red.), *Polityka społeczna. Podręcznik akademicki*, Wyd.Nauk. PWN, Warszawa

Foucault M. (2000), *Choroba umysłowa a psychologia*, Wyd. KR, Warszawa.

Foucault M. (1987), *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, PWN, Warszawa.

Foucault M. (1993), *Karać i nadzorować. Narodziny więzienia*, Fund. Aletheia, Warszawa.

Foucault M. (1999), *Szaleństwo i literatura. Powiedziane, napisane*, Fund. Aletheia, Warszawa.

Försterling F. (2005), *Atrybucje. Podstawowe teorie, badania i zastosowanie*, GWP, Gdańsk.

Giermanowska E., (2013), *Ryzyko elastyczności czy elastyczność ryzyka? Instytucjonalna analiza kontraktów zatrudnienia*, Warszawa.

Goffman E. (2011), *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, GWP, Gdańsk.

Goffman E. (2007), *Piętno*, GWP, Gdańsk.

Gray M., Webb S.A. (2013), *Praca socjalna. Teorie i metody*, Wyd. Nauk.PWN, Warszawa.

Graece P. i in. (2009), *Wolność – istota bycia człowiekiem*, Wyd. G+J Gruner&Jahr Polska, Warszawa.

Grewiński M. (2013), *Od redakcji „Empowerment. O Polityce Aktywnej Integracji” nr 2* [online], [dostęp: 22.03.2014], <http://www.wspkorczaek.eu/download/Artykuly_prasowe/empowerment_2_2013_small.pdf>.

Grupa wsparcia dla rodzin osób chorych psychicznie [w:] Portal Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej [online] [dostęp 19.06.2014], <<http://www.prawapacjenta.eu/?pId=2817>>.

Gurdała M. (b. r.), *Ekonomia społeczna*. Niepublikowane materiały szkoleniowe, Stow. Wsparcie Społeczne „Ja-Ty-My”, Łódź.

Harry J., Madden B., Darmody M. (2007), *W poszukiwaniu rozwiązania. Przewodnik po terapii krótkoterminowej*, Galaktyka, Łódź.

Heatherton T.F. (red.) (2008), *Społeczna psychologia piętna*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa.

Hellinger B., ten Hovël G. (2003), *Praca nad rodziną. Metoda Berta Hellingera*, GWP, Gdańsk.

Hughes K. i in. (2012), *Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies*, „Lancet”, Vol. 379, Issue 9826.

Hulek A. (red.) (1977), *Pedagogika rewalidacyjna*, Warszawa.

ICD-10. International Classification of Diseases, Genewa, 2010, [online] [dostęp: 22.06.2014], <<http://www.who.int/classifications/icd/en/>>.

ICF. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, CSIOZ [online] [dostęp: 15.03.2014], <http://www.csioz.gov.pl/src/files/klasyfikacje/ICF_Polish_version.pdf>.

ICIDH. Międzynarodowa Klasyfikacja Ograniczeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń, WHO, 1980, Bruksela.

Ignasiak A. i in. (b.r.), *Narzędzia pracy socjalnej*, [online] [dostęp 8.06.2014], <wrzos.org.pl/projekt1.18/.../NPS%20wstep%2015%2003%2012.doc>.

Jackowska E. (2009), *Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne*, „Psychiatria Polska”, tom XLIII, numer 6, s. 658–665.

Jankowski K. (1994), *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej... 20 lat później*, Jacek Santorski & CO Agencja Wyd., Warszawa.

Jarosz M. (1983), *Psychologia lekarska*, PZWL, Warszawa.

