# Praca socjalna z osobami chorującymi psychicznie

Hubert Kaszyński

# Praca socjalna z osobami chorującymi psychicznie

## Studium socjologiczne

Wydawnictwo
Uniwersytetu
Jagiellońskiego

Publikacja dofinansowana przez Uniwersytet Jagielloński
ze środków Wydziału Filozoficznego.

PROJEKT OKŁADKI
Jadwiga Burek

© Copyright by Hubert Kaszyński & Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
Wydanie I, Kraków 2013
All rights reserved

Niniejszy utwór ani żaden jego fragment nie może być reprodukowany, przetwarzany i rozpowszechniany w jakikolwiek sposób za pomocą urządzeń elektronicznych, mechanicznych, kopiujących, nagrywających i innych oraz nie może być przechowywany w żadnym systemie informatycznym bez uprzedniej pisemnej zgody wydawcy.

ISBN 978-83-233-3538-2

WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
Redakcja: ul. Michałowskiego 9/2, 31-126 Kraków
tel. 12-631-18-80, tel./fax 12-631-18-83
Dystrybucja: tel. 12-631-01-97, tel./fax 12-631-01-98
tel. kom. 506-006-674, e-mail: sprzedaz@wuj.pl
Konto: PEKAO SA, nr 80 1240 4722 1111 0000 4856 33 25

# Spis treści

**Wstęp** ..... 7

**1. Praca socjalna – próba uogólnienia** ..... 11
1.1. W trosce o wspólnotę ..... 11
1.2. Fazy rozwoju współczesnej pracy socjalnej ..... 13
1.3. Sprawiedliwość społeczna jako fundament pracy socjalnej ..... 14
1.4. Umacnianie i władza jako paradygmaty działania socjalnego ..... 16

**2. Perspektywa socjologiczna w pracy socjalnej** ..... 21
2.1. Socjologiczne inspiracje w pracy socjalnej ..... 22
2.2. Ujęcie mikro- i makrospołeczne jako kontinuum ..... 25
2.3. Socjologia na rzecz pracy socjalnej – refleksja ..... 27
2.4. Rozmowa jako źródło zmiany ..... 29
2.5. Podstawowe obszary działania socjalnego ..... 31

**3. Terapia społeczna – paradygmat dla praktyki** ..... 35
3.1. Podstawowe działania terapeutyczne ..... 36
3.2. Praca w zespole terapeutycznym ..... 38
3.3. Podstawowe wartości w terapii społecznej ..... 43
3.4. Trzy płaszczyzny terapii społecznej ..... 47

**4. Umacnianie osób chorujących psychicznie** ..... 53
4.1. Choroba psychiczna jako doświadczenie ..... 54
4.2. Model podatności na zranienie ..... 57
4.3. Znaczenie kontaktu z osobą chorującą psychicznie ..... 60
4.4. Umacnianie jako wyzwanie dla relacji terapeutycznej ..... 64
4.5. Wsparcie społeczne ..... 67

**5. Zdrowie psychiczne, zdrowienie i szczęście człowieka** ..... 71
5.1. Zdrowie psychiczne ..... 73
5.2. Zdrowienie i szczęście człowieka ..... 75
5.3. Czy zdrowienie jest faktem? ..... 79
5.4. Podstawy organizacyjne współczesnej psychiatrii ..... 83

5.5. Narodowa troska o ochronę zdrowia psychicznego... 85
5.6. Niepełnosprawność psychiczna jako fakt społeczny 90
5.7. Niepełnosprawność psychiczna w polskim prawie 93

**6. O ekonomii społecznej – raz jeszcze** 97
6.1. Znaczenie pracy w zdrowieniu osób chorujących psychicznie 97
6.2. Praca i brak pracy 99
6.3. Istota ekonomii społecznej i jej podstawowe uwarunkowania 101
6.4. Ekonomia społeczna – definicja 104
6.5. W poszukiwaniu polskiego modelu ekonomii społecznej 106

**7. Projekty pracy i zatrudniania osób chorujących psychicznie** 113
7.1. Instytucjonalna mapa polskich projektów pracy 114
7.2. Podstawowe uwarunkowania projektów pracy 124

**8. Dlaczego osoby chorujące psychicznie nie pracują?** 129
8.1. Piętno a problem w zatrudnianiu osób chorujących psychicznie 132
8.2. Szklany sufit 138

**9. Praca osób chorujących psychicznie – możliwości i bariery** 143
9.1. Praca osób chorujących psychicznie w opiniach pracodawców 144
9.2. Praca osób chorujących psychicznie – zagadnienie awansu 151

**10. Edukacja społeczna jako metoda pracy socjalnej** 161
10.1. Znaczenie osobistego kontaktu z osobą chorującą psychicznie 162
10.2. Edukacja społeczna jako wyzwanie dla praktyki 166
10.3. Promocja zdrowia jako kontekst edukacji społecznej 173

**11. Jaki jest sens naszych starań?** 179
11.1. Praca socjalna – współczesne wyzwanie 180
11.2. Zagrożenia dla godności osoby 183

**Aneks 1. *Skala umacniania*** 193

**Aneks 2. Zestawienie przywoływanych w pracy przepisów prawa socjalnego** 195

**Bibliografia** 197

**Spis rycin** 211

**Spis tabel** 213

# Wstęp

Problematyka zdrowia psychicznego ma bardzo istotne znaczenie dla pełnego zdefiniowania rozwoju zarówno indywidualnego, jak i grup oraz środowisk społecznych. Można ją analizować z perspektywy naszej podstawowej odpowiedzialności za funkcjonowanie oraz dostępność instytucji leczenia i rehabilitacji zaburzeń psychicznych, ale również – a może przede wszystkim – jako odpowiedzialność za warunki, dzięki którym każdy człowiek może zaktualizować pełnię swojego potencjału. Dlatego też wyrazem troski o zdrowie psychiczne jest ciągłe odnajdywanie i potwierdzanie niepowtarzalności osoby ludzkiej oraz wysiłek zmierzający do ochrony dobra wspólnego. Jest to aktywność heroiczna. Nie wahamy się jej tak nazwać, kiedy uświadamiamy sobie siłę i dominację neoliberalnych mechanizmów rynkowych, które kształtują zunifikowany wzór człowieka konsumenta oraz uruchamiają i pobudzają procesy deregulacji i deformalizacji stosunków społecznych. Nadmierny kult prywatyzacji, jak również działań strategicznych, dla których fundamentem jest manipulacja, stopniowo zagrażają wspólnocie ludzkiej.

Intensywne przemiany więzi społecznych są wyzwaniami wpisanymi w nasze codzienne życie. Aby im sprostać, poszukujemy w sobie specyficznych, unikatowych kompetencji poznawczych, emocjonalnych oraz tych odnoszących się do działania zorientowanego na świat wartości. Orientacja w zmieniającym się świecie wymaga silnej tożsamości, poczucia spójności „ja", zdolności nie tylko do samodzielnego definiowania, ale również do umacniania i ochrony sensu własnego życia. Tożsamość stała się jednak niebywale złożonym projektem, będącym dramatyczną próbą poszukiwania indywidualnych odpowiedzi na spektrum makrostrukturalnie warunkowanych problemów społecznych. Aby potwierdzić swoją obecność w świecie, potrzebujemy nie tylko szeroko rozumianych zasobów zewnętrznych, ale również mądrości życiowej. Mądrości będącej splotem kompetencji osobowych, dzięki którym jesteśmy odporni na otaczający nas szum informacyjny, na pozornie zróżnicowane i pozornie dostępne rozwiązania. Aby jednak wzbudzić w człowieku

zdolność krytycznego dystansu, potrzebna jest specyficzna przestrzeń społeczna, której zadaniem jest neutralizowanie szeroko rozumianego ryzyka. Zdecydowanie nie myślę tutaj o niemożliwym odgradzaniu się od ekspansji rynku, wielokulturowości czy złożonych przejawów naszych działań motywowanych wykluczającymi się interpretacjami świata wartości. Nie biorę pod uwagę również faktycznej możliwości oddzielenia się od zła, którego źródeł możemy poszukiwać zarówno w zakamarkach i osobliwościach ludzkiej psychiki, jak i w braku specyficznych cech predestynujących do czynienia zła. Nie uchronimy się przed „człowiekiem bez właściwości", poprawnie obojętnym, podlegającym władzy i autorytetom, w którym gotowość do czynienia zła można łatwo wzniecić. Wystarczy przecież zdefiniować zasady ładu społecznego, nadać płynnej rzeczywistości zbiurokratyzowaną hierarchię, dać ideologiczne oparcie zagubionym w sobie, a zło nie tyle stanie się możliwe, ile ponownie potwierdzi to, iż jest jedną z możliwych ścieżek naszego rozwoju. Było ono bowiem głęboko wpisane w liberalną kulturę dwudziestowiecznej Europy. Jak stwierdził Zygmunt Bauman, Europa okazała się laboratorium przemocy i nie widać żadnych oznak tego, iż zostało ono zamknięte bądź wyłączone z eksploatacji[1].

Deregulacja stosunków społecznych jest procesem równoległym do ich prywatyzowania, a pierwszy dzień „wolności od" najczęściej staje się pierwszym dniem dotkliwej utraty wolnej woli. Obszarami obecnie zagrożonymi parametryzacją i technicyzacją są nie tylko więzi międzyludzkie, ale również nasz stosunek do samych siebie. Obejmuje on przede wszystkim relację osoby do własnego ciała i do przeżywanych emocji. Właśnie te obszary są szczególnie obiecujące dla biotechnologicznej gospodarki. Ich kolonizacja jest gwarantem dalszego rozwoju neoliberalnego kapitalizmu i wielkim zagrożeniem nową epoką alienacji człowieka. Tym razem jednak niebezpieczeństwo będzie związane z poczuciem utraty kontroli nie nad złożonymi przejawami życia społecznego, ale nad własną konstytucją psychospołeczną. Głównym produktem tej nowej gospodarki jest możliwa do przekształcania i poprawy indywidualna tożsamość, jej producentem staje się człowiek, natomiast posiadaczem raczej mniej niż bardziej spersonifikowane sieci właścicieli przemysłu biotechnologicznego. Zastosowany mechanizm jest prosty. Wzrost naszej niepewności i lęku, którego źródłem jest masywna indywidualizacja odpowiedzialności za swój los i deregulowanie struktur społecznych – będących dotychczasowym gwarantem poczucia bezpieczeństwa – rodzi wprost proporcjonalne zapotrzebowanie na natychmiastowe środki zaradcze. Mają one leczyć płynne granice „ja", poczucie wewnętrznej pustki i przerażenie

[1] Z. Bauman, *Straty uboczne*, tłum. J. Hunia, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011, s. 163.

wynikające z utraconego bezpieczeństwa i kontroli nad życiem. Warunkiem sięgnięcia po „lekarstwo" będzie jednak zdolność (zaradność) ekonomiczna. Jej brak stanie się źródłem nowego cierpienia człowieka, które jednak tym razem będzie związane nie tylko z relacją „ja i świat zewnętrzny", ale przede wszystkim relacją „ja z sobą samym". Zagubienie w sobie będzie o wiele większe niż zagubienie w świecie. Nasza pomoc ludziom będzie wymagała ciągłych odwołań do miłości i odpowiedzialności wobec tych, którzy **więcej czują i inaczej rozumieją i dlatego bardziej cierpią.** Walczyć będziemy o to, aby osoba mogła zawsze odpowiedzieć sama sobie na pytanie, kim jest i kim chce się stać.

Niewątpliwie to, czego możemy nauczyć się od ludzi, którzy utracili i zdołali odzyskać zdrowie psychiczne, wiąże się z niezmienną dla człowieka potrzebą aktualizacji aksjologicznego porządku świata, gdzie pokora wobec twarzy Innego jest dla tego porządku warunkiem koniecznym. W ten sposób ujmuję istotę pracy socjalnej z osobami chorującymi psychicznie. Profesji, która w relacji z człowiekiem poszukuje odpowiedzi na pytania o źródła naszej życiowej mądrości, o zasady strukturowania przestrzeni społecznej, która wzbogaci naszą zdolność do refleksji i zachowania dystansu wobec świata.

W niniejszej rozprawie zawarłem teoretyczne odniesienia, refleksje oraz interpretacje będące pokłosiem mojej wieloletniej współpracy z osobami chorującymi psychicznie, a także studiów nad możliwościami i ograniczeniami ich obecności w świecie. Badawczym punktem skupienia jest poszukiwanie odpowiedzi na pytanie o specyfikę profesjonalnego udziału pracowników socjalnych w terapii społecznej osób chorujących. Przyjętą metodę poznawania rzeczywistości nazwałbym refleksyjną praktyką, która odwołuje się do krytycznej interpretacji zróżnicowanych, cząstkowych diagnoz społecznych, konstruowanych na podstawie różnych źródeł wiedzy: badań jakościowych oraz ilościowych, raportów oraz aktów prawnych związanych z obszarem zdrowia psychicznego. Szczególne miejsce zajmują doniesienia badawcze i dokumenty dotyczące społecznych determinantów możliwości pracy i zatrudnienia osób chorujących psychicznie. Praca jest bowiem jednym z najważniejszych kryteriów zdrowia psychicznego.

Refleksyjności bliska jest hermeneutyczna wizja świata, która docenia krytyczną subiektywność, poszukiwanie znaczenia, rozumienie, postrzeganie każdej sytuacji jako unikatowej, różnorodność, dialektykę, dialog, uczestnictwo oraz wzmocnienie personalnego znaczenia. Ujęcie refleksyjne obejmuje dwa etapy: analizy i projektowania zmian. Analiza odsłania relacje dominacji, pozwala poznać odczucia, przekonania i możliwości osób poszukujących pomocy. Projektowanie zmian dotyczy odkrywania sposobów wzmacniania poczucia własnej wartości osób społecznie „ranliwych", wyposażania ich

w możliwości wpływu na życie i kształtowania optymistycznych przewidywań dotyczących własnej przyszłości.

Wspólnym mianownikiem omawianych kwestii jest umiejętność namysłu nad stanowieniem, przemianami i ochroną międzyludzkiej więzi, będącej fundamentem pozwalającym odkrywać i praktykować zróżnicowane sposoby umacniania tych, którzy są szczególnie podatni na społeczne zranienie.

# 1

# Praca socjalna – próba uogólnienia

Interpretowanie społecznej rzeczywistości przez pierwszych socjologów było ukierunkowane na identyfikację podstawowych mechanizmów życia społecznego. Jednocześnie ich aktywność teoretyczna i badawcza miała na celu między innymi odkrycie metody przekształcania rzeczywistości społecznej zgodnie z pewnym ogólnym wyobrażeniem o utraconej lub utopijnej wspólnocie. Chodziło o metodę, dzięki której można by zapobiec niepokojącym i coraz mniej przewidywalnym zmianom, jakim podlegała więź społeczna w dobie wczesnego kapitalizmu i kształtowania się nowoczesnych państw narodowych. Wreszcie, geneza zróżnicowanych działań pomocowych oraz procesu profesjonalizacji pracy socjalnej była związana z mniej lub bardziej uświadomioną niezgodą na stan ubóstwa powiązanego ze zróżnicowaniem społecznym i z istniejącą niesprawiedliwością społeczną.

## 1.1. W trosce o wspólnotę

Pierwsze pęknięcie nowoczesności, wiążące się z początkiem industrializacji, zakończyło – według terminologii Émile'a Durkheima – stary świat solidarności mechanicznej i zainicjowało okres historyczny, w którym relacje i solidarność społeczna musiały być celowo organizowane. Powstający rynek kapitalistyczny chciał tylko tyle ingerencji państwa, ile było konieczne, aby poprzez utrzymanie praworządności wzmocnić czy zabezpieczać handlowe kontrakty i porozumienia. Równocześnie zamierzał utrzymać autonomię wobec państwa, które stawało się w oczach obywateli tym bardziej prawomocne, im mocniej było w stanie kontrolować żądania kapitalizmu obliczone na maksymalizację zysku. Antagonizm ten odpowiada za powstanie organizowanych i finansowanych przez państwo systemów opieki społecznej, w tym za narodziny pracy socjalnej. Jej funkcją było wspieranie społecznej równowagi tam, gdzie dominujące grupy i społeczności lokalne, instrumenty rynku, państwa oraz kultury nie

wystarczały, aby radzić sobie z nową rzeczywistością, również z niedolą, biedą osób, ich grup czy szerszych środowisk, w których sytuacja kryzysu i związanych z nim problemów zaczęła się zaznaczać ze wzmożoną siłą[2].

Kształtująca się profesja została powiązana między innymi z trzema kluczowymi obszarami, w których podejmowane były działania interwencyjne mające zapobiegać groźbie załamania się istniejącego porządku społecznego. Równocześnie obszary te stanowiły punkt skupienia szeregu analiz badawczych, podejmowanych przez ówczesnych socjologów. Obszar pierwszy to świat pracy, kształtowanie się solidarności robotniczej, powstawanie ruchów obywatelskich, czego przejawem była między innymi działalność związkowa oraz stopniowo następująca formalizacja stosunków pracy. Drugi obszar związany był z rozwojem demokratycznego państwa narodowego, które wyposażyło obywateli w prawo głosu upoważniające ich do współokreślania politycznych priorytetów. Proces ten leżał u podstaw przyszłego kształtowania się państwa dobrobytu. Jego celem było uspołecznienie ryzyka socjalnego i kreowanie etosu obywatelskiej współodpowiedzialności. Trzeci kierunek umacniania więzi społecznej odnosił się do aktywności kulturotwórczej, wspierającej proces przekształcania indywidualnych tożsamości poprzez rozwój wyspecjalizowanych instytucji edukacyjnych. Przypisuje się mu podstawową rolę w niwelowaniu skutków wspomnianego już pierwszego pęknięcia nowoczesności. Te zupełnie podstawowe, historyczne uwarunkowania socjologii i pracy socjalnej – związane z problemami pracy, polityki i kultury – stały się fundamentem kształtujących się powiązań pomiędzy socjologią i pracą socjalną.

Na przełomie XIX i XX wieku, kiedy to formowały się teoretyczne podstawy pracy socjalnej związane z opracowaniem metody indywidualnego przypadku oraz zasad pracy z rodziną, obowiązywało założenie, że występowanie psychicznej lub społecznej degradacji człowieka było zewnętrzną, uwidocznioną formą jego moralnego i intelektualnego ubóstwa. Ludzie zajmujący się udzielaniem pomocy, zrzeszając się w organizacjach charytatywnych, występowali w roli „dobrych rodziców", natomiast ich podopieczni w roli „trudnych dzieci", wymagających permanentnych oddziaływań wychowawczych. Teoretyczna i praktyczna koncentracja na dokonywaniu zmian w jednostkach oraz w ich środowiskach rodzinnych wywarła przemożny i długotrwały wpływ na pracę socjalną. Profesjonalna działalność w wielu swoich przejawach była zaskakująco zgodna z założeniem, że problemy klientów mają swoje źródło wyłącznie w ich zachowaniu, moralności lub wadliwych relacjach rodzinnych. Działalność pomocowa była utożsamiana z długotrwałą „moralną edukacją" osób społecznie niezaradnych oraz z procesem sprawowania nad nimi kontroli. Należy podkreślić, że ten

---

[2] W. Lorenz, *Social Work and a New Social Order – Challenging Neo-liberalism's Erosion of Solidarity*, „Social Work and Society" 2005, t. 3, nr 1, s. 93–101, www.socwork.net/Lorenz2005.pdf [dostęp: 5.05.2012].

sposób myślenia opierał się na społecznym darwinizmie, który pozycję jednostki w społeczeństwie ujmuje jako odzwierciedlenie jej osobowościowych predyspozycji oraz utrwalonych cech charakteru i wyłącznie w nich upatruje przyczyny ubóstwa i stanów patologicznych[3]. Pomimo bezpośredniej pracy z najmniej wpływową i najbardziej ubogą częścią społeczeństwa współczesna praca socjalna nadal ulega tendencjom, aby nie poszukiwać czynników determinujących sytuację problemową człowieka poza jego rodziną i siecią najbliższych kontaktów społecznych. Wydaje się, że pracownicy socjalni swą praktyką kwestionują wpływ warunków ekonomicznych i politycznych na poziom oraz jakość życia jednostek, grup i środowisk lokalnych, a także ignorują skutki dyskryminacji, nierówności lub społecznego naznaczania.

## 1.2. Fazy rozwoju współczesnej pracy socjalnej

Tradycyjnie wyróżniamy trzy historyczne fazy rozwoju nowoczesnej pracy socjalnej[4]. Po pierwsze, lata 50. XX wieku, w których praca socjalna wiązała się z pozytywistyczną wiarą w człowieka, w jego zarówno ukryty, jak i mający szansę realizacji potencjał rozwojowy. Wydobycie owych zależności wydawało się zabiegiem najważniejszym i wystarczającym, aby pomnażać dobrostan indywidualny, grupowy i w ostatecznym rozrachunku – całych społeczeństw. Kolejna faza to okres ekspansji *welfare state* w latach 1945–1973[5], kiedy to definiowano problemy społeczne, posługując się rozbudowanymi diagnozami, identyfikowano skategoryzowane grupy ryzyka, manifestowano wiarę w prakseologię, skuteczność oddziaływań behawioralnych i systemów legislacyjnie umocowanych zabezpieczeń społecznych. W tym okresie rozpoczęła się intensywna profesjonalizacja pracy socjalnej. Ów racjonalny model doprowadził jednak pracowników socjalnych do stopniowej utraty zdolności do refleksji etycznej oraz zagubienia sensu socjotechnicznych działań pomocowych i ostatecznie, do powszechnie odczuwanego kryzysu pracy socjalnej oraz potrzeby jej redefinicji. Zresztą wspomniany proces był i jest nadal niejako równoległy do refleksji nad nową odpowiedzią państwa narodowego na coraz bardziej złożone problemy społeczne.

Rozpoczęta już w latach sześćdziesiątych krytyka pracy socjalnej zwróciła uwagę na bezdyskusyjną konieczność uwzględniania w praktyce, poza

---

[3] C. Jones, *Social Work and Society* [w:] R. Adams, L. Dominelli, M. Payne (red.), *Social Work. Themes, Issues and Critical Debates*, Macmillan, London 1998, s. 34–43.

[4] Zob. E. Marynowicz-Hetka, *Pedagogika społeczna,* t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 381–383.

[5] J. Krzyszkowski, *Między państwem opiekuńczym a opiekuńczym społeczeństwem. Determinanty funkcjonowania pomocy społecznej na poziomie lokalnym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2005, s. 31–34.

czynnikami psychospołecznymi, znaczenia szerszych procesów społecznych. Brak umiejętności diagnozowania wpływu zjawisk politycznych lub makroekonomicznych na konkretną sytuację problemową sprowadza pracę socjalną do roli mechanizmu, który podtrzymuje funkcjonowanie osób zależnych od instytucjonalnej pomocy poza głównym nurtem życia społecznego i tym samym pozbawia ich prawa do społecznego uczestniczenia. Paradoksalnie, prawnie usankcjonowane i – co więcej – w pełni uzasadnione z perspektywy konkretnej sytuacji klienta przejawy pracy socjalnej, które polegają na udzielaniu klasycznych i doraźnych form pomocy, mogą zostać zdefiniowane jako działalność o negatywnych konsekwencjach.

Trzeci okres rozwoju pracy socjalnej opatrzony bywa przymiotnikiem „nadzieja". Jest związany z wiarą w możliwość zmiany społecznej – stopniowego równoważenia udziału we współ-życiu społecznym różnych grup (tych niedocenianych jak i faworyzowanych), tym samym zwiększaniu spójności społecznej w imię filozofii wspólnoty.

## 1.3. Sprawiedliwość społeczna jako fundament pracy socjalnej

Życie społeczne można porównać do ruchu wahadła. Po jednej stronie mamy do czynienia ze społeczeństwem podtrzymującym rywalizację i polaryzację zaś, po drugiej ze społeczeństwem promującym wspólnotę – rozumianą jako celebrowanie zróżnicowania. Ta symbioza między rywalizacją i współpracą ma miejsce nie tylko na przestrzeni całej historii naszej ewolucji, lecz również w ramach społeczności ludzkich i wewnątrz samych jednostek. Społeczeństwo nierywalizujące traci zdolność twórczą, natomiast zbyt ufne jednostki narażone są na potencjalny atak innych[6]. Pracę socjalną można ujmować jako profesję uwikłaną w ten ruch, kiedy to konieczne odchylenia naprzemiennie zbliżają nas do krańców kontinuum: atomistycznej i – z drugiej strony – organicystycznej wizji jednostki oraz sposobu organizowania społeczeństwa. W toku przemian społecznych i codziennej praktyki zadajemy sobie pytania: „Według jakich praw organizm społeczny pełni wszystkie swoje funkcje?" oraz „Dzięki czemu każdy człowiek może wykorzystać pełnię swoich sił pomimo lub wbrew funkcjonalnym wymogom całości?". Pytamy o to, w jakim stopniu zmiana społeczna, definiowana jako korzystna, dokonała się kosztem ograniczania indywidualnej swobody, a w jakim – kosztem korozji wspólnotowej więzi. Ta dialektyka wpisana jest zarówno w teorię, jak i praktykę współczesnej pracy socjalnej na każdym poziomie jej potencjalnej aktywności – pracy z osobą, grupą czy środowiskiem lokalnym. W powszechnie przyjętej

[6] F. Fukuyama, *Koniec człowieka*, tłum. B. Pietrzyk, Wydawnictwo Znak, Kraków 2008, s. 136; K. Pospiszyl, *Psychopatia*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2000, s. 56–73.

definicji pracy socjalnej Zgromadzenia Ogólnego Międzynarodowej Federacji Pracowników Socjalnych[7] fundamentem profesji jest dążenie do społecznej sprawiedliwości, realizacji praw człowieka, tworzenia równych dla wszystkich ludzi możliwości społecznego uczestnictwa, wychodzenie naprzeciw zgłaszanym potrzebom oraz zaangażowanie w rozwój uprawnień socjalnych. Pisząc wprost, istotę pracy socjalnej można ujmować jako budowanie zaufania społecznego, którego miarą jest stopień bezpieczeństwa socjalnego najsłabszych grup społecznych. Tak właśnie rozumiana sprawiedliwość społeczna jest kluczową motywacją i uprawnieniem zróżnicowanych działań pomocowych, ponieważ może być utożsamiana z sensem istnienia człowieka na ziemi. Pisał o tym Jan Paweł II: „Poprawne określenie tego, *ile się należy* każdemu od wszystkich, a zarazem wszystkim od każdego, tego, *co się należy* człowiekowi od człowieka w różnych sytuacjach; określenie tego jest wielką sprawą, dla której człowiek żyje i dzięki której życie jego ma sens"[8]. Sprawiedliwość to dynamiczny cel albo warunek demokratycznych społeczeństw zawierający koncepcję równego dostępu do instytucji społecznych, zasobów, możliwości, praw, dóbr i usług dla wszystkich grup i osób. Chodzi o dostęp bez arbitralnych ograniczeń bazujących na postrzeganych (obserwowalnych) lub interpretowanych zróżnicowaniach według wieku, kultury, fizycznej lub psychicznej niepełnosprawności, wykształcenia, płci, pochodzenia, języka, rasy, religii i orientacji seksualnej, zakładając, że wywiązują się oni z określonych społecznie zobowiązań wobec całości. Niesprawiedliwością jest natomiast, jeśli poszczególni członkowie społeczeństwa mają niejednakowe szanse awansu ze względu na strukturalne mechanizmy faworyzacji *versus* wyłączania[9]. Ta tylko pozornie oczywista kwestia możliwa jest jednak do stałej empirycznej weryfikacji poprzez badanie dostępu osób o różnych charakterystykach społecznych i demograficznych do takich wartości, jak na przykład wykształcenie, praca, system opieki zdrowotnej, zabezpieczenie społeczne, w tym pomoc społeczna. Różnice – te istotne statystycznie, ale również te wzbogacane indywidualnymi świadectwami, czyli tak zwaną wiedzą z pierwszej ręki – są punktem wyjścia do definiowania przemocy społecznej oraz programów naprawczych. W pracy socjalnej wyniki badań są jednak konieczną, lecz niewystarczającą przesłanką dla działań praktycznych. Raczej chodzi nam o stałą krytyczną refleksję nad interakcją pomiędzy wiedzą naukową i wartościami, aniżeli o prostą aplikację odkryć badawczych.

Jeśli przyjmiemy, iż wartości, wokół których skupiają się ludzie współtworząc grupy, wspólnoty lokalne, szersze całości społeczne, są zobiektywizowane

---

[7] J. Szmagalski, *Współczesne procesy rozwojowe pracy socjalnej jako zawodu i dziedziny kształcenia akademickiego*, „Praca Socjalna" 2006, nr 3, s. 22–24.

[8] Jan Paweł II, *Serce pragnie sensu. Motywy życia i nadziei*, Grupa Image, Warszawa 1991, s. 116.

[9] F.E. Netting, P.M. Kettner, S.L. McMurtry, *Social Work Macro Practice*, Pearson Education, Boston 2004, s. 16–17.

i zawierają kategorię powinności ich realizacji, to zagrożeniem będą wszelkie próby mechanicznej kodyfikacji zasad etycznych powodującej zanikanie wewnętrznej zdolności człowieka do refleksji etycznej, jak również obumieranie przestrzeni grupowej, gdzie zdolność ta może być kolegialnie wzbogacana. Etyczna refleksyjność jest podstawą dla budowania zmieniającego się w czasie negocjowanego konsensusu aksjonormatywnego. Stanowi drogę odkrywania w złożonych przejawach naszego działania nadrzędnego wzorca norm i wartości. Tym samym może być traktowana jako istotny mechanizm postępu społecznego, rozumianego jako kantowski rozwój moralny lub, odnosząc się na przykład do ewolucjonizmu biologicznego[10], jako selekcja wartości umożliwiających najpełniejszy rozwój osoby. Jest to rozwój będący zwiększaniem wolności do przekształcania (zmieniania) społeczeństwa. Inaczej to postęp, na który zwraca uwagę Józef Lipiec[11], pisząc o potrójnej etycznej odpowiedzialności człowieka wobec siebie („ja wobec ja"), wobec grup przynależności („ja wobec my") oraz wobec społeczeństwa globalnego („ja wobec my wszyscy"). Autor zakłada, iż nasza dojrzałość etyczna kształtowana jest w toku cyrkularnego procesu analizy własnych działań z tych właśnie trzech perspektyw oraz stopniowego znoszenia istniejących napięć. Wątpiącym przypomina, iż alternatywą jest etyczny relatywizm.

## 1.4. Umacnianie i władza jako paradygmaty działania socjalnego

Przywołana definicja pracy socjalnej Zgromadzenia Ogólnego Międzynarodowej Federacji Pracowników Socjalnych koncentruje się wokół trzech szczegółowych zagadnień. Po pierwsze, na działaniach zmierzających do wspierania zmiany społecznej; po drugie, na rozwiązywaniu problemów społecznych, których źródłem są interakcje pomiędzy jednostkami a grupami w ich środowisku lokalnym, oraz po trzecie, na jednoznacznym promowaniu praktyki społecznej opartej na paradygmacie umacniania (*empowerment*)[12]. Należy podkreślić, iż ten sposób rozumienia pracy socjalnej jest bliski zarówno europejskiej (w tym polskiej), jak i amerykańskiej tradycji. Znajdujemy w niej liczne odniesienia do planowania przemian społecznych, aktywizmu czy wprost nawoływania do przekształceń o charakterze rewolucyjnym, jak również wskazania, aby poszukiwać i uwalniać niezbędne siły – indywidualne i grupowe – w celu osiągania mniej lub

---

10 P. Sztompka, *Socjologia zmian społecznych*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2005, s. 127–129.

11 J. Lipiec, *Koło etyczne*, Wydawnictwo Fall, Kraków 2005.

12 O.P. Askheim, *Empowerment as Guidance for Professional Social Work: An Act of Balancing on a Slack Rope*, „European Journal of Social Work" 2003, t. 6, nr 3, s. 229–240; M. Gawęcka, *Koncepcja empowerment jako alternatywny paradygmat pracy socjalnej* [w:] J. Brągiel, P. Sikora (red.), *Praca socjalna – wielość perspektyw. Rodzina – multikulturowość – edukacja*, Uniwersytet Opolski, Opole 2004.

bardziej określonego stanu sprawiedliwości i porządku społecznego. Ujmując zagadnienia najogólniej, twierdzę, iż umacnianiem nazywamy rodzaj teoretycznej refleksji i metodologii pracy opartej na usystematyzowanej wiedzy pochodzącej z praktyki, skupionej na wykorzystaniu szeroko rozumianego potencjału klienta[13] oraz zasobów jego sieci społecznej. Z jednej strony, umacnianie jest celem samym w sobie, zgodnie z którym osoby, ale również grupy i wspólnoty lokalne pozbawione szeroko rozumianych możliwości sprawczych mają wydobyć się z niekorzystnego położenia. Po wtóre, kształtowanie sprawstwa, poczucia wpływu jest metodą prowadzącą do celu; jest procesem, który pozwala na nabywanie bądź odzyskiwanie zdolności ustanawiania czy odbudowywania swojego statusu społecznego jako równoprawnego obywatela. Tym samym proces ten pociąga za sobą konieczność zmieniania istniejącej w danym kontekście relacji władzy, z którą praktyka pomocowa jest ściśle powiązana.

Problem władzy w pracy socjalnej, a także form sprawowania kontroli nad klientem jest rzeczywistością skrywaną, skrzętnie zasłanianą debatami o posłannictwie społecznym, o szczególnej misji pracy socjalnej, ochronie praw człowieka i jego godności. Oczywiście, odbywa się to kosztem pogłębionej refleksji nad zagadnieniami skomplikowanej, międzyludzkiej relacji pomocy. W codziennej praktyce konsekwentnie sprawowana władza **nad** osobą – działająca na zasadzie **góra–dół**, niewymagająca od podwładnych żadnych kompetencji w zakresie samodzielnego podejmowania decyzji – czyni z osób, którym pomagamy, wykonawców naszych dyrektyw. Uczy ludzi, iż ważne dla nich decyzje zapadają bez ich udziału i wpływu, czyni z nich osoby bezradne. W tym miejscu należy wspomnieć o klasycznych studiach Martina Seligmana[14] nad syndromem wyuczonej bezradności, które pozwalają zrozumieć rzeczywistość osób zależnych od instytucjonalnych form pomocy. Wspomniany syndrom jest indywidualnym bądź grupowym stanem utraty kontroli nad życiem, połączonym z brakiem zrozumienia jego przyczyn, w którym przeszłe porażki i niepowodzenia stanowią podstawę pesymistycznych przewidywań dotyczących przyszłego życia. Syndrom ten przejawia się względnie trwałym przeświadczeniem o braku zdolności do osiągania sukcesów, a także atrofią motywacji. Odnosząc syndrom wyuczonej bezradności do problematyki pracy socjalnej, należy podkreślić, iż jest on indywidualnym, grupowym bądź środowiskowym stanem – niezawinionym i względnie utrwalonym w wyniku wieloletniego doświadczania ubóstwa oraz korzystania z systemu pomocy społecznej, przy

---

[13] Termin „klient" jest przez mnie użyty świadomie, nawiązuję tym samym do tradycji Carla Rogersa, który po raz pierwszy użył na określenie pacjenta słowa „klient" i obdarzył potrzebującą pomocy osobę należnym jej szacunkiem i przysługującym jej udziałem w odpowiedzialności; zob. B. Thorne, *Carl Rogers*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006, s. 72.

[14] M.E.P. Seligman, *Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie?*, Media Rodzina of Poznań, Poznań 1996.

równoczesnym braku odpowiednich do potrzeb oddziaływań terapeutycznych. Jest niezdolnością do kontrolowania własnego życia, będącą wynikiem nacisków strukturalnych grup społecznych posiadających większą władzę.

Koncepcja umacniania jest wyzwaniem, aby dominujący model sprawowania władzy „nad" zastąpić władzą „z", która zakłada współpracę i współodpowiedzialność. Ograniczanie problemu szeroko rozumianej biedy zależy nie tylko od rozwoju ekonomicznego, ale i od tego, czy ludzie nią dotknięci mają polityczną władzę. Faktyczne uczestnictwo oznacza bowiem partycypację w sferze politycznej, a tym samym posiadanie możliwości wpływu na rzeczywistość. Dlatego też działania wspierające partycypację oznaczają poważne zakłócenia istniejącego porządku i układu sił na rzecz tych, którzy posiadają mniejszą zdolność do samostanowienia[15]. Wtedy rodzi się jednak potrzeba przygotowania wszystkich uczestników procesu do kompetentnego i odpowiedzialnego podejmowania decyzji. Współcześnie ważne i obiecujące pytania w pracy socjalnej dotyczą zarówno społecznych determinantów spójnej tożsamości, jak i wzorów redystrybucji władzy oraz metod takiego ich potencjalnego przekształcania, aby możliwości sprawcze stały się udziałem również tych, którzy korzystają z szeroko rozumianej pomocy terapeutycznej. Punktem skupienia jest więc refleksja nad stopniowym ograniczaniem i zniesieniem dominacji profesjonalisty, minimalizacją bezosobowego, technicznego dystansu, nad empatycznym słuchaniem oczekiwań klienta, ale jest nim również jednoznaczne oczekiwanie włączenia i partycypacji tych, którzy zwracają się z prośbą o pomoc.

Próby przekształcania relacji pomocowej powinny opierać się na metodzie badań uczestniczących (*participatory action research*), odwołującej się do założenia, zgodnie z którym osoba współtworzy z innymi życie społeczne, realizując swoje człowieczeństwo dzięki istnieniu dobra wspólnego. Metoda stanowi specyficzne połączenie badania naukowego z działaniem praktycznym, w którym badacze i badani występują wobec siebie jako pełnoprawni partnerzy; wspólnie budują plan działania i kontrolują jego przebieg, wymieniają na bieżąco doświadczenia i przemyślenia, analizują i wzajemnie oceniają własne wizje pożądanych zmian i propozycje rozwiązań. Zatem badacz jest otwarty na poznawaną rzeczywistość, unika narzucania swojej siatki pojęć, zakładając, iż zachodzi równość posiadanych kompetencji. Angażuje on swój świat wartości oraz poglądy w działania, które stają się zarazem podmiotem jego studiów. Proces poznawania rzeczywistości jest definiowany w kategoriach „wymiany", „zwykłej relacji międzyludzkiej" opartej na zaufaniu i szacunku pomiędzy partnerami. W tym ujęciu badania w pracy socjalnej wynikają z powinności moralnej i potrzeby całościowych ujęć wybranych problemów, w których klasyczna opozycja podmiotu poznającego i analizowanej rzeczywistości, „my i społeczeństwo", zostaje zastąpiona holistycznym ujęciem:

---

[15] R. Lister, *Bieda*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2007, s. 210–211.

„my społeczeństwo". W konsekwencji teoria pracy socjalnej jest tworzona intersubiektywnie, wynika z analizy samej rzeczywistości, z codziennych, znaczących spotkań z innymi aktorami życia społecznego[16]. Metodologia badań uczestniczących może zostać opisana jako „postawione do góry nogami" podejście do poznawania rzeczywistości. Uczymy się bowiem od tych, którzy lepiej bądź gorzej radzą sobie z problemami ubóstwa i dyskryminacji. Łącząc ich doświadczenia z wiedzą socjologiczną, możemy mieć jednak nadzieję, że podejmowane na podstawie wyników badań decyzje będą w większym stopniu odpowiadały demokratycznej wizji życia społecznego.

Badania uczestniczące zakładają tworzenie porozumień między instytucjami o wysokim prestiżu społecznym a grupami nieuprzywilejowanymi, preferują krytyczną analizę życia społecznego, refleksyjny dyskurs oraz wrażliwość na poszukiwanie metodologicznego impulsu będącego wynikiem wytworzonej interakcji pomiędzy partnerami badania. Impuls ten może się stać zaczynem zmiany społecznej. Jednakże, o czym należy pamiętać, uczestniczymy wówczas w szczególnym procesie, który wiąże się z koniecznością stałego kontrolowania dynamicznej równowagi władzy w relacji pomiędzy partnerami. W tradycyjnych badaniach tworzenie i posiadanie wiedzy przez elity odgrywało główną rolę w możliwości manipulowania ludźmi i utrzymywania dominacji. W metodologii badań współuczestniczących władza jest współdzielona, co dotyczy również odpowiedzialności za projektowane i wdrażane rozwiązania. Uczestnictwo oznacza zaangażowanie w dialog we wszystkich stadiach procesu badawczego i otwarcie się na wiedzę płynącą z doświadczenia, na unikatowe kompetencje, moc sprawczą oraz na bycie pod władzą tych, którzy są punktem skupienia naszych badań. Jeśli celem naszej aktywności poznawczej, którą można określić jako *empowerment research*, jest odpowiedź na pytanie, jak wspierać ludzi w ich rozwoju i motywować do zmiany, to warunkiem koniecznym staje się nasza umiejętność postrzegania i przeżywania zewnętrznego świata z ich subiektywnej perspektywy.

---

[16] A. Wyka, *W poszukiwaniu nowych wzorów badań społecznych* [w:] A. Sułek, K. Nowak, A. Wyka (red.), *Poza granicami socjologii ankietowej*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1989.

# 2

# Perspektywa socjologiczna w pracy socjalnej

Przyjmuję, iż specyfiką socjologicznej perspektywy w pracy socjalnej jest przypisanie centralnego miejsca osobie pozostającej w złożonych relacjach z innymi aktorami życia społecznego i działającej w wielu kontekstach społecznych. Człowiek jest punktem wyjścia i równocześnie punktem docelowym teoretycznych i aplikacyjnych działań. Przypisuję mu potencjalną możliwość dominacji nad społecznością i dokonywania wolnych wyborów niezależnie od sytuacji, w jakiej się znajduje. Ujmuję osobę w kategoriach antyredukcjonistycznych i odróżniam od jej biologicznej, psychicznej czy społecznej reprezentacji. Jej pełnia krystalizuje się w toku interakcji tych złożonych, dynamicznych, indywidualnych reprezentacji i kontekstu społeczno-kulturowego. Mam tu na myśli przede wszystkim uwarunkowania w skali mikro, będące dla nas wszystkich fundamentem budowania i podtrzymywania tożsamości, jednakże potencjał rozwojowy umożliwia osobie „bycie" również w ramach szerszych społecznych całości. Osobę w pracy socjalnej rozumiem jako „coś więcej" niż dynamiczne pole ról społecznych i „coś mniej" aniżeli systemowe makrouwarunkowania (determinanty) naszych działań. Osobę ujmuję jako byt, który zgodnie z personalistyczną filozofią nigdy nie jest dookreślony, ciągle staje się, charakteryzując się permanentnym rozwojem.

W pracy socjalnej człowiek postrzegany jest jako podmiot struktury społecznej, zgodnie z myślą, iż „strukturalne właściwości systemów istnieją jedynie dopóty, dopóki formy społecznych zachowań są reprodukowane"[17], lub inaczej, iż nie ma ani podmiotów sprawczych bez struktury, ani struktury bez podmiotów sprawczych. Ważne dla praktyki terapeutycznej jest wyodrębnianie podmiotu jako „zwykłego aktora społecznego" współtworzącego – zgodnie z zasadą

[17] A. Giddens, *Stanowienie społeczeństwa. Zarys teorii strukturacji*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2003, s. 19.

podwójnej hermeneutyki – teoretyczny opis świata, na podstawie którego przeprowadza on swoje działania i tworzy instytucje.

## 2.1. Socjologiczne inspiracje w pracy socjalnej

W pracy socjalnej zamiłowanie do danej szkoły socjologicznej (inaczej wrażliwość teoretyczna) łączy się z silną potrzebą podejmowania aktywności praktycznej. Jest to specyficzne podejście, wymuszające silne wzajemne inspiracje i odniesienia teorii oraz praktyki. Potrzeba weryfikacji praktycznej danej teorii jest tutaj spleciona z poszukiwaniem zróżnicowanych inspiracji teoretycznych dla działań aplikacyjnych[18]. Znaczący wpływ socjologii na pracę socjalną nastąpił w latach sześćdziesiątych ubiegłego stulecia. Polegał on na odwoływaniu się z jednej strony do marksizmu, z drugiej zaś – do szeroko rozumianej szkoły strukturalno-funkcjonalnej, a związany był z promowaniem bezkompromisowej krytyki wszelkich przejawów społecznej niesprawiedliwości. Zaadaptowanie socjologicznej teorii konfliktu do potrzeb radykalnej pracy socjalnej spowodowało zakwestionowanie tradycyjnego rozumienia funkcji pracy socjalnej. Przyznawanie osobom wyłączonym z głównego nurtu życia różnorodnych uprawnień socjalnych zostało określone jako działalność szkodliwa. Istotę profesji, której geneza jest związana z tworzeniem nowoczesnych zachodnich państw narodowych, radykalni przedstawiciele pracy socjalnej sprowadzili tylko i wyłącznie do zagwarantowania wewnętrznej stabilności państwa oraz podejmowania działań protekcyjnych służących interesom grup rządzących i uprzywilejowanych. Potrzeba istnienia służb pomocy społecznej została zakwestionowana ze względu na ich podporządkowanie polityce oraz obowiązującym regulacjom prawnym. Pracownikom socjalnym zarzucano, że nie podejmują działań mających na celu istotną zmianę położenia osób znajdujących się w niekorzystnej sytuacji społecznej i ekonomicznej. Kontynuacja radykalnej linii analitycznej doprowadziła do jednoznacznego zanegowania potrzeby istnienia pracy socjalnej. Przypisano jej funkcję mechanizmu kontroli, który – poprzez sprawowanie nadzoru nad ludźmi żyjącymi na społecznych peryferiach – służy utrzymaniu politycznego *status quo*. Wszelkie działania państwa polegające na promowaniu idei pomocy społecznej były natomiast rozpatrywane jako kultywowanie tradycyjnych wartości i ideałów, dla których podstawę stanowiła zachowawcza filozofia pomocy charytatywnej i filantropii. Przedstawiciel socjologii radykalnej, Peter Leonard[19], w okresie nasilonej krytyki

---

[18] Zob. M. Gray, S.A. Webb, *Praca socjalna. Teorie i metody. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012; D. Howe, *Krótkie wprowadzenie do teorii pracy socjalnej*, Instytut Rozwoju Służb Społecznych, tłum. P. Matela, Warszawa 2011.

[19] P. Leonard, *Sociology of Social Work*, Routledge & Keagan Paul, London 1966.

pracy socjalnej za jej nadmierną koncentrację na pracy z jednostką oraz za niepodejmowanie działań na rzecz społecznej zmiany zaproponował przyjęcie orientacji socjologicznej w badaniu i rozwiązywaniu problemów szeroko rozumianej pomocy i polityki społecznej. Twierdził, że podstawową intelektualną bazą dla praktyki są teorie ról i statusów społecznych, jak również socjologia władzy i organizacji. Autor utrzymywał także, iż profesjonalny wgląd w społeczeństwo i państwo (czyli świadomość, które grupy społeczne są w związku z posiadanym statusem uprzywilejowane, a które skazane na zależność i marginalizację) oraz swoista umiejętność identyfikacji – wspominanych już – strukturalnych przyczyn owego stanu rzeczy pozwolą na zdefiniowanie tak zwanego wzoru redystrybucji. Ów wzór miałby umożliwiać planowanie i podejmowanie działań gwarantujących postęp utożsamiany z rozprzestrzenianiem się społecznej sprawiedliwości. Ta radykalna perspektywa traktowała poznawanie społecznego funkcjonowania osób, które wymagają pomocy, nie jako zwieńczenie naszych profesjonalnych działań, lecz przeciwnie – jako punkt wyjścia, aby odkrywać splot złożonych jego powiązań i szerszych uwarunkowań. Systemowe twierdzenie o współzależności zmian zachodzących w poszczególnych podsystemach społecznych pozwoliło na zniesienie konfliktu pomiędzy holizmem a redukcjonizmem, co w dziedzinie pracy socjalnej umożliwiło pełną integrację tradycyjnie stosowanych metod pracy: indywidualnej, grupowej i środowiskowej. Podejście systemowe – zgodnie z założeniem, że istnieje możliwość osiągnięcia tego samego rezultatu na wiele różnych sposobów – uzasadnia konieczność wielowymiarowego postrzegania konkretnej sytuacji problemowej oraz poszukiwania potencjalnych rozwiązań w obrębie wszystkich sfer życia indywidualnego i społecznego. Tym samym w płaszczyźnie teoretycznej zostało zredukowane napięcie wynikające z konieczności pogodzenia w ramach pracy socjalnej perspektywy indywidualnej i środowiskowej, analiz mikro- i makrostrukturalnych. Każda sytuacja problemowa wymaga, aby rozpatrywać ją wyłącznie w powiązaniu z szerszym kontekstem. Innymi słowy, uzasadniona jest praktyka zogniskowana na dostrzeganiu czegoś więcej niż tylko indywidualnej „patologii klienta". Ta praktyka uwzględnia wpływ, jaki na poziom funkcjonowania osoby mają jej relacje z innymi ludźmi, ubóstwo, bezrobocie, dezintegracja rodziny, labirynt przepisów prawa socjalnego albo słabo rozbudowany lub niedostatecznie zintegrowany system wsparcia społecznego. Można osiągnąć górną granicę tego, co da się zrobić w celu zmniejszenia deficytów jednostki, lecz niewykluczone, że da się zrobić coś jeszcze, aby zmniejszyć jej potencjalne ograniczenia przez zmianę warunków zewnętrznych.

Praca socjalna w obszarze zdrowia psychicznego pozostaje pod silnym wpływem socjologicznych analiz dewiacji wyznaczającej kulturowo uwarunkowane odstępstwa od społecznych oczekiwań związanych ze sferą zachowań indywidualnych oraz grupowych. Zrozumienie społecznego kontekstu zdrowia i zaburzenia psychicznego wiąże się z procesem stereotypizacji i dystansu społecznego

czy szerzej: piętna społecznego związanego z chorobą psychiczną. Klasyczne analizy sprawowania kontroli społecznej nad zachowaniami dewiacyjnymi dotyczyły funkcjonowania szpitali psychiatrycznych jako miejsc odosobnienia i społecznej przemocy. Instytucje te uzależniały ludzi od zunifikowanego reżimu niweczącego nie tylko zdrowie psychiczne, ale również indywidualne poczucie godności pacjentów. Od drugiej połowy ubiegłego stulecia refleksja socjologiczna skupia się na uwarunkowaniach prowadzenia terapii osób chorujących psychicznie w środowisku lokalnym. Uwzględnia ona w jednakowym stopniu teorie makrostrukturalne (strukturalno-funkcjonalne, konfliktu, konstruktywizmu społecznego) oraz mikrostrukturalne (interakcjonizmu symbolicznego, koncepcję naznaczenia społecznego czy etnometodologii)[20]. Uważam, iż akceptacja paradygmatycznego pluralizmu jest sposobem uznania złożonych i nieuniknionych wieloznaczności obecnych w świecie społecznym[21].

Zaburzenia psychiczne można traktować jako wynik stanu anomii społecznej, kiedy załamaniu ulega porządek aksjonormatywny niszczący lub poddający więzi społeczne gwałtownym przemianom. W tym kontekście trudności psychiczne należy rozumieć jako nieumiejętność odczytywania zdezorganizowanej, nieciągłej, płynnej struktury wartości i środków prowadzących do ich realizacji. Stan ten prowadzi nie tylko do wycofywania się z ról społecznych, ale także do lęku przed zajmowaniem pozycji społecznych, które podlegają ciągłej krystalizacji i równocześnie będących narracyjną przestrzenią często sprzecznych, wykluczających się oczekiwań, uprawnień, możliwości działania czy odniesień ideowych. Osoba odnajduje poczucie bezpieczeństwa, ogniskując swoją aktywność na roli „chorego psychicznie", którą nadajemy bezwarunkowo – nie oczekując wyleczenia. Z perspektywy socjologicznej skuteczna terapia powinna uwzględniać nie tylko kształtowanie zróżnicowanych środowiskowych instytucji oparcia, ale również niwelowanie piętna społecznego podtrzymującego funkcjonalne (!) cierpienie osoby zdefiniowanej jako „chora psychicznie". Odnosząc się do teorii konfliktu, można przyjąć, iż choroba jest niczym innym jak przejawem nacisku i kontroli grup, które dominują w społeczeństwie. Natomiast to, jak i czy w ogóle zostanie zdefiniowany problem zdrowia psychicznego, zależy od procesu konstruowania rzeczywistości społecznej przez grupy lub instytucje różniące się interesami, a także zakresem posiadanej władzy. Z perspektywy mikrosocjologicznej choroba psychiczna może być podtrzymywana w toku codziennych interakcji oraz rozmów, kiedy definiując obowiązujące normy, naznaczamy

---

[20] W.A. Brodniak, *Społeczno-kulturowe uwarunkowania zaburzeń psychicznych* [w:] W. Piątkowski (red.), *Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2004, s. 49.

[21] R. Sibeon, *Konstruowanie współczesnej socjologii pracy socjalnej* [w:] M. Davies (red.), *Socjologia pracy socjalnej*, tłum. B. Siewierski, „Śląsk" Sp. z o.o. Wydawnictwo Naukowe, Katowice 1999, s. 34.

te zachowania, które są z nimi niezgodne. Należy jednak podkreślić, iż relacja z osobą chorującą psychicznie stwarza szansę uczestniczenia w procesie tworzenia nowych znaczeń i aktualizowania porządku społecznego.