- Jasińska-Kania A. i in. (red.), *Współczesne teorie socjologiczne*, Wyd. Scholar, Warszawa.
- Jędrychowski W. (2010), *Epidemiologia w medycynie klinicznej i zdrowiu publicznym*, Wyd. UJ, Kraków.
- Kaczmarek G. i in. (b.r.), *Standard pracy socjalnej z osobą z niepełnosprawnością i jej rodziną z uwzględnieniem osób z zaburzeniami psychicznymi*, WRZOS, Warszawa.
- Kantowicz E. (2001), *Elementy teorii i praktyki pracy socjalnej*, Wyd. UWME, Olsztyn.
- Kantyka S. (red.) (2011), *Niepełnosprawni – przedsiębiorcom. Przedsiębiorcy – niepełnosprawnym. Badanie potencjału i oczekiwań śląskiego rynku pracy*, RAR „Inwestor”, Ruda Śląska.
- Kapusta A. (1999), *Szaleństwo i władza: myśl krytyczna Michela Foucaulta*, praca doktorska, UMCS, Lublin [online][dostęp: 27.05.2014], <<http://andkapusta.files.wordpress.com/2010/04/doktorat11.pdf>>.
- Kendall P.C. (2004), *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*, GWP, Gdańsk.
- Kesey K. (1991), *Lot nad kukulczym gniazdem*, tłum. T. Mirkowicz, PIW, Warszawa.
- Kiedy wezwać pogotowie do chorego psychicznie* [w:] Portal: Pielęgniarki Anestezjologiczne, 20 stycznia 2014 [online] [dostęp 12.06.2014], <<http://pielanest.blogspot.com/2014/01/kiedy-wezwac-pogotowie-do-chorego.html>>
- Kiejna A., Sieradzki A. (red.) (2009), *Funkcjonowanie i niesprawność społeczna z przyczyn psychiatrycznych. Kwestionariusz Niesprawności Społecznej (The Groningen Social Disabilities Schedule II, GSDSII)*. Polska adaptacja, Akademia Med. im. Piastów Śląskich, Wrocław.
- Kijak R.J. (b.r.), *Niepełnosprawność intelektualna. Między diagnozą a działaniem*, IRSS, Warszawa.
- Kirejczyk K. (1981), *Upośledzenie umysłowe – pedagogika*, PWN, Warszawa.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Uniwersyteckie Wyd. Med. Vesalius, IPIŃ, Kraków-Warszawa 1998.
- Kmieciak B. (2010), *Osoba niepełnosprawna w instytucji totalnej. Kto jest jej rzecznikiem?* Referat wygłoszony podczas konferencji „Nic o nas bez nas». Deklaracja Madrycka a polskie współczesne realia” 24 września 2010 r., Międzynarodowe Targi „Rehabilitacja”, Łódź.

Koczor-Zurek S., *Profilaktyka syndromu wypalenia zawodowego w kształceniu przyszłych nauczycieli* [online] [dostęp: 9.06.2014], <<http://www.cen.uni.wroc.pl/Pliki/15.pdf>>.

Kołąkowski A. (2013), *Zaburzenia zachowania u dzieci*, GWP, Sopot.

Kołąkowski A., Wolańczyk T. (2000), *Zaburzenia zachowania u dzieci i młodzieży*, „Klinika Pediatria”, nr 8(4).

Komisja Wspólnot Europejskich (2005), *Zielona Księga. Poprawa zdrowia psychicznego ludności. Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej*, Bruksela.

Kowalik S. (2007), *Psychologia rehabilitacji*, Wyd. Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.

Krause A. (2010), *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*, Oficyna Wyd. Impuls, Kraków.

Kulbaka J. (2012), *Niepełnosprawni. Z dziejów kształcenia specjalnego*, Wyd. APS, Warszawa.

Kwiatkowska B., Chrzczanowicz M. (2007), *Jak założyć spółdzielnię socjalną*, Warszawa.

Lecewicz-Bartoszewska J., Lewandowski J. (red.) (2009), *Ergonomia niepełnosprawnym*, PŁ, Łódź

Leszto S., Witusik A., Pietras T. (2013), *Terapia pedagogiczna dorosłych. W psychiatrii i w medycynie somatycznej. Ujęcie psychologiczne, biomedyczne i aksjologiczne*, Nauk. Wyd. Piotrkowskie, Piotrków Trybunalski.

Lipska B.K., Weinberger D.R. (2002), *A Neurodevelopmental Model of Schizophrenia: Neonatal Disconnection of the Hippocampus*, „Neurotox Res”, No. 4: 46975.

Marynowicz-Hetka E. (2006), *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, t. 1, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa.

Marynowicz-Hetka E., Piekarski J., Urbaniak-Zajac D. (1998), *Pedagogika społeczna i praca socjalna. Przegląd stanowisk i komentarze*, BPS, Katowice.

Meder I. (1999), *Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych*, Wyd. „Śląsk”, Katowice.

Meder J. (2000), *Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie*, PTP, Warszawa.

Mikołajczyk-Lerman G. (2013), *Między wykluczeniem a integracją – realizacja praw dziecka niepełnosprawnego i jego rodziny. Analiza socjologiczna*, Wyd. UŁ, Łódź.

Mikołajewicz W. (1995), *Praca socjalna jako działanie wychowawcze*, „Interart”, Warszawa.

Mikołajewska E. (2012), *Osoba ciężko chora lub niepełnosprawna w domu. Poradnik dla opiekunów*, PZWL, Warszawa.

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej (2010), *Klasyfikacja zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy*, Warszawa.

Misiewicz M. (2005), *Słowem wstępu*, „Dla Nas”, nr 3.

Mobbing [w:] Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi [serwis internetowy] [online] [dostęp: 08.06.2014], <http://wup.lodz.pl/files/ciz/ciz_por_mobbing.pdf>.

Morgan C., Bhurga D. (red.), *Principles of Social Psychiatry*, A John Wiley & Sons Ltd. Publication.

Mrugalska K. (2007), *Podnoszenie umiejętności pracowników WTZ świadczących usługi osobom niepełnosprawnym*, PSOUU (niepublikowane materiały szkoleniowe).

Mueser K.T., Gingerich S. (2001), *Życie ze schizofrenią. Poradnik dla rodzin*, Dom Wyd. Rebis, Poznań.

Murgatroyd S. (2000), *Poradnictwo i pomoc*, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań

Namysłowska I. (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*. PZWL, Warszawa.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego [w:] Ministerstwo Zdrowia [portal internetowy], [dostęp: 22.06.2014], <<http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/opieka-psychiatryczna/narodowy-program-ochrony-zdrowia-psychicznego>>.

Niepełnosprawność – definicja, klasyfikacja i konsekwencje. Studenci z zaburzeniami psychicznymi [w:] Broszura „Uniwersytet dla wszystkich”, Uniwersytet Warszawski, BON.

PAN, Instytut Psychologii, zespół pod kier. K. Korzeniowskiego (2009), *Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych. Raport z badania ogólnopolskiego. Część I*, [online] [dostęp: 18.06.2014], <http://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/File/Przemoc%20w%20rodzynie/przemoc_spol.pdf>.

Pauli J., Włoch A. (2012), *Standardy usług. Podręcznik instruktażowy*. WRZOS, Warszawa.

Pietras T. (2007), *Udział infekcji wirusem Borna w patogenezie schizofrenii*. „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 16 (4),

Pietras T., Witusik A., Gałęcki P. (red.) (2010), *Autyzm – epidemiologia, diagnoza i terapia*, Wyd. Continuo, Wrocław.

Pietras T., Witusik A. (2012), *Zespół uzależnienie od nikotyny – ujęcie interdyscyplinarne*, Wyd. Continuo, Wrocław.

Podgórska-Jachnik D. (2014), *Głusi. Emancypacje*, Wyd. Nauk. WSP w Łodzi, Łódź.

Podgórska-Jachnik D. (2014), *Praca socjalna z osobami niepełnosprawnymi i ich rodzinami*, CRZL, Warszawa.

Podgórska-Jachnik D. (red.), *Problemy rzecznictwa i reprezentacji osób niepełnosprawnych*, Wyd. Naukowe WSP w Łodzi, Łódź.

Popiel A., Pragłowska E. (2008), *Psychoterapia poznawczo- behawioralna. Teoria i praktyka*, Wyd. Paradygmat, Warszawa.

Poradnik dla opiekunów osób dotkniętych chorobą Alzheimera (2008), Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie, [online] [dostęp: 22.06.2014], <<http://www.alzheimer-poznan.pl!/pdf/Poradnik%20dla%20opiekunow%20osob%20dotknietych%20choroba%20Alzheimera.pdf>>.

Porter R. (2003), *Szaleństwo. Rys historyczny*, Dom Wyd. Rebis, Poznań.

Program EZOP. Podsumowanie – rozpowszechnienie – rekomendacje [online] [dostęp: 20.06.2014], <<http://www.ezop.edu.pl/05-Podsumowanie.pdf>>.

Program „Schizofrenia – otwórzcie drzwi” [online] [dostęp:19.06.2014] <<http://www.stowarzyszenie-rozwoju.eu/programy,89>>; także: http://www.terapia-schizofrenii.krakow.pl/STOWARZYSZENIA/Open_pl.html.

Projekt MOST-grupa wsparcia dla członków rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi, Portal internetowy OPS Urzędu Dzielnicy m. st. Warszawy, [online] [dostęp 19.06.2014], <<http://www.ops-ursynow.civ.pl/index.php/jak-pomagamy/pomoc-dla-osob-w-kryzysie-psychem/projekt-most-grupa-wsparcia-dla-czlonkow-rodzin-osob-z-zaburzeniami-psychem>>.