## 2.2. Ujęcie mikro- i makrospołeczne jako kontinuum

Podkreślam raz jeszcze, iż analizy funkcjonalne[22], promujące pracę socjalną jako instrument podtrzymywania konsensusu, mogą być traktowane jako punkt wyjścia i punkt docelowy działań i w tym sensie są dominantą. Jednakże radykalne myślenie, jakie znajdujemy w pracach Lenny Dominelli[23], jest katalizatorem rozwoju podejścia refleksyjno-krytycznego, promującego dekonstrukcję równowagi (stawianie wyzwań strukturom nacisku, blokującym stosunkom społecznym) i zmianę społeczną w imię zdefiniowanych wartości. W tym ujęciu praca socjalna określana jest wprost jako „socjologiczna", a jej specyfika zdecydowanie nie polega tylko na diagnozowaniu potrzeb jednostek, grup i środowisk lokalnych w zakresie szeroko rozumianej pomocy oraz analizie możliwości jej świadczenia w określonym kontekście społecznym. Krzysztof Frysztacki[24] uważa, iż przyjmując socjologiczną perspektywę, powinniśmy w sposób zdecydowany pytać o strukturę społeczną, mechanizmy polityczno-instytucjonalne, ogólne wzory ekonomicznej czy prawnej interwencji, modele kultury i socjalizacji. Pytania te rodzą się, kiedy moderujemy i pośredniczymy między jednostkowymi, grupowymi, środowiskowymi członkami społeczeństwa a systemem politycznym, kiedy to stajemy wobec dylematu, czy promować pracę jako warunek godnego życia, czy też opowiadać się za rozwiązaniami, zgodnie z którymi osoba ma prawo żyć godnie bez względu na jej ekonomiczną wartość udziału w rynku. Socjologiczna wrażliwość potrzebna jest również wtedy, kiedy rozważamy dominującą orientację w sferze pomocowej. Czy powinna ona bazować głównie na programach „aktywizujących", które z założenia kształtują podmiotowość klientów? Przecież mogą być wykorzystywane do identyfikowania ludzi niepracujących, a więc być może selekcjonowania niezasługujących na pomoc? Kolejna kwestia, dyskutowana już od czasu krytyki państwa bezpieczeństwa socjalnego w latach 80. poprzedniego stulecia, ogniskuje się wokół koniecznej ekonomizacji działań w sferze socjalnej. Ujmując rzecz wprost: zwolennicy redukcji kosztów socjalnych skupiają się na uproszczonym rachunku,

---

[22] Zwracam tutaj uwagę na teorię podtrzymania społecznego Martina Daviesa (zob. M. Davies, *The Essential Social Worker*, Arena, Aldershot 1994).

[23] L. Dominelli, *Sociology for Social Work*, Macmillan, London 1997; L. Dominelli, *Social Work. Theory and Practice for Changing Profession*, Polity Press, Cambridge, Malden 2004.

[24] K. Frysztacki, *Socjalna Ameryka. O obszarze pomocy społecznej i pracy socjalnej w Stanach Zjednoczonych*, Zakład Wydawniczy NOMOS, Kraków 2005, s. 29.

zgodnie z którym możliwe i ważne są oszczędności poczynione dzisiaj, natomiast zwolennicy utrzymania szeroko rozumianych zabezpieczeń podkreślają koszty pośrednie, wynikające z zaniechania działań osłonowych, oraz wzrost kosztów odległych w czasie.

Nie ulega wątpliwości, iż szereg problemów społecznych możemy rozpatrywać z perspektywy indywidualnej odpowiedzialności człowieka za własny los i kształtowanie swojej społecznej historii. Więcej, ten sposób myślenia – zakładający odpowiedzialność, motywację i zaangażowanie osoby, która poszukuje pomocy – definiujemy jako jeden z warunków koniecznych do istnienia pracy socjalnej, obok pozytywnej społecznej odpowiedzi na te indywidualne starania w formie instytucji pomocowych, regulacji prawnych, jak również rozbudowanych systemów kształcenia w zakresie pracy socjalnej[25]. Jeśli natomiast przyjmiemy, iż za pojawienie się i rozwiązywanie zróżnicowanych problemów naszej obecności w świecie odpowiada przede wszystkim człowiek jako izolowany aktor społeczny, wówczas nie tylko źródło, ale również sposoby definiowania oraz metody diagnozowania problemów społecznych będziemy opisywać w kategoriach skrajnie indywidualistycznych. Naukowym punktem odniesienia jest tutaj między innymi klinicznie zorientowana psychologia, w tym wiele szkół i podejść diagnostycznych oraz terapeutycznych promujących terapię zogniskowaną na jednostce. Nie ulega wątpliwości, iż ten rodzaj redukcjonizmu zasila potoczne, często stereotypizujące postrzeganie tych osób, których udziałem stał się brak społecznego dobrostanu. Redukcjonizm poznawczy często wzmacnia kolokwialne kategoryzacje społeczne złożonych problemów będących udziałem ludzi. Takim jednoznacznym przykładem jest zaawansowany problem alkoholizmu lub też inne głębokie zaburzenia natury psychicznej. Nasze potoczne postrzeganie tych problemów próbujemy porządkować, używając słów takich jak: schizofrenik, wariat, psychopata. Jeśli nawet pominiemy zagadnienie piętnowania społecznego, z którego początkiem mamy tutaj do czynienia, to nie ulega wątpliwości, iż pejoratywne określenia są powiązane z silnym delegowaniem odpowiedzialności za określone problemy społeczne na kategorie wybranych, stereotypowo opisywanych jednostek i więcej – z budzeniem w nich poczucia winy za stan, w którym się znalazły. Równocześnie jednak nawet najbardziej skrajne biomedyczne, kliniczne postrzeganie problemu zaburzeń psychicznych przyjmuje, iż odpowiedzialne za swój los jednostki nie żyją w zupełnej izolacji. Tworzą one nie tylko grupy społeczne, środowiska lokalne, subkultury, ale nawet pewne istotne elementy społecznego uwarstwienia. Nawet jeśli założymy, iż te elementy tkanki społecznej są w jakimś stopniu emergentne (taka jest między innymi jedna z ukrytych funkcji

[25] K. Frysztacki, *Praca socjalna* [w:] W. Kwaśniewicz i in. (red.), *Encyklopedia socjologii*, t. 3, Oficyna Wydawnicza, Warszawa 2000.

poznawczych przyjętej w Stanach Zjednoczonych, a krytykowanej w Europie kategorii *underclass*), to mamy świadomość, iż te układy społeczne – czego szczególnie uzasadniać nie trzeba – mają przecież wpływ na szerszy kontekst społeczny, uczestniczą, czy tego chcemy, czy nie, w procesie strukturacji naszego zbiorowego życia. I równocześnie my sami, poszukując odpowiedzi na te przykładowo wymienione problemy społeczne, podejmujemy działania z repertuaru interwencji makrostrukturalnych.

Z innej perspektywy, kiedy poszukujemy terapeutycznych sposobów rozwiązywania ludzkich problemów i ich kontrolowania, z aprobatą przyjmujemy wszelkie te rozwiązania, które odwołują się do form leczniczych, rehabilitacyjnych, samopomocowych, dla których kluczowa jest praca w małych grupach, instytucjach lub stowarzyszeniach. W tych właśnie mikrocałościach społecznych, w sposób niejako naturalny, pojawia się kategoria wspólnotowego **my**, będąca punktem zwrotnym dla przyjmowanej wobec ludzkich i społecznych problemów perspektywy indywidualnej odpowiedzialności. Staje się ona przecież odpowiedzialnością co najmniej tych nieustannie krystalizujących się części składowych społeczeństwa.

Dlatego też przyjęcie wspomnianej indywidualistyczo-liberalnej perspektywy genezy, rozwoju i rozwiązywania problemów społecznych – gdzie w centrum znajduje się aktor jako egzemplifikacja i synonim problemu, od którego w pełni zależą jego wybory odnoszące się do aprobowania bądź porzucenia pewnych konstelacji zachowań, sposobów myślenia, systemów wartości – wydaje się podejściem tyle naturalnym, ile koniecznym, aby respektować również inne, bardziej całościowe wymiary analizy. Raz jeszcze podkreślam, że chociażby w przypadku wspomnianych form grupowej terapii nie powinniśmy danego problemu rozpatrywać tylko w kategoriach mikrostrukturalnych i dalej, obserwując wpływ działania tych grup na środowisko lokalne, należy stopniowo otwierać się na perspektywę makrostrukturalną[26].

## 2.3. Socjologia na rzecz pracy socjalnej – refleksja

Strukturalna optyka w pracy socjalnej, odwołując się do socjologicznych opisów natury społeczeństwa, więzi między ludźmi, interakcji oraz instytucji społecznych, pozostaje pod silnym wpływem aplikacyjnie zorientowanych socjologów oraz metodyki pracy socjalnej ukierunkowanej na rozwiązywanie problemów

[26] K. Frysztacki, H. Kaszyński, *Praca socjalna – socjologiczna reaktywacja* [w:] K. Wódz, K. Faliszek (red.), *Przeobrażenia w pomocy społecznej a edukacja i doskonalenie zawodowe pracowników socjalnych w Polsce i Republice Słowackiej*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit", Toruń 2010.

społecznych, które występują w konkretnych środowiskach lokalnych. Specyfika tej orientacji związana jest z próbami zintegrowania wiedzy socjologicznej, zawierającej krytykę opisywanej rzeczywistości społecznej, z imperatywem praktycznego działania, będącym immanentną cechą pracy socjalnej. Analizy socjologii stosowanej w swym wymiarze krytycznym i postulatywnym stają się niezbędnym elementem porządkującym złożony świat pracy socjalnej oraz instytucji świadczących pomoc dla zróżnicowanych grup zależnych od społecznego wsparcia. Dyskusyjna pozostaje kwestia siły wpływu myśli socjologicznej na praktykę oraz na organizacyjne zmiany w instytucjach pomocy społecznej, jednakże – co należy podkreślić – pełni ona wobec pracy socjalnej funkcję niejako protekcyjną. Jest rodzajem intelektualnej gwarancji, iż pracownicy socjalni, których praktyka pozostaje pod znaczącym wpływem regulacji prawnych, wytycznych polityki społecznej i gospodarczej, nie utracą zdolności dostrzegania procesów determinujących problemy ubóstwa, marginalizacji i społecznej niezaradności. Twierdzenie to staje się o tyle prawdziwe, o ile rozpatrujemy pracę socjalną jako dyscyplinę naukową powiązaną z socjologią uczestniczącą w procesie planowania, udzielania i ewaluacji określonych form pomocy, a nie tylko i wyłącznie jako aktywność zawodową podejmowaną w ramach złożonej, instytucjonalnej struktury prawno-administracyjnej odpowiedzialnej za wprowadzanie w życie określonych dyrektyw i często doraźnych rozwiązań.

Klasycznym punktem odniesienia dla współczesnej pracy socjalnej w obszarze zdrowia psychicznego w Polsce jest dorobek naukowy Magdaleny Sokołowskiej, która punktem skupienia socjologicznej analizy uczyniła zagadnienia zdrowia oraz choroby, relację łączącą terapeutę i pacjenta, kwestie strukturalnych uwarunkowań naszego dobrostanu, a także problemy dewiacji, piętna oraz kontroli społecznej powiązane z kwestią niepełnosprawności[27]. W klasycznej pracy zatytułowanej *Socjologia kalectwa i rehabilitacji* jej autorki definiują „inwalidztwo" w kategoriach ograniczeń w pełnieniu ról społecznych, realizacji aspiracji i zadań życiowych oraz partycypacji w życiu społecznym, natomiast rehabilitację określają jako proces, który ma uporać się z tymi problemami. Jak pisze Antonina Ostrowska, kontekst organizacyjny i prawny rehabilitacji był przedmiotem analiz socjologii medycyny, jednakże tylko w ścisłym powiązaniu z jego wpływem na los określonego człowieka niepełnosprawnego[28].

Z perspektywy pracy socjalnej z osobami chorującymi psychicznie szczególne znaczenie ma podkreślana przez Magdalenę Sokołowską poznawcza otwartość na subiektywną rzeczywistość społeczną. Powinniśmy poszukiwać

---

[27] M. Sokołowska, A. Ostrowska, *Socjologia kalectwa i rehabilitacji. Wybrane problemy*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1976.

[28] A. Ostrowska, *Magdalena Sokołowska (1922–1989)* [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Przeszłość dla przyszłości*, Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice 2001, s. 159.

teoretycznych odniesień dla badań nad wiedzą zdroworozsądkową oraz życiem codziennym w fenomenologii, etnometodologii, a także interakcjonizmie symbolicznym. Sposób postrzegania świata jest bowiem istotnym czynnikiem jego wpływu na zdrowie człowieka. Uwzględnianie perspektywy chorującego[29] jest natomiast warunkiem koniecznym nawiązania z nim dialogu i możliwości wspólnego projektowania działań zmierzających do rozwoju zdrowia psychicznego ujmowanego w kategoriach dobra wspólnego.

## 2.4. Rozmowa jako źródło zmiany

Interpretując wpływ socjologii na pracę socjalną, raz jeszcze podkreślam konieczność równoległego skupienia uwagi na ochronie podmiotowości osoby ludzkiej oraz działaniach przybliżających nas do sprawiedliwości społecznej. Ważnym odniesieniem dla praktyki mogą być wówczas analizy socjolingwistyczne umożliwiające rozumienie procesu budowania przez osobę poznawczych konstruktów „ja", jak również identyfikowanie mechanizmów konstruowania oraz dekodowania semantycznych pól dotyczących problemów społecznych i sposobów ich rozwiązywania. Odnosząc się aprobująco do przydatności założeń konstruktywizmu społecznego w pracy socjalnej i rozwiązywaniu problemów społecznych[30], należy mieć świadomość znacznego wpływu grup uprzywilejowanych na kształtowanie dominującej w społeczeństwie narracji. Ta swoista ustrukturowana makronarracja oddziałuje na społeczne wyobrażenia dotyczące określonych zagadnień, jak również krystalizuje indywidualne, grupowe i środowiskowe postawy. Złożony splot wspomnianych wyobrażeń, eksperckich twierdzeń i definicji, politycznych diagnoz, rekomendacji i strategii staje się bytem realnym, polem narracyjnym, w którym funkcjonują również osoby kategoryzowane jako jednostki naznaczone określonymi problemowymi charakterystykami. Narracyjne pole wpływa na ich świadomość, wskazując równocześnie na potencjalne i dostępne rozwiązania. Dlatego też proces odzyskiwania przez osobę wpływu na własne życie i kontroli nad otaczającym ją światem można opisać poprzez odwołanie się do założeń teoretycznych szkoły ponowoczesnej w socjologii i pracy socjalnej[31]. Skupiają się one wokół kategorii relatywizmu, niepewności i nieprzewidywalności rzeczywistości, jak również wokół definiowania prawdy jako pochodnej gier językowych,

---

[29] Zob. M. Skrzypek, *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej*, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2011.

[30] L. Miś, *Problemy społeczne. Teoria, metodologia, badania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007, s. 76–77.

[31] N. Parton, W. Marshall, *Postmodernism and Discourse Approaches to Social Work* [w:] R. Adams, L. Dominelli, M. Payne (red.), *Social Work. Themes, Issues and Critical Debates*, Macmillan, London 1998.

interpretacji oraz konstruowania prawdy w obrębie języka. Zgodnie z paradygmatem ponowoczesnym praktycy powinni rozwijać krytyczną, refleksyjną świadomość niezbędną do prowadzenia dialogu z „innym". Dialogu, którego istotą jest „uwalnianie" osoby poszukującej pomocy spod wpływu społecznie zdefiniowanych, a przyjętych i uwewnętrznionych przez jednostkę opisów sytuacji problemowej. Swoisty proces dekonstrukcji – odwołujący się do redefinicji prawdy, wykorzystujący technikę interpretacji, koncentracji na słuchaniu i rozmawianiu z drugą osobą, na narracji, fragmentarycznych fantazjach lub historiach – ma na celu poszukiwanie alternatywnych sposobów definiowania przez jednostkę niekorzystnej sytuacji, w jakiej się znalazła. Tak rozumiana sytuacja problemowa jest podatna na zmiany, może zostać wykorzystywana, aby mobilizować indywidualny potencjał i kompetencje, może dawać siłę, aby jednostka na nowo poszukiwała odpowiedzi na pytanie, kim jest i jak chce działać. Interakcje pomiędzy pracownikiem socjalnym a jego partnerem dialogu ukierunkowane są tutaj na dokonywanie zmian w społecznej tożsamości jednostki. Relacja pomocy zbliża się do relacji psychoterapeutycznej. Rozmowa nie tylko pomaga ludziom rozumieć swoje doświadczenia, lecz również pozwala im je kontrolować i przekształcać. Kiedy sam klient chce sobie przypomnieć specyfikę swojej trudnej sytuacji, próbuje opowiedzieć o sobie, wtedy udaje się często to, co jest istotą relacji terapeutycznej, a mianowicie – pacjent zapomina, że jest pacjentem, kimś leczonym, poszukującym pomocy. Udaje się to jednak tylko wtedy, kiedy rozmowa „przypomina to, co znamy z normalnego współżycia ludzi: że rozmowa nas pochłania, że nikt nią nie kieruje, bo to ona nas prowadzi"[32]. Pracownicy socjalni, korzystając ze swoistej metody „relatywizowania sytuacji problemowej", wspomnianej już dekonstrukcji, muszą jednak mieć odpowiednią podstawę, aby działać na rzecz konstruowania rzeczywistości. Imperatyw ten nazywany jest w podejściu ponowoczesnym „afirmacyjnym postmodernizmem" i umożliwia przejście od orientacji klinicznej w pracy socjalnej do procesu dydaktyki społecznej i zaangażowania w proces społecznej zmiany. Początkową fazę tego procesu można sprowadzić do kształtowania w relacji pomiędzy pracownikiem socjalnym a osobą poszukującą pomocy zrębów dyskursu[33], czyli struktury twierdzeń, która umożliwiałaby wyprowadzanie z nich określonych praktyk ukierunkowanych na zmianę konkretnej, negatywnie ocenianej sytuacji społecznej (problemowej). Dyskurs jest bowiem lingwistycznym pryzmatem, poprzez który rozumiemy, wyjaśniamy i decydujemy o wszelkich rzeczach; pozwala on oceniać, czy dane twierdzenie jest prawdziwe czy fałszywe. Dyskurs to potencjał, który czyni pewne działania możliwymi, podczas gdy wyklucza inne. Istotą umacniania w pracy socjalnej

---

[32] H. Gadamer, *O skrytości zdrowia*, tłum. A. Przyłębski, Media Rodzina, Poznań 2011, s. 167.

[33] A. Czyżewski, *Dyskurs* [w:] W. Kwaśniewicz i in. (red.), *Encyklopedia socjologii. Suplement*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2005.

będzie tutaj uzyskanie przez klienta władzy dzięki budowaniu opisu rzeczywistości i próbom narzucania tego opisu partnerom społecznym. W ostatecznym rozrachunku konsekwentne stosowanie tej metody pracy tworzy zalążki nowych ośrodków władzy, dzięki którym głos osób wykluczonych może być wysłuchany. Tym samym rodzi się nadzieja, że tworzone programy pomocowe będą przynajmniej w minimalnym stopniu współtworzone przez ich potencjalnych odbiorców. Stałość zjawisk ulega czasowej destabilizacji. Człowiek „inny", wykluczony, „zbędny" może stać się naszym „mistrzem", jeśli budując relację terapeutyczną, będziemy otwarci na niepewność, która sprzyja próbom zrozumienia unikatowych doświadczeń naszych rozmówców. Ważnym postulatem jest wyzbycie się przez profesjonalistów technicznego założenia, że mogą oni przewidywać wyniki podejmowanych interwencji. Powinni raczej podchodzić do sytuacji problemowej, mając na uwadze „istniejące różnice", „złożoność" i „wieloznaczność", które są wpisane w każdy indywidualny, grupowy i środowiskowy los. Dlatego raz jeszcze podkreślam funkcję socjologii stosowanej, jej wymiaru objaśniającego, edukacyjnego; traktuję tę subdyscyplinę jako kluczowe odniesienie dla pracy socjalnej, w której centrum znajdują się rekomendacja praktyczna i tworzenie intelektualnych warunków do rozwiązywania problemów.

## 2.5. Podstawowe obszary działania socjalnego

Współczesne podejście pracy socjalnej do rozwiązywania problemów społecznych polega na podejmowaniu przez praktyków licznych działań na wielu poziomach funkcjonowania osoby wymagającej pomocy. Ten złożony katalog czynności można zamknąć w ramach trzech głównych grup. Pierwsza obejmuje pracę kliniczną nad kształtowaniem u klienta zdolności adaptacyjnych, rozumianych jako umiejętność wpływania na rzeczywistość lub przewidywania dynamiki przyszłych zmian. Druga grupa dotyczy praktycznej edukacji, której celem jest wyposażanie osoby, której pomagamy, oraz członków jej najbliższego otoczenia w praktyczną wiedzę na temat procesów społecznych leżących u podstaw dyskryminacji i wykluczania społecznego. Wreszcie ostatnia grupa to zróżnicowany splot działań z zakresu pośredniej pracy socjalnej, którą możemy określić mianem aktywności politycznej na rzecz środowiska lokalnego. Chodzi tutaj przede wszystkim o kształtowanie świadomości społecznej osób spoza głównego nurtu życia, ale również o pracę nad środowiskiem lokalnym jako całością, której potencjał zamknięty jest w koniecznych różnicach. Ten złożony splot działań ma przywrócić klientowi status podmiotu, czyli jednostki nie tylko zdolnej sprostać stojącym przed nią wymaganiom i nadążyć za permanentnymi zmianami, ale także potrafiącej wyprzedzać te zmiany, inicjować je, stając się autorem koncepcji własnego życia i współczesnego świata.

Przyjęcie socjologicznej perspektywy w pracy socjalnej pozwala na pogłębioną refleksję nad złożonością profesji, nad jej wewnętrzną sprzecznością wyznaczoną przez fakt oddziaływania na proces udzielania pomocy współistniejących i częstokroć wykluczających się teoretycznych koncepcji wyjaśniających społeczną rzeczywistość. Profesjonalna samowiedza oraz zdolności analityczne pracowników socjalnych prawdopodobnie przyczyniają się do najistotniejszego wpływu socjologii na pracę socjalną, ważniejszego od potencjalnych możliwości bezpośredniego wyprowadzania z teorii wskazówek praktycznych lub szczegółowych zasad funkcjonowania konkretnych instytucji pomocy społecznej. Swoista socjologiczna wyobraźnia pozwala pracownikowi socjalnemu widzieć rzeczywistość społeczną jako złożony układ zależności i stosunków, zarówno obiektywnych, jak i subiektywnych, w które uwikłane są jednostki.

Pracę socjalną można definiować, przyjmując optykę indywidualnej odpowiedzialności klienta za sytuację, w której się znalazł. Wtedy zróżnicowane przejawy działalności pomocowej obejmują dziedziny praktyki społecznej, w których społeczeństwa w sposób celowy i zorganizowany, posługując się sparametryzowanymi metodami interwencji, starają się niwelować te przejawy jednostkowego życia, które świadczą o fizycznej, ekonomicznej czy psychologicznej „niewydolności" swoich członków. Praca socjalna jest wtedy działalnością zawodową wysoce zinstytucjonalizowaną, skupioną na zunifikowanych i powtarzalnych sposobach rozwiązywania funkcjonalnych trudności manifestowanych przez jednostki. Polega ona na bezpośredniej interwencji wobec osoby, a jej celem jest likwidacja niekorzystnego stanu rzeczy. Nasze działania jawią się jako mechanizm kontroli i nadzoru społecznego.

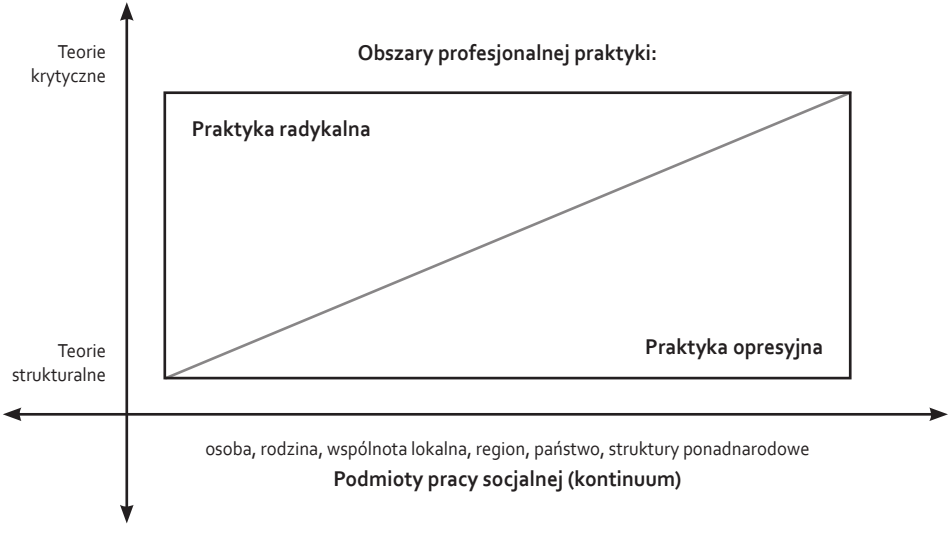
Inną definicję zawodu, która odwołuje się do podejścia psychospołecznego w pracy socjalnej, zawiera *Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej* (Dz.U. Nr 64, poz. 593)[34]. Znajdujemy w niej jednoznacznie określony cel pracy socjalnej, którym jest pomoc osobom i rodzinom we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowiednich funkcji społecznych oraz tworzenie warunków środowiskowych sprzyjających aktualizacji potencjału tych, którzy poszukują pomocy. Punktem skupienia pomocy nie jest tylko rozwinięcie indywidualnej aktywności klientów, ale również zapewnienie współpracy instytucji uczestniczących w zaspokajaniu potrzeb członków społeczności lokalnych.

Trzecia perspektywa, którą określam jako socjologiczną, ujmuje pracę socjalną jako profesję umożliwiającą osobom, grupom oraz wspólnotom lokalnym przejęcie kontroli nad własnym życiem poprzez: 1) udzielanie pomocy w zrozumieniu przez klienta procesów i mechanizmów społecznych oraz 2) działania na rzecz

[34] Uwaga: zestawienie przywoływanych w pracy przepisów prawa socjalnego zawarłem w Aneksie 2.

wyeliminowania społecznych nierówności i faworyzacji. Ten wariant aktywności pomocowej uwzględnia refleksję nad aksjonormatywnym kontekstem pracy socjalnej i wiąże się z koniecznością poszukiwania odpowiedzi nie tylko na pytanie, jaka pomoc jest potrzebna, dlaczego jest (nie)dostępna, ale również jakie są jej źródła oraz konsekwencje jej (nie)udzielenia zarówno dla osób wymagających wsparcia, jak i instytucji pomocowych oraz szerszego środowiska lokalnego.

Podmiotem pracy socjalnej w socjologicznej perspektywie jest nie tylko osoba powiązana z szeroko rozumianym kontekstem rodzinnym oraz wspólnotą lokalną, ale również struktury regionalne, państwowe oraz organizacje ponadnarodowe. W tym miejscu należy podkreślić, iż podstawą teoretyczną, która umożliwia unifikowanie działalności praktycznej na wielu poziomach rzeczywistości społecznej, jest systemowe podejście w pracy socjalnej. Aplikacyjny wymiar profesji obejmuje splot zróżnicowanych oddziaływań pomocowych, które można uporządkować, odnosząc je do dwóch skrajnych (marko)podejść do interpretacji i organizacji rzeczywistości społecznej (zob. rycina 1).




**Rycina 1. Praca socjalna w perspektywie socjologicznej**

Źródło: *opracowanie własne*.

Z jednej strony kontinuum znajdują się koncepcje pracy socjalnej nawiązujące do teorii strukturalno-funkcjonalnych, natomiast z drugiej strony – do teorii krytycznych[35]. Analizując powiązania między poszczególnymi podmiotami pracy socjalnej a dominującymi odniesieniami teoretycznymi do działań pomocowych, możemy wyodrębnić praktykę radykalną zorientowaną na rozwój

[35] A. Llewellyn, L. Agu, D. Mercer, *Sociology for Social Workers*, Polity, Cambridge 2008, s. 277–300.

klienta, zmianę społeczną i transformację dominującego układu sił oraz praktykę opresyjną wspierającą istniejący porządek społeczny.

Istotą pracy socjalnej jest zachowanie dynamicznej równowagi pomiędzy działaniami radykalnymi a opresyjnymi, natomiast profesjonalną odpowiedzialnością – stała refleksja, czy nasza codzienna praktyka nie osiąga wartości skrajnych lub nie jest nadmiernie zdominowana przez jedną z opcji. Troskę od kontroli oddziela granica tak cienka, że niemal niezauważalna. Profesjonalna służba przemienia się łatwo w starania aby uchodzić za osobę, która służy. Umacnianie można rozumieć jako kształtowanie podmiotowości „do", a także podmiotowości „od". Praca z jednej strony może wzmacniać solidarność społeczną, z drugiej strony może być mechanizmem urynkowienia przejawów międzyludzkiej pomocy i troski wzajemnej. Czy promowanie dobrych praktyk oznacza poznawczą fascynację i otwartość na zmianę oraz tworzenie nowych podstaw dla przyszłych systemowych rozwiązań, czy też jest przejawem fragmentaryzacji istniejących systemowych rozwiązań pomocowych? Socjologiczna wyobraźnia pozwala pracownikowi socjalnemu widzieć rzeczywistość społeczną jako złożony system wzajemnie warunkujących się działań pomocowych, politycznych oraz ekonomicznych, w które uwikłane są osoby poszukujące pomocy.

# 3

# Terapia społeczna – paradygmat dla praktyki

Terapia oznacza **służenie**. W tym słowie należy podkreślić, że to profesjonalista oczekuje od siebie, iż udzieli oczekiwanej pomocy, a od klienta, że mu w tym pomoże[36]. Terapia społeczna w pracy socjalnej – rozumiana jako szczególna metoda pracy socjalnej z osobami chorującymi psychicznie – posiada dwa podstawowe wymiary. Pierwszym jest bezpośrednie skupienie się profesjonalisty na relacji z osobą, która poszukuje pomocy. Drugi wymiar, pośredni, uwzględnia strukturalne, czyli niejako zewnętrzne, uwarunkowania tej relacji. Sugestywnej ilustracji terapii społecznej – jak również wspomnianych jej wymiarów – możemy poszukiwać w twórczości Janusza Korczaka. Jego myśli i praca zmierzały do wprowadzenia w życie personalistycznej filozofii zamkniętej w pytaniu: „Kim stać się chcesz, człowiecze?". Miało ono zastąpić codzienność kwestionującą podmiotowość wychowanków, której alegorią było stwierdzenie: „Ja z Ciebie zrobię człowieka!", odbierające ludziom nie tylko prawo do bycia człowiekiem, ale również motywację do stawania się i rozwoju. Stary Doktor podkreślał, iż krzywdzący sąd: „Gdybyś chciał, to byś umiał i mógł!" – zakładający brak woli w osobie – w istocie zwalnia nas z odpowiedzialności za dostarczanie ludziom kompetencji, dzięki którym mogą oni zmieniać swoją obecność w świecie. Zwalnia on również z odpowiedzialności za tworzenie społecznych przestrzeni, w których ta obecność mogłaby się wydarzyć. Podkreślał, iż potencjał uwalniający motywację zawarty jest w sformułowaniu: „Gdybym umiał i mógł, to bym chciał!". Wyposażanie ludzi w umiejętności i otwieranie społecznych przestrzeni życiowych jest warunkiem koniecznym wzbudzania ludzkiej motywacji do życia i wzrastania. I ten sposób myślenia koresponduje ze wspomnianymi wymiarami terapii: indywidualnym i strukturalnym, jak również pozwala zrozumieć sens procesu wspierania ludzi. Zygmunt Bauman pisał: „Korczak kochał

[36] H. Gadamer, *op.cit.*, s. 158.

dzieci, ale tym, co w dzieciach kochał, była niezbrukana jeszcze i nienadwerężana możliwość człowieczeństwa”[37], dlatego też upominał się o prawo dziecka do szacunku, miłości, poczucia bezpieczeństwa – podstawowych gwarancji zdrowia psychicznego[38].

## 3.1. Podstawowe działania terapeutyczne

Jeśli oczekujemy, iż wynikiem naszej pracy ma być względnie trwała zmiana czynników blokujących osobowy rozwój, powinniśmy z równą mocą uwzględniać oba ściśle powiązane z sobą i wzajemnie warunkujące się aspekty profesjonalnego działania. Opisywane podejście terapeutyczne nawiązuje do klasycznych szkół w pracy socjalnej. W szczególności mam na myśli tradycję psychospołecznej[39] analizy, obejmującej indywidualny świat przeżyć osoby oraz środowiskowy kontekst jej obecności w świecie. Sformułowanie „osoba w sytuacji” (*person-in-situation*) trafnie oddaje obraz człowieka powiązanego interakcjami ze swym bezpośrednim otoczeniem: rodziną, przyjaciółmi, sąsiadami, pracodawcami. Dlatego też podstawowe działania podejmowane w obszarze terapii społecznej dzielę na dwie grupy: aktywności bezpośrednich i pośrednich. Ich katalog przedstawiam, odwołując się do ponaddwudziestoletniego własnego doświadczenia zawodowego, które pozwoliło mi na stopniową weryfikację doboru działań, jakie uważam za niezbędne. Wymieniając je, posłużę się kategorią kontinuum, które umownie nazywam: od skoncentrowanych na osobie do zaangażowania politycznego. Jednakże, co podkreślam, droga do polityki zaczyna się od pracy z klientem i jeśli ma być działalnością wiarygodną, powinien on w tych działaniach uczestniczyć. Do pierwszej grupy włączam:

- podejmowanie pracy w zespole terapeutycznym;
- prowadzenie indywidualnej terapii społecznej;
- inspirowanie i stymulowanie rozwoju zróżnicowanych form pracy grupowej, jak również
- stosowanie prawa socjalnego na rzecz klienta.

---

37 Z. Bauman, *Szanse etyki w zglobalizowanym świecie*, tłum. J. Konieczny Wydawnictwo Znak, Kraków 2007, s. 339.

38 M. Kania, *Stary Doktor. Rozmowa z Joanną Olczak-Ronikier – pisarką, scenarzystką, współzałożycielką Piwnicy pod Baranami, autorką książki „Korczak. Próba biografii”, za którą otrzymała Nagrodę Klio*, „Konspekt. Pismo Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie” 2012, nr 3 (44); cytowane czasopismo jest w całości poświęcone Januszowi Korczakowi; zob. również J. Olczak-Ronikier, *Korczak. Próba biografii*, Wydawnictwo W.A.B., Warszawa 2011.

39 D. Howe, *Psychosocial Work* [w:] R. Adams, L. Dominelli, M. Payne (red.), *Social Work. Themes, Issues and Critical Debates*, Macmillan, London 1998.

Grupa działań pośrednich obejmuje natomiast:

- aktywności odnoszące się do organizowania i zarządzania placówkami pomocowymi, zgodnie z unormowaniami prawnymi i administracyjnymi;
- prowadzenie badań diagnostycznych;
- rozwijanie lokalnych sieci współpracy;
- projektowanie rozwoju środowiska lokalnego oraz
- aktywność polityczną.

Terapię społeczną definiuję jako metodę, która poprzez celowe doświadczenia grupowe pomaga osobom poprawić ich społeczne funkcjonowanie oraz uczy, jak radzić sobie z osobistymi, grupowymi lub środowiskowymi problemami. Jest ona czymś pośrednim między psychoterapią a psychoedukacją i treningiem interpersonalnym[40]. Umacnianie indywidualnych kompetencji oraz wpływ osoby na otoczenie społeczne poprawia jej poczucie dobrostanu psychicznego. Terapia społeczna wykorzystywana jest przede wszystkim w środowiskowych rozwiązaniach pomocowych, w których planowane zmiany wykorzystują procesy zachodzące w małych grupach społecznych. Współcześnie jest ona stosowana w wielu inicjatywach obywatelskich, których źródło stanowi poczucie wspólnoty, wytworzone w wyniku konieczności radzenia sobie z określonym problemem społecznym. Rozwijane tam zróżnicowane formy aktywności i terapii grupowych są w mniejszym lub większym stopniu świadomym nawiązaniem do grupowej metody w pracy socjalnej.

Przyjmuję, iż wymiar aplikacyjny terapii społecznej ogniskuje się na trzech aspektach:

- wyposażaniu klientów w taki potencjał władzy (kontroli nad sobą i możliwości wpływania na innych), jaki umożliwia im dalszy rozwój społeczny;
- budowaniu strukturalnych powiązań lub modyfikacji wzoru relacji pomiędzy defaworyzowanymi pozycjami społecznymi (statusami jako syntetyczną miarą pozycji społecznej) a pozycjami społecznie aprobowanymi, możliwymi do zajmowania przez osoby, którym pomagamy;
- zmniejszaniu „nadwrażliwości społecznej" poprzez szeroko rozumianą edukację społeczną (ukierunkowaną na minimalizację piętna społecznego rozumianego jako podstawowy mechanizm usztywniania struktury społecznej).

Podkreślam, iż wspominając o budowaniu strukturalnych powiązań jako elementu konstytutywnego dla terapii społecznej w pracy socjalnej, mam na myśli relacyjny aspekt struktury, której centrum stanowią stosunki społeczne, generowane przez określony kształt i hierarchię pozycji zajmowanych przez

---

[40] K. Sawicka, *Socjoterapia – proces i metoda* [w:] K. Sawicka (red.), *Socjoterapia*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej, Warszawa 1998, s. 9–28.

konkretnych ludzi. Punktem skupienia są natomiast wywodzące się z niej (struktury) relacje dominacji i podporządkowania, upośledzenia i uprzywilejowania, respektu i wzgardy. W działalności aplikacyjnej odnosimy się do podmiotowości sprawczej, która poprzez krytyczną praktykę rozwija zdolność do refleksji, podtrzymywania interakcji społecznych i działania wspólnego w celu tworzenia społecznej wiedzy potrzebnej do definiowania możliwości przekształcania struktury społecznej, czego emanacją są działania innowacyjne[41].

## 3.2. Praca w zespole terapeutycznym

Konieczność pracy w zespole terapeutycznym wynika z prostej konstatacji, iż złożoność problemów klientów, jeśli nie postrzega się ich z punktu widzenia szkodliwej, redukcjonistycznej perspektywy, wymaga refleksji i wiedzy specjalistów reprezentujących wiele dyscyplin naukowych. Poszukiwanie rozwiązania wiąże się z procesem głębokiego zespołowego namysłu nad życiową sytuacją osoby. Niezmiernie ważna jest tutaj kultura pracy, którą najkrócej można zdefiniować jako prawo każdego członka zespołu do wyrażenia własnej indywidualnej perspektywy, jako prawo do własnego zdania przy jednoczesnym wyzbyciu się poczucia dominacji danej dyscypliny czy orientacji teoretycznej nad innymi, jak również rezygnacji z poczucia bycia ekspertem w czyjejś sprawie – inaczej bycia omnipotentnym. Nie mniej ważne są: gotowość i umiejętność negocjacji, poszukiwania kompromisu oraz świadomość, iż tak wypracowane rozwiązanie czy rozwiązania są tylko hipotetyczne, są jednym z wielu drogowskazów, jakie osoba poszukująca pomocy może wybrać jako punkt odniesienia w swoich staraniach o powrót do dobrostanu. Interpretacyjna wolność w zespołach terapeutycznych jest niejako gwarancją ochrony podmiotowości klienta jako koniecznego warunku skutecznej pomocy, dla której fundamentem jest samostanowienie osoby, poczucie sprawstwa i wpływu na otaczającą rzeczywistość. Raz jeszcze: ważne są nie nasze rozwiązania, ale dyskusja nad nimi zarówno w zespole, jak i wspólnie z klientem. Rozwiązanie jest zawsze pochodną woli i mocy konkretnej osoby, a nie naszych arbitralnych ustaleń.

Zastanawiając się nad aplikacyjnie ważnymi podstawami dla funkcjonowania zespołów terapeutycznych, podkreślam znaczenie klasycznych ustaleń mikrosocjologii, związanych z wewnątrzgrupową strukturą przywództwa[42]. Zgodnie z nimi, utrzymanie kontroli nad procesem grupowym w sytuacji rozwiązywania

---

41 E. Wnuk-Lipiński, *Socjologia życia publicznego*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2008, s. 90–94.

42 Zob. J. Szmatka, *Małe struktury społeczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 220–233.

zadań nieustrukturowanych, o zmiennej dynamice, posiadających liczne i trudne do identyfikacji korelaty (a taką właśnie jest praca z ludźmi i ich życiowymi trudnościami), zależy od sytuacji grupowej, w której przywództwo zorientowane jest na stosunki interpersonalne w zespole. Polega ono na takim kształtowaniu współpracy, aby wyzwolić we wszystkich członkach grupy ich potencjał, zasoby wiedzy i doświadczenia. Inaczej mówiąc, jest ono otwarte na współodpowiedzialność za zadanie, negocjacje, poszukiwanie – wspomnianego już – intersubiektywnego konsensusu oraz kompromisu[43]. Należy podkreślić, iż przywództwo jawi się jako sztuka prowadzenia dialogu. Oznacza ono „raczej nawiązywanie rozmowy w intencji wspólnego wyjaśniania kwestii niż rozstrzyganie ich po swojemu, raczej mnożenie głosów niż ograniczanie ich liczb, raczej poszerzanie spektrum możliwości niż dążenie do stuprocentowego konsensusu (tego reliktu monoteistycznych marzeń, odartego z politycznie niepoprawnego przymusu)"[44]. Skupienie pracy grupowej na procesie dochodzenia do decyzji poprzez równoważenie różniących się, ale uprawnionych perspektyw wartości nazywamy *dissensusem*[45]. Ten rodzaj pracy grupowej – kierowany bardziej wolą podtrzymywania rozmowy niż pragnieniem jej zerwania – przybliża nas do właściwego rozwiązania. Tym samym podejmowane działania aplikacyjne mogą być przynajmniej w jakimś stopniu skuteczne i stać się źródłem satysfakcji członków grupy, zwiększając jej spójność i gotowość terapeutów do podejmowania kolejnych wyzwań. Istotnym elementem funkcjonowania skutecznych zespołów pomocowych jest rodzaj więzi emocjonalnej łączącej przywódcę z członkami grupy. Pozytywny afekt jest istotny, aby wprowadzić negocjacyjną kulturę pracy zespołowej, której podstawę stanowią: zaangażowanie emocjonalne, motywacja do pracy wysokiej jakości, ale równocześnie zgoda na niezależne myślenie członków zespołu. Występowanie negatywnych powiązań emocjonalnych pomiędzy liderem i członkami zespołu przy rozwiązywaniu indywidualnych i przeważnie trudnych do uporządkowania problemów pomocowych, przy równoczesnej (i zupełnie oczywistej) potrzebie zachowania kontroli nad sytuacją grupową jest źródłem podejmowania przez przywódców karkołomnych prób redefiniowania zadań jako rzekomo ustrukturowanych, prostych i przewidywalnych. Wtedy bowiem uprawniona staje się zmiana strategii pracy na dyrektywną i zadaniową, która nie wymaga angażowania zespołu w dyskusję i współdecydowanie, nie wymaga również zaistnienia pozytywnych

---

[43] W biograficznym filmie dokumentalnym *Na podobieństwo Jacka (Szkic do portretu Jacka Kuronia)*, zrealizowanym przez Andrzeja Titkowa w 2000 roku, jego tytułowy bohater powiedział: „Jestem człowiekiem kompromisu, ale należy tak to zrobić, aby ludzie starali się nie tyle wiedzieć, ile tracą, ale ile zyskują".

[44] Z. Bauman, *Straty uboczne...*, s. 191.

[45] J. Wciórka, T. Szafrański, P. Świtaj, *Kontekst naukowy – poznanie naukowe a wyzwania psychiatrii* [w:] J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski (red.), *Psychiatria*, t. 3. *Metody lecznicze. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012, s. 724.

więzi emocjonalnych, aby utrzymać poczucie stabilności zespołu. Takie podejście w krótkiej perspektywie czasowej gwarantuje poczucie kontroli w grupie. Kolejne podejmowane działania okazują się jednak nieskuteczne, rodzą niezadowolenie i frustrację członków grupy, co z kolei wpływa na dalsze obniżenie zdolności zespołu do osiągania celów terapeutycznych. Często właśnie te sytuacje są przedmiotem superwizji pracy zespołu. Punktem skupienia pracy jest wtedy wspieranie przekształcania przywództwa w grupie (co dotyczy w równym stopniu kierownika zespołu jak i członków grupy) na takie, które byłoby zdolne do wyzwalania w innych zdolności do wykonywania zadań przy równoczesnym poczuciu, że są one sensowne oraz wiążą się z poszanowaniem godności człowieka. Podstawową kompetencją zespołową, która sprzyja zmianie, jest gotowość do dzielenia się wiedzą ważną dla rozwoju grupy. Kolejna odnosi się do wytyczania względnie stabilnych granic indywidualnej odpowiedzialności, co oznacza warunkowe wyłączenie pewnego zakresu zadań spod kontroli innych. Przekształcanie przywództwa ma prowadzić od tradycyjnego modelu zhierarchizowanej organizacji, do organizacji złożonej z osób o silnym poczuciu sprawstwa, w której zarządzanie staje się wobec nich służebne[46]. W tak zarządzanym zespole praca terapeutyczna to przede wszystkim doświadczenie praktyczne, które weryfikuje nasze zdolności do tworzenia warunków, w jakich klienci mogą chronić się przed krzywdą i równocześnie nabywać zdolności do korzystania ze swoich uprawnień. Ważną funkcją zespołu jest nie tylko uczenie klientów, jak się godzić z okolicznościami, ale również jak się oburzać, nie tylko jak ulegać, ale i jak podejmować bunt. Zespół jest przestrzenią, w której ludzie mogą rozmawiać z sobą spontanicznie, doświadczając bezinteresowności, w której dobrowolne przystosowanie i samodyscyplina zastępują przymus, a ludyczność splata się z poszanowaniem hierarchii i autorytetów. Zespół otwiera możliwości rozwoju samorządności, konstruktywnego kształtowania otaczającego świata, co pozostaje w wyraźnej sprzeczności wobec wszelkich działań, dla których podstawą jest manipulacja jako socjotechniczna próba osiągania zmiany. Aby chronić zespół przed zagrożeniem, jakim jest zarządzanie oparte na manipulacji, należy dbać o transparentność podejmowanych decyzji, o podawanie motywów, które je uzasadniają, tym samym unikać tak zwanej mętnej wody niedomówień i domysłów. Szczególne znaczenie ma tutaj ograniczanie prestiżu przedstawicieli formalnej władzy charyzmą działaczy oraz artystów, dostrzeganie i cenienie bezinteresownych działań, dbałość o możliwość otwartego wyrażania swoich przekonań, jak również optymalne rozłożenie wzmocnień

[46] G. Mazurkiewicz, *Przywództwo edukacyjne. Odpowiedzialne zarządzanie edukacją wobec wyzwań współczesności*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011, s. 228; autor – cytując Kena Blancharda – podkreśla, iż przywódca służebny musi być zdolny do dystansu i krytyki wobec własnych założeń i poglądów, zdawać sobie sprawę z osobistych ograniczeń, ale również silnych stron oraz być zdolnym do współpracy.

grupowych pomiędzy egoistycznym „ja" a wspólnotowym „my" oraz premiowanie autentyzmu przy równoczesnym piętnowaniu fasadowości i deklaratywności. Warto pamiętać o tych podstawowych działaniach[47], które sprzyjają rozwojowi szeroko rozumianych zespołów terapeutycznych.

Spośród szerokiego katalogu dostępnych technik, których celem jest rozwijanie umiejętności podejmowania refleksji nad swoją pozycją w grupie, nad specyficznymi kompetencjami, jak również procesami grupowymi, wymienię trzy, które moim zdaniem są szczególnie pomocne w pracy z zespołem. Po pierwsze, *Test profilu osobowości*, autorstwa Florence Littauer[48], umożliwiający podjęcie pracy nad osobowościowymi uwarunkowaniami komunikacji w grupie oraz umiejętnością opierania się na swoich silnych stronach i pracy nad cechami utrudniającymi funkcjonowanie w zespole. Po drugie, klasyczny *Test Belbina*[49], dotyczący typologii ról grupowych, umożliwiający dyskusję nad specyfiką i komplementarnością podstawowych funkcji pełnionych w grupach zadaniowych, a także nad indywidualnymi predyspozycjami do zajmowania często zróżnicowanych pozycji w strukturze zespołu. Po trzecie wreszcie, *Skala Mach IV* zamieszczona w cytowanej pracy *Psychopatia*[50]. Umożliwia ona dyskusję nad makiawelizmem w kontaktach międzyludzkich, nad zagrożeniami związanymi z tendencjami do manipulowania rzeczywistością społeczną, metodami jej identyfikacji i bronienia się przed nią. Podkreślam tym samym trzy fundamentalne dla zespołów kwestie:

- dostrzeganie wartości płynącej z faktu, iż zespół współtworzą ludzie o unikatowej kompozycji cech psychicznych;
- świadomość komplementarności ról społecznych w zespołach i naszej potencjalnej umiejętności funkcjonowania w wielu z nich oraz
- grupową umiejętność radzenia sobie z manipulacją będącą zagrożeniem dla zespołu, którego członkowie mają mieć poczucie wpływu na rzeczywistość.

W jednej tylko sytuacji rozwój zespołu – wymagający od jego członków empatii, umiejętności budowania wspólnoty, zdolności terapeutycznych – wydaje się niebywale trudny. Mianowicie wtedy, kiedy kierownikiem jest osoba zainteresowana wyłącznie zdobywaniem wiedzy o człowieku, a nie służbą człowiekowi; osoba manifestująca silną potrzebę kontroli i dominacji nad innymi, u której działania pomocowe są wynikiem fuzji ambiwalentnych uczuć: litości i pogardy, i którą można nazwać człowiekiem o cechach aspołecznych (psychopatycznych). Robert D. Hare pisze, iż szczególnie „niepokoją nadużycia, których z wyrachowaniem dopuszczają się niektórzy wykształceni ludzie – lekarze,

---

47 K. Pospiszyl, *Psychopatia...*, s. 24–25.

48 F. Littauer, *Osobowość plus. Jak zrozumieć innych przez rozumienie siebie?*, tłum. M. Klecka, Oficyna Wydawnicza Logos, Warszawa 2000.

49 R.M. Belbin, *Twoja rola w zespole*, tłum. A. Sawicka-Chrapkowicz, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.

50 K. Pospiszyl, *Psychopatia...,* s. 205–206.

psychiatrzy, psycholodzy, nauczyciele, osoby zajmujące się dziećmi – zobowiązani zawodowo do pomagania najsłabszym". Nazywa ich „wężami w garniturach"[51]. Nie tylko należy pamiętać o zagrożeniu związanym z osobowością psychopatyczną, ale również kształtować w zespołach umiejętności prowadzenia otwartych dyskusji na temat wszelkich przejawów mogących świadczyć, iż w działaniach grupowych zaczyna dominować manipulacja, że pojawiają się próby nadmiernej indywidualizacji zadań albo też niszczona lub pomniejszana jest wartość współpracy.

Szczególne znaczenie, jakie przypisuję działaniu adeptów pracy socjalnej w zespołach, nie wynika z mojej słabej wiary w niezależność stopniowo uznawanej również w Polsce dyscypliny naukowej. Jest raczej świadectwem pokory wobec fenomenu indywidualnych, grupowych i środowiskowych ludzkich losów, których próby zrozumienia wymagają głębokiej indywidualnej relacji, natomiast projekty rozwiązań – wspólnotowego namysłu. (Oby – co podkreślam ze szczególną siłą – „z" osobą, a nie „dla" osoby poszukującej dróg powrotu do społecznej przynależności.) Jest zdecydowanym opowiedzeniem się – o czym pisał Jacek Kuroń w artykule o Starym Doktorze[52] – za ideą wspólnoty ludzi wolnych od ucisku i dążących do uwalniania innych od nędzy oraz równych we współdziałaniu dla wspólnego dobra. Wspólnoty, w której prawo każdego do szacunku jest swoistą wytyczną działania.

Poziom kultury organizacyjnej, którą charakteryzuje gotowość do podejmowania działań twórczych, niesienia współodpowiedzialności oraz otwartość na zmianę, znajduje swoje odzwierciedlenie między innymi w rodzajach realizowanych w zespołach terapeutycznych projektów socjalnych. W interesującej pracy Doroty Wolskiej-Prylińskiej[53] znajdujemy ich typologię. Wyodrębnienie trzech rodzajów projektów – redystrybucyjnych, włączających i partycypacyjnych – jest oparte na intensywności, z jaką klient współdecyduje o podejmowanych działaniach. Chodzi tutaj o wszystkie etapy owych projektów, począwszy od planowania, poprzez fazę realizacji, a skończywszy na ewaluacji. Można przyjąć, iż miarą dojrzałości zespołów terapeutycznych jest ich gotowość do podejmowania działań, w których klienci są stale i w znaczący sposób obecni w procesie dokonywania zmian, natomiast punktem odniesienia staje się personalistycznie zdefiniowana terapia społeczna, kształtująca sprawcę, człowieka samosterownego, przedsiębiorczego i przejmującego odpowiedzialność.

---

51 R.D. Hare, *Psychopaci są wśród nas*, tłum. A. Skucińska, Wydawnictwo Znak, Kraków 2010, s. 143–144.

52 J. Kuroń, *Nadzieja i rozczarowanie. Pisma polityczne 1989–2004*, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa 2010, s. 437–447.

53 D. Wolska-Prylińska, *Projekt socjalny w kształceniu i działaniu społecznym*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 2010.

## 3.3. Podstawowe wartości w terapii społecznej

Terapia społeczna wspiera rozwój postawy otwartej na możliwość lub konieczność zmiany dotychczasowych sposobów interpretowania zdarzeń, na współtworzenie bogatych emocjonalnych związków oraz na empatyczne rozumienie indywidualnych wyborów. Ostatecznie dążymy do postawy afirmującej działanie według wartości, w którym troska o innych oraz dobro wspólne są postrzegane jako warunek *sine qua non* aktualizacji człowieka.

Dla tak definiowanej terapii społecznej świat wartości stanowi niezbywalną podstawę. Funkcją zasad etycznych – skodyfikowanych czy też takich, co do których istnieje (**tylko** lub **aż**) niepisana intersubiektywna zgoda profesjonalistów – jest stworzenie aksjonormatywnej struktury, w której rozpoczyna się i dynamicznie rozwija proces terapii. Poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, jakie wartości stanowią podstawę profesjonalnego kontaktu pomiędzy pracownikiem socjalnym a klientem, przyjmuje najczęściej formę mniej lub bardziej uporządkowanego ich zestawienia. Tradycyjnie pracownicy socjalni odwołują się do klasycznego ujęcia, zgodnie z którym podstawowe wartości będące etycznym fundamentem również terapii społecznej obejmują:

- indywidualizację;
- celowe wyrażenie uczuć;
- akceptację;
- nieosądzanie klienta;
- akceptację dla determinacji, z jaką próbuje on poprawić własną sytuację życiową, a także
- budowanie relacji wzajemnego zaufania[54].

Źródłem pierwszej zasady jest fakt niepowtarzalności osoby ludzkiej, jak również każdej sytuacji składającej się na jej los. Codzienna praktyka, administracyjne rygory instytucjonalnej pomocy, ale również uwzględnianie prostego założenia, iż wzbogacanie wiedzy to proces kumulatywny, skłaniają profesjonalistów do generalizowania zróżnicowanych historii życia klientów i błędnego traktowania ich tak, jakby mieli jedną wspólną osobową charakterystykę. Już Erving Goffman w *Instytucjach totalnych*[55] opisał skrajny przejaw dostosowywania ludzi do hierarchicznej struktury szpitala psychiatrycznego. Funkcjonowanie osób chorujących wynikało z wąsko zdefiniowanych i represyjnie egzekwowanych zapisów roli chorego, natomiast ich potrzeby ujmowane były jako możliwe do zaspokajania *en bloc*. Również rozwój współczesnych systemów pomocy społecznej niesie z sobą podobne zagrożenia związane z unifikacją i technicyzacją relacji między

---

[54] F. P. Biestek, *The Casework Relationship*, Allen & Unwin, London 1961.

[55] E. Goffman, *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych,* tłum. O. Waśkiewicz, J. Łaszcz, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2011.

profesjonalistą i klientem. O duszę państwa opiekuńczego zdają się walczyć dwie odmienne tradycje moralne – o czym pisze Maciej Zaremba w eseju pod znaczącym tytułem *Niemiłosierny samarytanin*[56]. Starsza, w której zorganizowaną pomoc rozumiemy jako przedłużenie naturalnego instynktu samopomocy, i nowoczesna, będąca formą demokratycznego sprawowania władzy w imię ochrony równości i sprawiedliwości. Nowa coraz częściej wygrywa, również w majestacie prawa. Autor cytuje fragmenty szwedzkich wystąpień sądowych, zgodnie z którymi, jeśli opiekunka powie do podopiecznej „moja droga", wtedy – co rozumie się samo przez się – część usługobiorców uzyskuje przywileje, których pozbawieni są inni. I dalej: „pacjent czy klient jest od nas uzależniony, jeśli zauważy, że wzbudzając sympatię, może zjednać sobie bardziej osobiste traktowanie, będzie próbował tę sympatię wzbudzić, co z punktu widzenia godności jest nie do przyjęcia, ponieważ nasza opieka nie jest przywilejem, jest uprawnieniem i to odróżnia państwo opiekuńcze od poniżającej dobroczynności"[57]. Konsekwencją nowej etyki pomocy, która opanowuje w równym stopniu działania sektora publicznego oraz obywatelskiego, jest dominacja chłodu i obojętności. Tym samym coraz trudniej odróżnić pogardę od „teorii opieki", a także zawiść od „sprawiedliwości społecznej". A przecież istotę pierwszej z wymienionych zasad etycznego działania oddaje następująca myśl Viktora Frankla: „przeżyć zaś jakiegoś człowieka jako niepowtarzalnego i niezwykłego znaczy przeżyć go jako **Ty**, czyli kochać go"[58].

Druga zasada ma wspierać naszą umiejętność pracy emocjonalnej, dla której podstawą jest zdolność do refleksyjnego współbrzmienia z klientem oraz budowania atmosfery bezpieczeństwa, która pozwoli w tak zwanym bliskim dystansie na otwarte wyrażanie emocji. Należy pamiętać, iż istotą relacji terapeutycznej jest wrażliwość na uczucia osoby poszukującej pomocy oraz zdolność profesjonalisty do emocjonalnej odpowiedzi na jej potrzeby. Pierwotnym warunkiem rozwoju więzi między ludźmi, w tym również pomiędzy partnerami relacji pomocowej, jest kontrolowane zaangażowanie emocjonalne. Nadmierny dystans, chłód, obojętność, a przede wszystkim pojawienie się w relacji przewagi działań zdefiniowanych przez Jürgena Habermasa jako strategicznych[59], obliczonych na osiągnięcie sparametryzowanych celów instytucjonalnych, niweczy możliwość rozwoju procesu terapeutycznego.

Trzecia zasada dotyczy akceptacji klienta. Wywodzi się z postawy szacunku dla osoby ludzkiej i wymaga od pracownika socjalnego bezwarunkowej wolicjonalnie wzbudzonej miłości wobec poszukujących pomocy. Odniesieniem dla niej staje się miłość macierzyńska do dziecka i do wszystkich tych, którzy

---

56 M. Zaremba, *Polski hydraulik i inne opowieści ze Szwecji*, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2008, s. 127.

57 *Ibidem*, s. 128.

58 V.E. Frankl, *Siła do życia*, „Znak" 1967, nr 151, s. 40–49.

59 J. Habermas, *Teoria działania komunikacyjnego*, tłum. A.M. Kaniowski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.

poszukują – kluczowej dla ludzkiego rozwoju – znaczącej obecności innych ludzi. Jest to miłość, jaka zaczyna się jednością, a kończy separacją[60]. Opowiedział o niej jeden z wychowanków Janusza Korczaka, kiedy został zapytany o to, jak mu się żyło na Krochmalnej. „Jak w domu – wspominał – był ojciec i była matka. Ojcem była Pani Stefa, a matką Korczak"[61]. W każdym wychowawcy jest znacznie więcej matki niż ojca. Bo chodzi o miłość, która zakłada konstelację postaw: szacunek, troskę i odpowiedzialność za rozwój oraz szczęście drugiej osoby. Ważnymi przejawami akceptacji są: dostrzeganie znaczenia wyjątkowych cech osobowych klienta, jak również gotowość do rozpoczęcia i prowadzenia pracy terapeutycznej, w której respektowana jest zgoda osoby na pierwszy i każdy kolejny krok prowadzący do zwiększania kontroli nad jej własnym życiem.

Kolejna zasada dotyczy jednoznacznego zakwestionowania moralnej możliwości osądzania klientów. Oczywiście, absolutnie nie oznacza to, iż w relacji terapeutycznej nie ujawniamy własnego świata wartości. Wprost przeciwnie, należy stworzyć warunki, w jakich kontekst aksjologiczny relacji zostanie zdefiniowany i będzie pełnił funkcję ramy dla budowania więzi. Uważam, iż jest to kluczowe wyzwanie dla profesjonalistów spotykających się z ludźmi, których świat wartości – w wyniku często traumatycznych doświadczeń – został zniszczony lub nigdy się nie ukształtował. Relacja terapeutyczna ma umożliwiać klientowi dokonywanie wyborów życiowych, ma poszerzać spektrum potencjalnych dróg prowadzących do osiągania cenionych wartości – to piąta z wymienianych zasad. Nasza wiedza, profesjonalne doświadczenie, umiejętność refleksji oraz wrażliwość teoretyczna powinny służyć klientowi w osiąganiu tego celu. Należy przy tym pamiętać, iż to właśnie on dokonuje wyboru, który my powinniśmy szanować. Istnieje tylko jedna sytuacja, w której indywidualnego wyboru klienta szanować nie możemy, kiedy uzasadniony jest interwencjonizm – jeśli jego działania prowadzą nieuchronnie do bezpośredniego zagrożenia jego życia oraz życia i zdrowia osób bezpośrednio od niego zależnych.

Zgodnie z ostatnią, szóstą zasadą, relacja pomocowa wymaga budowania wzajemnego zaufania. Przejawia się ona w poszanowaniu prawa każdego człowieka do tajemnicy odnoszącej się do tych faktów, uczuć i doświadczeń, które mają szczególne znaczenie dla jego indywidualnej tożsamości. Kwestią bezdyskusyjną jest to, iż pozyskiwanie informacji od kogoś wbrew jego woli oraz przekazywanie ich komuś innemu jest błędem. Należy jednak pamiętać, że powyższa zasada nie oznacza, iż nie mamy możliwości – pracując w terapeutycznych zespołach interdyscyplinarnych – dyskutować na temat sytuacji osoby, której

---

[60] E. Fromm, *Zdrowe społeczeństwo*, tłum. A. Tanalska-Dulęba, Visa-à-vis Etiuda, Kraków 2012, s. 41.

[61] Wspomnienie, które przekazała mi dzięki swej uprzejmości Pani Marta Ciesielska, sekretarz Komitetu Redakcyjnego Dzieł Janusza Korczaka w Ośrodku Dokumentacji i Badań Korczakianum w 2012 roku.

pomagamy. Wprost przeciwnie, wymiana informacji jest niezbędna dla spójności działań podejmowanych z klientem, niemniej ważny jest aspekt koniecznego superwizowania naszej pracy. Chodzi więc tutaj o sposób przekazywania informacji o szczególnie obciążających doświadczeniach życiowych klienta. Ważna jest umiejętność ochrony jego tożsamości w tych obszarach, które są szczególnie podatne na społeczne zranienie.

Unikatową ilustracją zasad etycznych, będących fundamentalnym warunkiem inicjowania i rozwoju procesu pomocowego, ale również sztuki budowania kontaktu terapeutycznego, jest film dokumentalny pod tytułem *Spotkanie* poświęcony Antoniemu Kępińskiemu, zrealizowany w Krakowie w 1996 roku pod kierunkiem redaktora Ryszarda Romanowskiego. Ta kilkunastominutowa opowieść byłych pacjentów, współpracowników i przyjaciół Profesora pozwala zbliżyć się do świata aksjologicznej terapii. Pozwala na refleksję nad sztuką budowania kontaktu, w którym pacjenci nie odczuwali, iż pomiędzy nimi a lekarzem jest obecne piętno choroby utrudniające nawiązanie emocjonalnej bliskości i otwartego dialogu. Wprost przeciwnie, chorzy doświadczali, często po raz pierwszy, że są ludźmi. Czuli, że terapeuta jest cały dla nich, że nawet jeśli ma pół minuty, to te pół minuty jest ich wyłącznością, ich domeną, że nic innego w tej chwili nie istnieje. Ważną zasadą pracy terapeutycznej Antoniego Kępińskiego było całkowite wyłączenie się z jakiejkolwiek oceny czynów ludzkich. Twierdził, że nie wolno oceniać nie tylko pacjenta, ale w ogóle człowieka – o czym opowiadają bohaterowie filmu.

Zasady etyczne pracy socjalnej z klientem wpisują się w założenia terapii skoncentrowanej na osobie[62], którą stworzył Carl Rogers. Jej kluczowym przesłaniem jest troska o kształtowanie potencjału leczniczego w relacji z klientem, która to relacja w dużej mierze zależy od „otwartej" postawy terapeuty. Oznacza to umiejętność i gotowość do zachowania zgodnego ze swoimi prawdziwymi przekonaniami, do bezwarunkowej akceptacji człowieka oraz ujmowania świata w taki sposób, w jaki ujmuje go osoba poszukująca pomocy. Praca z klientem opiera się na całkowitej dobrowolności jego udziału. Wiemy, iż wyrażenie zgody na terapię jest zasadniczym warunkiem jej skuteczności, że przymus, decydowanie za osobę poszukującą pomocy, wyrokowanie o jej potrzebach powinny być ograniczone do ostateczności, kiedy występuje jednoznaczna konieczność ochrony życia klienta lub życia i zdrowia osób od niego bezpośrednio zależnych. Sytuacje, w których ograniczana jest podmiotowość człowieka i dokonywane są rozstrzygnięcia o tym, co jest, a co nie jest dla niego dobrem, wpisane są jednak w praktykę terapeutyczną i pomocową, a szczególnie w tę związaną z osobami

[62] Zob. D. Mearns, B. Thorne, *Terapia skoncentrowana na osobie*, tłum. M. Cierpisz, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.

chorującymi psychicznie. Wspomniane arbitralne rozstrzygnięcia, których źródeł należy poszukiwać w konsekwencjach piętnowania tej szczególnej grupy osób, najczęściej odwołują się do wartości, jaką jest ochrona osobistej wolności pacjenta lub ratowanie jego zdrowia psychicznego. Praktyka wyprowadzona z wymienionych wartości może nieść z sobą dwa podstawowe zagrożenia: w imię „wolności" możemy pozostawić pacjenta całkowicie samemu sobie, w imię „ratowania zdrowia" możemy podejmować interwencje za wszelką cenę. Terapię społeczną definiuję jako doświadczenie spotkania osób:

- o niepowtarzalnej konstelacji wyobrażeń związanych ze światem;
- o specyficznej wrażliwości emocjonalnej, jak również
- podejmujących działania, dzięki którym osiągają cenione przez siebie wartości.

Jeśli przyjmiemy, iż niemożliwe jest oddzielenie świata wartości moralnych od człowieka, to jednocześnie należy uznać, że nie da się nauczyć tych wartości w sposób teoretyczny, przeciwnie, będą one zawsze tym, czego dogłębnie doświadczamy w relacji. Kształcenie w sferze wartości nie jest kształceniem spekulatywnym. I na tym polega szczególne znaczenie praktyki terapeutycznej – otwartego dialogu bez założeń, będącego formą aksjologicznego doświadczenia[63].

## 3.4. Trzy płaszczyzny terapii społecznej

Pierwsza płaszczyzna terapii to refleksja nad osobowymi oraz środowiskowymi czynnikami blokującymi rozwój klienta, których podstawą teoretyczną są koncepcje Ervinga Goffmana[64]. W swoich klasycznych rozprawach autor *Piętna* opisywał niszczący i dehumanizujący wpływ stygmatyzacji, w wyniku której ludzie, często nieświadomie i niecelowo, skazują „innych" lub samych siebie na życie według negatywnego społecznego skryptu. Stopniowo, w toku codziennych interakcji, piętno ulega uwewnętrznieniu, wypierając i ostatecznie zastępując dotychczasowe „ja". Wtedy klienci muszą zmierzyć się nie tylko z problemami choroby, często zdehumanizowanymi praktykami pomocowymi, niskimi oczekiwaniami społecznymi, ale także z uwewnętrznionym piętnem. Istnieje niebezpieczeństwo, że zamiast być osobą, mogą stać się uogólnionym,

---

63 Unikatową inspiracją dla praktyki, która pozwala na inicjowanie dyskusji grupowej nad wartościami leżącymi u podstaw profesjonalnego kontaktu pomocowego, są opowiadania Joanny Haręży. Autorka w przyjaznej dla czytelnika formie otwartych obrazów literackich prowokuje refleksję nad znaczeniem więzi międzyludzkich, obecnością trudności psychicznych w naszym życiu, jak również nad złożonym procesem budowania własnej tożsamości i poszukiwania sensu życia (J. Haręża, *Kruk między innymi. Historia intymna dla mniej lub bardziej nieopierzonych*, Agencja Edytorska Ezop, Warszawa 2008).

64 E. Goffman, *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, tłum. J. Tokarska-Bakir, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.

krzywdzącym wyobrażeniem innych o sobie, podzielając ich stereotypy, uprzedzenia i gotowość do dyskryminacji.

Druga płaszczyzna terapii pozwala na budowanie więzi pomiędzy partnerami relacji pomocowej. Inspirację dla praktyki znajdujemy w pracach wybitnego przedstawiciela psychiatrii humanistycznej, Antoniego Kępińskiego[65], którego terapia nieodzownie została powiązana z podejmowaniem prób zrozumienia czegoś więcej poza samym zaburzeniem psychicznym, być może zrozumienia wartości, jaką jest społeczna więź łącząca ludzi słabych z silnymi, chorych ze zdrowymi. Była „to pierwsza po polsku odczuta, po polsku napisana, z polskiej dobroci płynąca, a zarazem uniwersalnie mądra, polska filozofia człowieka" – jak pisał ks. Józef Tischner w *Myśleniu według wartości*[66]. Ściśle powiązana z nią praktyka kliniczna profesora polegała na pracy nad intelektualnym wglądem pacjenta we własne przeżycia psychotyczne, czyli poznawaniem potencjalnych przyczyn choroby i sposobów jej leczenia, na dostarczaniu pacjentowi doświadczenia pozytywnego związku emocjonalnego w relacji z lekarzem, który to związek wpływa dodatnio na zmianę sposobu przeżywania przez pacjenta siebie i innych, oraz na korektywnym doświadczaniu świata wartości.

Opis trzeciej płaszczyzny terapii rozpocznę od stwierdzenia, iż skuteczna praca nad więzią jest fundamentem odbudowywania bądź wzmacniania tożsamości klienta. Tożsamość można rozumieć jako względnie trwałą, specyficzną właściwość przynależną człowiekowi. W ślad za Aaronem Antonovskym nazywam ją poczuciem koherencji, czyli pewną globalną, złożoną, indywidualną orientacją życiową, lub inaczej uwewnętrznionymi przeświadczeniami danej osoby. Przeświadczenia te obejmują poczucie zrozumiałości, zaradności oraz sensowności. Pierwsze odpowiada za postrzeganie rzeczywistości jako możliwej do opracowania i wyjaśnienia, drugie za przekonanie o posiadaniu skutecznych sposobów radzenia sobie w świecie, natomiast trzecie odnosi się do przekonania, iż życie – bez względu na okoliczności – zawsze warte jest naszego emocjonalnego zaangażowania. Autor *Rozwikłania tajemnicy zdrowia i choroby* zwrócił uwagę na podstawowe znaczenie poczucia sensowności:

> Osoba mająca niskie poczucie zrozumiałości i zaradności, lecz silne sensowności jest najbardziej interesująca; będzie miała największy zapał, bardzo jej będzie zależało na zrozumieniu tego, co ją otacza, i znalezieniu odpowiednich zasobów; nie ma żadnej gwarancji, że jej się powiedzie, ma jednak szanse; tak można scharakteryzować Victora Frankla i zdumiewająco wiele osób, które przeszły przez Auschwitz[67].

---

[65] Zob. A. Kokoszka, *Jak pomagał i leczył profesor Antoni Kępiński*, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 1999; K. Maj, *Antoni Kępiński. Myśl etyczna*, Wydawnictwo PETRUS, Kraków 2012.

[66] J. Tischner, *Myślenie według wartości*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2011, s. 8.

[67] A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia i choroby. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, tłum. H. Grzegołowska-Klarkowska, Fundacja IPN, Warszawa 1995, s. 36. Autor

W tym miejscu podkreślam, iż kluczowe kompetencje z zakresu terapii społecznej obejmują kształtowanie u człowieka zdolności do uznania własnej słabości, wrażliwości, zaakceptowania przeciwności, niepowodzeń, rozpoznania nietrwałości i pomimo tego lub – wprost odwrotnie – dzięki temu do wzbudzenia gotowości do działania. Gotowość do działania zależna jest jednak od tego, czy człowiek otworzy się na poszukiwanie sensu – to czwarta płaszczyzna terapii (zob. tabela 1).

**Tabela 1. Płaszczyzny bezpośredniej terapii społecznej**

| Płaszczyzny terapii społecznej | Komponent poznawczy | Komponent emocjonalny | Komponent behawioralny |
|---|---|---|---|
| postawa/piętno uwewnętrznione | stereotypizacja | uprzedzenie | dyskryminacja |
| terapia/więź | korektywne doświadczenie poznawcze | korektywne doświadczenie emocjonalne | korektywne doświadczenie wartości |
| umocnienie „ja" | uwewnętrznione przeświadczenie zrozumiałości | uwewnętrznione przeświadczenie sensowności | uwewnętrznione przeświadczenie zaradności |
| poszukiwanie sensu | praca | miłość | cierpienie |

Źródło: *opracowanie własne*.

Victor Frankl pozostawił nam wskazówki w *Człowieku w poszukiwaniu sensu*[68]. To zaledwie kilkudziesięciostronicowe dzieło jest unikatowym świadectwem wiary w osobę ludzką, jest opisem trudnej sztuki odkrywania sensu nawet w najbardziej traumatycznych okolicznościach składających się na indywidualny los. Autor przeżył obóz koncentracyjny. Z dni i miesięcy spędzonych w otchłani Holokaustu wydobywa się jego głos – głos nadziei. Wszystko to, czego – nieżyjący już psychiatra, neurolog, jak również, a może przede wszystkim, filozof osoby – doświadczył, zarówno dobrego, jak i złego, będącego źródłem szczęścia i cierpienia, zamienia on w filozofię sensu, w głęboką wiarę w istnienie porządku i logiki ludzkiego życia z innymi. Swoją pracę pisarską poświęcił tym, którzy tracą nadzieję, gubiąc się w codziennym poszukiwaniu wartości; tym, którzy walcząc o zdrowie psychiczne, pokonują stan napięcia – rozdźwięk pomiędzy już osiągniętym a koniecznym do osiągnięcia. W pracy terapeutycznej przyjmował założenie, iż tylko dzięki wypełnieniu egzystencjalnej pustki pacjent zdoła uniknąć nawrotów choroby. I – podkreślmy za autorem – to właśnie on jest odpowiedzialny za swoje

zaznaczył, iż prace Victora Frankla wpłynęły na nazwę tego ważnego składnika poczucia koherencji, jakim jest sensowność (s. 34).

[68] V.E. Frankl, *Człowiek w poszukiwaniu sensu. Głos nadziei z otchłani Holokaustu*, tłum. A. Wolnicka, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2009.

życie. Nie pytaj o sens życia; uświadom sobie, iż to Ty jesteś adresatem tego pytania. Twoją powinnością jest, aby odpowiedzieć na nie. Viktor Frankl sugeruje, iż poszukiwanie sensu – dodajmy również: poszukiwanie możliwości zdrowienia – to podążanie trzema drogami. Pierwszą z nich jest praca, nauka lub inaczej: każdy rodzaj użytecznego działania skierowanego na rozwój dobra wspólnego. Kolejna to możliwość doświadczania czegoś lub kontakt z drugim człowiekiem. Ostatnia droga jest powiązana ze sposobem znoszenia cierpienia, którego nie jesteśmy w stanie uniknąć. Podpowiedzmy za Janem Pawłem II, iż cierpienie, które pod tyloma postaciami jest obecne w naszym życiu, ma miejsce także i po to, ażeby wyzwalać w człowieku cierpliwość, nadzieję i miłość[69]. Jednakże, co warto podkreślić, w bezpośrednim kontakcie z chorym nie znajdujemy prostych i jednoznacznych odpowiedzi na pytanie związane z sensem choroby. I co więcej, na to pytanie nie odpowie ani lekarz, ani naukowiec. Musimy – jak mówił Viktor Frankl – pozostawić pacjentowi odpowiedź na pytanie dotyczące ostatecznego sensu cierpienia[70]. Być może właśnie cierpienie przyzywa miłość. Miłość, która jest – wracając do myśli autora *Człowieka w poszukiwaniu sensu* – niezbędna, aby uświadamiać sobie złożoność istoty bliźniego. Dzięki niej również jesteśmy zdolni dostrzec zasadnicze cechy ukochanej osoby, uświadamiamy sobie cały jej potencjał, który jeszcze nie jest, lecz powinien zostać urzeczywistniony. Tylko dzięki miłości możemy dać ukochanej osobie moc jego urzeczywistnienia[71]. Przesłanie to jest szczególnie ważne dla modelu pracy socjalnej, który nawiązuje do psychologii humanistycznej[72]. Podejście personalistyczne ujmuje człowieka jako istotę zdolną do „samoaktualizacji" i nieustannie poszukującą sensu swojego życia. Wysiłek ten jest związany z twórczym ustosunkowaniem się do własnego bytowania, ujęciem swego losu we własne ręce i skierowaniem swej egzystencji ku wartościom obiektywnym[73]. Odkrywanie sensu aktualizuje i obiektywizuje byty społeczne. Proces ten można porównać do strukturacji i prób przełamywania granicy między tym, co indywidualne, a tym, co społeczne.

Viktor Frankl, definiując swoje psychiatryczne *credo* – będące równocześnie trafnym przesłaniem dla pracy socjalnej – podkreśla konieczność szanowania potencjału rozwojowego każdej osoby. Pisze, iż ktoś cierpiący na poważne zaburzenia psychotyczne może trwale utracić zdolność społecznego funkcjonowania,

---

69 Jan Paweł II, *List Apostolski Salvifici Dolores Ojca Świętego Jana Pawła II*, www.opoka.org [dostęp: 28.09.2012].

70 V.E. Frankl, *Redukcjonizm*, „Więź" 1970, nr 9 (149), s. 3–14; M. Opoczyńska, *Kim jestem? Doświadczenie choroby psychicznej a stawanie się sobą*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002, s. 51–67.

71 V.E. Frankl, *Człowiek...*, s. 168.

72 M. Payne, *Modern Social Work Theory: A Critical Introduction*, Macmillan, London 1991, s. 171.

73 K. Popielski, *Elementy poradnictwa psychologicznego i psychoterapii egzystencjalno-kognitywnej* [w:] K. Popielski (red.), *Człowiek pytanie otwarte*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1987, s. 108.

ale nigdy nie traci godności istoty ludzkiej[74]. W przeciwnym razie nie uważałby on swojej pracy za wartą zachodu. Ten sposób myślenia koresponduje z dwoma imperatywami kategorycznymi Immanuela Kanta: „Postępuj tak, byś człowieczeństwa tak w twej osobie, jako też w osobie każdego innego, używał zawsze zarazem jako celu, nigdy tylko jako środka", oraz „Postępuj tak, jak gdyby maksyma twojego postępowania miała stać się ogólnym prawem"[75]. Z imperatywów wyprowadzane jest podstawowe zadanie jednostki wobec siebie – obowiązek zachowania życia, tym samym zakaz jego przerywania, jak również zasada pełnego szacunku wobec godności, która przejawia się w każdym indywiduum. Szacunek to wartość obustronna, to swoista wytyczna działania. „Szacunek nie da się pogodzić z niesprawiedliwością, nędzą innych, moim własnym sobiepaństwem i naszą wspólną gospodarką rabunkową" – pisał Jacek Kuroń[76]. Należy jednoznacznie zakwestionować moralną wartość podporządkowania jednostki jakimkolwiek celom ogólnym, „bowiem szacunek należny istocie ludzkiej z tytułu jej człowieczeństwa składa się na najwyższą wartość, której nie mogą przeważyć jakiekolwiek inne wartości, dlatego że wszelkie inne wartości są wartościami o tyle, o ile służą ludzkiej godności, jej obronie i jej kultywowaniu"[77].

Jeżeli etyczną zasadę naczelną przyjmiemy jako podstawę dla praktyki, wtedy nie ma konieczności budowania szczegółowej listy zasad moralnych, jak również ich kodyfikowania. Najważniejsza jest miłość bliźniego – reszta to zawsze niepełna lista przypisów[78]. Analizując poszczególne wymiary terapii społecznej, należy przypisać szczególne miejsce komponentom emocjonalno-motywacyjnym. Tak jak strażnikiem piętna są uprzedzenia, a siłą więzi terapeutycznej jest korektywne doświadczenie emocjonalne, tak dla koherencji osoby ważne jest uwewnętrznione poczucie sensowności, zaś dla zdefiniowania sensu obecności w świecie podstawowe znaczenie ma miłość. I na ten fakt zwrócił moją uwagę Jacek Filek[79], pisząc, iż „Kantowi chodziło o ocalenie człowieka, i że ocalenie to widział nie w konstruowaniu sofizmatów, lecz w rozbudzeniu uczucia, bowiem sam intelekt nie jest w stanie poruszyć woli". I dalej: „Pomiędzy wysokim intelektem a uwikłaną w praktyczne życie wolą potrzebny jest pośrednik (...). Żadne czysto rozumowe przedstawienie idei etycznej (...) nie poruszy ludzkiej woli, ale poruszyć może ludzkie serce, (...) może skłonić wolę". Raz jeszcze podkreślam, iż dla terapii społecznej podstawą jest występowanie w codziennej pracy grupowej etycznego dyskursu. Jeżeli jest on

---

74 V. E. Frankl, *Człowiek...*, s. 195.

75 I. Kant, *Uzasadnienie metafizyki moralności*, tłum. M. Wartenberg, Wydawnictwo Antyk, Kęty 2001, s. 38, 46.

76 J. Kuroń, *Nadzieja i rozczarowanie...*, s. 439.

77 Z. Bauman, *Szanse etyki...*, s. 338.

78 *Ibidem*, s. 9.

79 J. Filek, *Życie, etyka, inni. Scherza i eseje filozoficzno-etyczne*, Wydawnictwo Domini S.C., Kraków 2010, s. 310–311.

nieobecny, jedynym punktem odniesienia dla praktyki stają się przepisy prawa, regulaminy, natomiast pracownik socjalny – ich bezwolnym egzekutorem.

Znakomitą, pełną emocji ilustrację terapii społecznej znajdujemy w *Korczaku* Andrzeja Wajdy. Scenariusz filmowy – autorstwa Agnieszki Holland – był inspirowany *Pamiętnikiem* Starego Doktora, jego ostatnim „arcydziełem formy", które powstało w zaledwie trzy miesiące, za murami getta. Forma *Pamiętnika* jest otwarta, niegotowa, zmącona, pełna zapowiedzi i urwanych wątków, niestałości obrazów świata, gdzie teraźniejszość przeplata się z przyszłością. I właśnie dzięki niej autor odsłania grozę Zagłady i jej wpływu na ofiary, przybliża czytelnika do doświadczenia granicznego, równocześnie zachowując trzeźwe spojrzenie na rzeczywistość oraz zdolność do krytycznego dystansu i autoironii[80].

*Korczak* to opowieść o determinacji i sile osoby ludzkiej w walce o utrzymanie aksjologicznego porządku świata oraz o wolności, której człowiek może dać świadectwo w każdych warunkach i okolicznościach. Żadna konstelacja zewnętrznych determinantów nie pozbawia człowieka możliwości działania zorientowanego na sens. W jednej ze scen, którą traktuję jako artystyczny wyraz i syntezę podmiotowości człowieka oraz heroicznej praktyki pomocowej, Korczak wypowiada do przedstawiciela Rady Żydowskiej następujące zdanie:

> Jak pan dobrze wie, codziennie na ulicach znajduje się po kilkanaście trupów dzieci. Są to dzieci albo bezdomne, które umierają z głodu, z zimna albo z chorób, albo dzieci porzucone przez rodziców, bo nie stać ich rodziców, żeby ich pochować. Albo dzieci postrzelone przez Niemców przy przechodzeniu przez mur. Szpitale są przepełnione i nie przyjmują tych umierających dzieci. Trzeba więc zorganizować im jakieś umieralnie. To nie wymaga ani dużo kosztów, ani dużo miejsca. Wystarczy pokój, jakieś półki coś jak w sklepie tekstylnym. Zresztą tych sklepów jest teraz dużo pustych i można coś zorganizować. Kładłoby się te umierające dzieci na tych półkach. Trzeba wynająć człowieka, trochę węgla, żeby ogrzać te pomieszczenia. Jeżeli nie możemy tych dzieci uratować... to przynajmniej zapewnijmy im godną i ludzką śmierć!.

Jak sformułował to Zygmunt Bauman w *Szansach etyki w zglobalizowanym świecie*: „godność jest ludzkim wynalazkiem, godność jest człowieczeństwem człowieka"[81]. O cóż innego warto nam walczyć...?

---

[80] J. Leociak, Posłowie [w:] J. Korczak, *Pamiętnik i inne pisma z getta*, Wydawnictwo W.A.B., Warszawa 2012, s. 299.

[81] Z. Bauman, *Szanse etyki*..., s. 336.

# 4

# Umacnianie osób chorujących psychicznie

Zaburzenia psychiczne definiowane są jako szczególny splot dysfunkcji czynności psychicznych i zachowania, zależny od uwarunkowań biologicznych, psychicznych, społecznych oraz duchowych właściwych danej osobie.

Tradycyjnie zaburzenia psychiczne dzielimy, posługując się językiem diagnostycznym, na:

- psychotyczne (tzn. stany chorobowe, w których występują urojenia, omamy, zakłócenia świadomości, sfery emocjonalnej i nastroju) oraz na
- niepsychotyczne, obejmujące między innymi: nerwice, upośledzenie umysłowe (tzw. niepełnosprawność intelektualna), zespoły organiczne, poważne problemy osobowościowe, uzależnienia od substancji psychoaktywnych i niektóre nieprawidłowości funkcjonowania sfery seksualnej.

Najgłębszy problem psychiczny jest diagnozowany jako choroba psychiczna (np. ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne, zaburzenia urojeniowe, schizofrenia, zespoły schizofrenopodobne, ciężkie epizody depresji, psychotyczne zaburzenia afektywne, zaburzenia jedzenia). Jest to stan, w którym dochodzi do zatarcia wyraźnej granicy między światem realnym a światem urojeń i halucynacji, to stan rozbicia granic własnego „ja", któremu towarzyszą poważne zaburzenia emocjonalne. Przeważnie są one związane z doświadczaniem objawów chorobowych: pozytywnych (urojenia, omamy) oraz negatywnych (bladość emocjonalna, czyli stan, w którym chory, izolując się od świata zewnętrznego, wydaje się obojętnieć na obecność osób bliskich, nie odczuwać radości, smutku lub przyjemności; inne objawy negatywne to zmniejszenie aktywności, wycofywanie się społeczne, spowolnienie ruchowe i spowolnienie myślenia). Jak pisał Antoni Kępiński, „granica, która oddziela świat własny od świata otaczającego, subiektywne od obiektywnego, a którą można by porównać do błony komórkowej oddzielającej istotę żywą od jej środowiska i która daje człowiekowi poczucie własnej odrębności, zostaje w schizofrenii przerwana"[82].

---

[82] A. Kępiński, *Rytm życia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2000, s. 222. Cytat pochodzi z *Filozofii schizofrenii*, kilkustronicowego eseju zawierającego lakoniczny i niezwykle

## 4.1. Choroba psychiczna jako doświadczenie

Choroba, dla której podstawą jest silnie przeżywany lęk, wiąże się z potrzebą wycofywania się z dotychczasowych kontaktów społecznych, które stają się zbyt obciążające. W izolacji chory stara się odzyskać utracony wpływ na własne życie. Poszukuje przyczyn głębokich trudności w uporządkowaniu myśli, emocji i zachowania. Subiektywny opis choroby psychicznej przedstawię, odwołując się do swoich istotnych spotkań i rozmów z ludźmi, którzy od wielu lat żyją z chorobą psychiczną, radzą sobie z nią i zdrowieją, a których nazywam „nauczycielami psychiatrii". Autorzy większości cytowanych przeze mnie wypowiedzi pozostaną anonimowi.

Trud radzenia sobie z doświadczeniem psychotycznym określany jest jako pokonywanie traumy związanej z przeżyciem granicznym. W okresie nasilenia objawów choroby dotychczasowy świat osoby nią dotkniętej ulega rozbiciu, a tej dezorganizacji towarzyszy silne poczucie lęku i ambiwalencji. Codzienność staje się grą snów. Oddzielenie tego, co realne, od objawów choroby psychicznej jest niemożliwe lub niewyobrażalnie trudne.

> Miałem wątpliwości, czy nie jestem chory psychicznie, jednak ta myśl konkurowała z drugą, iż to, co jest pewne i nieuchronne, to zbliżający się koniec świata, za który czułem się odpowiedzialny. Zastanawiałem się, czy nie podzielić się z kimś moją pewnością i wahaniem. Pytasz, czy miałem osobę zaufaną? Tak, miałem. Jedną. Jednak mimo silnego niepokoju i dramatycznej wizji nie wtajemniczyłem jej w to, co przeżywam. Dlaczego? Zdecydowanie nie dlatego, że bałem się o siebie, nie dlatego, że wariatów się zamyka, izoluje..., a przecież i ja mogłem nim być. Bałem się powiedzieć o swoim przerażeniu końcem świata, ponieważ jeszcze większym przerażeniem napawała mnie myśl, że usłyszę: „Tak, masz rację, nastąpi koniec świata". Moją ostatnią nadzieją było to, iż właśnie tego nie usłyszę, ale żadnej pewności nie miałem. Dlatego też zwykle chorujemy w ukryciu[83].

Wiele mniej lub bardziej uporządkowanych, jednakże dalece lub wcale nieprawdziwych twierdzeń o rzeczywistości, niezwykłe i budzące przerażenie doświadczenia zmysłowe oraz często dramatyczny wysiłek, aby pokonać nie tylko fizyczne, ale i duchowe cierpienie towarzyszące chorobie, określają myśli, emocje i działania osoby nią dotkniętej.

---

sugestywny opis choroby, której autor poświęcił również odrębną i powszechnie znaną monografię zatytułowaną *Schizofrenia* (A. Kępiński, *Schizofrenia*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1972).

[83] Archiwum własne.

Pojawiły się gonitwy myśli, ciągi skojarzeń, od których nie mogłam się uwolnić. Początkowo próbowałam te ciągi skojarzeń przekazywać bliskim mi osobom, ale były one już tak dziwaczne, że spotykały się ze zdziwieniem, niedowierzaniem, czasami podkpiwaniem. I wtedy już wiedziałam, że wszyscy są przeciwko mnie, wszyscy są w zmowie, nie mogę nikomu zaufać, nie mogę się otwierać, bo wtedy łatwiej mnie skrzywdzą[84].

Wobec nieustannie i dokuczliwie napływających informacji, przymusowych i niecodziennych skojarzeń oraz zaskakujących interpretacji chory traci możliwość krytycznego dystansu wobec siebie i innych. Miejsce poczucia bezpieczeństwa – właściwego dla zdrowia „zadomowienia w sobie", związanego z poczuciem kontroli nad sobą i otaczającą rzeczywistością, istnieniem stabilnych granic „ja" oraz szerzej zewnętrznego porządku aksjonormatywnego – zajmuje stan, jaki jedna z osób zdrowiejących określiła wprost jako „bezdomność".

Słyszałem głosy. Jeden z nich był szczególnie dotkliwy, krytyczny, niszczył mnie jako człowieka. I kiedyś powiedział: „Jesteś tak słaby, że nie jesteś w stanie złamać nawet zapałki!". W pierwszym odruchu chciałem natychmiast udowodnić, iż to nieprawda. Jednak zatrzymałem się. Przecież głos nie może mieć wpływu na moje życie. Z drugiej jednak strony, może nie należy ustępować? Może nie dlatego, aby udowadniać coś jemu, ale przede wszystkim sobie? Wyciągnąłem zapałkę z pudełka. Złamałem! Wtedy głos powiedział: „Właśnie nieodwołalnie złamałeś jakiemuś człowiekowi życie". I poczułem to z pełną odpowiedzialnością i z głębokim poczuciem winy. To było jak nieodwołalny wyrok[85].

Choroba to stan nagłego i nieoczekiwanego poczucia ostatecznej utraty oraz konieczności przedefiniowania każdego z wymiarów swojego życia, któremu towarzyszy jedno pytanie: jak ochronić siebie przed wszystkimi ludźmi, których obecność stała się nadmiernie obciążająca, a nawet nieznośna?

Później pojawiły się przeświadczenia (dziś już wiem, że chorobowe), że wszyscy się dowiedzieli, potępiają mnie, odsuwają się ode mnie. Zaczęłam wyłapywać dziwne uśmiechy, które zdawały się pełnymi politowania, odrazy i wstrętu. Później zaczęłam interpretować zasłyszane rozmowy jako skierowane przeciwko mnie. Pojawiły się brak pewności siebie, poczucie zagrożenia i lęku. Zaczęłam tworzyć interpretacje otaczającego mnie świata, które z każdym dniem były

---

84 A. Liberadzka, *Jedna z miliona* [w:] I. Białek, H. Kaszyński, M. Lupa (red.), *Moja wędrówka. Refleksje studentów i wykładowców UJ o chorobie psychicznej i studiowaniu*, Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych UJ, Kraków 2010, s. 117.

85 Archiwum własne.

coraz bardziej dziwaczne. Miałam bardzo wyostrzone wszystkie zmysły, byłam czujna i przeświadczona, że tylko czujność może mnie jakoś uchronić przed coraz bardziej zagrażającym światem[86].

Osoby chorujące wspominają, iż w szczególnie trudnych okresach życia odgradzał je od innych ludzi „szklany klosz", „szyba", a uczucia wydawały się jakby „zabetonowane".

W psychozie miałem poczucie nirwany, idealnego stanu beztroski, zawieszenia w czasie i przestrzeni; byłem jak człowiek spoczywający na obłoku. Pełny błogostan, mógłbym powiedzieć: „trwaj, piękna chwilo". Pytasz, czy psychoza może być zatem przyjemna? Posłuchaj dalej. Po pewnym czasie chciałem coś zmienić, coś zrobić, wstać z łóżka, zadzwonić, wyjść z domu. Z przerażeniem odkryłem, że nie mogę nic. Zostałem pozbawiony woli, a chwila trwała nadal...[87]

Bliscy, znajomi i ludzie zupełnie przypadkowo spotkani na ulicy; wszyscy ci, którzy mają potrzeby, oczekiwania, wymagają mojej odpowiedzialności, są bezpiecznie oddaleni. Niewyobrażalnie trudne do zinterpretowania, wieloznaczne informacje nie napływają już z tak wielką i niespotykaną dotąd siłą. Jednak próby poszukania utraconej równowagi zakłócane są silnym poczuciem krzywdy i głębokiego smutku, których źródłem jest dokuczliwe poczucie osamotnienia w chwili, kiedy tak bardzo potrzebujemy pomocy. Błędne koło i piekło ambiwalencji. Zagubienie emocjonalne, jakie określić można utratą zdolności do wglądu we własne emocje. Czas głębokiego nasilenia objawów choroby, czas „bezludny", niemożliwej przecież „wolności od ludzi" staje się czasem, w którym rodzi się głęboka tęsknota za drugim człowiekiem. Od kilku tygodni, zawsze kiedy poruszałam się w moim mieszkaniu słyszałam odgłosy sąsiadów, którzy mieszkali piętro wyżej. Każdy mój krok był dokładnie przez nich powtarzany. Byli zawsze dokładnie nade mną. Byli tam gdzie ja. Godzinami zastygałam w miejscu. Odgłosy milkły. Ale tylko do czasu mojego najmniejszego ruchu. Wtedy znów powtarzali. Poprosiłam rodziców, abyśmy pojechali do psychiatry. To, co się ze mną działo, było nie do wytrzymania. Wsiadłam do taksówki. I znowu usłyszałam odgłosy kroków nad sobą. Ale to przecież niemożliwe! Nie byłam już w mieszkaniu. Wtedy pomyślałam: czy to nie halucynacje?[88]

W taki właśnie sposób osoby chorujące uczą się rozpoznawać objawy. I to bez względu na to, czy jest to pierwszy, czy kolejny nawrót choroby, jak również bez

[86] A. Liberadzka, *op.cit*., s. 117.
[87] Archiwum własne.
[88] *Ibidem*.

względu na fakt, czy tę szczególnie trudną pracę nad wglądem we własne przeżycia psychotyczne wykonuje pacjent zażywający lekarstwa czy też nie. Choć zazwyczaj leki w tym pomagają.

Osoby doświadczające zaburzeń psychicznych potrzebują dostosowanego do stanu zdrowia leczenia, odpowiednich oddziaływań terapeutycznych. Szczególne znaczenie w odzyskiwaniu zdrowia mają wszelkie działania, których celem jest ukształtowanie w miejscu zamieszkania chorego zróżnicowanych form wsparcia społecznego, zarówno pierwotnego, jak i wtórnego. Dzięki nim oraz swoim staraniom człowiek chorujący może stopniowo powracać do aktywnego życia; może pracować, studiować, mieszkać, przyjaźnić się, czyli – używając ogólnego sformułowania – uczestniczyć w życiu wspólnotowym ze względnie wysokim poczuciem bezpieczeństwa.

## 4.2. Model podatności na zranienie

Społeczna orientacja w ochronie zdrowia psychicznego odwołuje się do modelu „podatność na zachorowanie – społeczny stres” [89]. Podatność na zranienie społeczne – zgodnie z hipotetycznymi założeniami modelu[90] – krystalizuje się w wyniku interakcji złożonego splotu cech osobowych uwarunkowanych genetycznie oraz doświadczeń dziecka z pierwszych trzech lat życia. Dochodzi wtedy do kształtowania się „mózgu społecznego”, a także – posługując się językiem teorii więzi Johna Bowlby’ego[91] – ustalenia emocjonalnego stylu przywiązania osoby oraz jej emocjonalnych zasobów. Eklektyczna otwartość modelu podatności na zranienie umożliwia poszukiwanie hipotetycznego źródła „ranliwości” w procesie oddzielania małego dziecka od matki, podczas którego ulega zniszczeniu jakiś bardzo delikatny mechanizm, zostaje zerwana podstawowa więź łącząca ludzi z sobą. Dziecko zaniedbane, ale również to, którego rodzice prezentują mniejszą wrażliwość i adekwatność na jego sygnały, staje się świadome własnej bezbronności, jednakże nie posiada żadnych zasobów umożliwiających poradzenie sobie z uczuciem złości, niepokoju, przerażenia. Jeśli nikt nie reaguje lub reaguje nieodpowiednio na jego płacz, wtedy jedyne, co może zrobić, to starać się zniwelować (deaktywować) uczucia lub w skrajnej sytuacji poddać się „hibernacji” emocjonalnej. Bezradność będąca

---

[89] Zob. J. Shah, R. Mizrahi, K. McKenzie, *Cztery wymiary: model społecznej etiologii psychozy*, „Psychiatria po Dyplomie” 2012, t. 9, nr 3, s. 8–12; K.E. Pickett, R. G. Wilkinson, *Rozwarstwienie dochodów: niedoceniane źródło chorób psychicznych i dyskomfortu*, „Psychiatria po Dyplomie” 2011, t. 8, nr 5, s. 35–38.

[90] A. Cechnicki, *Uwagi o modelu podatności na zranienie*, „Psychoterapia” 1990, nr 2, s. 39–48.

[91] J. Bowlby, *Przywiązanie*, tłum. M. Polaszewska-Nicke, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

wynikiem emocjonalnego odcięcia staje się fundamentalnym mechanizmem (nie)radzenia sobie z życiem.

Przerażające dla każdego człowieka jest doświadczenie bycia niepotrzebnym, ignorowanym, upokorzonym, krzywdzonym, o czym pisze Sue Gerhardt w *Znaczeniu miłości*[92]. Co więcej, kłopoty psychiczne może mieć także dziecko, które nie czuje się postawione w centrum uwagi. Bez niej pozbawione jest poczucia bezpieczeństwa, pogrąża się w stanie ciągłego lęku i zaczyna traktować świat jako zagrożenie. Bez bycia kochanym nie będziemy zdolni kochać innych. Niskie poczucie zaspokojenia narcystycznej miłości własnej w dzieciństwie, a następnie zaniżone poczucie własnej wartości w życiu dorosłym jest czynnikiem zwiększającym prawdopodobieństwo samobójstwa, wystąpienia zaburzeń depresyjnych, przemocy i nieumiejętności obdarowywania ludzi miłością. Tendencje do deprecjonowania siebie mają źródło w doświadczeniach braku jakiejkolwiek władzy społecznej nad otoczeniem i wiążą się z jednoznaczną koniecznością ciągłego podporządkowywania się innym. Zróżnicowane formy presji, ataku ze strony członków grupy mających wyższy status zmuszają nas do godzenia się z zajmowaniem niższych pozycji społecznych. Dorośli ludzie o stylu przywiązania opartym na braku bezpieczeństwa nie zawsze manifestują zaburzenia psychiczne wymagające terapii, jednak mogą oni je rozwinąć pod wpływem obciążających czynników społecznych.

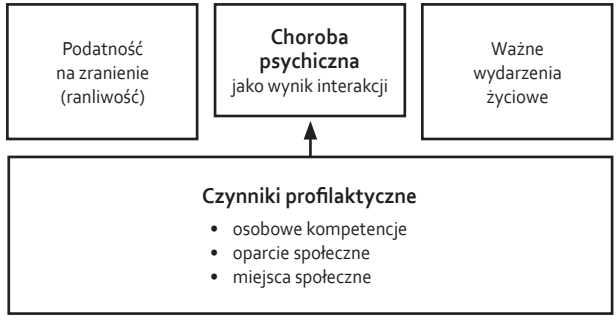
Podatność na zranienie (określana również terminem „ranliwość") oznacza obniżone możliwości człowieka do radzenia sobie z wyzwaniami, jakie niesie codzienne życie. Specyficzne trudności wiążą się przede wszystkim z nieodpowiednim kontrolowaniem uczuć w stosunku do innych ludzi, z występowaniem nadmiernie schematycznych reakcji na stres oraz nieadekwatnych mechanizmów radzenia sobie z nim. W praktyce terapeutycznej osoby ranliwe jawią się jako nadmiernie reagujące na sytuację trudną, chłonące wydarzenia, które bezpośrednio ich nie dotyczą. Tym samym mają one często problem z podjęciem decyzji, dokonaniem wyboru. Są ambiwalentne, obawiają się podjęcia ryzyka i dokonania zmian, ponieważ silniejsza jest obawa przed odrzuceniem, atakiem, wrogością świata, a także potrzeba ochrony kruchego poczucia własnego „ja".

Model podatności zakłada, iż u osoby podatnej na zranienie dochodzi do wybuchu choroby pod wpływem społecznego stresu związanego z ważnymi wydarzeniami życiowymi opisywanymi przez chorych jako sytuacje nieoczekiwane, niemożliwe do przewidzenia, jak również jako związane z poczuciem niezdolności do ich uporządkowania, czyli nadawania im adekwatnych znaczeń, przyjęcia

---

[92] S. Gerhardt, *Znaczenie miłości. Jak uczucia wpływają na kształtowanie się mózgu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, tłum. B. Radwan, Kraków 2010, s. 93.

emocjonalnego i odniesienia do dotychczasowej hierarchii ważności. Przed wybuchem choroby mogą chronić trzy podstawowe czynniki. Po pierwsze, nabyte przed kryzysem umiejętności radzenia sobie z trudnościami codziennego życia. Po drugie, posiadane w rodzinie oraz w innych grupach społecznych wsparcie emocjonalne, informacyjne czy też finansowe. Po trzecie wreszcie, przyjazne środowisko, otwarte na odmienność, krytykę, w którym występuje wzajemne zaufanie i gotowość do współpracy (zob. rycina 2).




**Rycina 2. Model podatności na zranienie**

Źródło: *opracowanie własne*.

Dlatego też w programach wsparcia dla osób chorujących psychicznie szczególne miejsce zajmuje psychoedukacja skierowana bezpośrednio do nich, jak również do członków rodzin, przyjaciół oraz innych znaczących osób, w tym do współpacjentów[93].

Wsparcie dla rodziny osób chorujących psychicznie opiera się współcześnie na jednoznacznym przesłaniu, iż rodzina nie jest przyczyną choroby i w żaden sposób nie jest jej winna. Koncepcje „matki i rodziny schizofrenogennej", „podwójnego wiązania", „ekspresji emocji" traktowane jako czynniki patogenne w rozwoju psychoz należą już do historii psychiatrii; dotyczy to także tych związanych z koncepcjami oskarżeń wysuwanych po adresem rodziny jako źródła opresji. Nie oznacza to oczywiście, że ukształtowany wokół choroby psychicznej system rodzinny nie może jej podtrzymywać. Należy podkreślić, iż objaw choroby będący emanacją problemu rodzinnego może pełnić funkcję gwarantującą

[93] Film *Helen* z 2009 roku w reżyserii Sandry Natlebeck opowiada o doświadczeniu depresji, o cierpieniu emocjonalnym, o smutku, który jak „blask księżyca" ogarnia całego człowieka oraz wszystko wokół niego; opowiada o bezsilności i bezradności, ale również o znaczącej obecności tych, którzy są w stanie unieść ciężar trwającej tygodniami przygnębiającej niemocy, tych, którzy mogą dać wiarę w drugiego człowieka. I nie chodzi o terapeutę. Bywa i tak, że wsparcie przychodzi od osoby, która ma te same doświadczenia, która – jak powie tytułowa bohaterka – „nie pyta, co czuję, ona to wie".

zachowanie równowagi, chroniącą ją przed dekompozycją. Dlatego też w planowaniu pomocy rodzinie przyjmujemy trzy założenia:

- rodzina ma prawo do wiedzy o chorobie i procesie zdrowienia;
- rodzina wymaga wsparcia emocjonalnego oraz
- jeśli rodzina jest gotowa do zmiany, wewnętrznej przebudowy, należy jej to umożliwić.

Odpowiednio do założeń współczesna terapia rodzin zogniskowana jest na działaniach edukacyjnych, psychoedukacyjnych oraz terapii systemowej, a punktem wyjścia dla niej jest poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, co przeżywają członkowie rodziny. Ich emocje są uzależnione od tego, kto choruje. Jeśli choruje dziecko, u rodziców pojawiają się najczęściej: poczucie winy i bezradność; jeśli partner, wtedy niepokój wiąże się z możliwością rozstania, pytaniami o los dzieci; natomiast choroba rodziców rodzi zagubienie i lęk dzieci. Praca z rodziną opiera się na założeniu optymalnej różnicy, szacunku wobec jej sytuacji życiowej, empatii i przeświadczeniu, że wszelkie rozwiązania oparte na przymusie są nieskuteczne. Podstawowym przesłaniem jest ciągłe poszukiwanie odpowiedzi na pytanie: jak utrzymać otwartą formułę dialogu pomiędzy rodziną, pacjentem i terapeutą? Jak kształtować porozumienie w sytuacji, kiedy każdy z partnerów wnosi unikatowe wartości, ale i skrajnie różne uczucia oraz kompetencje? Doświadczenie kryzysu, wykluczenia społecznego, osamotnienia oraz wstydu prawdopodobnie są najbliższe członkom rodziny pacjenta. Doświadczenie choroby psychicznej i lęku związanego z utratą kontroli nad sobą wnosi pacjent. I w końcu trzeba wziąć pod uwagę terapeutę, który ma swoje preferencje teoretyczne i gotowość do empatii.