Prus P., Stelmaszczyk A. (red.), *Wokół rozumienia szaleństwa. Szkice z zakresu humanistyki*, WN. UMK, Toruń.

Przełamać stereotypy (2013), „Wytwórnia Unijnych Pomysłów”, Biuletyn Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Łodzi, nr 1.

Pużyński S. (2009), *Depresja i zaburzenia afektywne*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa.

Pużyński S., Wciórka J. (1998), *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, Uniwersyteckie Wyd. Med. Vesalius, IPIŃ, Kraków – Warszawa.

Pytka L. (2000), *Pedagogika resocjalizacyjna*, Wyd. APS, Warszawa.

Pyżalski J., Roland E. (red.) (2010), *Bullying a specjalne potrzeby edukacyjne – podręcznik metodyczny*, WSP w Łodzi / CBB Uniwersytet Stavanger, Łódź.

Raport. www.ezop.edu.pl. Charakterystyka rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w Polsce na podstawie badania EZOP [online], [dostęp: 20.06.2014], <http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/aktualnosci/ezop/BACKGROUND_KONFERENCJA%20%20PRASOWA%20%20PROJEKTU%20EZOP.pdf>.

Rola J. (red.), *Wybrane problemy psychologicznej diagnozy zaburzeń rozwoju dzieci*, Wyd. WSPS, Warszawa.

Rurka A., Hardy G., Defays C. (2013), *Proszę, nie pomagaj mi. Paradoks pomocy narzuconej*, CRZL, Warszawa.

Rybakowski J., Pużyński S., Wciórka J. (red), *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, t. 3, Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław.

Rybakowski J., Pużyński S., Wciórka J. (red), *Psychiatria. Psychiatria kliniczna*, t. 1–2, Wyd. Med. Urban & Partner, Wrocław.

Rymsza M. (red.) (2005), *Elastyczny rynek pracy i bezpieczeństwo socjalne. Flexicurity po polsku?*, ISP, Warszawa.

Samobójstwa 2012 [w:] Statystyka. Policja [portal informacyjny], [online], [dostęp: 8.06.2014], <<http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa/84000,Samobojstwa-2012.html>>Itr V. (2002),

Satir V. (2002), *Rodzina . Tu powstaje człowiek*, GWP, Gdańsk.

Satir V. (2001), *Zmieniamy się wraz z rodzinami. O zdrowej komunikacji*, GWP, Gdańsk.

Seligman M., Walker E., Rosenhan D. (2003), *Psychopatologia*, Zysk i S-ka, Poznań.

C. B. Silver (1992), *Personality structure and ageing style*, „Journal of Ageing Studies”, Vol. 6, No. 9, s. 335.

Sitek E.J., Wieczorek D., Narożańska E., Sławek J. (2009), *Otępienie semantyczne. Znaczenie wywiadu oraz oceny neuropsychologicznej w diagnostyce różnicowej*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, nr 18 (2).

Sobczak J.B. (2008), *Interwencja społeczna – teoria i praktyka. Na przykładzie Projektu IWEQUAL „Akademia Przedsiębiorczości. Rozwój alternatywnych form zatrudnienia”* [online] [dostęp: 22.06.2014], <<http://www.equal.org.pl/download/produktAttachments/org5440caloscm1.maj08.pdf>>.

Status osoby niepełnosprawnej, Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych [online] [dostęp: 10.05.2014], <<http://www.niepelnosprawni.gov.pl/niepelnosprawnego/>>.

Stahl S.M. (2009), *Podstawy psychofarmakologii*, t. 1–4, Via Medica, Gdańsk.

Stanisławski P. (2007), *Co zostaje z tych dni. Kalendarium dni osób chorych i niepełnosprawnych*, „Integracja”3 (84),

Stemplewska-Żakowicz K. (2009), *Diagnoza psychologiczna. Diagnostowanie jako kompetencja profesjonalna*, GWP, Sopot.

Szarfenberg R. (2006), *Marginalizacja i wykluczenie społeczne. Wykłady*, Wyd. UW, Warszawa.

Szarfenberg R. (b.r.), *Polityka społeczna i usługi społeczne*, [online] [dostęp: 15.06.2014], <<http://rszarf.ips.uw.edu.pl/pdf/psus.pdf>>.

Szarfenberg R. (b.r.), *Standardy pracy socjalnej. Wprowadzenie* [online] [dostęp: 4.04.2014], <http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/SPS%20wprowadzenie_2601.pdf>.

Szczeklik A. (2010), *Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na 2010 rok*, Medycyna Praktyczna, Kraków.

Szpunar M. (red.), *Asystentura rodziny. Nowatorska metoda pomocy społecznej w Polsce*, MOPS w Gdyni i UG, Gdynia.

Średziński S.A. (red.) (b.r.), *Opiekun osoby niepełnosprawnej*, ŁSON, Łódź.

Świtaj P. (2008), *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*, IPiN, Warszawa.

Telefony Zaufania w Polsce współpracujące z PTPT [w:] Portal Internetowy Telefon Zaufania „Anonimowy Przyjaciół” [serwis internetowy] [online] [dostęp: 15.06.2007] <http://www.telefonaufania.org.pl/telefony_zaufania_wykaz.html>.

The World Health Report (2001), *Mental Health: New Understanding, New Hopes*, WHO, Genewa.

Thornicroft G. (2007), *Most people with mental illness are not treated*, „Lancet”, No. 370 (9590).

Thornicroft G., Tansella M. (2010), *W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej*, IPiN, Warszawa.

Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej, Projekt 1.18 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach EFS w latach 2009–2011, WRZOS, Warszawa.

Unia Europejska na rzecz zdrowia psychicznego [w:] EurActiv [portal informacyjny], [online], 16.06.2008, [dostęp: 8.06.2014], <<http://www.euractiv.pl/gospodarka/wywiad/unia-europejska-na-rzecz-zdrowia-psychicznego>>.

W Sejmie o psychiatrii środowiskowej (2014), „Psychiatria po Dyplomie. Medical Tribune”, t. 11, nr 1, s. 4.

Walsh K., Darby D. (2008), *Neuropsychologia kliniczna Walsha*, GWP, Gdańsk.

Wciórka J. (2008), *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*, Wyd. Urban & Partner, Wrocław..

Wejner-Jaworska T. (2013), *Tak, mam dysleksję: doświadczenia edukacyjne dorosłych osób z dysleksją w oparciu o wywiady narracyjne*, Wyd. SATORI, Łódź.

WHODAS 2.0, 12 item, [online] [dostęp: 20.11.2013], <http://www.who.int/classifications/icf/WHODAS2.0_12itemsINTERVIEW.pdf>.

WHODAS 2.0, 36 item, [online] [dostęp: 20.11.2013], <http://www.who.int/classifications/icf/WHODAS2.0_36itemsINTERVIEW.pdf>.

Wojtyniak B., Goryński P. (2008), *Sytuacja zdrowotna Polaków*, NIZP, PZH, Warszawa.

W Sejmie o psychiatrii środowiskowej (2014), „Psychiatria po Dyplomie”. Medical Tribune, t. 11, nr 1.

Yudofsky S.C., Hales R.E. (2012), *Neuropsychiatria*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław.

Zalewska M. (1998), *Dziecko w autoportrecie z zamalowaną twarzą. Psychiczne mechanizmy zaburzeń rozwoju tożsamości dziecka głuchego i dziecka z opóźnionym rozwojem mowy*, Wyd. J. Santorski i Co., Warszawa.

Załużska M., Prot K., Bronowski P. (2007), *Psychiatria środowiskowa jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym*, IPIŃ, Warszawa.

Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla pracowników podstawowej opieki zdrowotnej (2003), ŚOZ, PTS, Genewa – Warszawa.

Zasady uzyskiwania certyfikatów specjalisty lub terapeuty środowiskowego [w:] Podkarpackie Forum Psychiatrii i Opieki Środowiskowej [serwis internetowy] [online] [dostęp: 20.07.2014], <<http://psychiatriasrodowiskowa.weebly.com/certyfikaty-specjalisty-i-terapeuty-347rodowiskowego.html>>.

Zima-Parjaszewska M. (b.r.), *Ubezważnowolnienie w świetle Konstytucji RP oraz Konwencji o Prawach Osób z Niepełnosprawnościami. Ekspertyza prawna*, PTPA [online] [dostęp: 18.06.2014], <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fwww.ptpa.org.pl%2Fpublic%2Ffiles%2Fpublikacje%2FEkspertyza_OSI_-_Ubezwasnowolnienie.doc>.

Żakiewicz A. (red.) (2011), *Asystent rodzinny. Nowy zawód i nowa usługa w systemie wspierania rodzin. Od opieki do wsparcia*, Oficyna Wyd. „Impuls”, Kraków.

Wykaz aktów normatywnych:

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., ogłoszona 25 października 2012 (Dz. U. 2012 poz. 1169).