Dwie wartości są szczególnie ważne dla terapeutycznego dialogu: miłość i wolność. Należy jednak uważać, aby nadmierne respektowanie wolności nie było zaniedbaniem, natomiast miłość nie stała się przeszkodą dla indywidualnego rozwoju. Ostatecznie mają one doprowadzić do „autorskiego" rozwiązania impasu przez rodzinę[94].

## 4.3. Znaczenie kontaktu z osobą chorującą psychicznie

Budowanie kontaktu z chorym można opisać, odwołując się do powszechnie przyjmowanego twierdzenia, że bez względu na fakt, jak bardzo typowe są objawy choroby, jej doświadczenie jest zawsze manifestowane poprzez konkretną osobę

---

[94] B. de Barbaro, I. Namysłowska, *Terapia rodzinna. Psychiatria* [w:] J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski (red.), *Psychiatria,* t. 3. *Metody lecznicze. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012; B. de Barbaro, *Brzemię rodziny w schizofrenii*, Sekcja Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kraków 1992.

i szczególne okoliczności społeczne, które są jej udziałem. W konsekwencji za każdym razem, kiedy pomagamy choremu, mamy możliwość zaobserwować wyjątkową manifestację objawów. Podkreślanie pierwiastków indywidualnych w przeżyciach, postawie i możliwościach pacjenta jest ważnym antidotum na panującą tendencję, aby traktować osoby, które mają tę samą diagnozę tak, jakby posiadały one wiele innych wspólnych cech. Istotą oddziaływań leczniczych i rehabilitacyjnych jest indywidualizacja sytuacji każdego z pacjentów, poszukiwanie znaczeń, jakie dla chorego ma kliniczna manifestacja jego przeżyć oraz odkrywanie, jak owe przeżycia są powiązane z jego wcześniejszą i teraźniejszą obecnością w świecie.

W postępowaniu leczniczym duże znaczenie ma umiejętność rozgraniczania pomiędzy formą a treścią zaburzenia psychicznego. Dla psychiatry forma, czyli pewien wzorzec zachowania lub ujawniania emocji, ma podstawowe znaczenie, ponieważ prowadzi do postawienia diagnozy. Jednakże zgodnie z paradygmatem społecznym uwaga powinna zostać zwrócona również, a może przede wszystkim, na treść zaburzenia. Forma prowadzi do zdiagnozowania choroby i determinuje plan przyszłego leczenia. Natomiast treść wskazuje na szczególne trudności, z jakimi boryka się chory, określa jego priorytety w terapii, zawiera informacje o szczególnie obciążających sytuacjach społecznych, które współtworzą lub zaostrzają przebieg choroby, jak również są determinantami zdrowienia. Analizując treść zaburzenia psychicznego, poznajemy, jakie znaczenie ma ono dla konkretnego pacjenta, dla jego rodziny i bliskich. Jak w zwykły, najprostszy sposób, poprzez odniesienie do czegoś, co zdarzyło się w przeszłości, próbują oni wyjaśnić fakt utraty zdrowia. Opis tak zwanego znaczenia choroby zawiera zwykle wiele informacji o emocjach, konfliktach, tajemnicach, mitach, które towarzyszą zaburzeniu psychicznemu. Niewątpliwie, pewne szczególne uwarunkowania związane z chorobą mają wpływ na udział pacjenta we własnym leczeniu, na jego stosunek do kryzysu psychicznego oraz na siłę motywacji, z jaką pragnie on zmienić własną sytuację życiową – zdrowieć.

Filmową ilustracją bardzo istotnego znaczenia relacji w terapii osób chorujących psychicznie jest *K-Pax* wyreżyserowany w 2001 roku przez Iaina Softleya. Moim zdaniem to opowieść o personalistycznej terapii, jeśli założymy, że punktem skupienia takiej terapii jest rozwój osoby otwartej na możliwość lub konieczność zmiany dotychczasowych sposobów interpretowania zdarzeń. Osoby otwartej na współtworzenie złożonych, bogatych emocjonalnie związków oraz na empatyczne rozumienie i przyjęcie, a nie sądzenie indywidualnych wyborów. Obraz zawiera również dramatyczną ilustrację tezy, iż objaw choroby jest zawsze możliwą do intersubiektywnego poznania reprezentacją faktów społecznych – ma zawsze znaczenie. Jakich faktów? Skrywanych, wypartych, wstydliwych, represjonowanych, traumatycznych... A więc może jest to film o amnezji przynoszącej ukojenie? Twórca filmu podejmuje ponadto ważną kwestię

(może najważniejszą), iż terapia to dylemat „bliskiego dystansu", czyli tzw. kontrolowanego zaangażowania emocjonalnego. Kto jednak zważy proporcje pomiędzy bliskością i dystansem? Kto zdefiniuje algorytm, zgodnie z którym będziemy mogli wiedzieć, iż bliskość i zaangażowanie są nadmierne i przyniosą pacjentowi niepotrzebne cierpienie zamiast ulgi? Odpowiedź jest przecież zawsze pochodną danej relacji terapeutycznej. Oby tylko zawsze obok dystansu występowały bliskość i nadzieja. I na nią zwracam uwagę. Na nadzieję, będącą czynnikiem leczniczym, specyficzną, pozytywną odpowiedzią na dehumanizujący wpływ piętna związanego z chorobą psychiczną. I wreszcie, można postawić tezę, iż *K-Pax* to możliwość doświadczenia fenomenu wzajemności związanej z terapią. Posłużę się w tym miejscu mottem książki Gene'a Brewera[95]: „Gdy odnosimy sukces w leczeniu pacjenta, doświadczamy przypływu radości, ponieważ pomogliśmy cierpiącemu, który miał szczęście trafić do nas. Ale równocześnie odczuwamy inną, cichą radość, ponieważ poznaliśmy go, a poznając jego, poznaliśmy lepiej siebie". Słowa należą do Sylvana Arietiego, psychiatry, twórcy rozumienia schizofrenii jako doświadczonej traumy.

W bezpośrednim kontakcie terapeutycznym ważne jest, abyśmy dostrzegali, że osoba chorująca próbuje kontrolować swoje emocje związane z przeżyciami psychotycznymi. Chory walczy o to, aby wydawać się tak normalnym, jak tylko to jest możliwe, stara się ukryć przed światem swoje uczucia, przekonania i idee z obawy, że ich ujawnienie będzie dla innych źródłem przerażenia, a dla niego przyczyną społecznego odrzucenia, cierpienia lub kary. Pacjent odczuwa silną potrzebę odgrodzenia się od ludzi, którzy mogą poznać jego tajemnice. Jego bliscy mogą nazywać ten stan małomównością, emocjonalnym zamknięciem lub autyzmem. Wysiłek włożony w specyficzną pracę nad sobą, której celem jest ochrona własnego „ja", może być tak wielki i maksymalnie absorbujący, że chory stanie się napięty, poirytowany i nade wszystko wstrzemięźliwy wobec innych. Zrozumienie indywidualnych prób przezwyciężania przez pacjenta objawów chorobowych jest dla nas wszystkich warunkiem koniecznym, aby dialog z chorym stał się możliwy.

Budując kontakt z osobą chorującą psychicznie, należy pamiętać, iż istotnym czynnikiem, który wyzwala zdrowienie, jest dostępność informacji o tym, że wielu ludzi radzących sobie z poważnymi trudnościami psychicznymi faktycznie zdrowieje. Drugim ważnym czynnikiem wspomagającym ten proces jest dostarczenie osobom chorującym wszelkich niezbędnych informacji, które dotyczą możliwości korzystania z terapii medycznej i społecznej, dzięki którym mogą oni doświadczać, iż dokonują wyboru. Dlatego też podkreślam, iż zdrowienie jest praktycznie niemożliwe w środowiskach, w których brak jest jakichkolwiek form terapii. Optymizmem może napawać fakt, iż ci, którzy zdrowieją, często podkreślają znaczenie

[95] G. Brewer, *K-Pax*, tłum. M. i A. Gardzielowie, Wydawnictwo Znak, Kraków 2002, s. 2.

przyjaciół, rodziny, szkoły, Kościoła, pasji i bycia razem. Zdrowienie zakłada jednak równocześnie możliwość rezygnacji z profesjonalnej pomocy. Szczególnie istotne jest skupianie się w kontaktach z osobami chorującymi na ich silnych stronach. Patricia Deegan[96] zalecała, aby profesjonaliści poszukiwali skutecznych metod kontaktu i wspierania chorujących, odwołując się do własnych doświadczeń z okresu, kiedy odzyskiwali równowagę emocjonalną po stracie kogoś bliskiego w związku z rozwodem, śmiercią, poważnym wypadkiem. Taka refleksja nad sobą powinna przynieść docenianie znaczenia oparcia się na swoich silnych stronach w sytuacji kryzysu. Równocześnie jest autentycznym źródłem, z którego możemy czerpać, dostarczając chorującym nadziei na zdrowienie.

Fundamentalnym warunkiem dobrej relacji jest usiłowanie postrzegania problemu z punktu widzenia pacjenta, czyli bycie świadomym tego, w jaki sposób osoba chorująca doświadcza swojej sytuacji i ją interpretuje. Równocześnie posiadanie tej kompetencji jest niewystarczające, jeśli profesjonalista nie jest zdolny do refleksji nad teoretycznymi podstawami swojego działania. Co więcej, działania nie mogą być legitymizowane jako umiejętności profesjonalne, jeżeli brak świadomości o przesłankach teoretycznych, na jakich się opierają. Ten rodzaj „filozofii praktycznej" ma wymiar opisowy oraz normatywny, obejmując zarówno opis tego, co robimy, dlaczego robimy właśnie to, jak i pytanie, czy nasz sposób działania jest słuszny – co ma wyjątkowe znaczenie w pracy z osobami podatnymi na zranienie. Szczególny nacisk na umiejętności prowadzenia dialogu z osobą chorującą psychicznie jest związany nie tylko z silnymi humanistycznymi źródłami pracy socjalnej oraz oddziaływaniem konstruktywizmu na działania terapeutyczne ostatnich kilkudziesięcioleci, ale również z jednoznaczną reakcją na coraz mocniejszy wpływ na profesję praktyki opartej na dowodach. Przejawem tej opozycji jest zdecydowane definiowanie pracy socjalnej jako praktyki opartej na wartościach[97] (*values-based practice*), zgodnie z którą wartości istnieją obiektywnie i są od faktów logicznie niezależne, i nie można ich do nich sprowadzić. Dowody są niewystarczającą podstawą dla działania, ponieważ nie uwzględniają aspektu aksjologicznego, który w sposób nieunikniony i fundamentalny wiąże się z pracą z osobą. Wskazań dla praktyki terapeutycznej poszukujemy w świecie wartości, które powodują działanie. Równocześnie nie definiujemy ich arbitralnie, zakładamy bowiem istnienie konfliktów pomiędzy nimi, które wynikają z odmiennych perspektyw przyjmowanych przez aktorów życia społecznego. Dlatego też w podejmowanych staraniach nie skupiamy się na jedynie słusznym wyniku naszej pracy (zgodnie z przyjętą w danym kontekście społecznym hierarchią wartości), ale skupiamy się

---

[96] P. Deegan, *Recovery as a Journey of the Heart*, „Psychiatric Rehabilitation Journal" 1996, t. 19, nr 3, s. 91–97.

[97] J. Wciórka, T. Szafrański, P. Świtaj, *Kontekst...*, s. 723–726.

na „dobrym procesie" terapeutycznym, który aktualizując obiektywnie istniejące wartości, zbliża nas również do poznania istniejącego porządku aksjologicznego. Praktyka oparta na wartościach odwołuje się zarówno do wartości, jak i do faktów; przyjmuje, iż podstawowym źródłem informacji jest perspektywa pacjenta, którego dotyczy dana decyzja, popiera tworzenie przestrzeni społecznych, w których różniące się, ale uprawomocnione perspektywy związane z wartościami mogą być dyskutowane, jak również podkreśla znaczenie analizy języka będącego nośnikiem wartości[98].

Istotę i znaczenie dialogu z chorym opisuje ks. Józef Tischner, wspominając swoje spotkanie z Antonim Kępińskim na dwa albo trzy dni przed jego śmiercią:

> Muszę przyznać, że pomógł mi w pewnej sprawie; ja się po prostu bałem chodzić do chorych, bałem się, bo mi się wydawało, że ja nie umiem nic im powiedzieć. I do Kępińskiego też się troszeczkę bałem, bo sobie myślę: no wyjdę na głupiego, bo co ja mu powiem? To jest przecież taki ogrom cierpienia. Ale kiedy wszedłem do niego, on się tak ogromnie ucieszył – jeszcze nic nie powiedziałem, a on się już cieszył... – i powiedział: Bo wiesz co? Bo ty masz taką uzdrawiającą gębę. I to mnie podbudowało na duchu, bo pomyślałem sobie, że już teraz nie muszę nic mówić temu choremu, nie słów potrzeba, ale obecności[99].

Nigdy dość takiej nauki...

## 4.4. Umacnianie jako wyzwanie dla relacji terapeutycznej

Współczesną podstawą pracy z osobami chorującymi jest koncepcja umacniania. Umacnianie jest w swej istocie przekazywaniem władzy w jakikolwiek możliwy sposób, czyli poprzez dostarczanie zasobów ekonomicznych, edukację, włączenie w działania polityczne, kształtowanie samoświadomości. Osoba jest postrzegana jako ekspert w sprawach jej własnego życia i jako posiadająca wystarczające umiejętności i kompetencje, aby wiedzieć, jakie działania zaspokoją jej potrzeby i życiowe interesy. Umacnianie można analizować jako proces przebiegający na trzech poziomach:

- na poziomie indywidualnym, gdzie odnosi się do działań i procesów mających na celu zwiększenie kontroli jednostki nad własnym życiem poprzez wyposażenie jej w większą wiarę w siebie, lepsze postrzeganie swojego potencjału oraz wiedzę i umiejętności niezbędne do radzenia sobie w świecie;

---

98 K.W.M. Fulford, *Ten Principles of Values-Based Medicine (VBM)* [w:] T. Schramme, J. Thome (red.), *Philosophy and Psychiatry*, Walter de Gruyter, Berlin 1996.

99 J. Tischner, W. Bonowicz, *Alfabet Tischnera*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2012, s. 110.

- na poziomie małych grup, w których umacnianie jest wspólnym doświadczeniem osób chorujących psychicznie, radzących sobie pomimo choroby z codziennością;
- na poziomie społeczeństwa, gdzie umacnianie dotyczy struktur społecznych, barier i relacji wpływów, które podtrzymują procesy dyskryminacji osób chorujących psychicznie i powodują obniżenie ich szans na objęcie kontroli nad własnym życiem.

Poziom indywidualny umacniania obejmuje między innymi[100] posiadanie możliwości decydowania oraz dostępu do informacji, opinii i ekspertyz. Znaczenie mają tutaj również takie cechy, jak: asertywność, posiadanie nadziei, zdolność do krytycznego myślenia oraz wyrażania gniewu, które pozwalają na redefiniowanie swojego miejsca w społeczeństwie oraz możliwości życiowych. Istotnym elementem jest również poczucie przynależności do grupy oraz zdolność do wywoływania zmian w środowisku lokalnym. Osoby chorujące podkreślają, iż dla umacniania szczególne znaczenie ma gotowość do społecznego ujawniania własnej historii życia z chorobą, a tym samym zmiany stereotypowych wyobrażeń o ludziach dotkniętych zaburzeniem psychicznym.

Powtórzmy raz jeszcze, iż umacnianie najczęściej jest definiowane jako zmiana polegająca na przejęciu przez chorującego osobistej kontroli nad wszystkimi obszarami życia poprzez uświadamianie, odnajdywanie i wspieranie jego zasobów energii oraz kompetencji. Zmiana przebiega nie tylko w obszarze instytucji psychiatrycznej, z której pomocy korzysta osoba chorująca, ale również w zakresie decyzji dotyczących takich ważnych obszarów, jak zatrudnienie, mieszkanie czy związki z innymi ludźmi. Jest procesem odbudowywania tożsamości osoby podatnej na społeczne zranienie i stale gotowej do deprecjonowania siebie. Podejście to jest szczególnie ważne w społecznościach, które silnie stygmatyzują osoby chorujące psychicznie. Analizując umacnianie, bierzemy pod uwagę pięć zakresów:

- poczucie własnej wartości;
- wyposażanie we władzę, „sprawstwo";
- aktywność środowiskową i autonomię;
- poczucie kontroli nad przyszłością oraz
- prawo do wyrażania społecznego sprzeciwu, złości.

Pierwotnie wymienione zakresy zostały zdefiniowane przez dziesięciu liderów ruchu osób chorujących psychicznie w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii, a następnie poddane dodatkowej weryfikacji przez 261 uczestników w sześciu programach samopomocowych. Analiza odpowiedzi, przeprowadzona w zespole pod kierunkiem Sally Rogers z Uniwersytetu w Bostonie, posłużyła do skonstruowania jednego z pierwszych narzędzi pomiaru umacniania.

---

[100] J. Chamberlin, *A Working Definition of Empowerment*, „Psychiatric Rehabilitation Journal" 1997, nr 4 (20), s. 43–46.

Korzystając z własnych doświadczeń terapeutycznych, podkreślam szczególną użyteczność *Skali umacniania* w projektowaniu zajęć grupowych zogniskowanych na rozwijaniu poszczególnych kompetencji podnoszących poziom umocnienia osób chorujących psychicznie[101].

Umacnianie należy rozumieć jako kontinuum, gdzie na jednym krańcu znajdują się osoby chorujące psychicznie, które pomimo doświadczenia choroby i niepełnosprawności mają pozytywną samoocenę i nie manifestują psychicznych konsekwencji społecznego piętna, natomiast w drugim, przeciwległym punkcie skupiają się osoby, które nie były w stanie pokonać stereotypowych wyobrażeń społeczeństwa o sobie i pesymistycznych oczekiwań związanych z chorobą. Ucieleśnieniem braku umocnienia jest stygmatyzacja doświadczana niekiedy jako poczucie wstydu, gwałtowne i głębokie obniżenie własnych możliwości samodzielnego działania w lokalnej wspólnocie. Praktyka terapeutyczna ukierunkowana na wzmocnienie osób chorujących psychicznie powinna zakładać relację, w ramach której nastąpi rekonstrukcja schematów poznawczych, demaskująca społeczne stereotypy, jakie stały się częścią tożsamości pacjentów[102]. Nie bez znaczenia jest jednak stworzenie takich alternatywnych okoliczności społecznych, w jakich osoba chorująca mogłaby zyskać nowe doświadczenia, będące potencjalnymi komponentami kształtującego się nowego poczucia „ja".

Kontrowersje związane z umacnianiem związane są z tak zwanym ideologicznym pochodzeniem nowego podejścia w pracy socjalnej, promującego partnerstwo i szeroko rozumianą współpracę z osobami defaworyzowanymi. Jednym z ważnych źródeł umacniania są radykalne lewicowe ruchy społeczne, w tym tworzone przez aktywistów doświadczonych chorobą psychiczną. Należy przy tym pamiętać, iż idea umocnienia leży u podstaw praktyki pracy socjalnej od czasów jej historycznych początków. Równocześnie jednak wzmacnianie podmiotowości i niezależności jednostki, jej możliwości wyboru oraz decydowania o swoim życiu to katalog podstawowych sformułowań używanych przez neoliberałów wprowadzających w miejsce stabilnych, gwarantowanych przez sektor publiczny usług w zakresie ochrony zdrowia psychicznego rozwiązań, dla których funkcjonalną podstawą są mechanizmy wolnorynkowe. W konsekwencji umacnianie może doprowadzić do konieczności ponoszenia przez osoby chorujące psychicznie opłat za usługi lub wprost do likwidacji tych instytucji, które wymagają regularnego dotowania ze środków publicznych. Pod wpływem promowania i stosowania

---

101 E.S. Rogers, i in., *A Consumer-Constructed Scale to Measure Empowerment Among User of Mental Health Services*, „Psychiatric Services" 1997, t. 48, nr 8, s. 1042–1047. *Skalę umacniania* zamieściłem w Aneksie 1.

102 Zob. R. Kociołek, *Biblioterapia osób chorujących psychicznie – możliwości zastosowania* [w:] K. Hrycyk (red.), *O potrzebie biblioterapii*, Polskie Towarzystwo Biblioterapeutyczne, Wrocław 2012. W artykule autorka opisała innowacyjną formę zastosowania *Skali umacniania* w projektowaniu zajęć biblioterapeutycznych dla osób chorujących psychicznie.

praktyki opartej na bezpośrednich i partnerskich relacjach z osobami chorującymi psychicznie oraz wielu działań deregulacyjnych pracownicy socjalni tracą uprzywilejowaną pozycję w systemie usług. Tym samym łatwiej zakwestionować ich kompetencje i poddać krytyce wykonywaną pracę. Atak na „nieefektywne", „zbyt kosztowne", „bezduszne" czy „nadmiernie zhierarchizowane" działania pracowników socjalnych mogą podjąć w równym stopniu przedstawiciele partii politycznych, tak zwani niezależni eksperci, i – co jest najbardziej zagrażającą sytuacją – sami odbiorcy świadczeń. Powstaje sytuacja, w której zdecydowanie zwiększa się możliwość społecznej manipulacji. Z pozoru dobre cele projektowanych zmian, czyli zwiększenie efektywności usług oraz ich dostosowanie do potrzeb osób chorujących, przynoszą ich dekompozycję i ostatecznie istotne osłabianie.

Nie ulega wątpliwości, iż z jednej strony współcześni profesjonaliści muszą odrzucić swoją tradycyjną rolę opartą na władzy i autorytecie. Hierarchię zastępują współpraca i partnerstwo z osobami chorującymi psychicznie. Z drugiej jednak strony punkt widzenia klientów nigdy nie może być jedyną zasadą prowadzenia profesjonalnej praktyki. Prawo użytkowników do samookreślenia i wolności musi być zrównoważone troską o zapewnienie im możliwości skorzystania z form pomocy, które zabezpieczą minimalny poziom ich życia. Pamiętajmy, iż odbiorcy świadczeń nie zawsze są w równym stopniu świadomi, jakie konsekwencje pociągają ich decyzje i wybory. Zwłaszcza ci z ograniczonymi kompetencjami poznawczymi, z zaburzeniami psychicznymi czy z brakiem doświadczeń życiowych. Umacnianie nie ma oznaczać porzucenia przez profesjonalistów swoich kompetencji i przede wszystkim porzucenia odpowiedzialności za kształtowanie i ochronę warunków społecznych, w których istnienie dobra wspólnego pozwala na rozwój każdej osoby ludzkiej.

## 4.5. Wsparcie społeczne

Jeżeli umacnianie zdefiniujemy jako proces mobilizacji osób i grup społecznych w celu wywołania strukturalnej zmiany, obejmującej również relację władzy, to zakładamy krystalizację w przestrzeni społecznej nowych przejawów ludzkiej aktywności, między innymi ukierunkowanej na wzajemną pomoc i wspieranie osób podatnych na społeczne zranienie.

Zależność pomiędzy wsparciem społecznym a nasileniem objawów choroby psychicznej jest przedmiotem wielu klasycznych badań przeprowadzonych już w latach 70. ubiegłego stulecia[103]. Dowodzą one, że ryzyko nawrotu choroby psychicznej lub jej nasilenia zwiększa się w sytuacji braku lub ubóstwa systemu wsparcia społecznego. I przeciwnie – rozwój takiego systemu skutecznie

[103] B.L. Hudson, *Social Work with Psychiatric Patients*, Macmillan, London 1992, s. 124–135.

zapobiega kolejnym kryzysom zdrowia psychicznego oraz wpływa na ograniczenie u chorych liczby hospitalizacji psychiatrycznych. Należy podkreślić, że występujące u chorujących psychicznie trudności w nawiązywaniu relacji społecznych oraz długotrwałe utrudnienia w dostępie do rynku pracy pozostają w ścisłej zależności z ilością czasu spędzonego przez nich w szpitalach psychiatrycznych. Konieczność zagwarantowania wszechstronnej opieki dla omawianej grupy chorych wynika z faktu ich szczególnych trudności emocjonalnych, poznawczych oraz tych, które dynamizowane są często wieloletnią niepełnosprawnością i społecznym osamotnieniem, a także konsekwencjami społecznego naznaczania faktu leczenia w szpitalu psychiatrycznym.

Przepełniony optymizmem i jednoznacznie pozytywny obraz istoty wsparcia środowiskowego dla osób chorujących psychicznie zawarty jest w norweskim filmie *Elling* z 2001 roku w reżyserii Pettera Næssa. O czym jest ta opowieść? Po pierwsze o tym, że osoby chorującej nie można na siłę wprowadzać z powrotem do klatki normalnego życia. Ważna jest bowiem możliwość decydowania, poczucie wpływu, nawet jeśli dotyczy ono rzeczy drobnych. A więc po drugie, to historia o wolności „do", gdzie swoboda działania jest warunkiem koniecznym, aby uczynić krok w przyszłość. I po trzecie o tym, że to właśnie ten pierwszy krok daje nadzieję na lepsze jutro, daje siłę, by przepracować własne słabości i lęki. W końcu, to opowieść o trudzie odzyskiwania zdrowia psychicznego, czyli budowaniu własnej tożsamości, odkrywaniu indywidualnego potencjału i życiowym debiucie, który oznacza podjęcie wyzwania i ryzyka, jakie jest z nim związane. *Elling* – czym jest ta opowieść? Najpierw, jest pretekstem do refleksji, czy towarzysząc chorującym, którzy pokonują życiowe problemy, nie dochodzimy do wniosku, że nie są to problemy inne niż te, z którymi borykają się ludzie zdrowi. Po wtóre, jest naszym zdziwieniem, że chorujący, zdrowiejąc i stając się częścią społeczności, nie tracą (nie muszą tracić) swojej wrażliwości, którą zostali obdarzeni. I wreszcie, jest nauką, że również dzięki osobom chorującym uczymy się pokonywać własne trudności i dostrzegać w życiu niezwykłą codzienność. Opowieść jest „pretekstem", „zdziwieniem" i „nauką", ale przede wszystkim źródłem radości płynącej z uświadomienia sobie, że pomimo faktu, iż każdy człowiek ma swój niepowtarzalny własny świat, to jednak tak wiele łączy go z innymi ludźmi.

Istnieje katalog warunków, których spełnienie jest koniecznością, jeśli chcemy, aby osoby chorujące psychicznie, korzystające z systemu oparcia społecznego, mogły pozytywnie doświadczać siebie[104]. Pierwszy warunek to przejście od współdziałania do współpracy z uczestnikami projektów. Inaczej to umożliwienie osobom

[104] P.W. Corrigan, *Empowerment and Serious Mental Illness: Treatment Partnerships and Community Opportunities*, „Psychiatric Quarterly" 2002, nr 3 (73), s. 217–228.

chorującym psychicznie nie tylko biernego wyrażenia zgody na planowane działania, ale także wspólnego planowania działań. Należy odejść od archaicznego, lecz nadal stosowanego w praktyce założenia, iż profesjonaliści wiedzą lepiej, jak należy organizować i sprawować opiekę nad chorymi. Odpowiedź na pytanie „dlaczego?" jest jednoznaczna. Ponieważ system oparty na wszelkich formach przymusu rodzi, wydawałoby się irracjonalną, niechęć, a nawet opór pacjentów wobec zdrowienia. Zdrowienia, którego specyfika i cele nie zostały z nimi przedyskutowane. Zawsze można powiedzieć, że ¾ pacjentów nie stosuje się do zaleceń lekarza związanych z farmakoterapią. Można jednak kwestię przedstawić zupełnie inaczej: to większość lekarzy nie uwzględnia potrzeb i oczekiwań pacjentów, dlatego też wadliwie przepisuje lekarstwa, co rodzi opór chorujących. Pamiętajmy, iż warunkiem partnerstwa jest gotowość do wzajemnego uczenia się od siebie.

Kolejny wymóg to dbanie o satysfakcję pacjenta uczestniczącego w projekcie, co jest ściśle powiązane z uzyskiwaniem informacji zwrotnych, iż działania są akceptowane przez uczestników oraz spełniają ich oczekiwania. Ważne są również zdolności liderów do tworzenia i przebudowywania projektów zgodnie z uzyskanymi od chorujących opiniami. Dyskusyjna jest sama metodologia pozyskiwania danych. Kontrowersyjne są wyniki badania, w ramach którego pytamy tych, którzy są w znaczącym stopniu zależni od usługi i pozbawieni faktycznego na nią wpływu, czy są z niej zadowoleni. Przeważnie otrzymujemy wówczas odpowiedzi, że „wszystko" w pełni odpowiada na potrzeby uczestników... Dlatego też promowana jest metoda zogniskowanych wywiadów grupowych, w których rolę lidera pełni osoba chorująca, a uczestnikami są pacjenci o skrajnych opiniach dotyczących danego projektu, co umożliwia pierwotne spolaryzowanie stanowisk i wtórnie wypracowanie konsensusu.

Trzecim warunkiem jest skupienie usług terapeutycznych na problemie mieszkań chronionych i równocześnie oferowaniu pracy chronionej dla pacjentów. Następny, czwarty warunek to przeniesienie uwagi terapeutycznej na naturalne środowisko pacjenta. Oznacza to świadczenie usług w domach osób chorujących (tak zwane usługi osobiste) oraz w miejscu zatrudnienia (tak zwany model zatrudnienia wspieranego). Istotną kwestią jest stworzenie możliwości, aby pacjenci podejmowali zatrudnienie w projektach zorientowanych na promocję zdrowia psychicznego, tym samym, aby mogli zmieniać system od wewnątrz, organizując i uczestnicząc w programach samopomocowych. Ostatnia kwestia – warunek piąty – dotyczy współpracy z osobami chorującymi w zakresie badań nad niepełnosprawnością psychiczną i rehabilitacją. Wyzwaniem jest tutaj odejście od tradycyjnego rozumienia inicjatora badań jako eksperta posiadającego akademickie kompetencje, jak również od tych wniosków z badań, które akcentują braki, ograniczenia i deficyty osób chorujących psychicznie („krótką historię pracy", „ubogą sieć relacji interpersonalnych", „niski poziom motywacji", „zdezintegrowane związki uczuciowe w rodzinie") i upatrują w nich predykatorów złego przebiegu choroby i podstaw

odpowiedniego do wyników funkcjonowania instytucji psychiatrycznych. Pozytywną odpowiedzią jest stosowanie badań uczestniczących, które włączają osoby chorujące do współpracy. Ich punktem skupienia są nie tylko zależne od specyfiki choroby trudności indywidualne osób chorujących, ale również analiza tych społecznych ograniczeń, które utrudniają im włączanie się w główny nurt życia.

Chciałbym bardzo jednoznacznie podkreślić, iż podstawowym determinantem obecności osób chorujących w świecie jest zagadnienie odpowiedzialności. Chodzi o umiejętność podejmowania takich działań społecznych, jakie w maksymalnym stopniu pozwolą na zachowanie proporcji i symetrii pomiędzy tym, co osoba chorująca otrzymuje od innych, a jej osobistym wkładem, przy równoczesnym założeniu, iż instancją zatwierdzającą zakres wzajemności pacjenta jest jego sumienie. Pamiętajmy równocześnie, że warunkiem koniecznym, aby ta wymiana faktycznie nastąpiła, jest tworzenie społecznych przestrzeni, gdzie owa specyficzna osobista aktywność będzie miała szanse zaistnieć. I to jest nasza profesjonalna odpowiedzialność wobec osób podatnych na zranienie.

Odpowiedzialność polega na równoczesnym zaangażowaniu osób chorujących psychicznie w proces własnego zdrowienia i gotowości pracowników socjalnych do otwartej i przepełnionej zaufaniem współpracy z nimi. Tylko wtedy jest możliwa pogłębiona refleksja nad splotem zależności pomiędzy indywidualnymi doświadczeniami życia z chorobą a ich środowiskowymi uwarunkowaniami. Myśl tę wyraził w szczególny sposób Konrad Wroński, związany z polskim ruchem osób chorujących psychicznie:

> Mamy nie tylko deficyty, lecz także zasoby, które trzeba koniecznie wykorzystać i dać nam możliwość zmiany statusu z tylko chorego na pracownika, na specjalistę, na człowieka, który również może dawać wsparcie i pełnić wiele ról, które są przypisane tak zwanym zdrowym. To jest właśnie *empowerment* – idea wzmacniania poprzez delegowanie odpowiedzialności[105].

[105] K. Wroński, *Empowerment* [w:] J. Janik, K. Wroński (red.), *Stowarzyszenie Otwórzcie Drzwi. O barierach w zatrudnianiu i pracy – perspektywa beneficjentów*, Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków 2008.

# 5

# Zdrowie psychiczne, zdrowienie i szczęście człowieka

Trudno dyskutować z faktem, iż rozwój współczesnej psychiatrii jest w istotny sposób powiązany z badaniami nad funkcjonowaniem mózgu, które stały się możliwe dzięki nowoczesnym metodom neuroobrazowania jego pracy. Należy jednak podkreślić, iż to splot złożonych procesów społecznych obejmujących zjawiska polityczno-gospodarcze zachodzące w skali globalnej kształtuje szczegółową koncepcję zaburzeń psychicznych i tym samym pozwala je systematyzować, diagnozować i ustalać dynamiczne granice pomiędzy zdrowiem i chorobą. Nie do podważenia jest również wpływ zjawisk społecznych, takich jak: naznaczanie społeczne, piętno, brak pracy, deregulowanie systemu aksjonormatywnego w etiologii zaburzeń psychicznych. Każde zaburzenie to produkt genetyki i środowiska. I szczególnie ważna kwestia z perspektywy leczenia i rehabilitacji osób potrzebujących pomocy sprowadza się do prostej konstatacji, że dostępność i jakość usług ochrony zdrowia psychicznego są określane przez czynniki społeczne.

Silne społeczne podstawy w definiowaniu zaburzeń psychicznych obecne są już w klasycznych ustaleniach Émile'a Durkheima. Medyczne standardy definiujące, co jest patologią, wzmacniają szerzej ujmowane normy i wartości społeczne. To grupy społeczne definiują patologię w celu podtrzymywania i wzmacniania dominującej w danym kontekście społecznym funkcjonalnej równowagi, potocznie określanej terminem „normalność". Dlatego też przestrzeń patologii jest pochodną różniących się i zmiennych wartości grupowych, co powoduje, iż zaburzenie psychiczne jest kulturowo relatywne i zawiera elementy odnoszące się do systemu kontroli społecznej, który ma umożliwiać podtrzymywanie spójności życia społecznego. Do tych wczesnych idei socjologicznych nawiązują ustalenia Talcotta Parsonsa związane z dewiacyjną rolą chorego, ale również tezy Thomasa Schaffa oraz antypsychiatry Thomasa Szasza odnoszące się do mikrospołecznych procesów naznaczania tych, którzy łamią zasady

obowiązujące we wspólnocie i definiowania ich metaforycznym określeniem „chory psychicznie". Ujęcie zogniskowane na społecznym tworzeniu choroby odwołuje się w sferze aplikacyjnej do konieczności stosowania sankcji wobec wszelkich okoliczności prowadzących do uczenia się dewiacyjnych wzorów zachowań, jak również wobec tych, którzy łamią normy[106].

Klasyczne i współczesne analizy socjologiczne obejmują badanie strukturalnych uwarunkowań będących przesłankami wprowadzania kluczowych przecież dla psychiatrii zmian w kolejnych wydaniach podręcznika diagnozującego zaburzenia psychiczne (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*). Dość wspomnieć o politycznych i społecznych przesłankach leżących u podstaw usunięcia w latach 70. ubiegłego stulecia homoseksualizmu z listy zaburzeń psychicznych czy współcześnie o wprowadzeniu na nią zaburzeń koncentracji uwagi u dzieci czy przedmiesiączkowego zaburzenia dysforycznego, które to trudności zgodnie z „eksperckimi ustaleniami" dotyczą odpowiednio 30–50% dzieci między 6 a 9 rokiem życia, kiedy odnotowuje się szczyt rozpowszechnienia, oraz od 20–40% kobiet (!)[107]. Źródeł tych i innych nowych[108] szeroko rozpowszechnionych zaburzeń należało by poszukiwać w zjawisku masywnej medykalizacji życia społecznego, które zajmuje się brutalnym i szkodliwym atomizowaniem poszczególnych wymiarów naszej obecności w świecie i ich kolonizowaniem poprzez konstruowanie definicji zaburzenia i oferowanie farmaceutycznej na niego odpowiedzi, nawiasem mówiąc gotowej już przed określeniem, na jaki problem ma odpowiedzieć – zgodnie z zasadą: „pojawienie się lekarstwa z reguły ma poprzedzać odkrycie ułomności". Mamy tu do czynienia z przejawami władzy i dominacji ekonomicznej, której podstawy wiążą się z przemysłem farmaceutycznym i szerzej z ideologią oraz praktyką biotechnologii, jak również wizją społeczeństwa ukierunkowanego na stałe doskonalenie biogenetycznego wyposażenia ludzi i eliminację jednostek definiowanych jako niepożądane. Uprawomocniana jest wizja homogenicznego społeczeństwa, która w swej istocie jest nie do utrzymania i grozi narastaniem społecznego napięcia zarówno w wymiarze indywidualnym, grupowym, jak i wspólnotowym. Ta refleksja jest podstawowym kontekstem wyznaczającym odpowiedzialność przedstawicieli nauk społecznych za zdrowie psychiczne.

---

[106] Zob. W. A. Brodniak, *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2000, s. 149–176; A. Stypuła, *Kultura a choroba psychiczna*, Zakład Wydawniczy NOMOS, Kraków 2012, s. 66–79.

[107] J. Busfield, *Introduction: Rethinking the Sociology of Mental Health*, „Sociology of Health & Illness" 2000, t. 22, nr 5, s. 543–558.

[108] Przykładem medykalizacji życia może być podjęta w 2012 roku próba wpisania do nowego wydania podręcznika diagnostycznego zaburzeń psychicznych (*DSM-V*) skróconego do dwóch tygodni (!) okresu, po którym żałoba może być definiowana jako zaburzenie psychiczne i poddana terapii medycznej.

W tym miejscu, odwołując się do *Socjologii problemów społecznych* Krzysztofa Frysztackiego[109], chciałbym podkreślić znaczenie typologii stanowisk teoretycznych odnoszących się do analizy problemów społecznych dla interpretacji podejmowanych w obszarze zdrowia psychicznego. Niewątpliwie próba aplikacji często pozostających z sobą w sprzeczności podejść teoretycznych do krytycznej refleksji nad złożonymi przejawami praktyki terapeutycznej z osobami chorującymi psychicznie wydaje się nadmiernym eklektyzmem. Odniesienia te należy jednak traktować jako źródło pozytywnych możliwości badawczych oraz zwiększanie teoretycznej wrażliwości tych, którzy profesjonalnie zajmują się rozwiązywaniem społecznych dylematów dotyczących zdrowia psychicznego. Eklektyzm pozwala na interpretatywne, odwołujące się do symbolicznego interakcjonizmu, uchwycenie porządku rzeczywistości definiowanej z perspektywy tych, którzy doświadczają problemów natury psychicznej, a także na podkreślenie znaczenia subiektywnej perspektywy i wiedzy płynącej z doświadczenia dla kształtowania świata wartości osób pracujących w psychiatrii. Równocześnie teoretyczna i metodologiczna otwartość na ujęcia strukturalno-funkcjonalne, analizy uwzględniające paradygmat konfliktu czy analizy krytyczne umożliwia zwrócenie uwagi na istotną dla zdrowia psychicznego i choroby psychicznej funkcję kontekstów społecznych i kulturowych. Rozwiązania problematu zdrowia psychicznego mogą bowiem odwoływać się do założeń patologii, dezorganizacji oraz dewiacji społecznej, promując i wdrażając działania pomniejszające lub całkowicie niwelujące podmiotowość osób chorujących psychicznie. Mogą one kształtować etos profesjonalny pracownika socjalnego jako eksperta od jednostek wymagających naprawy moralnej i resocjalizacji.

## 5.1. Zdrowie psychiczne

Zaniepokojenie budzą te działania, których celem jest prywatyzowanie wszelkich relacji międzyludzkich. Powodują one bowiem korozję solidarności społecznej. Jej przejawem jest stopniowy zanik zdolności do odczuwania znaczenia dobra wspólnego, którego istnienie jest warunkiem koniecznym dla osobowego rozwoju, jak również poczucia zdrowia, w tym zdrowia psychicznego rozumianego najszerzej jako indywidualna zdolność do rozwoju i osiągania humanistycznych wartości.

Już w klasycznej definicji sformułowanej przez Talcotta Parsonsa[110] dobrostan człowieka to funkcjonalna umiejętność efektywnego pełnienia przez

---

[109] K. Frysztacki, *Socjologia problemów społecznych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009, s. 46–50.

[110] T. Parsons, *Struktura społeczna a osobowość*, tłum. M. Tabin, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1969, s. 340.

jednostkę ról i zadań społecznych, ściśle powiązana z jej zdolnością do nawiązywania stosunków społecznych i wypełniania obowiązków wynikających z przynależności do kolektywu, czyli z faktu członkostwa społecznego. Podkreślam, iż większość prób konceptualizacji zdrowia psychicznego jest najczęściej zbiorem pozytywnych cech, wartości społecznych lub braku ich negatywnych odpowiedników oraz wyrazem określonych dążeń i orientacji normatywnych, pożądanych stanów emocjonalnych lub poziomu funkcjonowania społecznego[111].

W pracach Ericha Fromma[112] zdrowie psychiczne ujmowane jest między innymi jako zdolność do miłości i tworzenia oraz poczucie tożsamości, oparte na doświadczaniu siebie jako podmiotu i sprawcy własnych możliwości. Jest rozumiane zawsze jako indywidualny rozwój, a nie jako wartość przeciętna. Ujęcie to oznacza, że nie istnieje uniwersalne zdrowie, lecz ciągły proces osiągania przez człowieka pewnego idealnego stanu. Proces ten zależy od czterech czynników:

- ludzkiej refleksyjności, która wynika z potrzeby poznania i akceptacji siebie;
- twórczego nastawienia wobec siebie i świata, w którym istotne znaczenie ma produktywna praca;
- uczestnictwa w strukturze społecznej, dla której istotne znaczenie ma zdolność człowieka do nawiązywania i utrzymywania więzi międzyludzkich oraz
- potrzeby emocjonalnej orientacji w świecie i pragnienia afektywnego poznawania rzeczywistości.

Autor *Zdrowego społeczeństwa*, zajmując się badaniem rozwoju osobowości, powiązał zagadnienia zdrowia jednostki i społeczeństwa z realizacją zasady „wolności do", która pozwala kształtować postawy związane z dążeniem do wartości. Wymaga to od człowieka podejmowania działań twórczych realizowanych głównie dzięki – powtórzymy raz jeszcze – istnieniu pozytywnej więzi łączącej osobę z innymi. Erich Fromm podkreślał, że nie ma żadnego fizjologicznego podłoża specyficznego dla potrzeby więzi i transcendencji. Podłożem tym jest całość ludzkiej osobowości w jej oddziaływaniu na świat przyrody i człowieka; jest nim ludzka praktyka życiowa. Równocześnie uważał, iż zdrowia nie można traktować wyłącznie w kategoriach funkcjonalno-strukturalnych i analizować konieczności przystosowania jednostki do społeczeństwa. Twierdził, że jest wprost przeciwnie: przedmiotem naszego badania powinien być poziom dostosowania społeczeństwa do potrzeb człowieka. Zdrowie psychiczne jest dla niego raczej funkcją struktury społeczeństwa. Pisał: „Zdrowe

---

[111] W.A. Brodniak, *Choroba psychiczna...*, s. 23.

[112] E. Fromm, *Ucieczka od wolności*, tłum. O. Ziemilska, A. Ziemilski, Spółdzielnia Wydawnicza „Czytelnik", Warszawa 1993; E. Fromm, *Zdrowe społeczeństwo...*

społeczeństwo sprzyja ludzkiej zdolności kochania bliźnich, (...) niezdrowe tworzy wzajemną wrogość, nieufność, zmienia człowieka w narzędzie, które inni wykorzystują”[113]. Wieloaspektowe podejście do zagadnienia zdrowia psychicznego reprezentuje również Aaron Antonovsky[114], który poszukiwał odpowiedzi na pytanie, jakie właściwości i procesy są odpowiedzialne za to, że człowiek w najgorszym przypadku utrzyma swoją dotychczasową pozycję na kontinuum „zdrowie – choroba” lub przesunie się w kierunku krańca zdrowia. Autor podejścia salutogenetycznego rozumie zdrowie psychiczne jako proces zależny od indywidualnych zasobów odpornościowych, od poziomu zaangażowania i racjonalności osoby oraz dostępnej sieci wsparcia społecznego. Jest to proces przezwyciężania przez człowieka niższych szczebli życia w celu osiągnięcia dobrostanu, którego miarą jest skala humanistycznych wartości i dramatyczna dynamika indywidualnego rozwoju[115].

## 5.2. Zdrowienie i szczęście człowieka

Współcześnie w obszarze pracy socjalnej i psychiatrii, jak również w środowiskach osób chorujących kategoria „zdrowie” została zastąpiona bardziej dynamicznym określeniem „zdrowienie”. Istotą tego obowiązującego od niemal dwóch dekad podejścia jest próba połączenia czynników obiektywnych oraz subiektywnych, opisujących fenomen kondycji zdrowotnej człowieka.

Czynniki obiektywne odnoszą się bezpośrednio do zdefiniowanych w świecie psychiatrii objawów choroby psychicznej, których odpowiednia konstelacja pozwala na postawienie diagnozy. Równocześnie ten obiektywizujący sposób podejścia do zdrowia pozwala na ujmowanie go w tradycyjny sposób, zgodnie z którym jest ono niczym innym jak brakiem objawów choroby. Podkreślam wagę tego ujęcia, ponieważ dla osób chorujących ważnym i prawomocnym celem jest pozbycie się objawów choroby, które są źródłem cierpienia. Zanim z niego zrezygnujemy, należy odpowiedzieć na kilka podstawowych pytań. Czy pacjent w swoim środowisku lokalnym uzyskał wystarczającą pomoc specjalistyczną, obejmującą nawiązanie terapeutycznego kontaktu z psychiatrą lub psychologiem? Czy w procesie leczenia doszło do współpracy z pacjentem w zakresie stosowanej farmakoterapii? Czy osoba chorująca miała możliwość korzystania ze środowiskowych form wsparcia? Jeśli nie możemy

---

113 E. Fromm, *Zdrowe społeczeństwo...*, s. 75.

114 A. Antonovsky, *op.cit*.

115 Zob. G. Dolińska-Zygmunt, *Orientacja salutogenetyczna w problematyce zdrowotnej. Model Antonovsky'ego* [w:] G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001; I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 75–89.

odpowiedzieć pozytywnie na te pytania, to oznacza, iż nie podjęliśmy wystarczających działań, aby stwierdzić, iż pacjent powinien zacząć uczyć się osiągać wartościowe cele życiowe pomimo obecności objawów choroby psychicznej. Podkreślam istniejące zagrożenie związane z pochopnie przyjmowaną przez profesjonalistów konstatacją, iż specyfika i przebieg choroby pacjenta polegają na konieczności pogodzenia się z faktem, że objawy nie ustąpią i dlatego też chorujący powinien zrezygnować z nierealistycznych oczekiwań, iż przyjdzie dzień, w którym „umilkną głosy". Pamiętajmy, że przyczyny takiego sposobu myślenia mogą być związane z ubóstwem lub całkowitym brakiem dostosowanych do potrzeb pacjentów środowiskowych form szeroko rozumianej terapii medycznej i społecznej. Mogą one oznaczać brak woli politycznej, aby troszczyć się o zdrowie psychiczne obywateli, i tym samym mogą nie mieć nic wspólnego z indywidualnym doświadczeniem choroby.

Niemniej podkreślam znaczenie drugiej, komplementarnej perspektywy, z jakiej definiujemy proces zdrowienia. Zgodnie z nią istotą zdrowienia jest rozwój świata wartości i celów życiowych pacjenta, który to rozwój uwzględnia wpływ choroby psychicznej rozumianej jako głębokie doświadczenie osobiste, wymykające się wszelkim obiektywnym miarom. Osiąganie zdrowia jest tożsame ze wzbudzeniem i podtrzymywaniem przez pacjenta nadziei na pozytywną zmianę swojej obecności w świecie. Wiąże się z gotowością do brania odpowiedzialności za zwykłe codzienne sprawy związane z leczeniem, gospodarstwem domowym, zajęciem, pracą, rodziną, kontaktami towarzyskimi. Oznacza, iż osoba chorująca radzi sobie z wyzwaniami codzienności pomimo utrzymujących się objawów. Próba uogólnienia narracyjnej syntezy osobowego zdrowienia na podstawie metaanalizy prawie stu artykułów[116] pozwoliła na zdefiniowanie pięciu głównych procesów zachodzących w trakcie zdrowienia. Pierwszy związany jest ze zwiększaniem gotowości do podejmowania kontaktów z innymi chorującymi w szeroko rozumianych grupach wsparcia, wchodzenia w związki emocjonalne z innymi oraz nawiązywania współpracy w celu podejmowania zróżnicowanych aktywności w środowisku lokalnym. Kolejny proces zogniskowany jest wokół wzrostu nadziei na przyszłość i optymizmu, które to emocje odnoszą się do możliwości wyzdrowienia, zwiększania motywacji do zmiany, nawiązywania relacji będących źródłem pozytywnych wzmocnień, także i wyzwań, zdolności do pozytywnego myślenia oraz posiadania marzeń i aspiracji. Trzeci proces dotyczy pozytywnych zmian w tożsamości osób zdrowiejących, przebudowy własnego „ja", związanej głównie z przezwyciężeniem piętnujących wyobrażeń związanych z chorobą

---

[116] M. Leamy i in., *Pojęciowa konstrukcja osobowego zdrowienia w dziedzinie zdrowia psychicznego: systematyczny przegląd i narracyjna synteza,* „Psychiatria po Dyplomie" 2012, t. 9, nr 3, s. 14–24.

psychiczną. Następny proces obejmuje zdolność do definiowania sensu życia, czyli przyjęcie znaczących celów życiowych, poprawę jakości życia, rozwój sfery duchowej, przypisanie znaczenia doświadczeniu choroby. Ostatni piąty proces odnosi się wprost do umacniania. Zdrowienie jest tutaj sposobem myślenia, dzięki któremu możemy ujmować chorobę psychiczną w kategoriach indywidualnego ludzkiego doświadczenia, jakie wymyka się próbom diagnostycznej kategoryzacji. Niewątpliwie wspiera ono dążenia osób chorujących, aby odzyskiwać kontrolę nad chorobą poprzez angażowanie się w cenione role społeczne i aktualizowanie świata wartości.

Istotę zdrowienia doskonale opisała w *Dekalogu osób chorujących psychicznie* Jolanta Janik – związana z krakowskim Stowarzyszeniem „Otwórzcie Drzwi". *Dekalog* był ideowym załącznikiem pierwszej w kraju kilkunastostronicowej książki redagowanej przez osoby chorujące psychicznie i zawierającej wyłącznie artykuły ich autorstwa. We wstępie do niej pisałem wraz z Anną Liberadzką:

> przygotowana przez członków Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi" publikacja przyczynia się do tego, aby spotkanie osób zdrowych i tych, którzy zdrowie psychiczne odzyskują bądź odzyskali, stało się możliwe. Praca autorów zasługuje na uznanie, bowiem jest ona świadectwem szczególnej formy znoszenia społecznego piętna, które towarzyszy osobom podatnym na zranienie. Chodzi tutaj o uznanie i szacunek dla wiedzy i rozumienia, które pochodzą z doświadczenia, co umożliwia postrzeganie ludzi jako posiadających własne poglądy i własny głos, a nie jako przedmiot wiedzy innych[117].

Równocześnie ten sposób myślenia rodzi nowe wyzwania dla osób chorujących:

> Nie jesteśmy po prostu chorującymi psychicznie. Jesteśmy ludźmi i możemy starać się, na ile możemy, żyć pełnią życia. Wiem, że największe bariery, jakie człowiek spotyka w życiu, zawierają się właśnie w nim samym. W jego myśleniu i w tym, czy ma nadzieję, odwagę, a w końcu siłę do zmiany swojego losu, do realizowania siebie i wiarę w to, że ma godność, że zasługuje na to, żeby żyć, że jest coś jeszcze wart i to nie tylko coś[118].

---

[117] J. Janik, K. Wroński (red.), *Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi". O barierach w zatrudnianiu i pracy – perspektywa beneficjentów*, Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków 2008; subiektywne doświadczenie choroby psychicznej i zdrowienia było tematem programu Anny Dymnej i Mateusza Dzieduszyckiego *Anna Dymna. Spotkajmy się*, w którym w roku 2009 wystąpiła Jolanta Janik.

[118] K. Wroński, *op.cit.*, s. 43.

**Dekalog osoby chorującej psychicznie**

Po pierwsze, aby wyzdrowieć, trzeba zaufać lekarzowi i opowiedzieć o swoich problemach.

Po drugie, trzeba zrozumieć, że jest się chorym psychicznie i że można wyzdrowieć.

Po trzecie, trzeba systematycznie przyjmować przepisane lekarstwa, nie odstawiać ich bez porozumienia z lekarzem.

Po czwarte, bardzo pomocna jest psychoterapia grupowa.

Po piąte, pomocne jest wsparcie ze strony rodziny lub innych przyjaznych osób, psychoterapia rodzinna, gdyż jeśli choruje pacjent, to choruje cała rodzina.

Po szóste, trzeba mieć ustalony harmonogram dnia, pilnować go z samodyscypliną.

Po siódme, trzeba cierpliwie wiele razy powtarzać określone zadanie życiowe, które sprawia trudności, ćwiczyć je.

Po ósme, pomocna z wychodzenia z choroby jest praca lub nauka, która jest ulubiona, interesuje daną osobę, i w miarę zdrowienia zwiększanie trudności zadań.

Po dziewiąte, trzeba w chwilach załamania pamiętać, że choroba mija.

Po dziesiąte, trzeba kochać, mieć osoby bardzo bliskie lub ideę, dla której warto żyć i walczyć z chorobą.