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r., [online], Warszawa [dostęp: 23.06.2014], <http://new.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0009/5778/npoz_zdrpub_03112011.pdf>.

Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 11 maja 2011 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 127, poz. 721).

Prawa pacjenta, Rozdział 3. Prawa pacjenta w szpitalu psychiatrycznym, [online] [dostęp: 15.06.2014], <http://www.fum.info.pl/esp/files/KARTA_PRAW_PACJENTA.pdf>.

Projekt założeń projektu ustawy o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw, Warszawa, luty 2014 r. [online], [dostęp: 20.03.2014], <http://www.mpips.gov.pl/.../polaczone%20zalozenia%20marzec%20_2014.pdf> .

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia (Dz. U. z dnia 1 marca 2002 r.) Dz.U.02.17.162, wraz z późniejszymi zmianami (2009).

Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z dnia 8 sierpnia 2003 r.) Dz. U. 03.139.1328, wraz z późniejszymi zmianami (2009, 2014).

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 listopada 2010 r. w sprawie wzoru kontraktu socjalnego (Dz. U. z 2010 nr 218 poz. 1439).

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2007 r. w sprawie wykonywania badań specjalistycznych na potrzeby orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z dnia 31 grudnia 2007 r.) Dz. U. 07.250.1875.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr. 24, poz. 128).

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 stycznia 2011 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego (Dz. U. 2011 nr 27 poz. 138).

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 1964 r., Nr 16, poz. 93, z późn. zm).

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. nr 141, poz. 1183).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 123, pozycja 776).

Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. 2003 nr 122 poz. 1143).

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r. Nr. 175, poz. 1362 z późn. zm).

Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. nr 69 poz. 415 z późn. zm).

Ustawa z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych (Dz.U. 2006 nr 94 poz. 651).

Ustawa z dnia 27 kwietnia 2006 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2006 r. nr 94 poz. 651 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 28 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2012, poz. 986).

Zarządzenie Nr 57/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień [online], [dostęp: 1.07.2014], <<http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=12&artnr=2830>>.

Zdrowie psychiczne w Europie w centrum uwagi. Komisja Europejska, 13.06.2008, Druk nr: IP/08/933.

Spis tabel

- Tabela 1.** Wybrane kategorie zaburzeń psychicznych według ICD-10
- Tabela 2.** Podstawowe objawy wytwórcze spotykane w psychozach
- Tabela 3.** Podstawowe wskaźniki epidemiologiczne
- Tabela 4.** Niepełnosprawność intelektualna a zaburzenia psychotyczne
- Tabela 5.** Klasyfikacja otępień według systemu ICD-10
- Tabela 6.** Stany kliniczne związane z używaniem substancji psychoaktywnych ujęte w klasyfikacji ICD-10
- Tabela 7.** Kryteria diagnostyczne uzależnień na przykładzie uzależnienia od alkoholu (F10.0)
- Tabela 8.** Kryteria diagnozowania zespołu abstynencyjnego na przykładzie uzależnienia od alkoholu (F10.0)
- Tabela 9.** Szkody psychiczne, społeczne i somatyczne u osób zażywających substancje psychoaktywne
- Tabela 10.** Substancje uzależniające wg ICD-10
- Tabela 11.** Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe
- Tabela 12.** Kryteria psychoz schizofrenicznych wg ICD-10
- Tabela 13.** Objawy osiowe i dodatkowe schizofrenii wg Eugena Bleulera
- Tabela 14.** Objawy pierwszorzędowe i drugorzędowe schizofrenii wg Kurta Schneidera
- Tabela 15.** Podział zaburzeń afektywnych wg systemu ICD-10 z podziałem na zaburzenia jednobiegunowe i dwubiegunowe
- Tabela 16.** Niektóre dane dotyczące epidemiologii i współchorobowości zaburzeń afektywnych
- Tabela 17.** Podstawowe grupy leków stosowanych w psychiatrii
- Tabela 18.** Współczesne zasady rehabilitacji psychiatrycznej
- Tabela 19.** Kluczowe czynniki w modelu macierzy środowiskowej opieki psychiatrycznej Grahama Thornicrofta i Michéle Tanselli
- Tabela 20.** Podstawowe publikacje dotyczące standardów pracy socjalnej z osobami z niepełnosprawnością (w tym z zaburzeniami psychicznymi) oraz ich rodzinami
- Tabela 21.** Rekomendacje do organizacji pracy pracownika socjalnego z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami wynikające ze standardów pracy socjalnej
- Tabela 22.** Możliwości rozwiązywania problemów w komunikacji z osobami z zaburzeniami psychicznymi
- Tabela 23.** Ocena ryzyka samobójstwa a zalecane postępowanie

Spis rysunków

Rysunek 1. Niektóre prawa pacjenta psychiatrycznego

Rysunek 2. Struktura ICF jako odzwierciedlenie stanu funkcjonowania i dysfunkcyjności człowieka, z uwzględnieniem kontekstu czynników środowiskowych i osobowych

Rysunek 3. Kliniczne cechy otępienia

Rysunek 4. Klasyfikacja epizodów depresyjnych i maniakałnych wg kryterium nasilenia objawów

Rysunek 5. Czynniki ryzyka samobójstwa w przebiegu chorób afektywnych

Rysunek 6. Główne założenia terapii środowiskowej

Rysunek 7. Cele Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego do realizacji przez resort pracy i ubezpieczeń społecznych

Rysunek 8. Koncepcja modelu opieki środowiskowej w Centrum Zdrowia Psychicznego

Rysunek 9. Planowany wzrost zatrudnienia w wybranych zawodach istotnych w opiece psychiatrycznej w stosunku do wskaźników z roku 2010

Rysunek 10. Czynniki ekluzyjne i inkluzyjne w procesie wykluczenia społecznego osób z chorobą psychiczną i ich rodzin

Rysunek 11. Stosunek emocjonalny rodziny do osoby chorej psychicznie i do jej choroby

Rysunek 12. Główne założenia podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniach

Rysunek 13. Budowanie relacji z klientem z zaburzeniami psychicznymi i jego rodziną

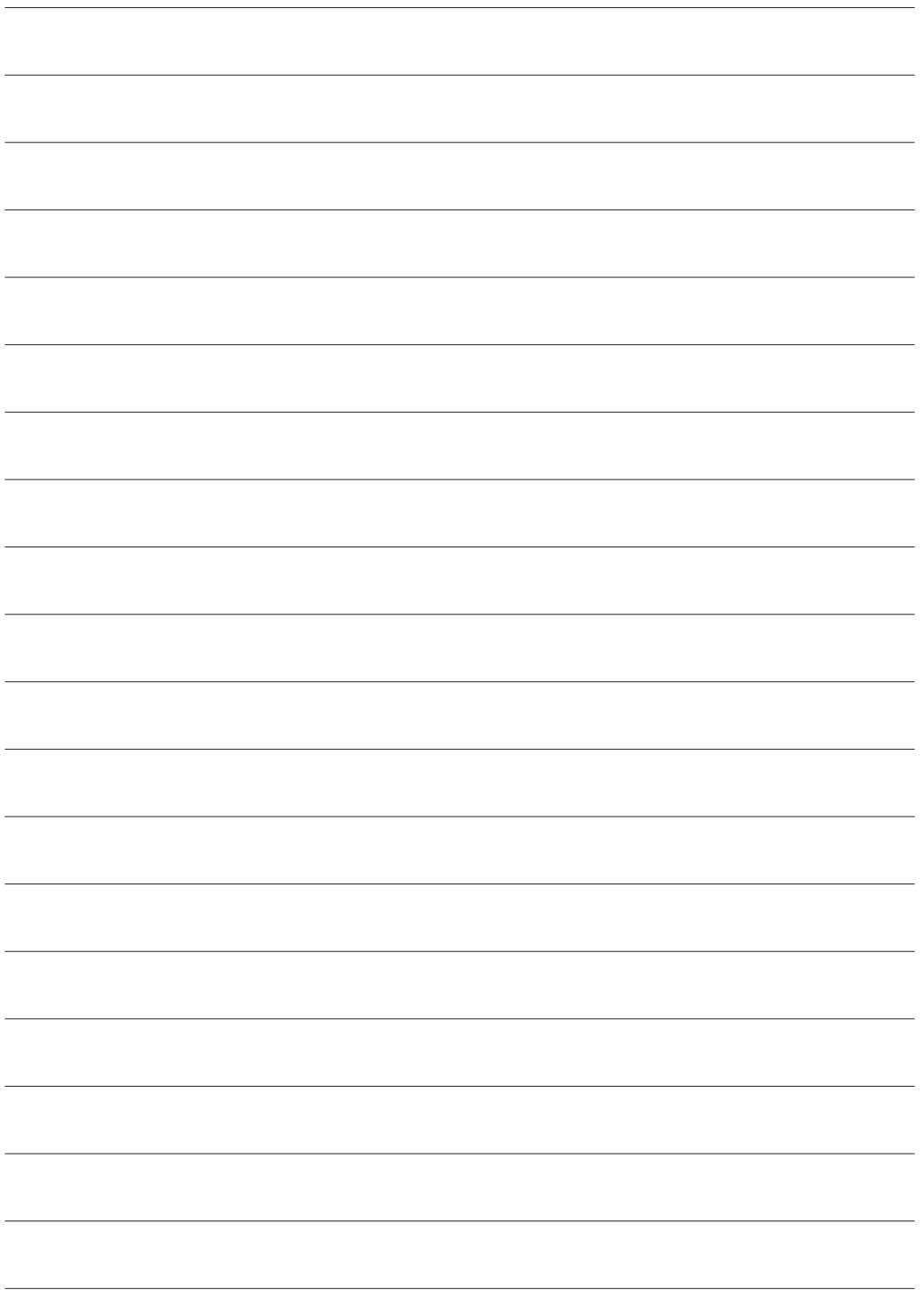
Rysunek 14. Role społeczne i kategorie diagnostyczne (wymiar) w „Kwestionariuszu Nieśprawności Społecznej” w adaptacji A. Kiejny i A. Sieradzkiego