Zdrowienie i umacnianie jako dwa paradygmaty współczesnej pracy socjalnej z osobami chorującymi psychicznie wspierają wszelkie działania, których celem jest rozwijanie transgresyjnego potencjału osoby ludzkiej. Zdrowie psychiczne rozumiane jest nie jako stan równowagi, ale jako arena wewnętrznej walki, dążenia do osiągnięcia wartościowego celu czy swobodnie wybranego zadania. Jest procesem aktualizacji potencjalności, któremu towarzyszy stopień napięcia między tym, co już osiągnięte, i tym, co jeszcze musimy osiągnąć[119]. Kiedy człowiek sięga po jakiś sens do spełnienia albo szuka spotkania z drugą osobą, wtedy zgodnie z myślą Viktora Frankla spełnia warunek konieczny dla szczęścia, które rozumiane jest jako skutek, produkt uboczny spełniania sensu. Odwołując się do empirycznych ustaleń Eda Dienera i Roberta Biswasa-Dienera[120], podkreślam, iż ludzie czują się szczęśliwi dzięki pracy i miłości, trosce, jaką otaczają innych, zdolności do rozwoju emocji duchowych, które nakazują pokorę wobec faktu, iż nasze zdolności poznawcze, dotyczące zarówno drugiego człowieka jak i świata, mają swoje nieprzekraczalne aksjologiczne granice. Równocześnie ważne determinanty szczęścia to kapitały, którymi dysponujemy, obejmujące zasoby finansowe, szeroko rozumiane kompetencje społeczno-zawodowe, poziom zaufania,

[119] V. E. Frankl, *Człowiek...*, s. 158.
[120] E. Diener, R. Biswas-Diener, *Szczęście*, tłum. A. Nowak, Smak Słowa, Sopot 2010.

jaki przenika siatkę relacji interpersonalnych, oraz zasoby związane ze statusem społecznym osób, z którymi kontaktujemy się w codziennym życiu. Nie bez znaczenia jest nasze usposobienie, które w mniejszym lub większym stopniu wiąże się z emocjonalną otwartością na innych ludzi, gotowością do współpracy i podejmowania wyzwań. Istotna jest również tak zwana życiowa mądrość, która oznacza siłę naszej tożsamości, stabilne granice „ja" lub inaczej: prawidłowo rozwinięte zdolności poznawcze, dzięki czemu jesteśmy odporni na otaczający nas szum informacyjny, manipulację i mamy szansę podejmować korzystne decyzje. Warto również podkreślić, iż poczucie szczęścia może zależeć od interpretacji otaczającego nas świata. Czy będziemy zwracać uwagę na to, co w świecie piękne i dobre, interpretować, iż zdarzenia powodowane są dobrą intencją, a w pamięci przechowywać będziemy dobre chwile, czy też wprost przeciwnie?

Władysław Tatarkiewicz pisał, iż „poczucie szczęścia jest objawem zdrowia psychicznego, naturalnym, choć nie zawsze możliwym, a zdrowie jest warunkiem szczęścia, istotnym, choć nie jedynym"[121]. To, co dawniej filozofowie nazywali szczęściem ludzkim, dzisiaj psychiatrzy określają terminem „zdrowie psychiczne". I tym – zakładając istnienie u praktyków teoretycznej wrażliwości – zajmują się współcześni adepci pracy socjalnej z osobami chorującymi psychicznie.

## 5.3. Czy zdrowienie jest faktem?

Model podatności na zranienie jest podjętą w latach 70. XX wieku próbą przełamania medycznego paradygmatu w psychiatrii. Należy podkreślić, iż jednymi z pierwszych, którzy podważali medyczny model usług psychiatrycznych, byli pracownicy socjalni, kiedy pracując z ludźmi chorującymi, zwracali uwagę na ich silne strony. Niestety nadal – pomimo ponad dwudziestu lat budowania kultury zdrowienia – znaczna część praktyki zorientowana jest na „deficyty" i „chorobę". Oczywiście fakt ten nie może dziwić, jeśli podkreślimy zależność pracowników socjalnych od systemu instytucji, w których dominuje medyczna perspektywa, jak również jeśli uwzględnimy szerszy kontekst społeczny, w którym choroba psychiczna jest postrzegana jako fenomen biopsychiczny. Niemniej pracownicy socjalni w swojej praktyce powinni przyjmować stanowisko, które jest zgodne z personalistycznymi wartościami i promuje metody rozwijające potencjał klientów.

Wartość paradygmatu zdrowienia (między innymi dla pracy socjalnej) polega na tym, iż jest on jednoznacznym zaprzeczeniem koncepcji chroniczności choroby psychicznej. Choroby, która od czasu pierwszych naukowych opisów była kojarzona z przewlekłym i degradującym procesem oznaczającym wyrok śmierci społecznej. Takie informacje znajdujemy w historycznych pracach

[121] W. Tatarkiewicz, *O szczęściu,* Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1979, s. 218.

Emila Kraepelina dotyczących zaburzenia *dementia praecox*, które dzisiaj diagnozujemy jako psychozy z kręgu schizofrenii.

Myśląc o fenomenologicznym aspekcie zdrowienia, zwykle odnoszę się do postaci Augusta Strindberga (1849–1912), jednej spośród wielu osób chorujących, które przeszły do panteonu twórców naszej kultury, przedstawiciela literatury szwedzkiej okresu modernizmu oraz ojca współczesnego teatru. W autobiograficznej powieści *Inferno*[122] – wydanej w 1897 roku – opisał swój długotrwały kryzys psychiczny, którego objawy mogą świadczyć o głębokim załamaniu psychotycznym. Choroba psychiczna autora jest przedmiotem wnikliwej analizy Karla Jaspersa zawartej w pracy *Strindberg i Van Gogh: próba analizy patograficznej z porównawczym przywołaniem Swedenborga i Holderlina*[123]. Moim zdaniem, szczególne znaczenie ma fakt, iż po tak zwanym kryzysie *Inferna* August Strindberg zdrowieje i, co więcej, właśnie w tym okresie tworzy sztuki oniryczne, między innymi *Do Damaszku*, *Grę snów*, *Sonatę widm*, będące w równym stopniu poszukiwaniem nowych form wyrazu artystycznego, co formą autoterapii. Dramaty są próbą wyrażenia w innowacyjnej formie problemów własnej tożsamości wzbogaconej o doświadczenie choroby, natomiast życie i twórczość ich autora są unikatowym oraz doskonale udokumentowanym świadectwem wygranej walki z chorobą, którą współcześnie nazywamy „schizofrenią".

W pierwszym wydaniu klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (*DSM*) z 1952 roku schizofrenia została opisana jako choroba o postępującym, negatywnym przebiegu. Kolejne jej wydania (również *DSM-IV* z roku 1994, które nadal obowiązuje) podtrzymują, że u pewnej grupy chorych przebieg schorzenia będzie niekorzystny, natomiast remisje staną się rzadkie. Ponadto ustanawianie nowych kryteriów diagnostycznych wyłącza osoby, u których stan zdrowia poprawił się – szczególnie jeśli poprawa nastąpiła „zbyt" szybko. Tym samym podtrzymywany jest pesymistyczny scenariusz przebiegu choroby.

Wyniki badań nad naturalnym przebiegiem ciężkich chorób psychicznych jednoznacznie potwierdzają możliwość zdrowienia i zaprzeczają utrwalonym negatywnym sądom o degradującym wpływie choroby na życie pacjentów. Klasyczne wieloletnie obserwacje osób chorujących zakończone w latach 70. i 80. poprzedniego stulecia sugerują, że u wielu osób z diagnozą schizofrenii, w tym osób znacznie niepełnosprawnych psychicznie, występuje całkowita albo znacząca remisja oraz poprawa funkcjonowania społecznego, obejmująca podejmowanie pracy zarobkowej oraz satysfakcjonujących kontaktów z ludźmi.

---

[122] A. Strindberg, *Inferno*, tłum. Karol Bicz, Wydawnictwo Przeglądu Tygodniowego, Warszawa 1899.

[123] K. Jaspers, *Strindberg i Van Gogh: próba analizy patograficznej z porównawczym przywołaniem Swedenborga i Holderlina*, tłum. R. Reszke, Wydawnictwo KR, Warszawa 2006.

W roku 1975 Gerd Huber, Gisela Gross i Reinhold Schüttler[124] przedstawili raport z wieloletniego badania, w którym uczestniczyły 502 osoby hospitalizowane w latach 1945–1959 z diagnozą schizofrenii. Zgodnie z uzyskanymi w okresie od 1967 do 1973 roku wynikami – po średnim czasie choroby wynoszącym ponad 22 lata – 22% pacjentów wyzdrowiało, natomiast u 43% nastąpiła istotna poprawa lub względna stabilizacja choroby. Zły przebieg choroby zaobserwowano u 35% osób badanych. Znacząca grupa osób chorujących (87%) żyła w swoich lokalnych wspólnotach, podczas gdy pozostałe 13% przebywało na stałe w szpitalu psychiatrycznym. W studium znajdujemy również opis przedchorobowych czynników powiązanych z późniejszym zdrowieniem. Autorzy podkreślają, iż z jednej strony warunkiem zdrowienia jest tak zwany ostry początek choroby, czyli między innymi intensywne urojenia, silne pobudzenie emocjonalne, depersonalizacja, nietypowe zaburzenia myślenia. Z drugiej strony niska inteligencja, przedchorobowe zaburzenia osobowości, zaburzenia zachowania, doświadczenie dezintegracji rodziny, długotrwała faza objawów prodromalnych (poprzedzających zachorowanie), halucynacje słuchowe – to grupa czynników mających związek z niekorzystnym rokowaniem. Już w tym historycznym studium znajdujemy jednoznaczne stwierdzenie, iż rokowanie w przypadku ciężkiej choroby psychicznej jest niepewne, co oznacza, iż nie możemy zakładać, że pacjenci nie wyzdrowieją. Co więcej, potencjalne prognozowanie przebiegu choroby musi uwzględniać wpływ wielu czynników, zarówno biologicznych, jak i społeczno-kulturowych, i tym samym nie może ograniczyć się do redukcjonistycznego postrzegania choroby jako podlegającej jakiejś prostej predykcji.

W kolejnym wieloletnim badaniu opublikowanym w 1979 roku Ming Tsuang, Robert Woolson i Jerome Fleming stwierdzili, że prawie 46% osób chorujących psychicznie z diagnozą schizofrenii wyzdrowiało i, co więcej, około 43% w okresie badania pracowało lub nie było zatrudnionych z powodu schorzeń somatycznych, a nie niepełnosprawności psychicznej[125]. Również badanie prowadzone w Vermont, którego wyniki opublikowano w 1987 roku, potwierdziło wcześniejsze odkrycia[126]. Okres dwudziestokilkuletniej obserwacji 118 pacjentów chorujących na schizofrenię zakończył się zdecydowanie pozytywnie: aż 72% badanych miało lekkie objawy choroby lub nie miało żadnych, natomiast 65% wykonywało pracę zarobkową, prowadziło gospodarstwo domowe lub z racji podeszłego wieku przeszło na emeryturę. Współczesne badania również nie potwierdzają pesymistycznych

---

124 G. Huber i in., *Longitudinal Studies of Schizophrenic Patients*, „Schizophrenia Bulletin" 1980, t. 6, nr 4, s. 592–605.

125 M.T. Tsuang, R.F. Woolson, J. Fleming, *Long Term Outcome of Major Psychoses*, „Archives of General Psychiatry" 1979, nr 36, s. 1295–1301.

126 C.M. Harding i in., *The Vermont Longitudinal Study of Persons with Severe Mental Illness: II. Long-term Outcome of Subjects Who Retrospectively Met DSM-II Criteria for Schizophrenia*, „American Journal of Psychiatry" 1986, nr 144, s. 727–735.

scenariuszy przebiegu chorób psychicznych[127]. Oczywiście należy podkreślić, iż ze względu na zmieniające się w ciągu lat kryteria diagnostyczne, które stają się coraz bardziej ekskluzywne, uzyskiwane wyniki mogą niekorzystnie odbiegać od tych cytowanych, jednak brak dowodów na istnienie podgrupy chorych, u których następuje stałe pogarszanie się stanu zdrowia[128]. Należy również pamiętać, iż na wyniki przebiegu choroby mogą mieć również wpływ warunki makroekonomiczne, co zaobserwowano w badaniach prowadzonych w Finlandii. Porównanie liczby badanych osób, które wyzdrowiały społecznie (kryterium społecznego wyzdrowienia zdefiniowane zostało jako zdolność do pracy), w dwóch pięcioletnich badaniach z roku 1960 i 1970 oraz zestawienie uzyskanych wyników z poziomem bezrobocia występującym w okresie ich przeprowadzania było podstawą do wyprowadzenia wniosku, że pogarszanie się warunków na rynku pracy w znaczącym stopniu wyjaśnia mniej korzystny przebieg choroby. W pierwszym badaniu odsetek pacjentów zdolnych do pracy wynosił 68%, zaś w późniejszym 54%. Podobny wniosek został wyciągnięty z kolejnego badania, tym razem z roku 1975, w którym społeczne wyzdrowienie oceniono tylko u 38% badanych[129]. Czynniki makroekonomiczne w sposób jednoznaczny zostały włączone do analiz przebiegu chorób psychicznych. W przeglądowej pracy autorstwa Stevena Marwahy i Sonii Johnson[130] z 2004 roku znajdujemy konkluzję, iż niski wskaźnik zatrudniania w grupach osób chorujących psychicznie jest pochodną sytuacji ekonomicznej na rynku pracy oraz splotu legislacyjnych i społecznych barier odgrywających coraz istotniejszą rolę w procesie zdrowienia pacjentów.

Pomimo doniesień badawczych na temat przebiegu choroby, w tym również polskich[131], zgodnie z którymi prognozy są zdecydowanie bardziej korzystne aniżeli nasze stereotypowe wyobrażenia, mit chroniczności nadal trwa w systemie ochrony zdrowia psychicznego, stając się samosprawdzającą się przepowiednią.

Dopiero początki ruchu promującego zdrowienie, związane z publikacjami w latach 80. XX wieku świadectw pacjentów, spośród których wielu było uznanymi

---

127 C.M. Harding, *Changes in Schizophrenia across Time: Paradoxes, Patterns, and Predictors* [w:] L. Davidson, C.M. Harding, L. Spaniol (red.), *Recovery from Severe Mental Illnesses: Research Evidence and Implications for Practice*, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston 2005, s. 27–48.

128 M. Harrow i in., *Course and Outcome for Schizophrenia versus other Psychotic Patients: A Longitudinal Study*, „Schizophrenia Bulletin" 1997, nr 23, s. 278–303.

129 Y.O. Alanen, *Schizofrenia, jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb*, tłum. J. Bomba, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000, s. 43.

130 S. Marwaha, S. Johnson, *Schizophrenia and Employment. A Review*, „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology" 2004, nr 39, s. 337–349; zgodnie z przytoczonymi przez autorów danymi, wskaźnik zatrudnienia w grupie osób poważnie chorujących psychicznie wynosi od 10 do 20%. Dane te są bardzo niskie w porównaniu ze wskaźnikiem zatrudnienia w ogólnej populacji, który jest średnio trzy do czerech razy wyższy.

131 A. Cechnicki, *Schizofrenia - proces wielowymiarowy. Krakowskie prospektywne badania przebiegu, prognozy i wyników leczenia*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011.

profesjonalistami w zakresie zdrowia psychicznego, zaczęły stopniowo przełamywać dominację biomedycznej i odbierającej nadzieję narracji medycznej[132]. W 1993 roku autorytet w zakresie rehabilitacji psychiatrycznej, William Anthony[133], postawił przed systemem usług zdrowia psychicznego wyzwanie, aby przyjęto wizję zdrowienia jako wytyczną dla praktyki. Od tego czasu „zdrowienie" stało się przedmiotem badań, jak również inspiracją dla praktyki. Jego najbardziej fundamentalną przesłanką jest konstatacja, iż ludzie niepełnosprawni psychicznie mogą wyzdrowieć i faktycznie zdrowieją. Miejsce negatywnego celu, jakim jest unikanie nawrotu, zajmuje cel pozytywny, a mianowicie osiągnięcie osobistego sukcesu, bez względu na to, czy objawy choroby ustąpią. Zwolennicy modelu zdrowienia twierdzą, że jest to rodzaj nadziei, która ogranicza hegemonię modelu medycznego i skutecznie podważa założenie, że chroniczność jest nieuniknionym aspektem niepełnosprawności psychiatrycznej. Zdrowienie jest w wysokim stopniu procesem indywidualnym. Jest to poszukiwanie wyjątkowego i pozytywnego poczucia tego, kim się jest. Dodatkowo, chociaż niektórzy uważają akceptację niepełnosprawności za bardzo ważną sprawę w procesie zdrowienia, większość podkreśla, iż definiowanie choroby i jej znaczenia w życiu jest kwestią osobistej decyzji. Konsekwencją ujmowania zdrowienia jako sprawy osobistej jest możliwość dokonywania przez każdą osobę chorującą wyboru usług terapeutycznych, decydowania na przykład o tym, czy duchowość wzbogaca i ułatwia zdrowienie, czy też przeciwnie. Zdrowienie może następować bez wykorzystywania tradycyjnych usług psychiatrycznych, w tym bez przyjmowania leków – jeżeli pacjent dokona takiego właśnie wyboru. Proces ten jest skupiony w równym stopniu na pokonywaniu psychologicznych konsekwencji choroby co na radzeniu sobie ze społeczną reakcją na chorobę i niepełnosprawność psychiczną. Dlatego też należy podkreślić rolę krytycznej świadomości dotyczącej specyfiki i źródeł piętna jako społecznej reakcji na choroby psychiczne. Przyjęcie zdrowienia jako podstawowej perspektywy dla praktyki w ochronie zdrowia psychicznego mogłoby spowodować, iż praca socjalna uzyskałaby pełną profesjonalną odrębność od zawodów medycznych.

## 5.4. Podstawy organizacyjne współczesnej psychiatrii

Ogólne założenia, które powinny być podstawą dla organizacji współczesnej ochrony zdrowia psychicznego, są skupione na jednoznacznej promocji dostępnych w środowiskach lokalnych zróżnicowanych form terapii medycznej,

---

[132] Zob. *Wywiad z Danielem Fisherem* jednym z liderów ruchu promującego kulturę zdrowienia, związanym z *National Empowerment Center*, http://www.youtube.com/watch?v=BP_EW9u_TTw [dostęp: 14.02.2013].

[133] W.A. Anthony, *Guiding Vision of the Mental Health Service System In the* 1990's, „Psychosocial Rehabilitation Journal" 1993, t. 16 (4), s. 11–23.

psychologicznej i społecznej, będącej alternatywą dla leczenia w dużych szpitalach psychiatrycznych[134]. Ta wydawałoby się archaiczna forma leczenia – niezmiennie od lat 70. ubiegłego wieku – dominuje na polskiej mapie ochrony zdrowia psychicznego. Dla wielu chorujących jest to często pierwsza i jedyna dostępna możliwość otrzymania specjalistycznej pomocy.

Wbrew temu – a może właśnie dlatego – kolejna rekomendacja dla współczesnej psychiatrii nakazuje objęcie szczególną troską tych osób, u których wystąpił pierwszy kryzys psychiczny. Chodzi tutaj o to, aby w sytuacji bezwzględnej konieczności hospitalizacji pacjenta przeprowadzić ją nie we wspomnianych wielołóżkowych, zlokalizowanych najczęściej na obrzeżach miast instytucjach psychiatrycznych, ale w dostępnych w miejscu zamieszkania oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych. Jednoznacznie niekorzystny dla pacjenta jest bowiem pobyt w miejscu odosobnienia, który aktualizuje i podtrzymuje piętnujące wyobrażenia o leczeniu psychiatrycznym. Równocześnie należy podkreślić, iż tak zwana bezwzględna konieczność hospitalizacji jest zależna nie tylko od stanu psychicznego pacjenta, ale również od braku dostępnych alternatyw środowiskowych. Dlatego też należy w polityce finansowania ochrony zdrowia psychicznego zaplanować takie działania, które stymulują alokację środków do placówek funkcjonujących w miejscu zamieszkania osoby chorującej. Ważnym wyzwaniem jest również zintegrowanie podstawowej opieki zdrowotnej z opieką specjalistyczną, co w praktyce oznacza przestrzenną bliskość, wprost sąsiadowanie z sobą w jednej przychodni, ambulatoryjnych usług lekarzy różnych specjalności. Podobnie jak promowanie oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, tak i lokalizowanie specjalistycznego leczenia w ramach zróżnicowanych usług medycznych ma przeciwdziałać niekorzystnej i nadal utrzymującej się sytuacji wręcz fizycznego odgradzania psychiatrii i pacjentów od codzienności, w której – jak twierdzą niektórzy – nie spotykamy przecież chorujących psychicznie, ponieważ codzienność nie może opierać się na „szaleństwie"... W tym miejscu należy podkreślić, że jeżeli prawie 30% obywateli Unii Europejskiej było, jest lub będzie zmuszonych do korzystania z pomocy psychiatrycznej, to praktycznie nie ma osoby, która mogłaby powiedzieć „problemy psychiczne są mi całkowicie obce". Każdy musi podjąć następującą refleksję: jeśli nie ja sam, to ktoś z mojego otoczenia zmaga się z zaburzeniem psychicznym, a to, w jaki sposób odnosimy się do siebie, ma wpływ na nasze indywidualne poczucie dobrostanu psychicznego.

Istotną kwestią współczesnej ochrony zdrowia psychicznego jest również rozwiązanie problemu odpowiedzialności za pacjentów z danego rejonu. Prawidłowością jest, iż odbiorcami środowiskowych, dostosowanych do

---

[134] G. Thornicroft, M. Tansella, *W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej*, tłum. M. Robson, E. Gatt, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2010.

indywidualnych potrzeb form terapii są przede wszystkim pacjenci, którzy zachorowali po raz pierwszy, mieszkają w ośrodkach miejskich oraz posiadają wsparcie rodziny. I przeciwnie – osoby z dłuższą historią choroby, mieszkające w małych środowiskach, których sieć wsparcia społecznego jest istotnie ograniczona, są najczęściej pozbawione możliwości udziału w terapii. Z racji miejsca pobytu stają się z klientami pomocy społecznej, która jako służba społeczna nie jest w stanie podjąć problemu głębokich i źle leczonych lub nieleczonych wcale zaburzeń psychicznych. Stopniowo ich status społeczny zmienia się z osób wymagających leczenia, pacjentów – na klientów pomocy społecznej, z osób zagrożonych bezdomnością – na osoby bezdomne, jak również wchodzące w kolizję z prawem. Tym samym stopniowo zwalniamy się z odpowiedzialności za leczenie osób przewlekle chorujących psychicznie.

## 5.5. Narodowa troska o ochronę zdrowia psychicznego...

W Polsce odpowiedzialność za rozwój środowiskowych form terapii dla osób chorujących psychicznie przyjęły organizacje obywatelskie we współpracy z pomocą społeczną. Środowisko medyczne nie zaangażowało się w proces przemian w psychiatrii, które miały następować po 1994 roku, kiedy w kraju zaczęła obowiązywać oczekiwana od dziesięcioleci *Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz.U. Nr 111, poz. 535). Jej fundamentalnym założeniem jest ochrona wartości związanej z dobrowolnością leczenia. Dobrowolność jest bowiem podstawą skuteczności wszelkiej terapii. Rola przymusu powinna być zatem ograniczona do ostateczności, gdy zachodzi potrzeba podporządkowania autonomii jednostki dobrom wyższego rzędu, przez co rozumiemy ochronę życia pacjenta oraz życia i zdrowia osób bezpośrednio od niego zależnych. Dlatego też zawarte w akcie prawnym zapisy precyzyjnie definiują, w jakich sytuacjach i na jakich zasadach może dojść do ograniczenia wolności i swobody pacjenta. Ustawa wprowadziła w Polsce podstawy legislacyjne dla rozwoju nowoczesnej, zorientowanej środowiskowo psychiatrii. Zakłada współudział w ochronie zdrowia psychicznego stowarzyszeń i innych organizacji społecznych, grup samopomocy pacjentów i ich rodzin, osób fizycznych i prawnych. Ochrona zdrowia psychicznego powiązana została z działaniami na rzecz promocji zdrowia psychicznego, z wielostronnym leczeniem w lokalnej wspólnocie i możliwością korzystania z oparcia społecznego oraz z kształtowaniem wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych. Obraz polskiej psychiatrii miał się zmienić. Tak się jednak nie stało. Z dużym prawdopodobieństwem można założyć, iż czynnikami, które warunkowały stagnację i podtrzymywanie niekorzystnego dla pacjentów stanu równowagi, były:

- chęć utrzymania przez psychiatrów dotychczasowego statusu społecznego i zawodowego;
- tradycja biologicznego postrzegania zaburzeń psychicznych, wydatnie podtrzymywana przez władzę ekonomiczną przemysłu farmaceutycznego oraz
- piętno społeczne związane z chorobami psychicznymi, które utrudniało tworzenie w środowiskach lokalnie zakorzenionych ośrodków terapii dla osób chorujących psychicznie.

Powstały niejako dwie psychiatrie: „tradycyjna" o medycznej orientacji, skupiona w szpitalach psychiatrycznych, wokół centralnych pozycji lekarzy, oraz „środowiskowa", której istotą było zdrowienie przez wspólne zajęcia i pracę organizowaną przez liderów organizacji obywatelskich dla osób chorujących. Kluczowym problemem tych projektów była konieczność nabywania nowych kompetencji prawno-administracyjnych oraz związanych z utrzymaniem ciągłości finansowej inicjatywy, jak również potrzeba nawiązywania współpracy z psychiatrami w celu poszukiwania pomocy dla tych pacjentów, dla których terapia społeczna była przedwczesna lub niewystarczająca. Nie mniej ważnym wyzwaniem było zbudowanie mechanizmów poddawania pracy regularnej superwizji. Powszechnym rozwiązaniem stało się korzystanie z pomocy w formie konsultacji i szkoleń personelu bardziej doświadczonego w pracy zawodowej oraz udział w konferencjach zogniskowanych na psychospołecznym rozumieniu terapii osób chorujących psychicznie. Konferencje te stopniowo zaczęły promować silniejsze zaangażowanie ruchu rodzin i pacjentów w działania związane z planowaniem i prowadzeniem projektów środowiskowych na rzecz ochrony zdrowia psychicznego.

Zwieńczeniem niemal dwudziestoletniego okresu rozwoju środowiskowych form pomocy osobom chorującym psychicznie było wprowadzenie *Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego* (Dz.U. Nr 24, poz. 128), którego realizacja przypadła na lata 2011–2015. Podstawowym uzasadnieniem dla *Programu* są niepokojące wartości, jakie przyjmują wskaźniki stanu zdrowia psychicznego Polaków. Zgodnie z informacjami zawartymi w *Załączniku do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r.* w ciągu 17 lat, od roku 1990 do 2007:

- wskaźnik rejestrowanego rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wzrósł o 119% (z 1629 do 3571 na 100 tys. ludności) w opiece ambulatoryjnej i o 50% (z 362 do 542 na 100 tys. ludności) w opiece stacjonarnej;
- w opiece ambulatoryjnej wystąpił wzrost wszystkich kategorii zaburzeń psychicznych;
- ponad trzykrotnie wzrosło rejestrowane rozpowszechnienie zaburzeń psychotycznych, a zaburzenia niepsychotyczne wzrosły o 73%;
- najwyższy, prawie ośmiokrotny wzrost, wystąpił w przypadku zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych;

- upośledzenie umysłowe wzrosło o 153%;
- zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu wzrosły o 82%.

Istotna jest obserwowana w opiece ambulatoryjnej zmiana proporcji między wskaźnikami zaburzeń psychotycznych i niepsychotycznych. O ile w roku 1990 wskaźnik zaburzeń niepsychotycznych był o 76% wyższy niż psychotycznych, o tyle w roku 2000 o 9% wyższy, a w roku 2007 zaledwie o 1%.

Podkreślić należy, iż stale rośnie wartość sprzedawanych leków psychoaktywnych (przeciwbólowych, uspokajających, antydepresyjnych), jak również liczba osób leczonych z powodu zaburzeń powodowanych ich używaniem[135].

Cele Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego obejmują:

- działania na rzecz promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym;
- zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, jak również
- rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego.

W katalogu celów szczegółowych zwracam uwagę na te, które są moim zdaniem szczególnie istotne z perspektywy pracy socjalnej i terapii społecznej z osobami chorującymi psychicznie. Po pierwsze, program przewiduje upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, jak również rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu. Podkreślmy, iż jeśli wiedza ma zostać przekuta w definiowane dla szerszej populacji umiejętności i kompetencje, jednoznacznie powinna ona uwzględniać wymienione już wcześniej podejście psychospołeczne, szanujące fenomenologiczną specyfikę stanu choroby i zdrowienia. Po drugie, ważnym celem programu jest upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, który obejmuje również aktywizację zawodową osób z zaburzeniami psychicznymi. Oznacza to konieczność podjęcia działań na rzecz wzmocnienia i implementacji rozwijanych w ostatnich dwóch dekadach projektów podejmowanych przez organizacje obywatelskie. Nie bez znaczenia jest również wpisana do *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego* potrzeba skoordynowania różnych form opieki i pomocy. Wynika ona z prostej konstatacji, iż tym, co możemy zrobić na rzecz osób chorujących bez konieczności pozyskiwania dodatkowych środków finansowych, których oczekiwanie wobec stale spadających w ostatnich latach nakładów na psychiatrię jest – mówiąc wprost – mało

---

[135] A. Ostrowska, *Zdrowie i zachowania zdrowotne Polaków na początku XXI wieku* [w:] K. Frysztacki, P. Sztompka, *Polska początku XXI wieku: przemiany kulturowe i cywilizacyjne*, Polska Akademia Nauk Komitet Socjologii, Warszawa 2012, s. 355.

realistyczne, jest próba budowania kultury współpracy obejmującej profesjonalistów, rodziny i osoby chorujące. Jest to współdziałanie protegujące wszelkie przejawy międzyludzkiej samopomocy. Uważam, iż właśnie ten obszar, zorientowany na budowanie nie tyle sieci współdziałających profesjonalnych instytucji, ile przede wszystkim sieci mniej lub bardziej sformalizowanych grup samopomocowych, jest zadaniem ze wszech miar pożądanym i racjonalnym również z ekonomicznej perspektywy.

Wyróżnione przeze mnie cele szczegółowe dotyczące wypracowywania skutecznych metod:

- dostarczania wiedzy na temat chorób psychicznych i zdrowia psychicznego;
- promowania i stabilizowania funkcjonowania wiodących w kraju rozwiązań z zakresu środowiskowej ochrony zdrowia oraz
- rozwoju ruchu samopomocy osób chorujących psychicznie, ich rodzin, opiekunów i przyjaciół,

powinny ogniskować aplikacyjne i badawcze działania profesjonalistów.

Należy podkreślić, że w Polsce opieka środowiskowa dla osób chorujących psychicznie wciąż znajduje się w fazie krystalizacji. Istniejące nieliczne placówki środowiskowe nie są fundamentem ochrony zdrowia psychicznego. Polski system opiera się na dominacji szpitali psychiatrycznych, które wciąż stanowią podstawę leczenia chorych – o czym pisze Paweł Bronowski[136] w swojej pracy o skuteczności trzech polskich ośrodków psychiatrii środowiskowej, dodając, iż pomimo ustanowienia *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego* model środowiskowy znajduje się w odwrocie, a sytuacja polskiej psychiatrii jest trudna i mało komfortowa dla pacjentów oraz na tle innych krajów europejskich przestarzała i niewydolna. I nic nie zapowiada zmiany na lepsze.

W lutym 2013 roku Ministerstwo Zdrowia przedstawiło wstępną *Informację o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia w 2011 roku*[137]. Był to pierwszy rok wdrażania *Programu*. Znacząca większość planowanych zadań nie została zrealizowana, głównie ze względu na prawie całkowity brak alokacji środków finansowych. Pojawiające się w sprawozdaniu pojedyncze pozytywne doniesienia najczęściej dotyczyły realizowanych już wcześniej zadań, posiadających stabilne umocowania w dotychczasowych budżetach poszczególnych ministerstw oraz jednostek samorządu terytorialnego. Na podkreślenie zasługuje fakt, iż spośród siedmiu ustrukturowanych sprawozdań ministrów: zdrowia, edukacji narodowej, pracy i polityki społecznej, nauki i szkolnictwa wyższego, sprawiedliwości, spraw wewnętrznych i administracji

---

[136] P. Bronowski, *Środowiskowe systemy wsparcia w procesie zdrowienia osób chorych psychicznie*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2012, s. 74–79.

[137] http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/infoorealiznpozp_20130204.pdf [dostęp: 18.02.2013].

oraz obrony narodowej najobszerniejsze zostało przedstawione przez ministra sprawiedliwości (28 stron), natomiast najskromniejsze przez ministra nauki i szkolnictwa wyższego (3 strony). Ta prosta analiza oddaje dramaturgię sytuacji, którą najkrócej i wprost należy określić jako zagrożenie penalizacji problemów zdrowia psychicznego.

Odnośnie do sprawozdań władz samorządowych Ministerstwo Zdrowia zasygnalizowało swój niepokój, iż w większości zostały przygotowane przez pracowników socjalnych zatrudnionych w jednostkach pomocy społecznej. Tymczasem realizacja, jak również obowiązek złożenia raportów – na co zwracają uwagę autorzy opracowania – ciąży na samorządzie powiatu i gminy, a nie na jednostkach mu podległych. Warto podkreślić, iż *Informacja...* jest jednoznacznym potwierdzeniem i podsumowaniem dwudziestoletniego delegowania odpowiedzialności za osoby chorujące psychicznie na publiczne struktury pomocowe, które zajmują się „w imieniu" resortu zdrowia ludźmi wymagającymi przede wszystkim leczenia specjalistycznego i próbują często bezskutecznie – we współpracy z organizacjami obywatelskimi – utrzymać chorych w środowisku lokalnym w warunkach umożliwiających minimum godnego życia. Trudno również zgodzić się z opinią, iż pracownicy socjalni nie dysponują pełnymi danymi dotyczącymi powiatu czy gminy w zakresie działań na rzecz osób chorujących psychicznie. Powiedziałbym raczej, iż są często jedynymi profesjonalistami, którzy posiadają jakiekolwiek informacje o zadaniach i środkach przeznaczanych na ochronę zdrowia psychicznego.

Autorzy raportu zwracają uwagę, że respondenci sądzą, iż zadania z zakresu *Narodowego Programu...* mają charakter fakultatywny. Zgłaszają również, że na terenie ich powiatów oraz gmin nie ma problemu z zaburzeniami psychicznymi, zaburzenia te nie występują lub skala zjawiska jest społecznie nieistotna. Należy podkreślić również, iż problemem we wdrażaniu zapisów *Programu* jest brak badań diagnostycznych nad skalą problemu w poszczególnych jednostkach samorządu terytorialnego, które powinny być zadaniem priorytetowym przed podjęciem jakichkolwiek działań związanych z problemem piętna społecznego, a odnoszących się do ludzi szczególnie podatnych na społeczne zranienie.

Istotna uwaga dotyczy sprawozdawanych działań promocyjnych, których odbiorcą miał być ogół obywateli. Faktycznie wiele z nich skierowano do osób z zaburzeniami psychicznymi lub osób z niepełnosprawnością, a ich realizatorzy dysponowali znikomą wiedzą na temat ochrony i promocji zdrowia psychicznego. Zaniepokojenie Ministerstwa Zdrowia budzi również nieobecność w sprawozdawanych działaniach organizacji obywatelskich zrzeszających pacjentów i ich rodziny oraz działających w zakresie zdrowia psychicznego. W tym miejscu w raporcie pojawia się kontrowersyjna opinia o medykalizacji problemu zdrowia psychicznego i czynieniu z niego przedmiotu zainteresowania wyłącznie systemu ochrony zdrowia. W świetle wielu danych zawartych w *Załączniku do*

*Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r.* informujących o deficytach specjalistycznej opieki psychiatrycznej w kraju, jak również istotnego i zwiększającego się z roku na rok niedoinwestowania psychiatrii jest to stwierdzenie tyleż niepokojące, co groteskowe. Świadczy ono o nadal utrzymującej się tendencji do przerzucania odpowiedzialności za problem osób chorujących psychicznie, którego rozwiązywanie wymaga nie tyle podziału zadań pomiędzy resorty, jednostki samorządowe i rządowe, ile przede wszystkim woli i umiejętności współpracy pomiędzy partnerami.

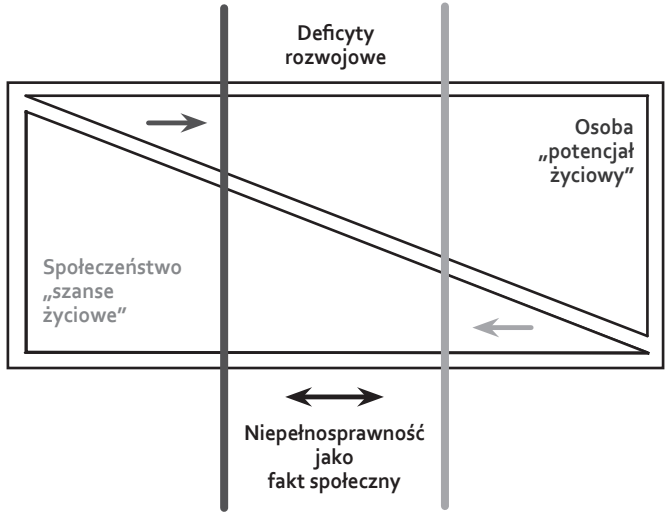
## 5.6. Niepełnosprawność psychiczna jako fakt społeczny

Trud odzyskiwania zdrowia psychicznego polega przede wszystkim na znoszeniu nadmiernego stanu napięcia powstającego w osobie w wyniku zderzenia naturalnej i – co podkreślam ze szczególną mocą – możliwej do zaspokojenia potrzeby bycia zdrowym oraz społecznego procesu krystalizowania niepełnosprawności, którego fundamentem jest brak wiedzy o chorobie, stereotypizacja z nią związana, uprzedzenia i dyskryminacja. Czytelną konsekwencją zderzenia indywidualnej konstytucji osoby i struktury społecznej jest problem niepełnosprawności psychicznej. W interesującej pracy Colina Barnesa i Geofa Mercera[138] znajdujemy wiele argumentów skłaniających nas do ujmowania niepełnosprawności jako splotu bardzo zróżnicowanych ograniczeń napotykanych w toku codziennej aktywności życiowej zmierzającej do zaspokajania podstawowych potrzeb oraz utrudnień w pełnieniu ról społecznych. Ograniczenia te są spowodowane współczesnym kształtem społeczeństwa – wolnego rynku, sektora publicznego, jak również organizacji obywatelskich. Jeśli funkcjonalne zasady rządzące życiem społecznym nie podkreślają wartości włączania każdej osoby ludzkiej do wspólnoty, konieczności troski o rozwój jej indywidualnego potencjału, wówczas niektórzy są z niego wyłączeni. Tak rozpoczyna się proces społecznego tworzenia niepełnosprawności.

Niepełnosprawność można rozumieć jako naturalną konsekwencję rozwoju społeczeństwa kapitalistycznego, w którym wzrastające wymagania zysku i efektywności stawiają przed ludźmi coraz większe oczekiwania, jakim nie mogą oni sprostać. Dynamika ta – wspierana przez hegemonię nauk medycznych, które indywidualizują problem niepełnosprawności i definiują ją jako patologię organizmu – powoduje, iż jednostki nieproduktywne są wyrzucane poza tak zwany główny nurt życia. Dlatego też niepełnosprawność ujmowaną w kategoriach faktu społecznego powinniśmy rozumieć jako występowanie w danym

[138] C. Barnes, G. Mercer, *Niepełnosprawność*, tłum. P. Morawski, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2008.

środowisku niekorzystnych warunków (deficytów rozwojowych) powstających jako wynik interakcji potencjału życiowego osoby oraz szans życiowych oferowanych przez społeczeństwo (zob. rycina 3).




**Rycina 3. Niepełnosprawność jako fakt społeczny**

Źródło: *opracowanie własne*.

Nawiązując do klasycznego modelu niepełnosprawności[139], przyjmuję, iż dotyczy ona czterech podstawowych wymiarów, w jakich próbujemy analizować naszą obecność w świecie. Pierwszy powiązany jest ze sferą biologiczną człowieka i odnosi się do naruszonej sprawności organizmu. W psychiatrii oznacza to utrzymywanie się u pacjenta swoistej gotowości do reagowania objawami choroby w sytuacjach trudnych, definiowanych jako ważne, przełomowe, nadmiernie zaskakujące lub niezgodne z przyzwyczajeniami. Drugi wymiar odnosi się do specyficznego poziomu szeroko rozumianych kompetencji społecznych, jakie posiada osoba chorująca. Mogą one nie być rozwinięte lub używane w stopniu nieadekwatnym do danej sytuacji życiowej ze względu na wspomnianą wcześniej gotowość do reagowania objawami psychotycznymi oraz z powodu lęku przed nawrotem choroby. Ten stan pacjenci opisują jako stałą niepewność lub ostrożność społeczną, którą da się porównać do poruszania się po cienkiej tafli lodu. Niski poziom kompetencji społecznych może być determinowany konsekwencjami stosowanej farmakoterapii, kiedy to pacjent może cierpieć z powodu nadmiernego napięcia mięśniowego, zaburzeń sfery seksualnej, trudności w mówieniu lub nadmiernej senności. Istotny wpływ na funkcjonowanie

[139] M. Ekdawi, A. Conning, *Rehabilitacja psychiatryczna*, tłum. B. Mroziak, M. Morawiec-Binkiewicz, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995, s. 28.

osób chorujących mają również reakcje znaczących innych (takich jak rodzina, profesjonaliści i osoby publiczne) oraz stopień, w jakim pacjent uwewnętrznił piętno związane z chorobą. Te niekorzystne zmiany polegają na przyjęciu obrazu innych jako własnego, prowadząc stopniowo do braku pewności siebie, niskiej samooceny, obniżenia motywacji, nieskutecznych strategii radzenia sobie, do zaprzeczenia chorobie lub utrwalonego przyjęcia roli osoby chorej, niepełnosprawnej, skazanej na stałą pomoc i wsparcie innych. Kolejny wymiar niepełnosprawności to podejmowanie ról społecznych, które wiążą się z szacunkiem i uznaniem. Jeśli pomimo starań osoby chorującej oraz wsparcia innych dostęp do pewnych ról społecznych jest niewyobrażalnie trudny lub wręcz niemożliwy, powinniśmy się zastanowić, czy nie mamy do czynienia ze społecznymi barierami. To właśnie bariery (ograniczenia) mają istotne znaczenie dla tworzenia się niepełnosprawności, którą rozumiemy wtedy nie jako nasilenie objawów chorobowych, ale jako rezultat stereotypizacji, uprzedzeń lub dyskryminacji. Inaczej rzecz ujmując, powstają one wtedy, gdy sytuacja społeczna osoby manifestującej trudności psychicznie jest znacząco mniej korzystna niż innych członków społeczności oraz gdy społeczeństwo w sposób jawny bądź ukryty odmawia jej prawa do godnego życia w lokalnej wspólnocie, jakie związane jest z leczeniem, mieszkaniem, pracą i życiem rodzinnym. Dobitną ilustracją społecznego ograniczenia jest szpital psychiatryczny sprzed okresu europejskiej reformy opieki psychiatrycznej w latach 70. XX stulecia, który był często jedynym miejscem, w jakim osoby przewlekle chore psychicznie mogły zabezpieczać swoje elementarne potrzeby bytowe. Znaczna liczba hospitalizacji psychiatrycznych związana była z czynnikami społecznymi, a nie z poważnymi nawrotami choroby psychicznej. Dopiero krytyka zinstytucjonalizowanego, tak zwanego zamkniętego systemu leczenia sformułowana przez przedstawicieli ruchu antypsychiatrii[140], którzy kładli nacisk na wpływ relacji społecznych oraz instytucji kontroli społecznej na powstawanie dewiacji psychicznych, zmieniła sytuację. Zapoczątkowała stopniowy proces poprawy warunków opieki nad pacjentami, czego wyrazem był rozwój środowiskowych, bliższych człowiekowi form leczenia i rehabilitacji.

Czwarty, rzadko wspominany wymiar analizy niepełnosprawności odnoszę do zakłóconych relacji człowieka z transcendencją, bowiem – jak pisał Viktor Frankl[141] – człowiek pozostaje zawsze w intencjonalnej relacji z tym, co transcendentne. Jego przejawem są trudności w rozmowie z Bogiem, którą ujmować możemy jako rozmowę dwóch osób będącą „apogeum relacji Ja–Ty, którą

---

[140] Zob. E. Goffman, *Instytucje...*; M. Foucault, *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1987.

[141] V. E. Frankl, *Bóg ukryty. W poszukiwaniu ostatecznego sensu*, tłum. A. Wolnicka, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2012.

Martin Buber uważał za najbardziej charakterystyczną właściwość ludzkiej egzystencji, mając na myśli umiejętność prowadzenia dialogu"[142]. Zaangażowanie religijne chroni przed samobójstwem, uzależnieniami, przestępczością oraz zaburzeniami depresyjnymi. Wiara, dając poczucie sensu, może ułatwić akceptację cierpienia i trudnych sytuacji życiowych; wpływa na podejmowanie zachowań prozdrowotnych, podtrzymuje religijnie motywowany tryb życia oraz sieć społeczną opartą na związkach we wspólnocie religijnej. Modlitwa prowadzi do pozytywnych emocji, takich jak: nadzieja, przebaczenie, wzmocnienie, szacunek dla siebie, zadowolenie, optymizm[143]. Orientacja na sprawy doczesne jest niezbędna do powstania dojrzałej osobowości, ale również dla osiągania pełni zdrowia psychicznego.

## 5.7. Niepełnosprawność psychiczna w polskim prawie

Teoretyczne założenia niepełnosprawności jako złożonego i wielowymiarowego procesu leżą u podstaw definiowania niepełnosprawności w polskim prawie[144]. Zgodnie z *Obwieszczeniem 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) niepełnosprawność oznacza niezdolność do samodzielnej egzystencji (zaspokajania podstawowych potrzeb bytowych) lub ograniczenia w samodzielnym funkcjonowaniu w szerszym kontekście społecznym w następstwie naruszonej sprawności organizmu, natomiast niepełnosprawność społeczna to niemożność realizowania ról społecznych będąca następstwem choroby. Niepełnosprawność psychiczna może być spowodowana następującymi zaburzeniami: psychotycznymi, zaburzeniami nastroju, począwszy od zaburzeń o umiarkowanym stopniu nasilenia, utrwalonymi zaburzeniami lękowymi o znacznym stopniu nasilenia oraz zespołami otępiennymi[145]. W przypadku orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przepisy przewidują gradację niepełnosprawności poprzez określenie jej stopni: 1) znacznego, 2) umiarkowanego, 3) lekkiego.

---

142 *Ibidem*, s. 188.

143 B. de Barbaro, *Kontekst religijny – duchowość a psychiatria* [w:] J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski (red.), *Psychiatria*, t. 3. *Metody lecznicze. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012, s. 703–704.

144 W opracowaniu zagadnień prawnych związanych z orzekaniem o niepełnosprawności wykorzystałem materiał szkoleniowy przygotowany przez Marzenę Tazbir-Kowalczyk *Kryteria kwalifikujące do niepełnosprawności a rola i zadania pracownika socjalnego w procesie orzeczniczym. Materiały szkoleniowe dla pracowników socjalnych*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2009.

145 Zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności* (Dz.U. z 2003 r. nr 139, poz. 1328).

Do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Oznacza to, że do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osoby z naruszoną sprawnością organizmu, które są:

- niezdolne do pracy albo
- zdolne do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej.

Zarówno osoby z pierwszej, jak i drugiej grupy muszą jednocześnie wymagać stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych, w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Zaliczenie do znacznego stopnia niepełnosprawności możliwe jest bowiem wówczas, gdy u osoby zainteresowanej występują jednocześnie ograniczenia w podejmowaniu zatrudnienia oraz konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy.

Do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych. W odniesieniu do ograniczeń w zatrudnieniu definicja umiarkowanego stopnia niepełnosprawności nie różni się od definicji stopnia znacznego. W obu przypadkach występuje kryterium niezdolności do pracy lub kryterium zdolności do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej. Kryterium kwalifikującym do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności jest konieczność czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych. Użyty w definicji umiarkowanego stopnia niepełnosprawności wyraz „lub" oznacza, że, w przeciwieństwie do znacznego stopnia niepełnosprawności, każda z przesłanek stanowi samodzielną podstawę do zaliczenia do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności. W konsekwencji do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności możemy zaliczyć pięć grup osób z naruszoną sprawnością organizmu, u których łącznie lub rozdzielnie występują:

- niezdolność do pracy lub zdolność do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i/lub
- wymóg czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.

Do lekkiego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mająca ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować za pomocą wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne. Tabela 2 ilustruje kryteria brane pod uwagę w trakcie orzekania o poszczególnych stopniach niepełnosprawności.

**Tabela 2. Kryteria orzecznicze**

| Stopień niepełnosprawności | Kryteria kwalifikujące do poszczególnych stopni niepełnosprawności |
|---|---|
| **Znaczny** | (1) niezdolność do pracy i (2) wymóg stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych w związku z (3) niezdolnością do samodzielnej egzystencji |
| | (1) zdolność do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i (2) wymóg stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych w związku z (3) niezdolnością do samodzielnej egzystencji |
| **Umiarkowany** | niezdolność do pracy |
| | zdolność do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej |
| | wymóg czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych |
| | (1) niezdolność do pracy i (2) wymóg czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych |
| | (1) zdolność do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i (2) wymóg czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych |
| **Lekki** | istotne obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną |
| | ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne |
| | (1) istotne obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną i (2) ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne |

Źródło: *opracowanie własne*.

Warto podkreślić, iż występujące w tabeli sformułowanie „wymóg sprawowania opieki" oznacza całkowitą zależność osoby od otoczenia, polegającą na pielęgnacji w zakresie higieny osobistej i karmienia lub w wykonywaniu czynności samoobsługowych, prowadzeniu gospodarstwa domowego oraz w ułatwianiu kontaktów ze środowiskiem. „Wymóg pomocy", w tym również w pełnieniu ról społecznych, oznacza natomiast zależność osoby od otoczenia polegającą na udzieleniu wsparcia w czynnościach samoobsługowych, w prowadzeniu gospodarstwa domowego, współdziałaniu w procesie leczenia, rehabilitacji, edukacji oraz w pełnieniu ról społecznych właściwych dla każdego człowieka, zależnych od wieku, płci, czynników społecznych i kulturowych.

Postępowanie w sprawie orzekania o stopniu niepełnosprawności w Polsce ma charakter kolegialny, co oznacza, iż decyzję podejmuje zespół specjalistów zobowiązany do holistycznego rozpatrywania sprawy każdej osoby. Informacja o chorobie, jej przebiegu i rokowaniach jest istotna, jednak niewystarczająca, aby wydać decyzję o przyznaniu stopnia niepełnosprawności. Koniecznością jest każdorazowe uwzględnianie informacji, w jaki sposób doświadczenie choroby wpłynęło na społeczną obecność osoby starającej się o ustalenie statusu niepełnosprawności, jak również w jaki sposób świat zareagował na jej chorobę. I w tym legalnym ujęciu niepełnosprawność jawi się jako fakt społeczny odnoszący się do współczesnej organizacji społeczeństwa, która nie uwzględnia istniejących bądź też potencjalnych możliwości rozwojowych konkretnych osób, a tym samym wyłącza je z udziału w głównym nurcie życia. Mówiąc inaczej, to gorsze traktowanie „innych", „obcych", kiedy chcą oni uzyskiwać wykształcenie, funkcjonować w życiu rodzinnym lub szerzej uczestniczyć w złożonych przejawach codziennego życia wspólnoty, a przede wszystkim kiedy podejmują starania, aby utrzymywać się z pracy zarobkowej.

# 6

# O ekonomii społecznej – raz jeszcze

We współczesnej Polsce ramami odniesienia dla terapii społecznej oraz projektów socjalnych są założenia aktywnej polityki społecznej i „dobre praktyki" z zakresu przedsiębiorczości i ekonomii społecznej. Polityka społeczna odnosi proces włączania osób marginalizowanych w tak zwany główny nurt życia do problematyki obywatelstwa oraz praw i obowiązków, które powinni mieć wszyscy członkowie wspólnoty. Anthony Giddens[146] owo „włączenie" definiuje jako faktyczne uczestnictwo jednostek w przestrzeni publicznej i stwierdza, że w społeczeństwie, gdzie praca ma zasadnicze znaczenie dla samooceny człowieka oraz poziomu jego funkcjonowania, dostęp do niej stanowi jeden z głównych warunków partycypacji w kluczowych przejawach życia wspólnotowego.

## 6.1. Znaczenie pracy w zdrowieniu osób chorujących psychicznie

Omawiając znaczenie pracy dla procesu zdrowienia osób chorujących psychicznie, wystarczy wskazać na klasyczne studia badawcze opisujące pracę jako jedyną dostępną w szpitalu aktywność korelującą dodatnio z poprawą stanu psychicznego pacjentów (redukcją poziomu apatii, społecznego wycofania oraz ubóstwa językowego chorych). Trzeba także podkreślić współczesne doniesienia wiążące fakt zwiększania niezależnego życia pacjentów w otwartym środowisku (równocześnie zmniejszenia poziomu ich uzależnienia od systemu opieki medycznej, tym samym redukcji liczby pacjentów przebywających w zakładach leczniczych) z faktem zatrudnienia[147].

---

[146] A. Giddens, *Trzecia droga. Odnowa socjaldemokracji*, tłum. H. Jankowska, Książka i Wiedza, Warszawa 1999, s. 92.

[147] J. Schneider, *Work Interventions in Mental Health Care: Some Arguments and Recent Evidence*, „Journal of Mental Health" 1998, nr 1, s. 81–94. Autorka w swoim przeglądowym artykule podsumowała znaczną liczbę badań dokumentujących fakt, iż dla poprawy stanu

Opierając się na współczesnych badaniach[148], przyjmuję, że rozkład zapotrzebowania na miejsca pracy w grupie osób chorujących psychicznie przedstawia się następująco:

- 20% osób jest zdolnych do pracy w warunkach konkurencyjnych;
- 60% osób wymaga różnorodnych form wspieranego zatrudnienia, w tym połowa jest zdolna do pracy w urynkowionych przedsiębiorstwach społecznych, natomiast pozostała część chorych wymaga zróżnicowanych rozwiązań pracy obejmujących również formy rehabilitacji społeczno-zawodowej;
- 20% osób wymaga raczej zindywidualizowanej rehabilitacji społecznej w formie ośrodków pobytu dziennego, grup zorientowanych na organizację czasu wolnego i tym podobnych.

W szeroko rozumianej pracy terapeutycznej[149] najtrudniejszą sprawą jest zatrudnianie osób chorujących psychicznie. W tej właśnie grupie społecznej wykluczenie manifestuje się ze szczególną siłą. Jest to problem opisywany, aby posłużyć się przenośnią, jako walka na ostatniej linii frontu. Należy się zmierzyć z tematem, ponieważ aktywność zarobkowa osób chorujących – szczególnie na otwartym rynku pracy – to najbardziej pożądany wynik leczenia i rehabilitacji powiązany z obniżeniem poziomu objawów chorobowych i ograniczaniem liczby i czasu hospitalizacji psychiatrycznych, a także ze znaczną poprawą funkcjonowania społecznego.

Zwracam szczególną uwagę na fakt, że to właśnie konsekwencje zaburzeń psychicznych przy równoczesnym braku odpowiednio zintegrowanego systemu środowiskowych instytucji są pierwszą przyczyną stopniowego nasilania się zjawiska trwałej niepełnosprawności, a tym samym wzrostu kosztów przeznaczanych na pomoc społeczną dla tej kategorii osób. Znani brytyjscy eksperci z zakresu pracy socjalnej, psychiatrii i walki z dyskryminacją osób chorujących psychicznie, Peter Huxley i Graham Thornicroft, oszacowali, iż koszty wykluczenia osób chorujących psychicznie ze świata pracy są ogromne – pochłaniają około 35–40% budżetów przeznaczanych dla osób znacznie niepełnosprawnych i niezdolnych do pracy[150]. Taki stan rzeczy zdecydowanie ogranicza rozwój

---

zdrowia pacjentów z ostrymi i przewlekłymi problemami zdrowia psychicznego szczególne znaczenie ma podjęcie pracy zarobkowej.

148 S. Marwaha, S. Johnson, *op.cit.*

149 W odniesieniu do zatrudniania osób chorujących psychicznie terapia społeczna obejmuje: 1) szereg zindywidualizowanych profesjonalnych działań prowadzących do wzrostu poziomu gotowości do aktywności zarobkowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz tych, u których wystąpiły psychospołeczne konsekwencje dyskryminacji na rynku pracy oraz 2) zatrudnianie wymienionej kategorii osób w tak zwanych warunkach społecznie chronionych, tworzonych w ramach zróżnicowanych modeli przedsiębiorstw społecznych, których zarządzanie pozostaje domeną organizacji obywatelskich.

150 P. Huxley, G. Thornicroft, *Social Inclusion, Social Quality and Mental Illness*, „British Journal of Psychiatry" 2003, nr 182, s. 289–290.

społeczny. Podkreślam jednak, że faktyczne włączenie problematyki zdrowia psychicznego, w tym zatrudniania osób chorujących psychicznie, do analizy szeroko rozumianego rozwoju społecznego i ekonomicznego rodzi konieczność uwypuklenia jego etycznego i kulturowego wymiaru. Wtedy to nie można już ograniczać kategorii rozwoju do zaspokajania potrzeb materialnych poprzez wzrost dóbr, który nie bierze pod uwagę cierpień większości. Wiąże się on bowiem z moralnym obowiązkiem odpowiedzialności przy podejmowaniu decyzji, a odpowiedzialność ta wynika ze współzależności, jaka istnieje pomiędzy naszymi postawami a nędzą i niedorozwojem milionów ludzi, szczególnie tych cierpiących na zaburzenia zdrowia psychicznego, bardziej podatnych na ubóstwo i tym samym wymagających naszej preferencyjnej miłości[151]. Troska o zdrowie psychiczne polega na współpracy nad rozwojem każdego człowieka we wszystkich jego wymiarach, będącej obowiązkiem wszystkich wobec wszystkich. Dlatego też terapia społeczna to nie tylko skupienie uwagi na osobie, ale również uwzględnianie kontekstu strukturalnego, szerszego społecznego uwarunkowania dialogu prowadzonego z osobą poszukującą pomocy w definiowaniu sensu życia, jaki często utożsamiany jest z pracą człowieka. Stanowi ona bowiem klucz, i to chyba najistotniejszy, do całej kwestii społecznej, jeżeli staramy się ją widzieć pod kątem prawdziwego dobra człowieka[152].

## 6.2. Praca i brak pracy

Praca jest synonimem zdrowia psychicznego. U osób jej pozbawionych zanika społeczna siła motoryczna. Ludzie skazani na bezczynność wypadają z traktu życiowego, tracą nie tylko możliwość nadążania za przemianami następującymi w społeczeństwie, ale również zdolność do podejmowania życiowych decyzji. Przyszłość tak zwanych społeczeństw wysoko rozwiniętych, dezindustrializacja wiążą się z dalszym spadkiem zapotrzebowania na pracę człowieka w jej dotychczasowym, przemysłowym znaczeniu. Wiążą się również z koniecznością poszukiwania – w sytuacji narastającego zjawiska masowego bezrobocia, które w sposób jednoznaczny będzie zmieniać strukturę społeczną – sposobu na zachowanie indywidualnej godności i spoistości społecznej. Codzienny świat rutyn związany z pracą – jak pisze Mirosława Marody[153] – zaczął kruszeć w latach 80. XX wieku. Jednostkowa biografia wyznaczona przebiegiem kariery, na-

---

151 Jan Paweł II, *Sollicitudo rei socialis* [w:] *Encykliki Ojca Świętego Jana Pawła II*, Dom Wydawniczy Rafael. Wydawnictwo AA, Kraków 2009, s. 273–321.

152 Jan Paweł II, *Laborem exercens. Tekst i komentarze*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1986, s. 11.

153 M. Marody, A. Giza-Poleszczuk, *Przemiany więzi społecznych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2004, s. 249.

dająca jej sens, zaczyna przypominać jazdę kolejką w lunaparku. Przepełniona jest nagłymi zwrotami, nieprzewidywalnymi zdarzeniami i stałą obecnością ryzyka. Jedna z przyczyn owej zmiany była związana, i jest nadal, z nowymi technologiami i metodami zarządzania. W wyniku komputeryzacji, automatyzacji i zwiększonej wydajności pracy wystarczy – jak twierdzili zwolennicy hegemonii wolnego rynku – 20% czynnych zawodowo, aby utrzymać gospodarkę w rozruchu – nie ma zapotrzebowania na więcej siły roboczej[154]. Te zmiany są istotnym źródłem wykluczenia społecznego, tak zwanych społecznych ran – obszarów wielkomiejskiej nędzy, zaniku motywacji życiowej, zaburzeń tożsamości, likwidacji miejsc społecznych (nisz ekologicznych), braku wzajemnego zaufania i odpowiedzialności, braku instynktu pomocy wzajemnej oraz ostatecznie spójności środowisk lokalnych. Społeczne rany powstają wskutek zmian, jakie stały się udziałem pracy ludzkiej od czasu rewolucji przemysłowej aż do współczesnych koncepcji deregulacji rynku.

Paul Lazarsfeld i Marie Jahoda[155] przeprowadzili w 1929 roku badania we wsi Marienthal niedaleko Wiednia. Żyjące tam 476 rodzin zostało niespodziewanie dotkniętych bezrobociem, ponieważ jedyny pracodawca, tamtejsza przędzalnia bawełny, zbankrutował. Dyktatura fundamentalizmu rynkowego jest obecnie przyczyną powstania kategorii „osób zbędnych", w sposób skrajny doświadczających społecznej nierówności. Marie Jahoda pragnęła, abyśmy nigdy nie musieli badać nowych Marienthal. Niestety te badania muszą być stale kontynuowane, co więcej, owe badania są naszym zobowiązaniem i powinnością.

Optymizmem może napawać przekonanie Józefa Lipca[156], iż należy spodziewać się wielokierunkowego rozrostu etyki pracy, bowiem praca jako podstawa wartości cywilizacyjnych i objaw mocy twórczej człowieka nie może być polem nierozwiązywalnych sprzeczności moralnych. Innymi słowy, jest to zapowiedź końca fundamentalizmu rynkowego, który nieustannie dąży do rozszerzania swego zasięgu na wiele najważniejszych spraw ludzkiego życia, począwszy od wartości moralnych, poprzez powiązania rodzinne, aż po dokonania estetyczne i intelektualne[157].

Praca to nie tylko dostęp do świata zasobów, ale również ważne źródło naszego indywidualnego poczucia sensu. Dla osób chorujących psychicznie to szczególna wartość nadająca im status społeczny, umożliwiająca przeciwdziałanie piętnującym wyobrażeniom, a przede wszystkim kształtująca indywidualne

---

154 J. Rifkin *Koniec pracy*, tłum. E. Kania, Wydawnictwo Dolnośląskie, Wrocław 2001.

155 M. Jahoda, P. F. Lazarsfeld, H. Meisel, *Bezrobotni z Marienthalu*, tłum. R. Marszałek, Oficyna Naukowa, Warszawa 2007.

156 J. Lipiec, *Świat wartości*, Wydawnictwo Fall, Kraków 2001, s. 218–220.

157 G. Soros, *Kryzys światowego kapitalizmu*, tłum. L. Niedzielski, Warszawskie Wydawnictwo MUZA SA, Warszawa 1999, s. 24.

poczucie sprawstwa, władzy. Praca jest jednym z najbardziej czytelnych kryteriów odzyskiwania zdrowia, ponieważ:

- wymaga opanowania zewnętrznych wyzwań i oczekiwań innych, dlatego też umożliwia doświadczanie znaczenia osobistych osiągnięć;
- stwarza szansę na zaangażowanie się w aprobowaną rolę społeczną;
- niesie z sobą znaczący status społeczny: osoby aktywnej, użytecznej;
- dostarcza społecznych kontaktów i wsparcia;
- organizuje czas, strukturuje dzień, a także
- łączy się z finansową gratyfikacją.

W społeczeństwach przemysłowych praca była wartością kształtującą tożsamość jednostki, współcześnie jej rola w tym zakresie jest znacznie ograniczona. Osoby dzisiaj zdolne do pracy w niedalekiej przyszłości znajdą się w sytuacji ludzi społecznie zbędnych. Dlatego też podejmując próby renesansu wspólnot lokalnych, należy rozważyć, w jakim stopniu owa kategoria „odpadów postępu gospodarczego" – jak pisał Zygmunt Bauman[158] – powinna być, dla wzajemnej korzyści, włączona we wspólne działanie. W innym miejscu cytowany autor stawia równie ważne pytanie: czy winniśmy szukać nowych możliwości, takich jak oddzielenie prawa do środków do życia od sprzedaży pracy i rozciągnięcie społecznie uznanego pojęcia pracy poza granice, jakie wyznacza rynek pracy?

## 6.3. Istota ekonomii społecznej i jej podstawowe uwarunkowania

Analizowana przez Richarda Sennetta[159] „korozja charakteru", będąca skutkiem przemian, jakim w ostatnich latach podlegała praca, powiązana z korodowaniem społecznej więzi, wydaje się ważną przyczyną powstania i rozwoju inicjatyw społecznych, które definiujemy za pomocą teoretycznych ram „ekonomii społecznej". Przyjmując szerokie rozumienie więzi społecznej jako bytu autonomicznego, istniejącego w skali makro będącej powiązaniem podstawowych rodzajów struktur społecznych, wskazuję na procesy mające wpływ na przemiany, jakim współcześnie podlega praca. Obejmują one złożony splot przejawów:

- ogólnoświatowego życia gospodarczego;
- redefiniowania socjalnych funkcji państw narodowych, które są zogniskowane na aktywizacji obywateli poprzez zróżnicowane oferty zatrudniania oraz
- naszego grupowego i wspólnotowego życia definiowanego jako „ekonomia społeczna".

---

158 Z. Bauman, *Praca, konsumpcjonizm i nowi ubodzy*, tłum. S. Obirek, Wydawnictwo WAM, Kraków 2006, s. 19.

159 R. Sennett, *Korozja charakteru. Osobiste konsekwencje pracy w nowym kapitalizmie*, tłum. J. Dzierzgowski, Ł. Mikołajewski, Wydawnictwo Muza SA, Warszawa 2006.

W wyniku tych procesów – pisząc w sposób najbardziej syntetyczny – dominującym modelem dla społecznej praktyki stał się model sieciowy oraz wynikające z niego założenia międzysektorowej współpracy – o czym coraz częściej wypowiadamy się aprobatywnie w odniesieniu do instytucji pomocy społecznej i pracy socjalnej. Pamiętajmy jednak, iż pierwotnie został on wprowadzony w sektorze wolnorynkowym. Jego podmioty od lat 80. zwiększały swoją efektywność poprzez redukcję tak zwanych kosztów transakcyjnych. W drugiej połowie lat 90. zarządzanie sieciowe znalazło uznanie w oczach decydentów sektora publicznego szukających skutecznych metod ekonomizacji działań, w tym związanych z pracą z człowiekiem. Tradycyjny układ wertykalny instytucji pomocy społecznej stopniowo ulegał uelastycznieniu, a wyobrażenie, iż to rząd wraz podległym mu sektorem publicznym jest producentem szeroko rozumianych dóbr pomocowych, zostało poddane jednoznacznej krytyce i ostatecznie zakwestionowane. Nowy paradygmat zakładał, iż dobra pomocowe muszą być tworzone w ramach międzysektorowej działalności, bowiem problemy społeczne są zjawiskami o złożonej, wieloaspektowej i transgranicznej genezie, a ich rozwiązywanie przekracza możliwości pojedynczych ośrodków. Ten sposób definiowania rzeczywistości społecznej stał się faktem wywierającym strukturalny nacisk na tkankę społeczną, lokalizując działania pomocowe w obszarze pozainstytucjonalnym. Stopniowo państwo opiekuńcze wycofywało się z odpowiedzialności pomocowej, w tym również odpowiedzialności za faktyczny wpływ na politykę rynku pracy, delegując je na kształtujące się społeczeństwo opiekuńcze. Pomimo kosztów, jakie ponosimy żyjąc w świecie sprywatyzowanego ryzyka, w którym globalnie tworzone problemy mają znaleźć indywidualne rozwiązania, krystalizacja społeczeństwa opiekuńczego jest procesem tyle nieuchronnym, ile absolutnie koniecznym. Bez względu na nasze preferencje i debaty, przeniesienie odpowiedzialności na obywateli staje się faktem. Klaus Dörner[160] pisał:

> Chociaż jak dotąd nikt nie potrafi powiedzieć, jak nowy system pomocy miałby wyglądać, można już teraz stwierdzić, że stary system społeczeństwa industrialnego, z jego centralnymi pryncypiami profesjonalizacji i instytucjonalizacji pomocy traci na znaczeniu. Eksplozja ogólnospołecznego zapotrzebowania na pomoc jest tak gwałtowna, że liniowy wzrost stopnia profesjonalizacji pomocy nie może już wystarczać – raczej rosnąca część tego zadania musi zostać zwrócona samym obywatelom: obywatele, czy tego chcą, czy nie, muszą się nastawić na to, aby w swoim planie tygodnia, pomiędzy czasem pracy i czasem wolnym rezerwować czas socjalny – dla osób nienależących do rodziny, czyli obcych potrzebujących pomocy, co najmniej z sąsiedztwa, co miało miejsce

[160] K. Dörner, *Zestarzeć się i umrzeć u siebie*, „Dialog" 2009, nr 16, s. 64.

we wszystkich kulturach aż do początku czasów nam współczesnych. Jest to konieczne nie tylko z powodów ekonomicznych, tak aby przynajmniej najważniejsze, nieredukowalne obszary profesjonalnej pomocy pozostały w zakresie możliwym do finansowania. O wiele bardziej konieczność ta wynika z narastającej potrzeby integracji.

Szukajmy czasu socjalnego, bowiem żadne państwo nie udźwignie narastającego zapotrzebowania na pomoc. Profesjonaliści skupieni będą na działaniach proceduralno-administracyjnych, być może margines ich aktywności obejmie superwizowanie naszych obywatelskich, pozainstytucjonalnych starań... Ludzie doświadczeni ubóstwem i cierpieniem staną się rzecznikami nowych wspólnot. Dla nich, z nimi, a właściwie wobec nich będzie się aktualizował profesjonalny etos. Ale czy tylko? Byłaby to smutna perspektywa dla rozwijającej się od ponad stu lat pracy socjalnej. Być może znajdziemy swoje miejsce w obszarach wspomnianego opiekuńczego społeczeństwa? Jednak póki co odsłonięcie światowej dominacji polityki neoliberalnej podczas kryzysu w 2008 roku stało się równocześnie odsłonięciem globalnych uwarunkowań dla lokalnych działań pomocowych i pracy socjalnej. Nowa rzeczywistość kształtowania się dualistycznego układu makroekonomicznego z udziałem Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz Chin budzi uzasadniony niepokój związany ze stopniowym korodowaniem i „zastawieniem" świata europejskich wartości w imię osiągania celów nowej światowej polityki ekonomicznej. Myślę tutaj przede wszystkim o zagrożeniu takich zasad polityki społecznej, jak: dobro wspólne, solidaryzm, subsydiarność i uczestnictwo. Ich respektowanie wspomaga bowiem tworzenie koniecznej przestrzeni wspólnej dla rozwoju każdego człowieka, umożliwia kierowanie się wolą służby człowiekowi, uwalnia energię samopomocową osób i małych grup społecznych oraz wzmacnia zdolność uczestniczenia i aktywności tych, którzy poszukują pomocy. Niszczenie politycznych zasad odpowiedzialności społecznej jest tożsame z zanikiem fundamentów pracy socjalnej. David Harvey, dyskutując nad zagadnieniami neoliberalizmu o chińskiej specyfice, pokreślił, iż autorytaryzm, odwoływanie się do nacjonalizmu oraz odżywanie nut imperializmu sugerują, że Chiny zmierzają w tym samym kierunku co potężna fala neokonserwatyzmu w USA, a to nie wróży dobrze[161].

Uwzględniając przemiany, jakim podlega globalny świat pracy, uzyskujemy nowe argumenty dla starej prawdy, iż bez względu na poziom dobrostanu danego społeczeństwa oraz jego społeczno-kulturowy rozwój zawsze pewna grupa osób ze względu na indywidualne cechy socjodemograficzne, zwiększoną ranliwość społeczną, a co z tym się wiąże – mniej korzystne usytuowanie

[161] D. Harvey, *Neoliberalizm. Historia katastrofy*, tłum. J.P. Listwan, Instytut Wydawniczy Książka i Prasa, Warszawa 2008, s. 205.

w strukturze społecznej – będzie pozbawiana możliwości pracy. Ekonomia społeczna adresowana jest właśnie do tej grupy obywateli. Z perspektywy pracy socjalnej jej istotę można opisać jako poszukiwanie alternatywy wobec wszelkich pasywnych, uzależniających i niszczących społeczną współodpowiedzialność form pomocy społecznej oraz alternatywę dla dominujących rozwiązań wolnorynkowych. Równocześnie należy jednak pamiętać, iż zamiast myśleć o społeczeństwie obywatelskim „wyłącznie jako aktywnych aktorach zmiany społecznej, można je konceptualizować także jako pasywne obiekty zmian, ściślej: kryzysu i transformacji państwa opiekuńczego, którego jest janusowym obliczem”[162]. Projekt tworzenia trzeciego sektora można analizować jako szczególny przejaw doktryny neoliberalnej, który zakłada rekonstrukcję „relacji pomiędzy zwykłym obywatelem a władzą publiczną, tak by doprowadzić do depolityzacji polityki społecznej”[163].

## 6.4. Ekonomia społeczna – definicja

Ekonomia społeczna oznacza zwykle działalność na pograniczu sektora prywatnego i publicznego prowadzoną przez grupę organizacji, na jaką składają się towarzystwa pomocy wzajemnej, stowarzyszenia oraz fundacje, w których to wartości indywidualne i społeczne dominują nad kapitałem. Może być analizowana jako specyficzna emanacja społeczeństwa obywatelskiego (trzeciego sektora), czyli systemu wspólnotowego, który cechuje się podmiotowością, zdolnością do samoprzekształcania. Renesans koncepcji społeczeństwa obywatelskiego wynika między innymi z kryzysu *welfare state* lub raczej redefinicji relacji łączącej instytucję państwa z różnymi formami społecznej reprezentacji. W okresie przejścia od dominacji państwa do hegemonii ponadpaństwowych instytucji finansowych upowszechniono wzór „człowieka-obywatela”, co miało przede wszystkim odwrócić uwagę od demontażu państw narodowych i stworzyć podmiot zdolny do przejęcia części zadań dotychczas pozostających w gestii państwa. Zmiana ta stała się przyczyną ponownego poszukiwania odpowiedzi na pytanie o sposób, w jaki uczestniczymy w życiu społecznym oraz o determinanty tegoż udziału. Celem naszej aktywności stało się zaspokajanie tych potrzeb, które nie będą zaspokojone przez sektor przedsiębiorstw wolnego rynku oraz instytucje administracji publicznej. Potrzeby te zostały powiązane z szeroko rozumianą kategorią utrzymania spójności społecznej, która obejmuje przede wszystkim tworzenie

---

[162] P.S. Załęski, *Neoliberalizm i społeczeństwo obywatelskie*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2012, s. 166.

[163] *Ibidem*, s. 169.

miejsc pracy, stymulowanie lokalnej przedsiębiorczości, a tym samym dbałość o utrzymywanie stabilności lokalnych rynków pracy[164]. Ekonomii społecznej przypisano trzy główne funkcje[165]:

- budowanie demokracji uczestniczącej poprzez nowe jakościowo powiązanie w ramach jednej instytucji zarówno więzi o charakterze społecznym, jak i ekonomicznym;
- wspieranie polityki wzrostu zatrudnienia grup szczególnie zagrożonych na rynku poprzez oferowanie nowych, elastycznych form przedsiębiorczości i rodzajów pracy, trudnych do osiągnięcia w innych sektorach i umożliwiających aktywizowanie osób, które dla publicznych służb zatrudnienia stanowią najtrudniejszą grupę klientów;
- budowanie wspólnot opartych na solidarności zamiast na zależności.

Wymienione funkcje zostały wyprowadzone z założeń zrównoważonego rozwoju, który jest spełnianiem potrzeb ekonomicznych, społecznych i środowiskowych obecnej generacji bez zagrożenia zdolności zaspokajania potrzeb następnych pokoleń.

Ekonomia społeczna definiowana jest również jako szczególny ruch społeczny współtworzony przez organizacje obywatelskie. Ruch ten, posiadając potencjał wspólnototwórczy i lokalne zakorzenienie, ponownie odkrywa takie wartości jak wzajemność, dobrowolność oraz solidarność. Jest z nim związana nadzieja na naprawę współczesnego społeczeństwa poprzez ponowne zintegrowanie aktywności gospodarczej z życiem wspólnotowym. Wolność jednostki, w tym wolność gospodarcza, musi bowiem współwystępować z jej odpowiedzialnością za siebie, rodzinę i społeczeństwo, o czym nauczał Ludwig Erhard[166], ojciec niemieckiego ordoliberalizmu i współtwórca społecznej gospodarki rynkowej. Kształtowanie etosu pracy oraz poszukiwanie aksjonormatywnych podstaw rozwoju społecznego i gospodarczego niejako z definicji powinno uwzględniać rolę rodziny, która obok zatrudnienia jest konstytutywnym elementem koherencji wspólnot ludzkich. Przy uwzględnieniu warunku koniecznego, jakim jest zaspokojenie podstawowych potrzeb tych, którzy nie mogą pracować, ekonomia społeczna jawi się jako archipelag wartości solidaryzmu społecznego, rozwoju zrównoważonego i odpowiedzialnego biznesu, archipelag będący postawą funkcjonowania społeczeństwa obywatelskiego. Rozwój przedsiębiorczości społecznej zależny jest między innymi od zachowania „bliskiego dystansu"

---

[164] B. Roelants (red.), *Dokument Przygotowawczy. Praga. Ekonomia Społeczna 2002. Rozszerzenie Ekonomii Społecznej*, Praga 24–25.10.2002, Pierwsza Europejska Konferencja na temat Ekonomii Społecznej w Europie Środkowo-Wschodniej, CECOP 2002.

[165] C. Miżejewski, *Polityka społeczna wobec sektora ekonomii społecznej*, „Polityka Społeczna" 2006, nr 5–6, s. 1–5.

[166] T. Kaczmarczyk, P. Pysz, *Ludwig Erhard i społeczna gospodarka rynkowa*, Instytut Studiów Politycznych Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 2004.

wobec mechanizmów wolnorynkowych, renesansu ruchu spółdzielczego, nowej niecharytatywnej mentalności przedstawicieli organizacji pozarządowych oraz rozwoju etosu pracy i wiedzy o rynku.

## 6.5. W poszukiwaniu polskiego modelu ekonomii społecznej

> Byłem człowiekiem odpowiedzialnym za nowy ład w tym kraju i muszę powiedzieć: przepraszam Państwa, spieprzyłem to. Bo jeżeli mamy dobrze ponad połowę ludzi żyjących na poziomie minimum egzystencji, to nasuwa się pytanie, do czego ma być ta zaimportowana przez nas gospodarka? Bo wiadomo już, że nie do tego, żeby zaspokajać różne społeczne dążenia lub potrzeby. Gospodarka u nas do tego nie służy. Z mego punktu widzenia taka gospodarka jest po prostu nieużyteczna, bo społeczeństwo jest dla tej gospodarki, a nie ona dla społeczeństwa[167].

Ta wypowiedź Jacka Kuronia z 2003 roku była i jest nadal doskonałą ilustracją potrzeby poszukiwania nowych rozwiązań dla naszej współobecności w świecie pracy. Równocześnie stanowiła jednoznaczną, emocjonalną reakcję byłego ministra pracy i polityki socjalnej na:

- niemal 20% stopę bezrobocia w ówczesnej Polsce;
- 50% wskaźnik zatrudnienia w ogólnej populacji;
- 14% wskaźnik zatrudnienia w grupie osób niepełnosprawnych;
- 12% wskaźnik skrajnego ubóstwa oraz
- narastający problem ubóstwa dzieci – sięgający prawie 25%.

Wyniki te lokalizowały nasz kraj na jednym z ostatnich miejsc w statystycznych zestawieniach dla krajów Unii Europejskiej[168]. Ekonomia społeczna miała być metodą odbudowywania podstawowych wymiarów więzi społecznej: świadomościowego oraz strukturalnego. Stanowiła równocześnie ogólną ramę teoretyczną dla wszystkich tych inicjatyw, które zakładały umacnianie więzi społecznej o charakterze zrzeszeniowym, jak również poszukiwanie nowych sposobów porządkowania lokalnych przejawów życia gospodarczego.

Praktyka ekonomii społecznej jest naturalną reakcją na konsekwencje procesów deregulacyjnych – więcej – stanowi ona przejaw fundamentalnego dla wszystkich dążenia do współdziałania i współodpowiedzialności, będących warunkami ludzkiego rozwoju. Podejmowanie działań z zakresu ekonomii społecznej można interpretować jako systemowe dążenie do stanu równowagi społecz-

---

[167] J. Kuroń, *Jacek Kuroń w rozmowie z Piotrem Najsztubem*, „Przekrój" 2003, nr 15 (3016), s. 25–26.

[168] S. Golinowska, M. Boni, *W trosce o pracę. Raport o Rozwoju Społecznym Polska 2004*, Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa 2004.

ności lokalnych w związku z faktem wycofywania się państwa ze sfery działań pomocowych.

Uogólniając, poszukiwanie polskiego modelu ekonomii społecznej to podążanie opisywaną przez Anthony'ego Giddensa[169] „trzecią drogą", na której nie ma uprawnień socjalnych bez równoczesnych zobowiązań jednostki. W tym ujęciu celem pracy socjalnej jest współtworzenie takich społecznych przestrzeni, jakie odpowiadają:

- aktualnym możliwościom i potrzebom życiowym osób wymagających pomocy, jak również
- przyjętym w konkretnej społeczności wyobrażeniom o zasadach funkcjonowania wspólnot lokalnych.

Współczesna polityka społeczna kształtuje to wyobrażenie, przyjmując, że jej punktem skupienia jest problematyka zatrudnienia, a przedmiotem zainteresowania jej realizatorów, w tym pracowników socjalnych, prawie wyłącznie relacja łącząca jednostkę z rynkiem pracy. Równocześnie podstawową barierą dla działalności praktycznej jest proces, który polega z jednej strony na stopniowym ograniczaniu liczby miejsc pracy w przedsiębiorstwach wolnorynkowych, a z drugiej strony na wzrastającej, lecz zdecydowanie nierównoważącej wspomnianego spadku liczbie tych miejsc tworzonych w trzecim sektorze. Ponadto fakt, iż środki budżetowe determinują rozwój przedsiębiorczości obywatelskiej, znacznie ogranicza optymizm zwolenników koncepcji rozwoju ekonomii społecznej. Jej przeciwnikom należy jednak przypominać – odwołując się do prawidłowości Niclasa Luhmanna[170], iż „kompensacja rodzi konieczność kompensacji" – o stale rosnących kosztach pomocy społecznej, szczególnie tych związanych z pasywnymi formami państwowej opiekuńczości. Pamiętajmy, iż trwały brak pracy i możliwości zarobkowania to najskuteczniejsza droga do utraty kapitału społecznego, a tym samym faktycznej spójności społecznej.

W opinii Ewy Leś z 2005 roku rozwój instytucji i programów nowej gospodarki społecznej i przedsiębiorczości stwarzał realną szansę przezwyciężenia w Polsce mitu gospodarki wolnorynkowej jako jedynego mechanizmu rozwoju, a także odejścia od asolidarystycznej wizji ładu społecznego[171]. Zwracam jednakże uwagę, iż promocja aktywizującej polityki jest związana z zagrożeniem urynkowienia usług społecznych, powstania quasi-biznesowej kultury w pracy socjalnej, z rynkową dyscypliną finansową w sektorze usług społecznych, rywalizacją pomiędzy profesjonalistami, praktyką poszukiwania tańszych usług (nawet kosztem pogarszania warunków pracy). Zagrożenie związane jest również

---

169 A. Giddens, *Trzecia droga...*.

170 N. Luhmann, *Teoria polityczna państwa bezpieczeństwa socjalnego*, tłum. G. Skąpska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994.

171 E. Leś, *Nowa ekonomia społeczna*, „Trzeci Sektor" 2005, nr 2, s. 44.

z potencjalnym kwestionowaniem metody pracy indywidualnej i środowiskowej jako procedur o niskiej skuteczności oraz renesansem orientacji behawioralnej, zgodnie z którą zmiana osobowościowa lub społeczna postrzegana była wyłącznie jako kwestia „socjotechniczna", a nie jako powiązana ze światem wartości lub dominującą w społeczeństwie ideologią.

Dlatego też podejmując próby promocji i odbudowy wspólnot lokalnych przy wykorzystaniu instrumentów ekonomii społecznej, należy przede wszystkim rozważyć, w jakim stopniu jesteśmy gotowi do odpowiedzialności za „ludzkie odpady postępu gospodarczego"[172], jak rozumiemy naszą powinność oraz wzajemną korzyść płynącą ze wspólnego działania. Podobną myśl wyraził Krzysztof Frysztacki, określając filozofię trzeciego sektora, w tym ekonomii społecznej, jako dążenie do uelastyczniania struktur formalnych i reguł o wymowie deterministycznej, jak również uspołecznienia ludzkiej aktywności, socjalizacji na rzecz uczestnictwa i zaangażowania, przetwarzania egoistycznego „ja" we wspólnotowe „my"[173]. Równocześnie pamiętajmy, iż zrównoważenie trzech segmentów ekonomii – prywatnego, publicznego i obywatelskiego – jest niezbędnym warunkiem ładu i rozwoju społeczno-gospodarczego, ale jest również swoistym genotypem, jaki pozostawimy następnym pokoleniom, który w znaczącym stopniu określi ich przyszły rozwój[174].

Współczesna polska debata na temat uczestnictwa zawodowego zogniskowana jest na poszukiwaniu nowych form pomocy i wsparcia dla osób funkcjonujących poza głównym nurtem życia społecznego. Zmiana sposobu myślenia i profesjonalnego działania w tym obszarze wynika z założeń tak zwanej aktywnej polityki społecznej, jak również ze złożonego splotu przyjętych w ostatnich latach regulacji prawa socjalnego oraz z definiowania i testowania innowacyjnych sposobów organizowania życia społeczno-zawodowego głównie na podstawie aktywności organizacji obywatelskich. Szczególne znaczenie w poszukiwaniu nowego paradygmatu mają również próby budowania współpracy i partnerstwa z osobami, które ze względu na doświadczane problemy wymagają szeroko rozumianego terapeutycznego wsparcia. W centrum zainteresowania profesjonalistów znajdują się pytania o odpowiedzialność jednostki za kształt własnego życia, sposoby uwalniania jej motywacji do zmiany niekorzystnej sytuacji, w jakiej się

---

172 Z. Bauman, *Życie na przemiał*, tłum. T. Kunz, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2004.

173 K. Frysztacki, *Socjologia problemów społecznych...*, s. 238.

174 Zagadnienia teoretyczne oraz działania praktyczne odnoszące się do polskiej ekonomii społecznej są tematem dwuczęściowego dokumentalnego filmu *Społeczna przedsiębiorczość w Polsce* w reżyserii Agnieszki Grubej i Stanisława Knapika, wyprodukowanego w Krakowie przez Fundację Gospodarki i Administracji Publicznej na zlecenie Fundacji Inicjatyw Społeczno-Ekonomicznych FISE w ramach projektu *PROMES – Promocja Ekonomii Społecznej* w 2008 roku. Część pierwsza opowiada o korzeniach polskiej ekonomii społecznej, druga zaś o współczesnych projektach podejmowanych przez organizacje obywatelskie w kraju.

znalazła, o sposoby odbudowywania zerwanych więzi społecznych w konkretnych środowiskach lokalnych i również, a może przede wszystkim, o te metody aktywizacji, które mają zwiększać szanse osób trwale zależnych od pomocy społecznej na uzyskanie optymalnej niezależności dzięki świadczeniu pracy i zatrudnienia. To kluczowe i fundamentalne zagadnienia również dla organizatorów środowiskowej pomocy osobom chorującym psychicznie. W centrum zainteresowania praktyków pozostaje poszukiwanie odpowiedzi na pytania o powiązania między zdrowiem psychicznym a strukturą społeczną, mechanizmami polityczno-instytucjonalnymi, ogólnymi wzorami ekonomicznymi oraz metodami redystrybucji świadczeń społecznych. Wiemy, iż stosowane dotychczas, tradycyjne, izolowane od szerszego kontekstu środowiskowego stacjonarne formy leczenia psychiatrycznego, jak również pasywne formy pomocy społecznej skutkują zwiększonym poziomem zależności i bezradności osób, które w wyniku splotu indywidualnych i środowiskowych losów utraciły zdolność do aktywnego uczestniczenia w życiu społecznym. Pomimo wrastającego od 2007 roku wskaźnika zatrudnienia osób z niepełnosprawnością w Polsce, który w roku 2011 przekroczył 26%, nadal jest on odpowiednio trzy- i dwukrotnie niższy w grupie osób ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności[175].

Zgodnie z opracowaniem zatytułowanym *Badania wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych. Raport końcowy. Część 5 z 6. Perspektywa osób chorych psychicznie*[176], sfinansowanym przez PFRON, w którym uczestniczyła grupa 479 osób niepełnosprawnych z zaburzeniami psychicznymi, odsetek osób nigdy niepracujących jest najwyższy w porównaniu z innymi grupami niepełnosprawnych (nie licząc osób z upośledzeniem umysłowym) i kształtuje się na poziomie 37%. W podgrupie osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności nigdy nie podejmowało pracy aż 48% badanych, natomiast w podgrupie ze stopniem umiarkowanym deklarację taką złożyło 32% respondentów.

Punktem skupienia programów dla osób niepełnosprawnych, w tym dla osób chorujących psychicznie, powinna być „praca" ujmowana jako miara indywidualnej godności człowieka. Wspólnotowe przesłanie aktywnej polityki społecznej, opisywanej również jako „lokalna polityka solidarności" lub „polityka wzmacniająca więzi społeczne", jest bliskie terapii społecznej, będącej moderatorem i pośrednikiem między systemem politycznym, sferą pomocową, podmiotami ekonomicznymi czy kulturowymi a osobami chorującymi psychicznie.

---

[175] Informacje z Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych: www.niepelnosprawni.gov.pl [dostęp: 18.02.2013].

[176] *Badania wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych. Raport końcowy. Część 5 z 6. Perspektywa osób chorych psychicznie*, Pentor Research International, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2009.

W Polsce w ostatnich latach został stworzony całkowicie nowy system prawnych uregulowań, dotyczący szeroko rozumianego wspierania osób wykluczonych społecznie. Jest on związany z głównymi kierunkami reformy pomocy społecznej, jakie obejmują powoływanie instytucji „aktywnej polityki społecznej", promowanie „nowej umowy społecznej" oraz kształtowanie „opiekuńczego społeczeństwa" poprzez wzmacnianie organizacji obywatelskich będących partnerami władz samorządowych.

Utrzymujący się w kraju problem bezrobocia i braku pracy, określany przez ekonomistów jako bezzatrudnieniowy wzrost gospodarczy, oraz nasilanie się polaryzacji społecznej były przyczynami zdefiniowania w 2004 roku w *Ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* (Dz.U. Nr 99, poz. 1001) nowych instrumentów polityki społecznej, między innymi prac społecznie użytecznych oraz robót publicznych. Ustawa ta jest wyrazem „troski o pracę", próbą zwiększenia szans na aktywność zawodową osób poszukujących pracy – długotrwale jej pozbawionych. Omawiając kwestie aktywizacji społeczno-zawodowej, należy podkreślić znaczenie istniejących już rozwiązań z zakresu zatrudnienia oraz rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych, takich jak: warsztaty terapii zajęciowej, zakłady aktywności zawodowej, zakłady pracy chronionej, oraz szeregu innych działań, które we współpracy z pomocą społeczną podejmują organizacje pozarządowe. W ich aktywności wykorzystywane są metody odwołujące się do „pracy" jako podstawowej wartości przenikającej wszelkie działania mające prowadzić do zwiększania integracji społecznej oraz poprawy subiektywnego poczucia jakości życia osób zagrożonych wykluczeniem, w tym chorujących psychicznie. Szczególne znaczenie dla projektowania innowacyjnych rozwiązań w tym zakresie mają zapisy *Ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie* (Dz.U. Nr 96, poz. 873), będącej emanacją zasady pomocniczości, która polega na tak zwanej pomocy dla samopomocy. Oznacza to, że społeczność większa pomaga społeczności mniejszej doraźnie i mobilizująco, ale nie wyręcza jej i nie zastępuje. Zakłada się zatem konieczność rozgraniczenia zadań i odpowiedzialności w ten sposób, aby społeczności większe w relacji do wspólnot mniejszych nie tylko nie przekraczały swoich kompetencji, ale także szanowały ich autonomię. Nie chodzi o państwo, które ustala i panuje nad wszystkim, natomiast o takie, które wielkodusznie uzna i wesprze, w duchu pomocniczości, inicjatywy podejmowane przez różnorakie siły społeczne, łączące w sobie spontaniczność i bliskość z ludźmi potrzebującymi pomocy[177]. Kontynuacją przyjętej polityki społecznej było przyjęcie *Ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym* (Dz.U. Nr 122, poz. 1143), definiującej funkcjonowanie centrów i klubów integracji społecznej

[177] S. Dziwisz, *Miłością mocni*, Wydawnictwo św. Stanisława BM Archidiecezji Krakowskiej, Kraków 2006, s. 108–109.

oraz koncepcję zatrudnienia wspieranego, jak również *Ustawy z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych* (Dz.U. Nr 94, poz. 651).

Rozwiązania legislacyjne wprowadzone w Polsce w latach 2003–2006, w powiązaniu z już istniejącymi unormowaniami prawnymi, dotyczącymi szeroko rozumianej aktywizacji społeczno-zawodowej, stworzyły podstawy dla innowacyjnych instrumentów pomocy oraz wskazały na znaczenie organizacji obywatelskich w działaniach na rzecz spójności społecznej. Nastąpił wtedy dalszy rozwój systemu wsparcia społecznego, który ułatwia zaspokojenie podstawowych potrzeb bytowych, zapewnia dostęp do terapii społecznej, gwarantuje uzyskanie pomocy w sytuacjach kryzysowych, ułatwia identyfikację naturalnych i profesjonalnych zasobów, sprzyja koordynacji świadczeń oraz pomaga w odszukaniu osób wymagających pomocy.

Bez wątpienia wariant aktywnej polityki społecznej zdynamizował rozwój pracy socjalnej świadczonej osobom chorującym psychicznie. W ramach środowiskowych domów samopomocy, wspomnianych warsztatów terapii zajęciowej oraz zakładów aktywności zawodowej tworzone były wzory działania odpowiadające na potrzeby osób zdrowiejących z chorób psychicznych. Są to potrzeby związane ze wsparciem oraz samopomocą, rehabilitacją społeczną i zawodową, mieszkaniem, ale również – a może przede wszystkim – pracą i zatrudnieniem.

# 7

# Projekty pracy i zatrudniania osób chorujących psychicznie

Nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób praca wpływa na objawy choroby psychicznej. Bezsprzecznie jednak ów wpływ jest bardzo spektakularny, co zaobserwowano we wszystkich programach opieki psychiatrycznej, w których praca została odpowiednio zintegrowana z szerszym systemem leczenia i rehabilitacji chorych. Organizacja różnych form wsparcia społecznego-zawodowego powinna się odbywać na poziomie samorządowym, przy bliskim współdziałaniu pracowników opieki psychiatrycznej z ośrodkami pomocy społecznej, urzędami pracy i środowiskami osób chorujących. Konieczne są ogólnopolskie inicjatywy tworzenia regionalnych programów ochrony zdrowia psychicznego, których celem jest udział osób po kryzysach psychicznych w życiu społecznym, a szczególnie w istotnej jego części, jaką jest praca. Wzrost znaczenia lokalnej polityki społecznej jest powiązany z procesem decentralizacji funkcji opiekuńczych państwa. Nie wszystkie problemy społeczne powinny jednak zostać wyłączone spod ochronnej funkcji rządowej administracji. Tak jest w odniesieniu na przykład do problemów ubóstwa sprzęgniętego z zaburzeniami zdrowia psychicznego, które mogą być skutecznie rozwiązywane tylko i wyłącznie przy umiejętnej kompozycji wsparcia płynącego ze szczebla centralnego oraz wynikającego z lokalnych inicjatyw. Popieranie decentralizacji powinno się opierać na rzetelnej diagnozie problemu prowadzonej w skali makro oraz odnoszącej się do możliwości i ograniczeń konkretnych środowisk lokalnych. Na szczególne podkreślenie zasługuje problem zachowania równowagi pomiędzy decentralizacją zadań z obszaru pomocowego a zasobnością ekonomiczną gminy lub powiatu. Ponadto proces ten jest powiązany z koniecznością prowadzenia badań ewaluacyjnych opisujących proces przejmowania odpowiedzialności przez wspólnoty lokalne za problemy, których źródła wykraczają daleko poza ich granice.

## 7.1. Instytucjonalna mapa polskich projektów pracy

Na instytucjonalnej mapie rozwiązań z zakresu aktywizacji zawodowej pierwszoplanową rolę przyznaje się organizacjom obywatelskim. Ich funkcja polega na podejmowaniu działań ukierunkowanych na tworzenie w środowisku lokalnym konkretnych programów, których cele sprowadzają się do: 1) wzrostu poziomu przygotowania do aktywności zarobkowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz tych, u których wystąpiły psychospołeczne konsekwencje długotrwałego braku pracy, a także 2) zatrudniania tej kategorii osób w tak zwanych warunkach wspieranych, tworzonych w ramach zróżnicowanych projektów pracy, lub też poszukiwaniu możliwości zatrudniania wspieranego na otwartym rynku.

Szczególne znaczenie mają tutaj zapisy *Ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie* (Dz.U. Nr 96, poz. 873), definiujące między innymi kwestie dotyczące podejmowania odpłatnej i nieodpłatnej działalności statutowej, które umożliwią stowarzyszeniom, fundacjom, związkom charytatywnym aktywność na pograniczu działalności gospodarczej.

Nowe i szeroko dyskutowane w środowisku praktyków formy aktywizacji społeczno-zawodowej[178] to przede wszystkim: kluby integracji społecznej, centra integracji społecznej oraz spółdzielnie socjalne.

Klub integracji społecznej może organizować i prowadzić w szczególności: 1) programy zatrudnienia tymczasowego mające na celu pomoc w znalezieniu pracy na czas określony lub na czas wykonania określonej pracy, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy u pracodawców, wykonywania usług na podstawie umów cywilnoprawnych oraz przygotowanie do podjęcia zatrudnienia, 2) poradnictwo prawne, 3) działalność samopomocową w zakresie zatrudnienia, spraw mieszkaniowych i socjalnych.

Centrum integracji społecznej jest natomiast jednostką organizacyjną realizującą reintegrację zawodową i społeczną przez między innymi następujące usługi: 1) kształcenie umiejętności pozwalających na pełnienie ról społecznych i osiąganie pozycji społecznych dostępnych osobom niepodlegającym wykluczeniu społecznemu, 2) nabywanie umiejętności zawodowych oraz przyuczenie do zawodu, przekwalifikowanie lub podwyższanie kwalifikacji zawodowych, 3) naukę planowania życia i zaspokajania potrzeb osobistym staraniem, zwłaszcza przez możliwość osiągnięcia własnych dochodów przez zatrudnienie lub działalność gospodarczą. W ramach reintegracji zawodowej centrum może prowadzić działalność wytwórczą, handlową lub usługową oraz działalność wytwórczą w rolnictwie, która nie stanowi działalności gospodarczej.

---

[178] M. Baron-Wiaterek, *Przedsiębiorstwa społeczne na rynku pracy* [w:] K. Głąbicka (red.), *Polska polityka społeczna wobec wyzwań spójności społeczno-ekonomicznej UE*, Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej, Wydział Ekonomiczny Politechniki Radomskiej, Radom 2007.

Istotą ostatniej z wymienionych form, czyli spółdzielni socjalnych, jest prowadzenie przedsiębiorstwa na podstawie pracy jej członków. Spółdzielnia socjalna działa na rzecz: 1) społecznej reintegracji, przez co należy rozumieć odbudowywanie i podtrzymanie umiejętności uczestniczenia w życiu społeczności lokalnej i pełnienia funkcji społecznych w miejscu pracy, zamieszkania lub pobytu, 2) zawodowej reintegracji definiowanej jako odzyskiwanie zdolności do samodzielnego świadczenia pracy. Spółdzielnia socjalna może prowadzić działalność społeczną i oświatowo-kulturową na rzecz swoich członków oraz ich środowiska lokalnego, a także działalność społecznie użyteczną w sferze zadań publicznych państwa. Na podkreślenie zasługują również roboty publiczne[179] oraz wysoko oceniane przez praktyków prace społecznie użyteczne. Oznaczają one prace wykonywane przez bezrobotnych nieposiadających już prawa do zasiłku bądź też tych, którzy go nie nabyli. Prace organizują gminy w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, organizacjach lub instytucjach statutowo zajmujących się pomocą charytatywną, a także działalnością na rzecz społeczności lokalnej; prace te mają służyć wsparciu lokalnych społeczności, nie służą natomiast maksymalizacji zysku.

W tym miejscu pragnę zwrócić uwagę, iż stosowanie przez pracowników psychiatrii środowiskowej wymienionych nowych form wymaga od nich umiejętności budowania partnerskich relacji z osobami wymagającymi pomocy, stymulowania samopomocy, promowania i tworzenia realnych rozwiązań oraz posiadania podstawowych kompetencji w zakresie terapii społecznej, edukacji zawodowej, inicjowania przedsiębiorczości społecznej. Konieczna jest również praca zgodna z – promowanym we współczesnej polityce społecznej – podejściem międzysektorowym. Bez tego kanonu kompetencji kluczowych trudno sobie wyobrazić, że wprowadzane w Polsce nowe rozwiązania będą faktycznie sprzyjały integracji osób z głębokimi problemami psychicznymi.

Promowane nowe rozwiązania w zakresie aktywizacji społeczno-zawodowej stanowią wartościowe uzupełnienie istniejącej od wielu lat oferty rehabilitacyjnej adresowanej przede wszystkim do osób niepełnosprawnych z problemami psychicznymi. Wspomniana oferta to warsztaty terapii zajęciowej oraz zakłady aktywności zawodowej (zob. rycina 4). Do tych instytucji powinniśmy zdecydowanie się odwoływać, planując leczenie i rehabilitację osób chorujących

[179] Roboty publiczne – zatrudnienie bezrobotnego w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy przy wykonywaniu prac mających na celu reintegrację zawodową i społeczną, określoną na podstawie przepisów o zatrudnieniu socjalnym, organizowane przez ośrodki pomocy społecznej lub organizacje pozarządowe statutowo zajmujące się między innymi problematyką ochrony środowiska, kultury, oświaty, sportu i turystyki, opieki zdrowotnej, bezrobocia oraz pomocy społecznej, jeżeli prace te są finansowane lub dofinansowane ze środków samorządu terytorialnego, budżetu państwa, funduszy celowych, organizacji pozarządowych.

psychicznie. Należy wspomnieć również o zakładach pracy chronionej (ZPCh), będących uzupełniającym ogniwem tak zwanej polskiej szkoły rehabilitacji społeczno-zawodowej, jednak już na wstępie określam ich funkcję wobec osób chorujących psychicznie jako zdecydowanie ograniczoną.

**Podstawowe formy aktywizacji i rehabilitacji społeczno-zawodowej:**

- kluby integracji społecznej
- centra integracji społecznej
- prace społecznie użyteczne
- roboty publiczne
- warsztaty terapii zajęciowej

**Miejsca zatrudnienia i rehabilitacji społeczno-zawodowej:**

**W ramach chronionego rynku pracy:**

- zakłady aktywności zawodowej
- zakłady pracy chronionej

**W ramach otwartego rynku pracy:**

- spółdzielnie socjalne
- przedsiębiorstwa społeczne podejmujące działalność pożytku publicznego lub działalność gospodarczą

**Rycina 4. Projekty pracy i zatrudniania osób chorujących psychicznie w Polsce**

Źródło: *opracowanie własne*.

Pierwsze warsztaty terapii zajęciowej (WTZ) były organizowane w Polsce już w 1992 roku. Oznaczają one wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo placówkę stwarzającą osobom niepełnosprawnym aktualnie niezdolnym do podjęcia pracy możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskiwania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia. Realizacja tego celu odbywa się przy zastosowaniu technik terapii zajęciowej zmierzających do rozwijania umiejętności wykonywania czynności życia codziennego oraz zaradności osobistej, psychofizycznych sprawności, a także podstawowych i specjalistycznych umiejętności zawodowych umożliwiających uczestnictwo w szkoleniu zawodowym albo podjęcie pracy.

W warsztacie działa rada programowa, która dokonuje okresowej oraz kompleksowej oceny realizacji indywidualnego programu rehabilitacji uczestnika warsztatu nie rzadziej niż co trzy lata, a także zajmuje stanowisko w kwestii osiągniętych przez niego postępów w rehabilitacji, uzasadniających:

- podjęcie zatrudnienia i kontynuowanie rehabilitacji zawodowej w warunkach pracy chronionej lub na przystosowanym stanowisku pracy;
- potrzebę skierowania osoby niepełnosprawnej do ośrodka wsparcia, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, ze względu na brak postępów w rehabilitacji i złe rokowania co do możliwości osiągnięcia postępów uzasadniających podjęcie zatrudnienia i kontynuowanie rehabilitacji

zawodowej w warunkach pracy chronionej lub na rynku pracy po odbyciu dalszej rehabilitacji w warsztacie;
- przedłużenie uczestnictwa w terapii ze względu na: a) pozytywne rokowania co do przyszłych postępów w rehabilitacji umożliwiających podjęcie zatrudnienia i kontynuowanie rehabilitacji zawodowej w warunkach pracy chronionej lub na rynku pracy, lub też b) okresowy brak możliwości podjęcia zatrudnienia albo c) okresowy brak możliwości skierowania osoby niepełnosprawnej do ośrodka wsparcia.

Skutkiem terapii zajęciowej i społecznego funkcjonowania w warsztacie powinny być: poprawa sprawności psychomotorycznej, rozwój społeczny, wyrobienie nawyków wytrwałości w pracy, a także opanowanie różnorodnych technik z nią związanych. Stopniowe, planowe przekierowanie aktywności uczestników od terapii ku pracy powinno mieć na celu zwiększenie szans uczestników na podjęcie zatrudnienia w warunkach pracy chronionej, a także na otwartym rynku. Wskazanie do uczestnictwa w terapii zajęciowej musi zostać zawarte w orzeczeniu kwalifikującym orzekaną osobę do znacznego stopnia niepełnosprawności bez względu na jego przyczynę albo do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności wyłącznie z powodu upośledzenia umysłowego lub choroby psychicznej i dotyczy osoby niezdolnej do podjęcia pracy zarobkowej, ale w stosunku do której istnieją pomyślne rokowania, iż w wyniku oddziaływań rehabilitacyjnych i terapeutycznych opanuje ona podstawowy repertuar umiejętności i sprawności niezbędnych dla włączenia w proces pracy.

Ze względu na stopień niepełnosprawności rehabilitowanych osób uczestniczenie w wieloletnich indywidualnych programach terapii zajęciowej jest dla nich często jedyną możliwą formą aktywnego spędzania czasu, komplementarną do prowadzonego leczenia psychiatrycznego. Ostateczny i najbardziej wymierny efekt rehabilitacji, jakim jest podjęcie i utrzymanie zatrudnienia, staje się udziałem nielicznej grupy chorych.