Rysunek 15. Działania i środki socjalne wśród podstawowych usług socjalnych w projektowanej nowej ustawie o pomocy społecznej

Rysunek 16. Wpływ działań wspierających i opiekuńczych na osoby korzystające z tych form pomocy (skutki psychospołeczne)

Rysunek 17. Główne cechy przedsiębiorstwa społecznego

Rysunek 18. Spółdzielnie socjalne a firmy społeczne



O projekcie

Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich jest realizatorem projektu systemowego pt.: „Szkolenia e-learningowe z nowatorskich metod pracy socjalnej i publikacja specjalistycznej literatury z zakresu polityki społecznej i pracy socjalnej”, który jest realizowany w ramach Działania 1.2 Wsparcie systemowe instytucji pomocy i integracji społecznej POKL, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Celem ogólnym projektu jest przybliżenie oraz poszerzenie wiedzy wśród pracowników instytucji pomocy i integracji społecznej z nowatorskich metod i technik pracy socjalnej.

Projekt zakłada opracowanie oraz przetłumaczenie specjalistycznej literatury dotyczącej pomocy i integracji społecznej, w tym w szczególności nowatorskich technik i metod pracy socjalnej, jak również przygotowanie oraz realizację szkolenia e-learningowego z nowatorskich metod i technik pracy socjalnej z osobami korzystającymi ze świadczeń pomocy społecznej.

Projekt skierowany jest do pracowników Instytucji Pomocy i Integracji Społecznej do których należą w szczególności: regionalne ośrodki polityki społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie, ośrodki pomocy społecznej, domy pomocy społecznej, placówki specjalistycznego poradnictwa w tym rodzinnego, ośrodki wsparcia, ośrodki interwencji kryzysowej, centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej.

Założeniem projektu było wydanie serii publikacji - literatury specjalistycznej z zakresu polityki społecznej i pracy socjalnej, w tym nowatorskich metod i technik pracy socjalnej.

Centrum RZL wyraża nadzieję, że lektura 20 publikacji książkowych oraz 10 dotychczas niewydanych w Polsce tłumaczeń angielskojęzycznych zagranicznych publikacji książkowych spotka się z dużym zainteresowaniem pracowników socjalnych. Możliwość wykorzystania w codziennej pracy wiedzy merytorycznej o różnorodnej tematyce, a także umiejętności organizacyjnych prezentowanych w wydanej serii publikacji przyczyni się do podniesienia jakości działań w bezpośrednim kontakcie i pracy z klientami, a tym samym korzystnie wpłynie na podniesienie jakości funkcjonowania Instytucji Pomocy i Integracji Społecznej a tym samym na postrzeganie w społeczeństwie zarówno samych Instytucji, jak i ich pracowników.

Wydawca: **Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich**
Aleje Jerozolimskie 65/79, 00-697 Warszawa
Tel.: 22 237 00 00 | Fax: 22 237 00 99 | e-mail: sekretariat@crzl.gov.pl | www.crzl.gov.pl

ISBN 978-83-7951-301-7 (seria)
978-83-7951-315-4 (14)

Publikacja bezpłatna



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Publikacja współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.