W kraju działa ponad 650 warsztatów terapii zajęciowej, które obejmują rehabilitacją około 20 tysięcy osób niepełnosprawnych. Analiza funkcjonowania WTZ przeprowadzona w 2008 roku[180] dostarczyła informacji, iż osoby z upośledzeniem umysłowym stanowią ponad połowę uczestników warsztatów (56%). Porównując te wyniki do danych za 2005 rok, autorzy raportu zwracają uwagę na fakt, iż udział w warsztatach osób z upośledzeniem umysłowym spadł o 8 punktów procentowych (z 64% w 2005 roku do 56% w 2008 roku). Warto również podkreślić, iż drugą co do częstości występowania wśród uczestników warsztatów przyczyną

[180] *Analiza działalności warsztatów terapii zajęciowej w 2008 roku. Raport z badania zrealizowanego przez Centrum Badań Marketingowych INDICATOR dla Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2009.

niepełnosprawności są choroby psychiczne (18%). Dane z roku 2008 informują o wzroście uczestniczenia w WTZ osób z chorobami psychicznymi o 5 punktów procentowych (z 13% w 2005 roku do 18% w 2008 roku).

Wbrew intencjom ustawodawcy określonym już w pierwszym rozporządzeniu w sprawie szczegółowych zasad tworzenia, działania i finansowania warsztatów terapii zajęciowej z roku 1992[181], instytucje te nie są zintegrowane z chronionym rynkiem pracy. Znaczącą większością pierwszych polskich warsztatów zarządzały instytucje opieki zdrowotnej i kształtujące się organizacje obywatelskie, których celem nie było kreowanie przedsięwzięć gospodarczych, nie wspominając już o szansach tychże organizacji na ekspansję rynkową. Od wielu lat mamy do czynienia z problemem braku ciągłości pomiędzy rehabilitacją społeczno-zawodową w warsztatach a rehabilitacją zawodową, która powinna być podejmowana między innymi przez zakłady pracy chronionej.

Z problemem zatrudniania osób niepełnosprawnych psychicznie nie poradziły sobie zakłady pracy chronionej (ZPCh), zatrudniające ponad 122 tysiące pracowników. Istniejący system dofinansowań do wynagrodzeń dla chorujących psychicznie – korzystniejszy w porównaniu z innymi grupami niepełnosprawnych – od lat nie powoduje istotnej zmiany w poziomie zatrudniania w ZPCh tej kategorii niepełnosprawnych. Zgodnie z danymi z raportu PFRON[182] z lat 2005–2006 wynosi on 8,1%, co oznacza 9858 zatrudnionych osób z problemami psychicznymi, w tym ze stopniem znacznym i umiarkowanym – odpowiednio 197 i 4631 osób[183].

Brak miejsc pracy dla chorujących psychicznie jest szczególnie dotkliwy, ponieważ rehabilitacja społeczno-zawodowa w psychiatrii ma swój sens, kiedy istnieje stała współpraca między placówką rehabilitacyjną a zakładami pracy gotowymi zaoferować chorującym stabilne zatrudnienie. Odpowiedzią na to szczególne zapotrzebowanie środowiska osób związanych z niepełnosprawnością było wprowadzenie w życie *Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 21 stycznia 2000 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej* (Dz.U. Nr 6, poz. 77).

---

[181] Nieobowiązujące już *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 8 września 1992 r. w sprawie zasad tworzenia, działania i finansowania warsztatów terapii zajęciowej* (Dz.U. Nr 71, poz. 357).

[182] M. Szymczak, *Zakłady Pracy Chronionej w latach 2005–2006*, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2008.

[183] Podobnie nieskuteczne okazały się zapisy o wymaganych minimalnych odsetkach zatrudnionych w ZPCh pracowników niepełnosprawnych, zgodnie z którymi wskaźnik ten wynosi: 1) co najmniej 40%, a w tym co najmniej 10% ogółu zatrudnionych stanowią osoby zaliczone do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, 2) co najmniej 30% osób niewidomych lub psychicznie chorych, albo upośledzonych umysłowo, zaliczonych do znacznego albo umiarkowanego stopnia niepełnosprawności.

Podstawowym celem działalności zakładów aktywności zawodowej (ZAZ) jest zatrudnienie i rehabilitacja zawodowa osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, jak również przygotowanie ich w miarę możliwości do samodzielnego życia i funkcjonowania w społeczeństwie. W ZAZ – podobnie jak w warsztatach terapii zajęciowej – prowadzona jest rehabilitacja społeczna, zawodowa i lecznicza, z tą jednak różnicą, że główny nacisk kierowany jest na rehabilitację zawodową. Zakład aktywności zawodowej umożliwia prowadzenie działalności gospodarczej w obszarze rehabilitacyjnym.

Gmina, powiat oraz fundacja, stowarzyszenie lub inna organizacja społeczna, której statutowym zadaniem jest rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych, może utworzyć wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo jednostkę i uzyskać dla tej jednostki status zakładu aktywności zawodowej, jeżeli co najmniej 70% osób zatrudnionych w tej jednostce stanowią osoby niepełnosprawne, zaliczone do znacznego stopnia niepełnosprawności lub zakwalifikowane do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną, w tym osób, w stosunku do których rada programowa warsztatu terapii zajęciowej zajęła stanowisko uzasadniające podjęcie zatrudnienia i kontynuowanie rehabilitacji zawodowej w warunkach pracy chronionej. W kraju funkcjonuje prawie 60 zakładów aktywności zawodowej. Pod koniec 2008 roku zatrudniały one 1903 osoby niepełnosprawne, z czego 23% stanowiła podgrupa niepełnosprawnych z powodu chorób psychicznych[184].

Z perspektywy rozwoju wspólnot lokalnych i środowiskowo zorientowanej psychiatrii ważną funkcją zakładów aktywności zawodowej jest wypracowanie dobrych praktyk promujących rozwój inicjatyw społeczno-gospodarczych. Ich celem ma być zatrudnianie osób niepełnosprawnych, w tym z powodu chorób psychicznych. Inicjatywy te określamy jako przedsiębiorstwa społeczne (PS). Ważną kwestią jest określenie profilu działalności gospodarczej planowanych inicjatyw, a tym samym poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, jaką pracę mogą podejmować osoby chorujące psychicznie. Często posługujemy się uproszczeniami, próbując stworzyć kategorię prac możliwych i dostosowanych do stanu zdrowia psychicznego przyszłych pracowników. Interesującą analizę w tym zakresie przedstawili David Mechanic, Scott Bilder i Donna McAlpine[185]. Ich ustalenia opublikowane w roku 2002, których podstawą było przeprowadzone w latach 1994–1995 badanie nad uwarunkowaniami niepełnosprawności w Stanach Zjednoczonych, jednoznacznie

---

[184] *Zakłady Aktywności Zawodowej. Raport z badania*, TNS OBOP dla Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2009.

[185] D. Mechanic, S. Bilder, D. McAlpine, *Employing Persons With Serious Mental Illness*, „Health Affairs" 2002, t. 21, nr 5, s. 242–253.

dowodzą, iż pracownicy chorujący psychicznie, włączając również tych wykazujących poważne zaburzenia psychotyczne, zajmują podobne stanowiska pracy jak osoby zdrowe (zob. tabela 3).

**Tabela 3. Kategorie zawodowe zatrudnionych osób chorujących i niechorujących psychicznie**

| Kategoria zawodowa | Osoby z poważną chorobą psychiczną (n = 398) | Osoby z lżejszą chorobą psychiczną (n = 1979) | Osoby bez zaburzeń psychicznych (n = 87620) |
|---|---|---|---|
| **Zarządzanie i administracja – stanowiska kierownicze** | 11,3% | 12,0% | 14,2% |
| **Wolne zawody** | 11,9% | 15,9% | 15,0% |
| **Sprzedawcy** | 8,5% | 10,3% | 11,2% |
| **Pomoc administracyjna** | 14,8% | 17,2% | 14,6% |
| **Usługi** | 18,2% | 14,4% | 10,5% |
| **Ochrona** | 1,7% | 1,6% | 1,9% |
| **Produkcja, rzemiosło, operatorzy maszyn, monterzy** | 18,2% | 14,6% | 16,7% |
| **Transport, pomocnicy, robotnicy** | 8,2% | 6,3% | 7,8% |
| **Inne** | 7,2% | 7,7% | 8,1% |

Źródło: *opracowanie własne.*

Należy podkreślić, że osoby chorujące psychicznie pracują również na stanowiskach wymagających wysokich kompetencji zawodowych i społecznych. Na szczególną uwagę zasługuje koncentracja pracowników chorujących w zawodach związanych ze świadczeniem usług (z wyłączeniem tych związanych z ochroną i opieką nad gospodarstwem domowym). Informacja ta stanowi ważną przesłankę przy planowaniu przedsiębiorstwa społecznego, którego celem jest tworzenie miejsc pracy dla osób chorujących. Jednakże, biorąc pod uwagę uzyskany w badaniu równomierny rozkład pracowników we wszystkich kategoriach zawodowych, należy jednoznacznie stwierdzić, iż nie ma „specjalnego miejsca pracy" dla chorującego pracownika. Stanowisko to ma być przede wszystkim dostosowane do jego poziomu wykształcenia i przygotowania zawodowego. Autorzy cytowanego raportu podkreślają, że kluczowym predyktorem możliwości zatrudnienia i utrzymania pracy na stanowiskach kierowniczych zawiązanych z zarządzaniem i administracją jest poziom wykształcenia. Poziom wykształcenia determinuje także prawdopodobieństwo znalezienia

pracy. Osoby chorujące psychicznie legitymujące się wyższym wykształceniem mają od dwóch do pięciu razy większą szansę na zatrudnienie aniżeli osoby, które go nie posiadają. Mimo jednoznacznych dowodów, iż chorujący psychicznie mogą pracować w różnych zawodach, nadal większość projektów rehabilitacyjnych jest ukierunkowanych na oferowanie chorującym pracy mniej wymagającej, nisko płatnej i związanej ze świadczeniem prostych usług, co może wpływać na obniżanie ich motywacji do pracy i poziomu funkcjonowania zawodowego.

Przedsiębiorstwa (PS) są jednostkami gospodarczymi ekonomii społecznej stworzonymi w celu zapewnienia pracy osobom mającym znaczne trudności w funkcjonowaniu na otwartym rynku pracy. Wypełniają swoją misję społeczną poprzez produkcję poszukiwanych na rynku dóbr i świadczenie usług. Ich cena nie musi być podyktowana warunkami rynku. Warunkiem koniecznym jest jednak wypracowanie dochodu potrzebnego do opłacenia zatrudnionych pracowników. Równocześnie przedsiębiorstwa te, prowadząc działalność gospodarczą, respektują specyficzne potrzeby zatrudnionych osób.

Podstawową różnicą pomiędzy przedsiębiorstwami społecznymi a innymi podmiotami gospodarczymi jest liczba zatrudnionych osób niepełnosprawnych rynkowo. Stanowią one średnio 30–60% wszystkich pracowników. Pensje zatrudnionych są wypłacane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i faktycznym wkładem pracy. Zadaniem PS jest integracja osób pracujących za wynagrodzenie i wolontariuszy, łączenie działalności gospodarczej z rehabilitacyjną, szkoleniami zawodowymi oraz innymi inicjatywami, których celem jest pomoc i wsparcie dla osób niepełnosprawnych. Przedsiębiorstwem społecznym może być każda działalność gospodarcza, której głównym celem jest propagowanie ekonomicznej i społecznej integracji ludzi długotrwale wyłączanych z rynku. Pojedyncze polskie przykłady przedsiębiorstw społecznych zatrudniających osoby z zaburzeniami psychicznymi to między innymi:

- pierwsza w kraju, powstała w połowie lat 90. ubiegłego stulecia firma społeczna *Kawiarnia Miodowa 9* zarządzana przez Krakowską Fundację „Hamlet";
- wzór rehabilitacji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie *Pensjonat i Restauracja „U Pana Cogito"* prowadzone przez Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne";
- krakowski *Ośrodek Recepcyjno-Szkoleniowy „Zielony Dół"* prowadzony przez Laboratorium Cogito Spółka z o.o., której właścicielem jest Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej;
- przejaw obywatelskiego zaangażowania radomskich rodzin osób chorujących psychicznie, przekuty w *Gospodę Jaskółeczka*, w której zatrudnienie znalazło ponad 20 osób chorujących psychicznie;

- firma *EKON* zatrudniająca kilkaset osób z zaburzeniami psychicznymi, będąca ogólnokrajowym sukcesem wypracowanym w Warszawie przez Stowarzyszenie Niepełnosprawni dla Środowiska „EKON";
- firma społeczna *Kłos* w Jedliczach, będąca inicjatywą gospodarczą Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych z Łodzi, bazująca na wieloletnim doświadczeniu rehabilitacyjnym i leczniczym członków tej organizacji.

**Dobra praktyka: Gospoda Jaskółeczka**

„Przedsiębiorstwo Społeczne *Gospoda Jaskółeczka* już w fazie planów miało być jednym z niewielu lokali serwujących typowe posiłki domowe. Po pięciu latach działalności z dumą możemy powiedzieć, iż nasze założenia zostały zrealizowane. Każdy pojawiający się na talerzu posiłek jest swoistym dziełem sztuki wykonanym przez osoby potrafiące i kochające gotować, a także szanujące odbiorców swoich dzieł. Przedsiębiorstwo to pewnego rodzaju firma rodzinna – tworzą ją osoby mocno związane z sobą, tworzące Stowarzyszenie „Wzajemna Pomoc". Zaufanie, jakim darzymy się nawzajem, sympatia oraz wspólne ustalanie pewnych reguł i zasad sprzyjają komfortowi pracy i harmonijnemu rozwojowi firmy. Ponieważ większość osób pracuje w niej od samego początku, zależy im na wspólnym sukcesie oraz stałym rozwoju zawodowym. Nasi pracownicy, rozpoczynający swoją drogę zawodową z bardzo trudnej pozycji – osób wykluczonych z rynku pracy z uwagi na swoje problemy ze zdrowiem psychicznym – dziś uzyskali samodzielność finansową, możliwość rozwoju zawodowego, pełnienia różnorodnych ról społecznych oraz mają szansę na spełnianie swoich marzeń i osobistych planów. Beneficjenci odgrywają kluczową rolę we właściwym funkcjonowaniu przedsiębiorstwa. Ponieważ *Gospoda Jaskółeczka* powstała z myślą o nich, angażowani byli do wszelkiego rodzaju prac, począwszy od przeprowadzania badań rynkowych, po wymyślenie nazwy, logo, dobieranie elementów wystroju i zastawy stołowej. Naszym celem było utworzenie jak najsilniejszej więzi między beneficjentami a firmą, ponieważ zależało nam, aby pracownicy mieli świadomość, że to właśnie oni tworzą jej wizerunek. Przyniosło to oczywiście oczekiwane rezultaty. Beneficjenci czują się odpowiedzialni za przedsiębiorstwo, angażują się w swoją pracę, ale również podejmują działania na zasadzie wolontariatu, wykonując pewne prace społeczne, na przykład odmalowanie sali konsumpcyjnej, drobne naprawy"[186].

[186] J. Gierduszewska, *Przedsiębiorstwo Społeczne „Gospoda Jaskółeczka"*, materiał niepublikowany, Radom, 2013. Wartościowe artykuły opisujące polskie projekty pracy osób chorujących psychicznie zawierają publikacje: A. Cechnicki, H. Kaszyński (red.), *Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna, Przyszłość pracy dla osób chorujących psychicznie*, Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, Kraków 2005; H. Kaszyński, A. Cechnicki (red.), *Praca, zdrowie psychiczne, ekonomia społeczna. W poszukiwaniu inspiracji dla praktyki*, Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, Kraków 2007.

Rozwijające się w Polsce przedsiębiorstwa społeczne są ważnym ogniwem w procesie zdrowienia i włączania społecznego osób chorujących psychicznie. Równocześnie stanowią jedną z bardziej efektywnych metod transferu środków przeznaczanych na działania utrwalające wyniki leczenia psychiatrycznego oraz stanowiące niezbędne uzupełnienie dostępnych w psychiatrii i pomocy społecznej sposobów walki z szeroko rozumianym ubóstwem coraz liczniejszej grupy osób szukających wsparcia w radzeniu sobie z zaburzeniami psychicznymi.

Przedsiębiorstwa społeczne – podobnie jak inne formy pracy i zatrudnienia skupione na osobach chorujących psychicznie – mają swoich krytyków[187]. Zwracają oni uwagę, że te „specjalne projekty" są odizolowane od warunków otwartego rynku, tym samym ograniczają szanse osób chorujących psychicznie na powrót do pracy poza instytucjami szeroko rozumianej psychiatrii i pomocy społecznej.

Istnieje spora liczba doniesień badawczych[188], zgodnie z którymi większość chorych psychicznie może uzyskać zatrudnienie na otwartym rynku pracy, pod warunkiem że stosowany będzie tak zwany model zatrudnienia wspieranego, przewidujący udział w procesie adaptacji i utrzymywania pracy indywidualnego trenera pracy[189]. Większość wniosków z badań w tym obszarze skupia się wokół dwóch konkluzji. Pierwsza z nich uzależnia możliwość uzyskania przez osoby chorujące zatrudnienia od zaangażowania się terapeutów w bezpośrednią pomoc chorym, aby uzyskali oni pracę w warunkach konkurencyjnych. Zgodnie z drugą konstatacją, wszelkie formy poradnictwa, szkolenia zawodowego i nauki umiejętności społeczno-zawodowych nie są istotnie powiązane z faktem podejmowania przez chorych pracy. Wyniki tych badań, kwestionując tradycyjny sposób myślenia o rehabilitacji, wspierają ideę, iż integracja jest lepszym rozwiązaniem niż segregacja, i zmuszają do refleksji. Jednakże dzisiaj, w związku z kryzysem ekonomicznym, argumenty zwolenników zatrudnienia wspieranego wyraźnie przycichły. Niemniej należy nadal poszukiwać takich metod promocji zdrowia psychicznego, które umożliwią osobom chorującym utrzymywanie się na otwartym rynku pracy.

---

187 J.A. Cook, L.A. Razzano, *Vocational Rehabilitation for Person with Schizophrenia: Recent Research and Implication for Practice*, „Schizophrenia Bulletin" 2000, nr 1, s. 87–103.

188 Zob.: J. Schneider, *Employment Support in the UK: Where Are We Now?* [w:] B. Grove, J. Secker, P. Seebohm (red.), *New Thinking about Mental Health and Employment*, Radcliffe Publishing, Oxford 2005, s. 59.

189 A. Wiśniewska, *Praca – normalna sprawa. Model pracy trenera zatrudnienia wspieranego z osobami z niepełnosprawnością*, Wydawnictwo Alatus, Kraków 2010; J. Rogers, *Coaching*, tłum. K. Konarowska, D. Porażka, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2010.

## 7.2. Podstawowe uwarunkowania projektów pracy

W mojej opinii wyposażanie ludzi we władzę i uprawnienia jako pożądany wynik oddziaływań terapeutycznych bez rozwiązania kwestii dostępu do pracy wydaje się mało prawdopodobne. Jednakże – co podkreślam z całą mocą – rozwojowi pracy socjalnej zagrażają wszelkie działania pozbawione głębszej refleksji nad ich uwarunkowaniami i odległymi w czasie konsekwencjami. Dlatego też należy podkreślić, iż opisywana przeze mnie wizja rozwoju pracy socjalnej, powiązana z modelami ekonomii społecznej i państwa aktywizującego, niesie z sobą zagrożenie dla funkcjonowania tych instytucji pomocy, które sytuują się niejako na marginesie głównego nurtu polityki społecznej, tym samym zagrożone są uprawnienia korzystających z nich osób. Profesjonalna odpowiedzialność pracowników socjalnych polega na trosce również o tych, którzy nie, jeszcze nie lub ponownie nie są zdolni do pracy, bowiem z rzeczników spójności społecznej nie możemy stać się promotorami dyskryminacji tych grup, jakie mogą zostać określone jako niewypełniające umowy o zaangażowaniu i współpracy. Istotą pracy socjalnej i szeroko rozumianej terapii społecznej jest utrzymywanie integralności społeczeństwa poprzez stymulowanie rozwoju i wspieranie wszelkich przejawów międzyludzkiej pomocy – również tych niezwiązanych z pracą i aktywnością ekonomiczną, ponieważ życie ma do zaoferowania znacznie większą różnorodność celów.

Analizując proces wdrażania projektów socjalnych na rzecz pracy osób chorujących psychicznie, należy wskazać na trzy jego uwarunkowania: organizacyjne, programowe i polityczne. Pierwsze związane jest z konkretnymi instytucjami funkcjonującymi w obszarze aktywizacji społeczno-zawodowej, drugie dotyczy refleksji nad dominującym programem pracy rehabilitacyjnej z osobami chorującymi psychicznie, natomiast trzecie odnosi się do umocowania tych instytucji w ramach politycznego dyskursu.

Funkcjonowanie poszczególnych projektów socjalnych zależy od integracji zróżnicowanych instrumentów rehabilitacyjnych, pomocy społecznej, rynku pracy oraz ochrony zdrowia psychicznego. Należy odpowiedzieć sobie na dwa podstawowe pytania. Po pierwsze: w jakim stopniu lokalna mapa współpracy obejmuje takie formy, jak ośrodki wsparcia społecznego, środowiskowe domy samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej, zakłady aktywności zawodowej i ostatecznie różne typy przedsiębiorstw społecznych, w tym połączonych z formą zatrudnienia wspieranego oraz asystentury dla osób niepełnosprawnych, umożliwiającej transfer pojedynczych pacjentów na wolny rynek pracy? (zob. tabela 4).

**Tabela 4. Podstawowe formy terapii osób chorujących psychicznie**

| Zakres | Formy |
|---|---|
| **Leczenie** | oddział stacjonarny (specjalistyczny lub przy szpitalu ogólnym), oddział dzienny, ambulatoryjne (niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, poradnia zdrowia psychicznego), zespół leczenia środowiskowego |
| **Uczestnictwo** | warsztat terapii zajęciowej, turnus rehabilitacyjny |
| **Wsparcie** | specjalistyczne usługi opiekuńcze, środowiskowy dom samopomocy, gminny lub powiatowy ośrodek wsparcia, organizacje obywatelskie osób chorujących, ich rodzin, opiekunów i przyjaciół |
| **Praca** | zakład aktywności zawodowej, przedsiębiorstwo społeczne, klub integracji społecznej, centrum integracji społecznej i zatrudnienie socjalne, spółdzielnie socjalne, zatrudnienie wspierane oraz asystentura |
| **Mieszkanie** | mieszkanie chronione |

Źródło: *opracowanie własne*.

Po drugie: jakie są istniejące lub potencjalne możliwości powiązania projektów socjalnych z mapą instytucji ochrony zdrowia psychicznego (lecznictwem stacjonarnym, dziennym, ambulatoryjnym, interwencją kryzysową, zespołami leczenia środowiskowego)? Równoległy rozwój tych rozwiązań oraz ich integracja to warunek konieczny skuteczności systemu jako całości. Brak współpracy pomiędzy nimi jest natomiast największym zagrożeniem dla społecznej obecności osób chorujących psychicznie.

Kolejnym ważnym uwarunkowaniem projektów jest specyfika prowadzonej w ich ramach terapii społecznej. Odpowiedzi zawarte w badaniach wskazują, że zwiększenie szans na zatrudnienie w grupie chorych psychicznie jest związane z wprowadzaniem interwencji zmierzających do podniesienia poziomu wykształcenia pacjentów oraz zwiększenia ich społecznych kompetencji[190]. Równocześnie szczególne znaczenie ma motywacja własna pacjenta. Wszelkie podejmowane działania mogą być skuteczne tylko w sytuacji, kiedy osoba niepełnosprawna posiada motywację do podjęcia pracy zarobkowej oraz zmiany swojego życiowego położenia.

Sklasyfikowane w podręcznikach diagnostycznych jednostki zaburzeń i chorób psychicznych nie są powiązane z osiąganymi przez osoby chore psychicznie wynikami w zakresie rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia. Istotne znaczenie dla aktywności zawodowej mają dotychczasowa historia zatrudnienia, posiadane umiejętności interpersonalne oraz poziom motywacji do

[190] K. Mueser, P. Salyers, R. Mueser, *A Prospective Analysis of Work in Schizophrenia*, „Schizophrenia Bulletin" 2001, nr 2, s. 281–296.

podjęcia pracy, a nie rodzaj diagnozy psychiatrycznej. Ważnym czynnikiem determinującym integrację zawodową jest czas pozostawania pacjentów bez pracy po kolejnych hospitalizacjach psychiatrycznych. Im jest on dłuższy, tym trudniejszy jest powrót do aktywności zawodowej. Schilla Durie[191] na podstawie przeglądu literatury opisującej funkcję pracy w rehabilitacji oraz analizy badania pracy zarobkowej chorych na schizofrenię twierdzi, że istotnym obszarem działalności poznawczej i praktycznej pracowników socjalnych w psychiatrii powinien być rozwój programów edukacyjnych i sieci wsparcia społecznego. Wskazuje na zagrożenie związane ze zjawiskiem chronicznego bezrobocia oraz konieczność powiązania systemu leczenia psychiatrycznego z usługami z zakresu poradnictwa zawodowego, pośrednictwa pracy i rehabilitacji zawodowej.

Trzeci rodzaj uwarunkowań to polityczne umocowania wspomnianych instytucji w regionalnych planach polityki społecznej i zdrowotnej. Jeśli zgodzimy się z tym, iż konstruowanie procesu integracji zawodowej polega na budowaniu spójnego obrazu instytucji odpowiadających na zróżnicowane potrzeby grupy docelowej lub, mówiąc inaczej, na przygotowaniu katalogu (inwentarza) dobrych praktyk, to przyjęcie innej perspektywy, na przykład tylko samorządu powiatowego, nie pozwoliłoby uchwycić istniejącego instytucjonalnego zróżnicowania. W większości lokalnych środowisk zbyt wielkie są braki w zakresie występowania wspomnianych dobrych praktyk, jak również w zakresie społecznej świadomości dotyczącej metod ich rozwoju. Wydaje się, że dopiero poziom ewaluacji działań w skali województwa daje odpowiedni materiał do analizy i argumenty na rzecz implementowania konkretnych rozwiązań. Równolegle należy poszukiwać dobrych praktyk i modelowych rozwiązań na poziomie powiatu, aby inspirować rozwiązania regionalne. Tworzenie w Polsce spójnej polityki w zakresie ochrony zdrowia psychicznego staje się koniecznością w świetle stopniowo narastającego w naszym społeczeństwie problemu zaburzeń psychicznych. Przy równoczesnym braku odpowiednich do potrzeb ośrodków oparcia społecznego stan ów może skutkować brakiem efektywności instytucji pomocy społecznej oraz uniemożliwiać wprowadzanie w kraju aktywnej polityki społecznej. Wszelkie planowane formy aktywizowania osób wykluczonych, na przykład w postaci tak zwanej pomocy kontraktowej, pozostaną jedynie formami dodatkowej kontroli społecznej, jeśli nie będą powiązane z konkretnie istniejącą ofertą pracy, zatrudnienia czy rehabilitacji społeczno-zawodowej.

Kształtowanie lokalnej polityki w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, w tym rozwoju projektów pracy dla osób chorujących psychicznie, powinno być

---

[191] S. Durie, *Pathways to Work (Report)*, Scottish Development Centre for Mental Health Services, Edinburgh 2000, s. 29.

oparte na kilku fundamentalnych zasadach. Pierwsza z nich – absolutnie oczywista – dotyczy wyrażenia zgody partnerów na współpracę. Warto podkreślić, że ta zasada znajduje swoje zastosowanie również w pracy bezpośredniej z klientem. Wszelkie oddziaływania są skuteczne jedynie w sytuacji, kiedy osoba poszukująca wsparcia zaakceptuje je – wyrazi na nie zgodę. Druga zasada dotyczy konieczności oparcia działań środowiskowych na rzetelnym i wnikliwym oszacowaniu oraz analizie potrzeb, dla których istotne znaczenie ma prawidłowy przepływ informacji pomiędzy partnerami. Jest kwestią bezdyskusyjną, że diagnostyka w obszarze pomocy społecznej, dotycząca potrzeb ludzkich, wskazuje na złożony splot czynników natury psychicznej, społecznej, ekonomicznej czy w końcu duchowej. Dlatego też wszelkie praktycznie zorientowane badania społeczne[192] powinny być realizowane przez wielu partnerów życia społecznego we wspólnym dialogu. Tylko wówczas ich wyniki mogą być na tyle inspirujące, aby inicjować praktyczne działania oparte na współpracy ponadsektorowej. Trzecia zasada dotyczy prowadzenia przeglądu aktualnie istniejących elementów systemu z zakresu szeroko rozumianej infrastruktury pomocowej. Przegląd to nie tylko tak zwana inwentaryzacja zasobów, lecz także, przede wszystkim, działania zogniskowane na procesie ewaluacji, który ma odpowiadać na cztery kluczowe pytania: Czy w środowisku lokalnym istnieje dostosowany do potrzeb system placówek wsparcia? Czy osoby zainteresowane posiadają pełne informacje o tym systemie? Czy funkcjonujące rozwiązania nie wytworzyły nowej kategorii potrzeb, których nie są w stanie zaspokoić? Czy istniejące w środowisku lokalnym instytucje współpracują z sobą, czy też pozostają w konflikcie? Rodzaj udzielonych na te pytania odpowiedzi wpływa na rozumienie przyczyn sytuacji problemowych (na przykład jako zakłóconej lub zablokowanej komunikacji pomiędzy instytucjami a osobą, która wymaga pomocy) oraz na specyfikę profesjonalnych interwencji. Przyjęcie w praktyce takiej orientacji umożliwia świadczenie pomocy, która uwzględnia nie tylko działania podejmowane bezpośrednio wobec jednostki, ale również te zakładające konieczność modyfikacji niekorzystnych, patogennych lub wprost niesprawiedliwych warunków środowiskowych. Tym samym integracyjne podejście nakierowane jest na wykorzystywanie potencjału i możliwości lokalnych społeczności, co stanowi czwartą zasadę lokalnej polityki ochrony zdrowia psychicznego. Poszukiwanie innowacyjnych podmiotów polityki zdrowotnej wiąże się jednak z koniecznością elastyczności, twórczości oraz podejmowania ryzyka, czyli czerpania z kapitału społecznego. Niestety często tego kapitału w sieciach współpracy brakuje.

---

[192] A. Kotlarska-Michalska, *Socjologiczne badania diagnostyczne jako podstawa w projektowaniu zmian społecznych* [w:] J. Krzyszkowski, K. Piątek (red.), *Rozwiązywanie problemów i kwestii społecznych w teorii i praktyce. Z doświadczeń krajowych i europejskich*, Ośrodek Kształcenia Służb Publicznych i Socjalnych – Centrum AV, Częstochowa 2006.

Realizacja tych zasad jest możliwa – przynajmniej hipotetycznie – w ramach zespołów terapeutycznych zdolnych do: podtrzymywania swojego zróżnicowania i gotowości do cyklicznego współdziałania, myślenia w kategoriach systemowych oraz stawiania wyzwań sobie i osobom wspieranym. Tym wyzwaniem jest – raz jeszcze nawiązując do korczakowskiej praktyki – wspólnota rozmawiających z sobą i słuchających się nawzajem partnerów, a więc partnerów równorzędnych, świadomych swej równorzędności, utwierdzających się w równorzędności i przez to utwierdzenie obdarzających się obustronnym szacunkiem. Pisał o tym Zygmunt Bauman, twierdząc równocześnie, że taki rodzaj praktyki „uznać można z perspektywy lat za laboratorium, w jakim poddano próbie, zbadano, opisano i naniesiono na mapę drogi, które prowadzić mogą do owej wspólnoty gatunku ludzkiego, jaka stała się dla ludzkości (...) sprawą przetrwania lub zguby”[193]. Pozostaje mieć nadzieję, iż postęp społeczny będziemy w coraz większym stopniu ujmowali jako moralną ewolucję społeczeństwa, umożliwiający najpełniejszy rozwój każdej istoty ludzkiej, tożsamy z osiąganiem przez nią zdrowia społecznego. Pamiętajmy równocześnie, iż nie istnieje żadna empirycznie wspierana teoria dotycząca terapeutycznej zmiany, rozwoju, szczęścia, którą moglibyśmy powodować instrumentalnie, według jakiegoś algorytmu.

[193] Z. Bauman, *Szanse etyki...*, s. 353.

# 8

# Dlaczego osoby chorujące psychicznie nie pracują?

Zagadnienie związane z podejmowaniem pracy przez osoby chorujące psychicznie oraz towarzyszące temu bariery i utrudnienia pozostają w centrum uwagi pracowników socjalnych przekonanych, że aktywność zarobkowa jest najbardziej pożądanym wynikiem terapii społecznej. W krajach Europy i Ameryki Północnej od lat utrzymuje się jednak niski, szacowany na 10%, poziom zatrudnienia osób chorujących psychicznie, a jego nieznaczne wahania zależą przede wszystkim od aktualnej koniunktury gospodarczej[194]. Wpływ czynników makroekonomicznych, związanych nie tylko z dekoniunkturą, ale również z neoliberalną ideologią rynkową, powoduje stały deficyt miejsc pracy potrzebnych do zatrudnienia dostosowanego do indywidualnych potrzeb osób chorujących, tym samym skazując je na długotrwałą zależność od pasywnych form pomocy społecznej oraz rodzin generacyjnych.

Zgodnie z raportem *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work* opublikowanym przez OECD (The Organisation for Economic Co-operation and Development) w 2012 roku[195], obejmującym dane z dziesięciu krajów (Stanów Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii, Australii, Austrii, Danii, Holandii, Szwecji, Belgii, Szwajcarii i Norwegii), u co piątego obywatela występują zaburzenia zdrowia psychicznego. Na szczególną uwagę zasługuje informacja, iż w przeciwieństwie do potocznych przekonań powszechność zaburzeń psychicznych nie wzrasta. Była ona bardzo wysoka – oscylująca wokół 20% – już kilkanaście lat temu. Jednak dopiero w ostatnim okresie, w związku z ograniczaniem piętna społecznego, rosnącą świadomością społeczną oraz zwiększającymi się możliwościami diagnostycznymi psychiatrii, liczne zaburzenia psychiczne zostały

---

194 S. Marwaha, S. Johnson, *Schizophrenia and Employment...*

195 *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*, OECD, 2012, s. 199–210; http://www.oecd.org/els/employmentpoliciesanddata/49227343.pdf [dostęp: 10.02.2013].

zidentyfikowane i ujawnione. Istotną kwestią, którą rozważają autorzy raportu, jest więc refleksja: dlaczego zaburzenia psychiczne są od trzydziestu lat w coraz bardziej istotny sposób powiązane z problemami braku pracy, długotrwałego bezrobocia i świadczeniami z tytułu utraty zdolności do pracy? Można odnieść wrażenie, iż zwiększanie świadomości społecznej w zakresie zdrowia psychicznego spowodowało pogorszenie postrzegania przez pracodawców i współpracowników kompetencji zawodowych osób z zaburzeniami i ostatecznie, że sytuacja ta odpowiada za ich wykluczanie z rynku pracy. W tekście znajdujemy jednak opinię, zgodnie z którą przyczyną takiego stanu rzeczy jest narastające zwiększanie wymagań pracowniczych na rynku pracy – głównie tych obejmujących umiejętności społeczne i poznawcze.

Raport posługuje się rozróżnieniem na ciężkie zaburzenia psychiczne (*sever mental disorders* – SMD), które są stosunkowo rzadkie, oraz na zaburzenia o umiarkowanym lub łagodnym nasileniu, stanowiące ich zdecydowaną większość określaną terminem „wspólne zaburzenia psychiczne" (*common mental disorders* – CMD). Te ostatnie obejmują zaburzenia nastroju (depresję), zaburzenia nerwicowe (lękowo-depresyjne) oraz najczęstsze – związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Jednakże, co należy podkreślić, przebieg każdego rodzaju zaburzeń psychicznych może się zaostrzyć i zostać zakwalifikowany jako ciężkie zaburzenie psychiczne. W pierwszej grupie zaburzeń znajduje się 25%, natomiast w drugiej 75% pacjentów, co oznacza, iż dotyczą one odpowiednio 5% i 15% populacji osób dorosłych w wieku aktywności zarobkowej.

Kolejna ważna informacja, która w istotny sposób zmienia dotychczasowy stan wiedzy, dotyczy wskaźnika zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi. Jest on znacznie wyższy niż dokumentowany w raportach z badań prawdopodobnie dlatego, iż szeroko definiowani klinicyści nie mają dostępu do reprezentatywnych prób badawczych, a swoje obserwacje opierają na pacjentach „dostępnych" w programach terapeutycznych. Tym samym skupiają się przeważnie na osobach, u których przebieg choroby jest mniej korzystny, a co z tym jest związane, u których występują większe trudności z funkcjonowaniem społeczno-zawodowym. Wskaźniki zatrudnienia, o których się dowiadujemy, wynoszą u osób z CMD około 60–70% – odsetek ten jest niższy o 10–15 punktów procentowych niż dla osób bez zaburzeń psychicznych. Poziom zatrudnienia dla osób z SMD wynosi natomiast około 45–55%, czyli jest trzykrotnie wyższy od dotychczas dokumentowanego zamykającego się w granicach 10–20% (!). Pomimo tych optymistycznych informacji, bezrobocie jest nadal 6–7 razy bardziej prawdopodobne u osób z SMD niż w grupie osób niemanifestujących żadnych zaburzeń oraz odpowiednio u osób z CMD jego prawdopodobieństwo jest większe 2–3 razy. Zjawisko długotrwałego bezrobocia jest związane przede wszystkim z osobami z SMD. W grupie CMD czas pozostawania bez pracy nie odbiega od grupy osób niemających zaburzeń, co oznacza, iż równie szybko mogą oni

podjąć zatrudnienie, jednak są narażeni na częstszą utratę pracy. Ich obecność na rynku jest mniej stabilna w porównaniu z pracownikami bez zaburzeń psychicznych. Należy również podkreślić, iż od 30% do 50% nowych świadczeń z tytułu niepełnosprawności przyznawanych jest z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego, natomiast w grupie dzieci i młodzieży wskaźnik ten osiąga aż 70%. Jest to w ostatnich latach tendencja narastająca, która nie wiąże się – powtórzymy raz jeszcze – ze zmianami epidemiologicznymi, ale stale zwiększanymi wymaganiami na rynku pracy. Równocześnie przyznanie świadczenia utrwala niezdolność osób z zaburzeniami psychicznymi do powrotu na rynek pracy i ich zależność od systemu ubezpieczeń społecznych. Niepełnosprawność jest podtrzymywana również przez trudności, jakie mają osoby z zaburzeniami psychicznymi w ujawnianiu swoich problemów oraz w poszukiwaniu pomocy. Źródłem kłopotów może być brak świadomości choroby u pacjenta, obawa przed antycypowaną stygmatyzacją i dyskryminacją, jak również negatywne doświadczenia z przeszłości. Dlatego też głównym wyzwaniem polityki w zakresie ochrony zdrowia psychicznego oraz zatrudnienia powinno być dostarczanie argumentów na rzecz ujawniania zaburzeń psychicznych przez pacjentów i przeciwdziałanie przejawom dyskryminacji, również w miejscu pracy. „Otwartość" jako paradygmat w ochronie zdrowia psychicznego ma przede wszystkim ułatwiać osobom z zaburzeniami psychicznymi zgłaszanie się po pomoc. Należy podkreślić, iż w grupie osób z CMD około 80% nie jest objętych żadnym leczeniem. Wskaźnik ten jest niepokojąco wysoki, nawet jeśli w grupie znajdują się osoby faktycznie niewymagające leczenia. Również w grupie z SMD aż jeden pacjent na dwóch nie stara się o leczenie.

Podstawowa rekomendacja raportu odnosi się do profilaktyki zdrowotnej, która powinna być ukierunkowana na problemy z zaburzeniami o umiarkowanym nasileniu, przede wszystkim ze względu na dużą częstotliwość występowania CMD, których ogólny koszt dla społeczeństwa jest znacznie większy niż koszty wynikające z leczenia i rehabilitacji pacjentów z SMD. Oczywiście przy założeniu, że weźmiemy pod uwagę wszystkie koszty poniesione przez system opieki zdrowotnej, ubezpieczeń społecznych, pomocy społecznej i pracodawców. Dlatego też należy – nie wycofując się z dotychczasowych działań na rzecz osób chorujących psychicznie (co w raporcie nie jest podkreślane ze szczególną siłą) – podjąć pracę nad metodami ograniczającymi negatywne konsekwencje życia z CMD.

Zwracam jednak uwagę, iż próby implementowania zaleceń raportu w Polsce muszą uwzględniać stan głębokiej zapaści psychiatrii w naszym kraju oraz – co jest jej przejawem – dotkliwy brak możliwości terapii medycznej i społecznej dla osób chorujących psychicznie. Z perspektywy społecznej odpowiedzialności ten element troski o osoby szczególnie podatne na zranienie nie może być pominięty.

Należy pamiętać, iż z jednej strony od swoich historycznych początków związanych z postacią Hermanna Simona – psychiatry i twórcy terapii przez pracę – celowa i zorganizowana aktywność mogła uwalniać chorych od szpitalnej bezczynności, chroniąc ich przed popadnięciem w szpitalną chorobę i skracając czas ich hospitalizacji, a przez to otwierać szansę na powrót do zdrowia. Z drugiej jednak strony – jak pisze Tadeusz Nasierowski[196] – sposób myślenia absolutyzujący „pracę" czynił z ponadjednostkowych struktur społecznych byty substancjonalne, którym człowiek winien się podporządkować jako funkcjonalnej i tym samym dominującej nad życiem pojedynczym całości.

W badaniach, praktyce klinicznej „zdolność do pracy" zawsze może być traktowana jako jedyne kryterium sukcesu w leczeniu i gotowości pacjentów do podporządkowania się zaleceniom lekarskim, natomiast definicja „niezdolności do pracy" – stać się synonimem społecznej nieprzydatności i źródłem cierpienia osób chorujących psychicznie.

## 8.1. Piętno a problem w zatrudnianiu osób chorujących psychicznie

Istotny aspekt związany z problemem barier w zatrudnianiu wiąże się współcześnie nie tylko z zagadnieniami organizacyjnymi opieki psychiatrycznej, sytuacją na rynku pracy, kompetencjami osób chorujących psychicznie, ale również – a może przede wszystkim – z zagadnieniem piętna oraz piętna uwewnętrznionego[197]. Erving Goffman w swojej klasycznej monografii pisze:

> Z założenia nie wierzymy, że osoba napiętnowana jest w pełni człowiekiem. Opierając się na takim założeniu, stosujemy wobec niej różne formy dyskryminacji, przez co skutecznie – nawet jeśli często nieświadomie – zmniejszamy jej życiowe szanse[198].

Autor definiuje piętno jako negatywny i silnie dyskredytujący atrybut, który określa społeczną tożsamość osoby – naznacza ją, przypisuje różne negatywne własności i spycha na dalszy plan jej pozostałe cechy. Współczesna koncepcja stygmatyzacji osób chorujących psychicznie obejmuje wzajemnie powiązane i warunkujące się elementy: społeczne piętno choroby psychicznej (*public*

---

196 T. Nasierowski, *Kontekst polityczny – psychiatria wobec ideologii* [w:] J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski (red.), *Psychiatria*, t. 3. *Metody lecznicze. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012, s. 695.

197 P. Świtaj, *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*, Instytut Neurologii i Psychiatrii, Warszawa 2008.

198 E. Goffman, *Piętno...*, s. 35.

*stigma*) oraz piętno uwewnętrznione (*self-stigma*)[199]. Piętno związane jest z siedmioma typowymi, stygmatyzującymi przekonaniami na temat chorujących psychicznie: 1) są agresywni i stwarzają zagrożenie dla otoczenia; 2) są nieodpowiedzialni i nieprzewidywalni; 3) nie potrafią troszczyć się o swoje sprawy i świadomie kierować własnym postępowaniem; 4) są mniej sprawni, zwłaszcza intelektualnie; 5) są dziecinni; 6) ponoszą odpowiedzialność za swoją chorobę; 7) mają niewielkie szanse na wyzdrowienie[200].

Zgodnie z polskimi badaniami Jacka Wciórki[201] społeczne postawy wobec osób chorujących psychicznie cechują stereotypowe i nieprawdziwe wyobrażenia, emocje, dla których fundamentem są lęk oraz stała gotowość do unikania wspólnego działania. Równocześnie aż 83% respondentów ocenia, że osoby chorujące psychicznie doświadczają dyskryminacji w zakresie prawa do pracy, a 67% odczuwa brak poszanowania godności osobistej. Postawy wobec osób chorujących psychicznie są źródłem tworzenia zróżnicowanych psychologicznych, społecznych, prawnych i ekonomicznych barier, które podtrzymują niekorzystne położenie osób chorujących psychicznie w społeczeństwie. W procesie kształtowania postaw oraz ich podtrzymywania szczególne znaczenie ma brak bezpośredniego kontaktu z osobami chorującymi psychicznie oraz przeświadczenie, iż choroba jest zdarzeniem wstydliwym dla pacjenta i jego bliskich. Na podstawie szerokiego przeglądu literatury światowej Judith Cook[202] wyodrębniła dziesięć głównych barier utrudniających aktywność zawodową osób chorujących psychicznie. Są nimi trudności związane z:

- poziomem kompetencji osób chorujących psychicznie: 1) niski poziom wykształcenia oraz 2) obniżona produktywność chorujących;
- organizacją opieki psychiatrycznej: 3) niewystarczająco zintegrowana rehabilitacja zawodowa z usługami klinicznymi oraz 4) ograniczona skuteczność programów aktywizacji zawodowej;
- sytuacją na rynku pracy: 5) niedostateczna ochrona praw pracowników chorujących psychicznie oraz 6) brak mechanizmów ekonomicznych, stymulujących zatrudnianie tej kategorii osób pacjentów przy równoczesnym 7) promowaniu pasywnych form pomocy społecznej;
- systemem świadczeń finansowych: 8) uzyskiwane przez chorujących pracowników wynagrodzenie za pracę utrzymuje się na granicy kryterium

---

199 P.W. Corrigan, *Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change*, „Clinical Psychology Science and Practice" 2000, nr 7, s. 48–67.

200 P. Świtaj, J. Waszkiewicz, *O walce z piętnem choroby psychicznej* [w:] M. Anczewska, J. Wciórka (red.), *Umacnianie – nadzieja czy uprzedzenia*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007, s. 88.

201 B. Wciórka, J. Wciórka, *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań*, Centrum Badania Opinii Społecznej (BS/124/2008), Warszawa 2008.

202 J. A. Cook, *Employment Barriers for Persons with Psychiatric Disabilities: A Report for the President's New Freedom Commission*, „Psychiatric Services" 2006, nr 57 (10), s. 1–15.

dochodowego uprawniającego do świadczeń z pomocy społecznej, 9) powiązanie lepszej dostępności do opieki psychiatrycznej ze statusem osoby niepełnosprawnej psychicznie korzystającej ze świadczeń pomocy społecznej;
- piętnem społecznym: 10) dyskryminacja pracowników chorujących psychicznie w miejscu pracy.

Odwołując się do własnych doświadczeń klinicznych oraz badawczych, przedstawię jeden z wielu możliwych katalogów głównych barier związanych z powrotem do zatrudnienia osób chorujących psychicznie. Punktem skupienia wspomnianych własnych badań diagnostycznych była między innymi analiza treści piętnastu pogłębionych wywiadów eksperckich z osobami chorującymi psychicznie, które korzystały z szeroko rozumianej terapii społecznej w piętnastu wybranych środowiskach lokalnych w Polsce. Badania prowadziłem w latach 2008–2010. W ośrodkach objętych badaniem stabilnie funkcjonowały projekty socjalne wykorzystujące instytucjonalne rozwiązania z zakresu aktywnej polityki społecznej. Podkreślam, iż były to praktycznie wszystkie ważniejsze projekty, które funkcjonowały w kraju w drugiej połowie pierwszego dziesięciolecia naszego wieku. Dobór osób do badania oparłem na swoim wieloletnim doświadczeniu zawodowym, wiedzy o tak zwanych polskich dobrych praktykach, jak również zaufaniu, jakim darzyłem liderów projektów. Prosiłem ich o umożliwienie mi przeprowadzenia wywiadu z osobami chorującymi psychicznie posiadającymi bogate doświadczenie w zakresie radzenia sobie w życiu pomimo choroby. Moja prośba do liderów związana była również z możliwością wskazania osób reprezentujących sieć współpracujących z sobą osób i instytucji lokalnych, z którymi mogłem przeprowadzić swobodne rozmowy będące swoistym psychospołecznym kontekstem dla wywiadów z osobami chorującymi. Dlatego też w każdym środowisku rozmawiałem dodatkowo z pięcioma osobami reprezentującymi: 1) rodzinę osób chorujących, 2) placówkę psychiatrii środowiskowej, 3) administrację samorządową, w tym powiatowe centra pomocy rodzinie lub urząd pracy, 4) środowisko pracodawców zatrudniających osoby chorujące oraz 5) organizację obywatelską prowadzącą lokalny projekt środowiskowy dla osób chorujących. Istotą badania była identyfikacja możliwości i ograniczeń w powrocie osób chorujących psychicznie do pracy rozumianej jako ważne, jeśli nie najważniejsze kryterium dobrego wyniku terapii społecznej w psychiatrii. Dlatego też refleksję nad ograniczeniami związanymi z tym właśnie obszarem należy traktować jako analizę najważniejszych wyzwań stojących przed terapią społeczną.

Analiza uzyskanych wyników pozwoliła wyodrębnić sześć głównych przyczyn małej aktywności zarobkowej osób chorujących psychicznie (barier). Trzy z nich to przyczyny leżące po stronie środowiska osób chorujących, a mianowicie:
- piętno;
- zasady organizacji opieki psychiatrycznej oraz
- sytuacja na lokalnym rynku pracy.

Kolejne trzy skategoryzowałem jako przyczyny związane z osobami chorującymi psychicznie. Są nimi:

- piętno uwewnętrznione,
- zależność od systemu świadczeń społecznych oraz
- poziom kompetencji społecznych i zawodowych (zob. tabela 5).

**Tabela 5. Bariery w zatrudnianiu osób z zaburzeniami psychicznymi**

| Ograniczenia dotyczące środowiska osób chorujących psychicznie | Ograniczenia dotyczące osób chorujących psychicznie |
|---|---|
| **Piętno:**<br>• lęk przed osobami chorującymi psychicznie,<br>• brak wiary pracodawców w możliwość efektywnej pracy osób chorujących psychicznie,<br>• brak wiary w rodzinach w możliwość pracy osób chorujących psychicznie.<br><br>**Organizacja opieki psychiatrycznej:**<br>• trudność w dostępie do leczenia psychiatrycznego,<br>• małe możliwości kształcenia się dla osób chorujących psychicznie,<br>• zbyt niski poziom wykształcenia służb rehabilitacji i zatrudnienia,<br>• brak miejsc praktyki zawodowej i stażu dla osób chorujących psychicznie.<br><br>**Sytuacja na rynku pracy:**<br>• wysoki poziom bezrobocia na lokalnych rynkach pracy,<br>• brak wiedzy wśród pracodawców na temat korzyści finansowych związanych z zatrudnianiem osób chorujących psychicznie. | **Piętno uwewnętrznione:**<br>• lęk przed ujawnianiem własnej choroby psychicznej,<br>• lęk u osób chorujących psychicznie przed możliwością nawrotu choroby w związku z podjęciem pracy,<br>• brak motywacji u osób chorujących psychicznie do zmiany własnej sytuacji życiowej.<br><br>**Zależność od systemu świadczeń społecznych:**<br>• obawa chorujących psychicznie przed utratą statusu osoby uprawnionej do świadczeń w związku z podjęciem pracy.<br><br>**Kompetencje:**<br>• obniżona samoocena osób chorujących psychicznie,<br>• negatywne skutki uboczne zażywania leków,<br>• niski poziom wykształcenia osób chorujących psychicznie,<br>• ubóstwo relacji społecznych osób chorujących psychicznie,<br>• nieznajomość swoich uprawnień w grupie osób chorujących psychicznie. |

Źródło: *opracowanie własne*.

Na podstawie przeprowadzonych rozmów i analizy danych wyodrębniłem jedną dominującą narrację, która ze szczególną siłą ogranicza aktywność życiową osób chorujących psychicznie, w tym na rynku pracy. Jest nią uwewnętrznianie i potwierdzanie przez pacjentów wyobrażeń o chorobie jako degradującym fenomenie biologicznym, zgodnie z którym „schizofrenia to jest taka choroba umysłowa, choroba mózgu – nieuleczalna; tej choroby się nie wyleczy do końca życia”[203]. Podkreślam to niezmiernie ważne stereotypowe przeświadczenie o chorobach psychicznych jako uniemożliwiających powrót do zdrowia, powo-

[203] Cytowane sformułowania pochodzą z archiwum własnego.

dujących u pacjentów poczucie, iż „nieuleczalna choroba jest we mnie". I to jest największą bolączką pacjentów: świadomość, że jest się chorym do końca życia i w każdej chwili może pojawić się nawrót i konieczność szpitalnego leczenia. Niepokojący, nieprzewidywalny dla pacjentów jest również sam przebieg choroby, która nie wiadomo kiedy się nasili. Stygmatyzujące są nazwy jednostek chorobowych. Respondenci, opisując chorobę, definiowali ją, zazwyczaj używając sformułowania „jestem chory na schizofrenię paranoidalną, z tych podobno najgorszych, jakie tylko mogą być". Opisywali doświadczanie choroby jako „kompleks wariata: taki właśnie, że się do niczego nie nadaję", a szczególnie do pracy zarobkowej. Jeden z respondentów tak to skomentował: „Ja choruję i nie mogę wykonywać żadnej pracy; ani fizycznej, ani tym bardziej mózgowej". Równocześnie moi rozmówcy zwracali uwagę, iż mają przeświadczenie o istnieniu negatywnych, krzywdzących społecznych sądów na temat chorujących, zgodnie z którymi „ktoś, kto jest schizofrenikiem, to już jest taki głupi, że nic nie może od siebie dać drugiemu", oraz o tendencji, aby chorych „wyrugować ze społeczeństwa, żeby się takich ludzi pozbyć". Dlatego też potencjalny dialog zdrowych z chorymi określany był przez respondentów jako niewyobrażalnie trudny, ponieważ „jeśli ktoś był raz w szpitalu, to już do niego się nie można odezwać, porozmawiać z nim".

Taki opis świata, jednoznaczna antycypacja piętna, praktycznie uniemożliwia pacjentom podejmowanie starań o jakąkolwiek pracę zarobkową, ponieważ – jak przedstawił to jeden z rozmówców – „jakbym się chciał przyjąć do pracy, jakbym pismo pokazał, że jestem chory psychicznie, to nie przyjmą z chorobą psychiczną i koniec, w żadnym zakładzie; że czubek, świr, że coś ma z głową".

Moją uwagę zwrócił fakt, iż niezmiernie rzadko w wypowiedziach moich rozmówców pojawiały się opisy doświadczonego piętna. Wręcz przeciwnie, typowymi sformułowaniami były opinie o braku „bezpośrednio namacalnego dowodu, że przyznanie się do schorzenia od razu dystansuje". Od tego raczej pozytywnego opisu otoczenia społecznego jest jednak wyjątek. Są nim wielokrotnie przywoływane przez pacjentów traumatyzujące przeżycia ze szpitali psychiatrycznych, stanowiących często jedyną dostępną formę leczenia psychiatrycznego. „Jak tylko się coś dzieje, ja mam torbę przygotowaną, mąż mnie pakuje i jedziemy, i budzę się w szpitalu na pasach". Podkreślam, iż właśnie taka sytuacja, która wiąże się z brakiem alternatywy, jest tożsama ze stosowaniem społecznie sankcjonowanej przemocy wobec osób chorujących psychicznie. Jedna z pacjentek, z którą rozmawiałem, wyraziła to dobitnie: „Szpital – takie miejsce jest potrzebne, bo tam są podobno mordercy, bo tam jest więzienie, bo nas wyprowadzali tak jak w więzieniu: w ogrodzie chodziło się wkoło". Dostępny dla pacjentów system leczenia z dominującą pozycją szpitala psychiatrycznego i brakiem rozwiązań środowiskowych pełni kluczową funkcję w uwewnętrznieniu przez osoby

chorujące psychicznie negatywnego obrazu choroby i represjonującego chorych społeczeństwa.

Kolejnym wyzwaniem w terapii społecznej – mającym szczególne znaczenie w podejmowanych próbach rozbijania uwewnętrznionego piętna – jest umożliwianie osobom chorującym psychicznie uzyskanie wykształcenia. I nie chodzi tutaj tylko o posiadanie konkretnego dyplomu, ale również, a może przede wszystkim, o nabywanie ogólnej wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych utraconych w wyniku choroby. Ponieważ właśnie te ogólne sprawności społeczne związane z obecnością w świecie stają się – w opiniach moich rozmówców – najczęstszą przyczyną utraty wiary w siebie i nawrotu choroby. Podstawowe skupienie terapii na zróżnicowanych formach kształcenia wydaje się konieczne, aby umożliwić powrót do pracy tym pacjentom, którzy w wyniku choroby utracili kontrolę nad swoim życiem, będąc uczniami, studentami lub podejmując kilkumiesięczne pierwsze próby zatrudnienia zakończone poczuciem przegranej walki z samym sobą. W jaki sposób odbudowywać tożsamość społeczną pacjenta? Moją uwagę zwrócił prawie całkowity brak dostrzeżenia przez respondentów roli samopomocy w procesie zdrowienia. Prawdopodobnie jest to związane z dominującą praktyką pomocową (nie tylko odnoszącą się do osób chorujących psychicznie), której podstawą jest silna orientacja na działania profesjonalne i zinstytucjonalizowane, a nie na klientów i ich nieformalne możliwości wzajemnej pomocy. Być może duże znaczenie ma również podzielane przez osoby chorujące stereotypowe wyobrażenie o sobie i innych pacjentach jako niezdolnych do pomocy i opieki. Tym samym tracimy potężną prozdrowotną siłę płynącą z możliwości samopomocy, o której aprobatywnie wypowiadają się wszyscy, którzy odnieśli zwycięstwo w walce o zdrowie, ale również w walce z uwewnętrznionym piętnem.

Głównym obszarem problemowym moich rozmów z osobami chorującymi była refleksja nad splotem okoliczności, jakie utrudniały bądź uniemożliwiały im pracę zarobkową. Hipotetycznie zakładałem, iż punktem skupienia znaczącej części wypowiedzi będą informacje dotyczące rynku pracy, pracodawców, zawodów i szeroko rozumianych postaw współpracowników. Zakładałem, iż zranienie tożsamości następuje w otwartym środowisku. Wiedza płynąca z doświadczenia tych, którzy zdrowieją, była jednak istotnie różna od moich założeń. Pierwotne bariery ograniczające dostęp do rynku wiążą się z instytucjami „ochrony zdrowia" psychicznego, które całkowicie nie uwzględniają indywidualnych potrzeb pacjentów i często łamią ich poczucie godności. „Goffmanowskie" instytucje psychiatryczne – i nie myślę tutaj tylko o szpitalach stacjonarnych – lecząc pacjentów z objawów choroby, są równocześnie toksycznym źródłem aktualizacji u chorych uwewnętrznionego piętna, które często określają oni jako drugą chorobę. Zakończone leczenie jest paradoksalnie początkiem nowej „choroby" i konieczności radzenia sobie z nią – często

już bez profesjonalnej pomocy – w warunkach otwartego środowiska, w tym w środowisku pracy. Oparciem stają się więzi rodzinne, często osłabione brzemieniem związanym z kolejnymi hospitalizacjami, brakiem pracy i wspierających relacji z innymi ludźmi, jak również dotkliwym ubóstwem źródeł profesjonalnej pomocy.

## 8.2. Szklany sufit

Graham Thornicroft[204] sugeruje, iż głównym problemem związanym z powrotem do pracy osób chorujących psychicznie jest dyskryminacja, z jaką spotykają się te osoby. Wyniki badań skłoniły autora do opisania problemu w kategoriach strukturalnej dyskryminacji. Większości chorych, zwłaszcza tym z typowymi problemami psychicznymi, takimi jak lęk i depresja, znacznie trudniej jest się pogodzić z negatywną reakcją społeczną na chorobę niż z samymi objawami, jakie jej towarzyszą. Przeszkodą w powrocie do zdrowia jest nie tyle sama choroba, ile nieprawidłowe podejście społeczeństwa do osób chorych psychicznie – i to podejście coraz częściej ujmowane jest w kategoriach problemu społecznego.

Trudności chorujących psychicznie na rynku pracy są szeroko udokumentowanym i jednoznacznym przykładem na to, że osoby mające poważne problemy zdrowotne borykają się równocześnie z istotnymi problemami z uzyskaniem zatrudnienia. Bob Grove[205] cytuje badania, zgodnie z którymi, pomimo iż ponad 70% osób chorujących psychicznie deklaruje motywację powrotu do pracy, tylko nielicznym udaje się ją znaleźć. Wśród wszystkich osób niepełnosprawnych osoby chore psychicznie są najrzadziej zatrudniane; prawdopodobnie mniej niż 10% pracuje w pełnym wymiarze czasu pracy, a 19% w niepełnym wymiarze godzin. Równocześnie pracując w pełnym wymiarze godzin, chorzy są traktowani gorzej niż ich pełnosprawni koledzy. Już podczas rekrutacji spotykają się z dyskryminacją. W Wielkiej Brytanii 56% z 411 respondentów uważa, że w przeszłości „zdecydowanie" lub „prawdopodobnie" nie zostali przyjęci do pracy z powodu problemów ze zdrowiem psychicznym[206]. W jednym z badań[207] sprawdzano, jak są traktowane przez pracodawców wnioski składane przez ludzi, którzy potwierdzili

---

[204] G. Thornicroft, *Shunned – Discrimination against People with Mental Illness*, Oxford University Press, Oxford 2006.

[205] B. Grove, *Stigma and Discrimination – Overcoming the Barriers to Employment* [w:] A. Baumann i in. (red.), *Mental Health and Well-being at the Workplace – Protection and Inclusion in Challenging Times*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen 2010.

[206] Mental Health Foundation, *Out at Work: A Survey of the Experiences of People with Mental Health Problems within the Workplace*, Mental Health Foundation, London 2002.

[207] N. Glozier, *Workplace Effects of the Stigmatisation of Depression*, „Journal of Occupational and Environmental Medicine" 1998, nr 40, s. 793–800.

historię złego stanu zdrowia psychicznego. Wnioski te różniły się jedynie informacjami o przebytych chorobach. Na jednych była informacja o rozpoznaniu depresji, a na drugich informacja o tym, iż dana osoba choruje na cukrzycę. Okazało się, że informacja o depresji znacznie zmniejsza szansę zatrudnienia w porównaniu z informacją o cukrzycy. W tej sytuacji należy rozumieć deklaracje aż 72% osób chorujących psychicznie uczestniczących w badaniu, które czują, że muszą ukrywać swoją diagnozę[208]. Co więcej, pracodawcy nie tylko są najbardziej niechętni wobec rekrutacji ludzi, którzy doświadczają problemów psychicznych, ale także niechętnie dostrzegają problemy ze zdrowiem psychicznym wśród własnych pracowników. Pomimo iż średnio jeden pracownik na sześciu doświadcza depresji, niepokoju lub problemów spowodowanych ciągłym stresem[209], to 45% pracodawców w Wielkiej Brytanii odpowiedziało, że wśród jego obecnych pracowników nie ma osoby, która mogłaby mieć w przyszłości problemy ze zdrowiem psychicznym. Natomiast 89% uważa, że nie ma w firmie nikogo z rozpoznaniem choroby psychicznej. 80% z nich uważa, że potencjalni pracownicy powinni ujawniać problemy zdrowia psychicznego przed rekrutacją. Kiedy jednak pytano pracodawców, czy zatrudniliby kogoś, kto ma problemy ze zdrowiem psychicznym, tylko 37% odpowiedziało twierdząco[210].

Porównanie położenia osób chorujących psychicznie z sytuacją osób niepełnosprawnych ogółem na polskim rynku pracy wypada niekorzystnie dla tych pierwszych. W roku 2000 wskaźnik zatrudnienia osób chorujących psychicznie wynosił 10,3% i był niższy od wskaźnika ustalonego dla ogólnej populacji osób niepełnosprawnych o ponad 5 punktów procentowych, natomiast wskaźnik bezrobocia sięgający 34% był dwukrotnie wyższy. Polscy pracodawcy na pytanie o możliwość zatrudnienia osób niepełnosprawnych o różnych przyczynach niepełnosprawności na jakimkolwiek stanowisku w ich firmie odpowiadali negatywnie, przy czym, co trzeba podkreślić, osoby chorujące na schizofrenie znalazły się na przedostatnim miejscu potencjalnych pracowników (z wynikiem 5,3% pozytywnych wskazań), tuż po osobach niewidomych (1,6% pozytywnych wskazań)[211].

Nie ulega wątpliwości, iż wszyscy pracownicy – nie wyłączając tych z trudnościami psychicznymi – powinni mieć możliwość rozwoju kariery zawodowej,

---

208 G. Thornicroft i in., *Global Pattern of Experienced and Anticipated Discrimination against People with Schizophrenia: A Cross-sectional Survey*, „Lancet" 2009, nr 373, s. 408–415.

209 N. Singleton i in., *Psychiatric Morbidity among Adults Living in Private Households*, Office for National Statistics, London 2001.

210 Shaw Trust, *Mental Health – Still the Last Workplace Taboo?*, Shaw Trust, Wiltshire 2010.

211 A. Wojtowicz-Pomierna, *Sytuacja osób chorych psychicznie na rynku pracy w Polsce – wybrane aspekty* [w:] A. Cechnicki, H. Kaszyński (red.), *Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna. Przyszłość pracy dla osób chorujących psychicznie*, Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, Kraków 2005.

która kształtuje poczucie własnego „ja". Jednakże, bardziej niż w przypadku kobiet i mniejszości, bariery wyłączają osoby chorujące psychicznie z pełnego uczestnictwa w świecie pracy. Określamy je ogólnym terminem „szklany sufit". Pojęcie to oznacza semantyczne pole obejmujące wybrane kompetencje społeczno-zawodowe, których posiadania odmawia się osobom społecznie naznaczonym. Jest narracyjnym zasobem, z którego korzystamy, racjonalizując własne decyzje pozbawiające pewnych kategorii społecznych prawa do pracy i zawodowego rozwoju. Wspomniane pole aktywizuje się, kiedy osoba naznaczona podejmuje działania związane z próbą powrotu na rynek, a przejawem tej aktywizacji jest społeczna dyskryminacja.

Już w roku 1994, zgodnie z raportem Departamentu Pracy Stanów Zjednoczonych Ameryki *The Glass Ceiling and Persons with Disabilities*[212], negatywne nastawienia pracodawców zostały określone jako główna przyczyna tworzenia barier w możliwościach zatrudniania i awansu osób niepełnosprawnych psychicznie. Inne przyczyny ich powstawania to:

- nieodpowiedni do potrzeb indywidualnych i rynkowych system edukacji lub rehabilitacji zawodowej;
- brak ustrukturowanych szans awansu, brak stabilnych korzyści finansowych dla osób niepełnosprawnych wynikających z faktu podjęcia zatrudnienia i późniejszego awansu (zgodnie z dylematem: „awansując, zarabiam więcej, jednak tracę prawo do niektórych świadczeń").

Autorzy wspomnianego raportu zdefiniowali cztery kategorie negatywnych nastawień pracodawców wobec osób niepełnosprawnych. Pierwszą jest wyjątkowo silna dyskryminacja w odniesieniu do osób chorujących psychicznie w porównaniu z cierpiącymi na schorzenia somatyczne. Pracodawcy chętniej zatrudniają na stanowiskach menedżerskich osoby niepełnosprawne ruchowo niż spośród innych grup niepełnosprawnych. Drugą kategorią są mity i stereotypowe wyobrażenia pracodawców dotyczące przede wszystkim niskiej produktywności osób niepełnosprawnych, ich częstszej nieobecności w pracy, problemów w kontaktach z innymi współpracownikami oraz zwiększonych kosztów pracy. Nie bez znaczenia dla procesu integracji zawodowej jest wyobrażenie pracodawców, iż dla osób niepełnosprawnych możliwość awansu ma znaczenie jedynie drugorzędne wobec samego faktu „dobrodziejstwa", jakim jest świadczenie jakiejkolwiek pracy. Trzecim zbiorem negatywnych opinii o niskim potencjale osób niepełnosprawnych są tak zwane ukryte kryteria oceny pracowniczej. Jakkolwiek badania wykazały, że pracodawcy oceniają pracę osób niepełnosprawnych na granicy średniej lub powyżej niej, to przypuszcza się, że towarzyszy temu szczególny rodzaj pobłażliwości

[212] D. Braddock, L. Bachelder, *The Glass Ceiling and Persons with Disabilities*, The Glass Ceiling Commission U.S. Department of Labor, Washington 1994.

z przysłowiowym przymrużeniem oka lub zgodnie z zasadą: „Chwalę, ale nie awansuję i nie oczekuję zbyt wiele; nie sądzę, aby niepełnosprawni faktycznie poradzili sobie z nowymi i wymagającymi zadaniami". Czwarta, ostatnia grupa nastawień odnosi się do przyjmowanych w trakcie rekrutacji pracowników przeświadczeń, zgodnie z którymi zakładamy z góry, że osoby niepełnosprawne będą pracować gorzej niż osoby pełnosprawne. Ten rodzaj oczekiwań, który należy opisać jako przyjmowanie tak zwanych podwójnych standardów, z dużym prawdopodobieństwem ogranicza szanse potencjalnego pracownika na otrzymanie zadań ambitnych, trudnych, wymagających motywacji i zmuszających do rozwoju, a co z tym jest związane, pomniejsza jego możliwości awansu. Tym samym pracodawca, często nieświadomie, „chroniąc" osobę niepełnosprawną przed rozczarowaniem płynącym z niewykonania zadania, pozbawia ją możliwości dalszego zawodowego rozwoju. Istnieje związek między niskimi oczekiwaniami pracodawców a ograniczonymi możliwościami awansu osób niepełnosprawnych.

# 9

# Praca osób chorujących psychicznie – możliwości i bariery

Problem ograniczonych możliwości uczestniczenia osób chorujących w świecie pracy zilustruję szerzej, komentując badanie zatytułowane *Zatrudnianie osób chorujących psychicznie – identyfikacja możliwości i ograniczeń*. Jego głównym celem była identyfikacja głównych barier utrudniających aktywność zawodową osób chorujących psychicznie, a tym samym wpływających na terapię społeczną w jej wymiarze indywidualnym, jak również strukturalnym. Punktem skupienia mojej ponownej i pogłębionej analizy tego badania była próba identyfikacji pola semantycznego:

- wywierającego wpływ na relację terapeutyczną z klientem, jak również
- zawierającego informacje o potencjalnych kierunkach promocji zdrowia psychicznego.

Swoją pracę oparłem na interpretacji opublikowanych wyników badań oraz raportu, który zawierał dane źródłowe pozwalające na przeprowadzenie dodatkowych analiz statystycznych[213].

Badanie zostało zaprojektowane i przeprowadzone w 2007 roku przez Małopolską Filię Sekcji Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w ramach Partnerstwa na rzecz Rozwoju *Krakowska Inicjatywa na Rzecz Gospodarki Społecznej – COGITO* we współpracy z Centrum Badania Opinii Społecznej. Należy podkreślić, iż realizacja badania poprzedzała światowy kryzys gospodarczy z 2008 roku. Jest to o tyle ważne, iż respondenci odpowiadali w społecznie korzystnej sytuacji, w której w Polsce poziom bezrobocia wynosił nieznacznie ponad 10%, a w niektórych środowiskach lokalnych – mniej niż 5%. Przełom lat 2007–2008 to jeden z nielicznych okresów, w którym osoby

---

[213] H. Kaszyński, A. Cechnicki, *Polscy pracodawcy wobec zatrudnienia osób chorujących psychicznie*, „Psychiatria Polska" 2011, t. XLV, nr 1, s. 45–60; H. Kaszyński, *Edukacja społeczna jako metoda przeciwdziałania stereotypizacji osób chorujących psychicznie na rynku pracy. Raport*, Krakowska Inicjatywa na Rzecz Gospodarki Społecznej – COGITO, Kraków 2008.

z niepełnosprawnością psychiczną miały realną możliwość pracy w warunkach konkurencyjnych. Badanie objęło ogólnopolską reprezentatywną próbę 503 pracodawców małych i średnich przedsiębiorstw. Zastosowano w nim autorski kwestionariusz[214] wywiadu *Opinie pracodawców o zatrudnianiu osób chorujących psychicznie* składający się z 26 pytań, w tym 22 zamkniętych i 4 półotwartych, metryczki dotyczącej firm oraz respondentów uczestniczących w badaniu.

W badaniu uczestniczyło 285 mężczyzn (56,7%) oraz 218 kobiet (43,3%). Większość respondentów była w wieku pomiędzy 34 a 54 rokiem życia (82%); legitymowali się przeważnie wykształceniem wyższym (36%) lub średnim (50%). Istotny odsetek respondentów (91%) to osoby na stanowiskach właścicieli, prezesów lub dyrektorów firm, prowadzące działalność gospodarczą w branży handlowej, usługowej lub transportowej (67%), czyli w obszarze, z którym związane są największe nadzieje na rozwój nowych miejsc pracy, w tym również dla grup o ograniczonych możliwościach pracy na otwartym rynku z powodu niepełnosprawności wynikającej z choroby psychicznej.

Ponad 96% respondentów reprezentowało pracodawców w firmach zatrudniających do 9 pracowników. Projektując badanie, przyjąłem założenie, że właśnie małe podmioty gospodarcze najlepiej odpowiadają potrzebom zatrudnieniowym osób chorujących psychicznie, między innymi ze względu na możliwość pracy w małej grupie, w atmosferze poczucia bezpieczeństwa i ograniczonej liczby interakcji, jak również bezpośredniej komunikacji.

Tylko nieliczni pracodawcy mieli w chwili badania lub w przeszłości jakiekolwiek doświadczenie w zatrudnianiu osób chorujących psychicznie – odpowiednio: 2,2% oraz 4,4%. Równie nieliczna jest podgrupa pracodawców, którzy kiedykolwiek współpracowali z osobami chorującymi psychicznie (6,8% – 34 osoby). Jedynie 33,4% badanych (168 respondentów) miało osobisty kontakt z osobami, które chorowały psychicznie, wśród znajomych, przyjaciół, sąsiadów. Należy podkreślić, iż podstawą udzielania przez pracodawców większości odpowiedzi na poszczególne pytania zawarte w kwestionariuszu było ogólne, stereotypowe wyobrażenie o możliwościach i ograniczeniach pracy osób chorujących psychicznie.

## 9.1. Praca osób chorujących psychicznie w opiniach pracodawców

Większość pracodawców (91,8%) podkreśla, iż zatrudniając osobę, która chorowała psychicznie, potrzebowałaby dodatkowych informacji o chorobie. Brak wiedzy o chorobie w sposób podstawowy ogranicza dostęp do zatrudnienia osób

[214] Kwestionariusz przygotowywał zespół w składzie: Janusz Morasiewicz (psychiatra), Łukasz Cichocki (psychiatra), Gerard Banach (socjolog, pracownik socjalny), Dorota Siatka (pedagog) oraz piszący te słowa.

cierpiących na głębokie zaburzenia psychiczne, a jej dostarczanie powinno być jednym z głównych zadań pośredniej terapii społecznej i rehabilitacji zawodowej. Powyższe stwierdzenie nabiera szczególnego znaczenia w świetle informacji, że prawie 16% badanych uważa, iż żadna osoba chorująca psychicznie nie może pracować, natomiast 56,4% respondentów utrzymuje, iż fakt przebycia choroby psychicznej ogranicza zdolność do wykonywania pracy zarobkowej (zob. tabela 6).

**Tabela 6. Czy przebyta choroba psychiczna ogranicza zdolność do wykonywania pracy zarobkowej? (n = 503)**

| Zdolność do pracy zarobkowej | Częstość | Procent |
|---|---|---|
| zdecydowanie tak | 59 | 11,7 |
| tak, raczej tak | 225 | 44,7 |
| raczej nie, nie | 168 | 33,4 |
| zdecydowanie nie | 14 | 2,8 |
| trudno powiedzieć | 37 | 7,4 |
| **Ogółem** | **503** | **100,0** |

Źródło: *opracowanie własne*.

Ograniczenie to jest postrzegane przez pracodawców jako istotne i w większości przypadków wiąże się z wyobrażeniem, iż choroba psychiczna prowadzi do całkowitej niezdolności do pracy. Prawie 48% pracodawców uważa, iż tylko co dziesiąta osoba, która chorowała psychicznie, jest w stanie pracować. Należy podkreślić, że owo ograniczenie zdolności do pracy osób chorujących psychicznie nie jest w opinii większości badanych (55%) powiązane z niezdolnością do pracy zespołowej (zob. tabela 7).

**Tabela 7. Czy osoby, które chorowały psychicznie, są zdolne do pracy zespołowej? (n = 503)**

| Zdolność do pracy zespołowej | Częstość | Procent |
|---|---|---|
| zdecydowanie tak | 15 | 3,0 |
| tak, raczej tak | 262 | 52,0 |
| raczej nie, nie | 136 | 27,1 |
| zdecydowanie nie | 15 | 3,0 |
| trudno powiedzieć | 75 | 14,9 |
| **Ogółem** | **503** | **100,0** |

Źródło: *opracowanie własne*.

Wynik ten interpretuję jako pozytywną opinię pracodawców, stwarzającą chorującym psychicznie możliwość pracy, jednakże odnosząc go do kolejnych danych uzyskanych w badaniu, tę interpretację przyjmuję z ostrożnością. Należy bowiem zwrócić uwagę na fakt, iż znaczna grupa pracodawców (71,4%) nie wyznacza pracownikom chorującym psychicznie roli członka zespołu, któremu można powierzyć zadanie wymagające dużej samodzielności (zob. tabela 8). Tym samym – co można założyć z dużym prawdopodobieństwem – nie dostrzegają możliwości ich rozwoju zawodowego i przyjmują, że pracownicy chorujący psychicznie będą zajmować niższe pozycje w zespole zatrudnionych osób.

**Tabela 8. Czy powierzył(a)by Pan(i) pracownikowi, który chorował psychicznie, zadanie wymagające dużej samodzielności? (n = 503)**

| Powierzenie zadania wymagającego samodzielności | Częstość | Procent |
|---|---|---|
| zdecydowanie nie | 91 | 18,2 |
| nie, raczej nie | 268 | 53,2 |
| raczej tak, tak | 92 | 18,3 |
| zdecydowanie tak | 5 | 1,0 |
| trudno powiedzieć | 47 | 9,3 |
| **Ogółem** | **503** | **100,0** |

Źródło: *opracowanie własne*.

Warto dodać, iż tylko 1% respondentów uważa, iż pracownikom, którzy chorowali psychicznie, można powierzyć zadanie wymagające znacznej odpowiedzialności. Ten szczególny brak zaufania jest powiązany u 71,2% pracodawców z antycypowaniem u osób chorujących psychicznie zachowań niezrozumiałych.

Szczególnie dotkliwą barierą utrudniającą podjęcie zatrudnienia przez osoby chorujące psychicznie jest żądanie pracodawców (64,2%), aby kandydaci do pracy, którzy w toku rekrutacji ujawnialiby, iż leczyli się psychiatrycznie, przedstawiali stosowne zaświadczenia lekarskie. Należy równocześnie podkreślić, że aż 24,5% (123 osoby) respondentów traktuje fakt leczenia psychiatrycznego jako wystarczający powód, aby przerwać proces rekrutacji (zob. tabela 9).

**Tabela 9. Jak postąpił(a)by Pan(i), gdyby w trakcie procesu rekrutacji kandydat do pracy ujawnił, że leczy się psychiatrycznie? (n = 503)**

| Postępowanie w trakcie rekrutacji | Częstość | Procent |
|---|---|---|
| przerwanie procesu rekrutacji | 123 | 24,5 |
| kontynuacja procesu rekrutacji po uzyskaniu dodatkowego zaświadczenia lekarskiego | 323 | 64,2 |
| kontynuacja procesu rekrutacji bez zmian | 57 | 11,3 |
| **Ogółem** | **503** | **100,0** |

Źródło: *opracowanie własne*.

Kolejna specyficzna bariera jest związana z wyobrażeniem pracodawców, iż w umowie o pracę zawieraną z osobami, które chorowały psychicznie, muszą znajdować się pewne szczegółowe, dodatkowe zapisy. Zwraca uwagę fakt, iż podkreślają oni konieczność zamieszczania zapisów o: „zatrudnieniu pod nadzorem" (55,1%), „ograniczonym zakresie obowiązków" (42,6%) oraz „możliwości wcześniejszego rozwiązania umowy o pracę" (37,5%). Ostatnie ze wskazanych uwarunkowań wydaje się naturalną konsekwencją dwóch pierwszych, ponieważ konieczność sprawowania dodatkowego nadzoru nad pracownikiem i ograniczanie zakresu jego obowiązków jest niejako synonimem pracownika niewydajnego, którego przedsiębiorstwo nie potrzebuje i którego pracodawca powinien zwolnić.

Znacznym utrudnieniem dla pracowników chorujących psychicznie jest oczekiwana przez pracodawców konieczność ukrywania przebytej w przeszłości choroby. Prawie 60% badanych, którzy odkryliby ten fakt, skierowałoby pracownika na badanie lekarskie, natomiast co dziesiąty podjąłby decyzję o jego zwolnieniu z pracy (zob. tabela 10).

**Tabela 10. Jak by Pan(i) postąpił(a), gdyby dowiedział(a) się Pan(i), że jeden z pracowników firmy nie poinformował w chwili przyjęcia do pracy o fakcie choroby psychicznej? (n = 503)**

| Zachowania pracodawców w sytuacji zatajenia faktu o chorobie psychicznej | Częstość | Procent |
|---|---|---|
| zwolnił(a)bym pracownika | 61 | 12,1 |
| skierował(a)bym pracownika na badanie lekarskie | 291 | 57,9 |
| przesunął(ęła)bym pracownika na niższe stanowisko lub zmienił(a)bym pracownikowi zakres obowiązków | 41 | 8,2 |
| nie dokonał(a)bym żadnych zmian | 57 | 11,3 |
| trudno powiedzieć | 53 | 10,5 |
| **Ogółem** | **503** | **100,0** |

Źródło: *opracowanie własne*.

Zdecydowanie mniej jednoznacznie pracodawcy określają natomiast swoje reakcje w sytuacji, kiedy w trakcie rozmowy z pracownikiem dowiedzieliby się o jego chorobie psychicznej. Odpowiedzi badanych rozkładają się względnie stabilnie na trzy grupy obejmujące: brak zmiany zachowania (35%), dostosowanie swojej reakcji do zachowania pracownika (34,6%) oraz zachowanie większej ostrożności i powściągliwości w kontakcie (30,2%).

Kolejny wynik badania pozwala sformułować ogólne twierdzenie, iż osoby mające problemy ze zdrowiem psychicznym, ale również – co warto podkreślić – ze zdrowiem somatycznym są stale zagrożone utratą pracy. Zdrowie psychiczne i fizyczne, zaraz po kwalifikacjach pracownika i jego stażu pracy w firmie traktowane jest przez pracodawców jako istotna przesłanka mająca wpływ na decyzję o redukcji pracowników (odpowiednio: 74,9%, 74,5%, 97,2%, 81,7%). Również wiek respondenci traktują jako ważne kryterium ewentualnego ograniczania liczby zatrudnionych – 36,9% wskazań (zob. tabela 11).

**Tabela 11. Czynniki mające wpływ na redukcję liczby pracowników (n = 503)**

| Lp. | Czynnik | Procent |
|---|---|---|
| 1. | kwalifikacje | 97,2 |
| 2. | staż pracy w firmie | 81,7 |
| 3. | stan zdrowia psychicznego | 74,9 |
| 4. | stan zdrowia fizycznego | 74,5 |
| 5. | wiek pracownika | 36,9 |
| 6. | płeć | 17,7 |
| 7. | atrakcyjność towarzyska | 16,9 |
| 8. | atrakcyjność fizyczna | 14,5 |

Źródło: *opracowanie własne*.

Pracodawcy w sytuacji kryzysu i dekoniunktury są gotowi do zachowań dyskryminujących pracowników ze względu na ich stan zdrowia, wiek, w mniejszym stopniu ze względu na płeć, atrakcyjność towarzyską i fizyczną. Praca w opiniach respondentów nie jest postrzegana jako dostępna dla tych wszystkich, którzy mogą mieć jakiekolwiek problemy zdrowotne i funkcjonalne – rządzi tutaj dychotomia: „albo praca, albo choroba".

Znaczny odsetek pracodawców (41,7%) nie dostrzega żadnych argumentów przemawiających za zatrudnianiem osób, które chorowały psychicznie, natomiast porównywalna grupa badanych (36,4%) wskazuje, iż tym argumentem może być chęć niesienia pomocy innym oraz zwiększenie społecznej wrażliwości współpracowników (18,1%). Warto zwrócić jednak uwagę, że tylko 12,1%

respondentów dostrzega w zatrudnianiu osób chorujących psychicznie korzyść, jaką jest poprawa wizerunku przedsiębiorstwa. W badanej grupie 19,7% respondentów żywi przeświadczenie o szczególnych możliwościach osób chorujących psychicznie (zob. tabela 12).

**Tabela 12. Argumenty przemawiające za zatrudnieniem pracownika, który chorował psychicznie (n = 503)**

| Lp. | Argument | Procent |
|---|---|---|
| 1. | nie ma takich argumentów | 41,7 |
| 2. | chęć pomocy innym | 36,4 |
| 3. | finansowa korzyść | 31,4 |
| 4. | przeświadczenie o szczególnych możliwościach osób chorujących | 19,7 |
| 5. | zwiększenie wrażliwości pracowników na potrzeby innych | 18,1 |
| 6. | dbanie o wizerunek firmy | 12,1 |
| 7. | inne | 1,4 |

Źródło: *opracowanie własne*.

Prawie 80% respondentów identyfikuje natomiast wiele argumentów przemawiających przeciw zatrudnianiu osób, które chorowały psychicznie, spośród których „częsta niezdolność do pracy" jest oceniana jako argument najistotniejszy (zob. tabela 13).

**Tabela 13. Argumenty przemawiające przeciw zatrudnieniu pracownika, który chorował psychicznie (n = 503)**

| Lp. | Argument | Procent |
|---|---|---|
| 1. | częsta niezdolność do pracy z powodu choroby | 51,7 |
| 2. | niesamodzielność w pracy | 38,6 |
| 3. | trudności w pracy z innymi | 32,6 |
| 4. | gorsze wykonywanie obowiązków | 18,1 |
| 5. | niewielkie umiejętności zawodowe | 13,3 |
| 6. | niższy od innych pracowników poziom motywacji do pracy | 9,9 |
| 7. | inne | 5,6 |
| 8. | nie ma takich argumentów | 22,7 |

Źródło: *opracowanie własne*.

Pracodawcy wymieniają dodatkowo kilkanaście barier – argumentów przeciwko zatrudnianiu osób chorujących psychicznie. Ich pierwsza grupa jest zbiorem stereotypowych cech pracownika mającego problemy psychiczne, który jest: nieodpowiedzialny, bez kwalifikacji, konfliktowy, nieprzewidywalny, niewywiązujący się z prac terminowych, niszczący materiały, niesamodzielny. Druga grupa argumentów zawiera informacje o wyobrażeniach pracodawców o ograniczeniach, a nawet przeciwwskazaniach w wykonywaniu wielu prac, szczególnie gdy dotyczą samodzielności, kontaktu z innymi, awansu, opieki nad drugą osobą. Trzecia grupa argumentów wiąże się z lękiem i niewiedzą respondentów, którzy obawiają się nawrotu choroby i podkreślają brak doświadczenia w pracy z osobami chorującymi psychicznie.

Należy podkreślić, że dla pracodawców argumenty przemawiające przeciw zatrudnianiu osób chorujących psychicznie są związane z istotą samej choroby, która według respondentów ogranicza zdolność do wykonywania wielu prac (zob. tabela 14). Pracodawcy uważają, że ograniczenia w znacznym i umiarkowanym stopniu dotyczą: samodzielnego wykonywania pracy (74,5%), pracy z klientem (80,3%), odpowiedzialności finansowej (84,3%), pracy zmianowej (56,5%), kierowania innymi pracownikami (85,1%), opieki nad innymi (85,7%), kierowania samochodem (80,3%), pracy na wysokości (90,5%) oraz pracy z substancjami niebezpiecznymi (91,5%).

**Tabela 14. W jakim stopniu przebyta choroba psychiczna wpływa na zdolność do wykonywania pracy w określonych warunkach? (n = 503)**

| | Stopień ograniczenia | | | |
|---|---|---|---|---|
| Rodzaj ograniczenia | w znacznym stopniu | w umiarkowanym stopniu | nie wpływa w żadnym stopniu | trudno powiedzieć |
| praca na wysokości | 68,2% | 22,3% | 8,7% | 0,8% |
| praca z substancjami niebezpiecznymi | 67,2% | 24,3% | 8,0% | 0,6% |
| opieka nad innymi | 55,1% | 30,6% | 13,7% | 0,6% |
| kierowanie innymi pracownikami | 47,1% | 38,0% | 14,1% | 0,8% |
| odpowiedzialność finansowa | 45,5% | 38,8% | 15,1% | 0,6% |
| kierowanie samochodem | 42,1% | 38,2% | 19,3% | 0,4% |
| praca bezpośrednia z klientem | 36,2% | 44,1% | 18,9% | 0,8% |
| samodzielne wykonywanie pracy | 28,2% | 46,3% | 25,0% | 0,4% |
| praca zmianowa | 21,3% | 35,2% | 42,7% | 0,8% |

Źródło: *opracowanie własne*.

W opiniach badanych znaczne ograniczenia związane są z pracą z substancjami niebezpiecznymi, na wysokości oraz w pracy polegającej na opiece nad innymi (odpowiednio: 67,2%, 68,2% i 55,1% wskazań). Wyniki te wiążą się jednoznacznie z postrzeganiem osoby chorującej psychicznie jako zagrażającej innym, niebezpiecznej z powodu braku odpowiedzialności i nieprzewidywalności jej zachowań.

Zwraca uwagę wynik, zgodnie z którym choroba psychiczna – w opiniach badanych – w znacznym stopniu nie ogranicza zdolności do pracy samodzielnej. Kłopotliwa jest jego interpretacja, bowiem czego samodzielność pracowników chorujących psychicznie miałaby dotyczyć? Nie znaczy ona przecież możliwości kontaktu bezpośredniego z klientem, kierowania, jak również opiekowania się innymi ani możliwości ponoszenia odpowiedzialności finansowej – w tych obszarach ponad 80% badanych dostrzega znaczne i umiarkowane ograniczenia spowodowane chorobą. Być może owa „samodzielność" jest dla pracodawców synonimem „pracy w osamotnieniu", „w izolacji od innych"...

W badanej grupie niemal 80% pracodawców zadeklarowało potrzebę uzyskania pomocy w zatrudnianiu osób, które chorowały psychicznie. Większość badanych (67%) oczekuje dostarczania im wiedzy o chorobie. Równocześnie nie mniej ważnym oczekiwaniem pracodawców jest pomoc w uzyskiwaniu refundacji kosztów pracy osób niepełnosprawnych (60,4%). Należy podkreślić gotowość respondentów do współpracy z systemem opieki psychiatrycznej (56,3%), jak również otwartość na współpracę z trenerami pracy w zakresie tak zwanego modelu zatrudniania wspieranego (44,1%). Można stwierdzić, iż spełnianie tych oczekiwań ma kluczowe znaczenie dla wszelkich działań mających na celu zatrudnianie osób chorujących psychicznie.

## 9.2. Praca osób chorujących psychicznie – zagadnienie awansu

Edmund Wnuk-Lipiński pisał:

> Zasada równości szans oznacza, że istnienie drabiny nierówności społecznej nie jest niesprawiedliwością *per se*; niesprawiedliwe jest, jeśli poszczególni członkowie społeczeństwa mają niejednakowe szanse awansu na kolejne szczeble[215].

Na kolejnym etapie analizy badania przyjąłem założenie, iż postrzeganie przez pracodawców możliwości awansu pracownika, który chorował psychicznie, w istotny sposób determinuje szeroko rozumianą gotowość pracodawców

[215] E. Wnuk-Lipiński, *op.cit.*, s. 63.

do zatrudniania tej grupy osób. Szczególna rola kategorii pojęciowej „awansu" polega na jej istotnym znaczeniu dla następujących zagadnień:

- określa jedną z trzech fundamentalnych funkcji pracy, jaką jest rozwój pracownika – obok funkcji polegającej na zdobywaniu środków finansowych i przyczynianiu się do rozwoju dobra wspólnego;
- jest kluczowym słowem w obowiązującej w Polsce ustawowej definicji rehabilitacji zawodowej[216] oraz
- wiąże się z postrzeganiem osób, które chorowały jako zdolnych do rozwoju, transgresji, przekraczania siebie pomimo doświadczenia choroby.

W celu weryfikacji założenia badawczego grupa badana została podzielona na dwie podgrupy. Jako kryterium podziału przyjąłem rodzaj odpowiedzi respondentów na pytanie: „Czy i w jaki sposób informacja o przebytej chorobie psychicznej pracownika wpływa na możliwość jego awansu i podwyżki wynagrodzenia?". Grupa I (n = 366, to jest 72,8%) udzieliła na tak postawione pytanie odpowiedzi negatywnej, natomiast Grupa II (n = 137, to jest 27,2%) udzieliła odpowiedzi pozytywnej (zob. tabela 15). Podstawowe porównanie międzygrupowe nie wykazało istotnych statystycznie różnic pomiędzy respondentami w grupie I i grupie II w zakresie cech socjodemograficznych: płci, wieku oraz wykształcenia.

Warto nadmienić, iż w omawianym badaniu zmienna „zdolność do awansu" korelowała ze zmienną „zdolność do pracy zarobkowej" oraz „samodzielność w pracy", natomiast ostatnia z wymienionych ze zmienną „zdolność do pracy zespołowej". Można przyjąć, iż potencjalna możliwość awansu osoby chorującej była rozumiana jako jej zdolność do samodzielnej pracy zarobkowej, dla której istotnym uwarunkowaniem jest umiejętność pracy w zespole.

**Tabela 15. Czy i w jaki sposób informacja o przebytej chorobie psychicznej pracownika wpływa na możliwość jego awansu i podwyżki wynagrodzenia? (n = 503)**

| Wpływ informacji o chorobie psychicznej na możliwość awansu lub podwyżki wynagrodzenia | Częstość | Procent |
|---|---|---|
| nie ma wpływu na możliwość awansu i podwyżki | 366 | 72,8 |
| ogranicza lub uniemożliwia możliwość awansu i podwyżki | 137 | 27,2 |
| Ogółem | 503 | 100,0 |

Źródło: *opracowanie własne*.

[216] Rehabilitacja zawodowa ma na celu ułatwienie osobie niepełnosprawnej uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia oraz awansu zawodowego poprzez umożliwienie jej korzystania z poradnictwa i szkolenia zawodowego, a także pośrednictwa pracy.

Należy podkreślić, iż ów deklarowany przez respondentów „brak wpływu" choroby na możliwość awansu jest powiązany z ryzykiem wcześniejszego zwolnienia pracownika lub koniecznością przedłożenia przez niego medycznego zaświadczenia o zdolności do wykonywania pracy – możliwość awansu pracowników chorujących psychicznie można porównać do przejścia przez ucho igielne.

Dla 27,2% badanych (137 osób) sam fakt informacji o chorobie psychicznej pracownika w sposób jednoznaczny utrudnia lub całkowicie uniemożliwia jego awans i przyznanie mu podwyżki[217]. W opiniach respondentów jest to związane z: częstą niezdolnością pracowników chorujących psychicznie do pracy (84,7%), ich niesamodzielnością (79,6%), trudnościami we współpracy (73,7%), gorszym wykonywaniem obowiązków (61,3%) oraz niższym od innych pracowników poziomem motywacji do pracy (46,7%). Warto zauważyć, iż poziom kompetencji zawodowych, który jest jednym z obiektywnych kryteriów awansu w pracy, został wskazany jako ważny argument tylko przez co trzeciego pracodawcę (29,9%) – zob. tabela 16.

**Tabela 16. Dlaczego uważa Pan(i), że informacja o przebytej chorobie psychicznej pracownika ogranicza lub uniemożliwia mu awans i podwyżkę wynagrodzenia? (n = 137)**

| Lp. | Argument | Procent |
|---|---|---|
| 1. | częsta niezdolność do pracy z powodu choroby | 84,7 |
| 2. | niesamodzielność w pracy | 79,6 |
| 3. | trudności w pracy z innymi | 73,7 |
| 4. | gorsze wykonywanie obowiązków | 61,3 |
| 5. | niewielkie umiejętności zawodowe | 46,7 |
| 6. | niższy od innych pracowników poziom motywacji do pracy | 29,9 |
| 7. | inne | 9,5 |

Źródło: *opracowanie własne*.

W tej szczególnej podgrupie prawie 10% respondentów, uzasadniając swoją opinię o negatywnym związku pomiędzy faktem przebytej choroby psychicznej a awansem w pracy, wskazało na istnienie również innych, domniemanych jego przyczyn, takich jak: brak akceptacji dla chorujących psychicznie wśród pracowników zdrowych, zakaz zatrudniania chorujących psychicznie, nieprzewidywalność ich zachowań, niewykonywanie przez nich konkretnych zadań, brak

[217] Należy zaznaczyć, że 29 respondentów (5,8%) odpowiedziało, iż choroba psychiczna całkowicie uniemożliwia awans.

odpowiedzialności za siebie i swoje czyny, niezdolność do podejmowania ważnych decyzji lub większą od osób zdrowych konfliktowość tych, którzy przebyli chorobę psychiczną.

W następnym etapie badania przeanalizowałem zagadnienie: czy i na jakie pytania respondenci w podgrupach udzielali różnych odpowiedzi oraz czy różnice te są statystycznie istotne. Przy obliczaniu różnic istotnych statystycznie pomiędzy grupami w zakresie zmiennych społeczno-demograficznych oraz zmiennych dotyczących pracy i zatrudniania osób chorujących psychicznie zastosowałem, zgodnie z charakterem zmiennych i ich rozkładem, test *t*, chi-kwadrat oraz test rang U Manna-Whitneya do porównywania dwóch prób niezależnych.

Uzyskane wyniki pozwoliły na wyłonienie trzech podstawowych obszarów odpowiedzi pracodawców, które różnicują podgrupy. Obszary te wyodrębnione na podstawie stosunku pracodawców do możliwości awansu w pracy osób chorujących psychicznie konstytuują opis polskiego „szklanego sufitu". Równocześnie są one kluczowymi obszarami semantycznymi, wokół których powinna być zogniskowana działalność promocyjna skierowana do pracodawców, ale również innych grup zajmujących się osobami chorującymi psychicznie.

Pierwszy obszar dotyczy siły wpływu choroby psychicznej na funkcjonowanie chorego pracownika. Wyobrażenia respondentów związane są tutaj z niszczącym, obejmującym większość obszarów życia procesem chorobowym, w opozycji do optymistycznej wizji choroby, jeśli nie uleczalnej, to charakteryzującej się względnie stabilnymi okresami remisji, a przede wszystkim choroby, która umożliwia dalszy indywidualny rozwój i czerpanie satysfakcji z życia, także zawodowego. Istotę omawianej kwestii oddaje poszukiwanie odpowiedzi na pytanie: czy osoba chorująca staje się bytem, który możemy zredukować tylko i wyłącznie do choroby? Pracodawcy z grupy I – w wyniku porównania międzygrupowego z pracodawcami grupy II – deklarowali zdecydowanie więcej optymizmu, odnosząc się do uogólnionej możliwości podjęcia i wykonywania pracy przez osoby chorujące psychicznie, zdolności do pracy zespołowej oraz wykonywania zadań wymagających dużej samodzielności.

Drugi obszar tematyczny związany jest z projekcją potencjalnych ograniczeń w kompetencjach społeczno-zawodowych spowodowanych przebytą chorobą psychiczną lub ich braku. Istotne statystycznie wyniki dotyczyły ograniczeń w zakresie zdolności do pracy w relacji z ludźmi: kierowania innymi pracownikami, sprawowania opieki, możliwości pracy w kontakcie bezpośrednim z klientem oraz umiejętności pracy samodzielnej niewymagającej kontroli i monitorowania. Równie istotne były antycypowane ograniczenia wynikające ze stereotypowych wyobrażeń o niebezpieczeństwie dla siebie i innych, jakie rzekomo stwarzają w środowisku pracy osoby, które chorowały psychicznie, oraz z przypisywanego im braku poczucia odpowiedzialności (na przykład

znaczne ograniczenia w zdolności do pracy z substancjami niebezpiecznymi, na wysokości, wymagającej kierowania samochodem lub ponoszenia odpowiedzialności finansowej) – zob. tabela 17.

**Tabela 17. W jakim stopniu przebyta choroba psychiczna wpływa na zdolność do wykonywania pracy w określonych warunkach? (porównanie międzygrupowe, p < 001)**

| | Wpływa w znacznym stopniu | | Nie wpływa w żadnym stopniu | |
|---|---|---|---|---|
| **Rodzaj ograniczenia** | **Grupa I** | **Grupa II** | **Grupa I** | **Grupa II** |
| **Interpersonalne** | | | | |
| kierowanie innymi pracownikami | 39% | 70% | 18% | 4% |
| opieka nad innymi | 51% | 66% | 18% | 4% |
| praca bezpośrednia z klientem | 32% | 47% | 23% | 9% |
| samodzielne wykonywanie pracy | 22% | 44% | 31% | 10% |
| **Techniczne** | | | | |
| praca z substancjami niebezpiecznymi | 63% | 80% | 10% | 2% |
| praca na wysokości | 64% | 79% | 11% | 4% |
| kierowanie samochodem | 36% | 60% | 24% | 7% |
| odpowiedzialność finansowa | 40% | 60% | 18% | 7% |

Źródło: *opracowanie własne*.

Trzeci i ostatni obszar tematyczny związany jest ze sposobem zachowania się pracodawców wobec pracowników w sytuacji pozyskania informacji o chorobie podczas rekrutacji oraz już w trakcie zatrudnienia. W grupie I 16% respondentów deklarowało gotowość przerwania rekrutacji, natomiast w grupie II aż 47% badanych. Znacząca różnica dotyczyła również reakcji na pozyskaną informację o zatajonym przez pracownika fakcie chorowania psychicznego. Zwolnienie pracownika zadeklarowało odpowiednio w grupach I oraz II: 7% i 27%, czyli prawie cztery razy częściej. Wystąpienie choroby u pracownika, którego pracodawcy już wcześniej zamierzali zwolnić, powoduje podjęcie starań, aby zwolnić go jeszcze szybciej. Taką deklarację złożyło odpowiednio 4% i aż 18% w grupach I oraz II. Obszar ten obejmował ponadto: 1) gotowość do antycypowania u chorujących pracowników zachowań mogących budzić u współpracowników całkowity brak zrozumienia oraz 2) deklarację, iż w sytuacji konfliktu pomiędzy pracownikami pracodawcy byliby skłonni bronić pracownika zdrowego – w grupie II wyniki były istotnie wyższe. Wobec nagłej konieczności redukcji liczby pracowników stan zdrowia psychicznego był natomiast

wymieniany przez pracodawców tej grupy jako druga po kwalifikacjach najczęstsza przyczyna mająca bardzo silny wpływ na tę decyzję, ale jako jedyna istotnie różnicująca podgrupy. W porównaniu z grupą I wymieniana była dwukrotnie częściej (zob. tabela 18).

**Tabela 18. Przyczyny mające wpływ na decyzję o zwolnieniu pracownika (porównanie międzygrupowe, p < 001)**

| Przyczyna | Grupa I | Grupa II |
|---|---|---|
| kwalifikacje zawodowe (ns.*) | 82% | 80% |
| staż pracy w zakładzie pracy (ns.) | 44% | 47% |
| stan zdrowia psychicznego (p < 001) | 24% | 50% |

*ns. – wynik nieistotny statystycznie.
Źródło: *opracowanie własne*.

Pracodawcy z grupy I są zdecydowanie bardziej powściągliwi w deklarowanej gotowości do informowania o chorobie psychicznej pracownika jego współpracowników. Traktują doświadczenie choroby jako przynależne do sfery prywatnej chorującego, jak również – co wynika bezpośrednio z badań – są zdolni do ujmowania choroby psychicznej jako faktu mniej zagrażającego innym.

Warto podkreślić, iż podgrupy nie różnicuje deklarowane zapotrzebowanie na informacje o chorobie w sytuacji zatrudniania pracownika doświadczającego trudności psychicznych.

Uzyskane w toku porównania międzygrupowego statystycznie istotne różnice (zob. tabela 19) w sposobie formułowania odpowiedzi na poszczególne pytania zawarte w kwestionariuszu są kluczem dla wskazań aplikacyjnych radzenia sobie z ograniczeniami związanymi z piętnującymi wyobrażeniami na temat możliwości pracy i szerzej obecności w świecie osób chorujących psychicznie.

**Tabela 19. Szklany sufit – obszary semantyczne**

| Obszary semantyczne | Wyniki porównania międzygrupowego (p < 001) |
|---|---|
| Wpływ choroby psychicznej | uogólniona zdolność do pracy osób chorujących psychicznie<br>zdolność do pracy zespołowej oraz wymagającej samodzielności |
| Ograniczenia kompetencji osób chorujących psychicznie | kompetencje interpersonalne<br>kompetencje techniczne |
| Reakcje pracodawców na fakt choroby psychicznej pracownika | postępowanie w trakcie procesu rekrutacji<br>choroba psychiczna a możliwość dalszej pracy zarobkowej |

Źródło: *opracowanie własne*.

Są to semantyczne obszary silnie różnicujące respondentów, kontrowersyjne, rodzące różne, często skrajnie odmienne reakcje. Stanowią w kontakcie z osobami chorującymi potencjalne punkty zapalne, generujące sytuacje emocjonalnie trudne, tworząc przestrzeń ambiwalencji, swoisty interakcyjny *double bind*, stan anomii lub niepewności. Dlatego też właśnie te wyodrębnione obszary, które można zdefiniować nie tylko jako „szklany sufit", ale również jako stereotypowe wyobrażenia, będące podstawą dla uprzedzeń i zachowań dyskryminujących, zawierają cenne informacje dla potencjalnych działań praktycznych. Po pierwsze, w działaniach terapeutycznych i promocyjnych należy uwzględnić rozpowszechnione wyobrażenie o niszczącym wpływie choroby psychicznej na zdolność do pracy, o chorobie jako wieloletnim, nieuleczalnym i nieuchronnie degradującym procesie, który pozbawia ludzi możliwości stanowienia o sobie oraz odbiera możliwości rozwoju, posiadania unikatowych, wartościowych cech. Pamiętajmy, że opierając się na tej uproszczonej wiedzy o chorobie, rozwijamy praktykę społeczną, dla której podstawą jest wyobrażenie, iż jedyną możliwą odpowiedzią na stan choroby psychicznej jest świadczenie opieki i kontroli nad nieuleczalnie chorującymi, których główny problem polega na stopniowej, całkowitej utracie zdolności bycia osobą odpowiedzialną i zdolną do współżycia z innymi ludźmi. Rodzą się dramatyczne pytania: Jaka metoda dostarczania wiedzy o złożonym świecie choroby, terapii i zdrowienia mogłaby skutecznie zmienić uproszczone społeczne wyobrażenia? W jaki sposób zbudować trwałe przeświadczenie o tym, że w procesie powrotu do zdrowia psychicznego największe znaczenie ma drugi człowiek, który będzie w stanie ofiarować chorującemu szczególny dar polegający na powierzeniu mu odpowiedzialności za siebie i innych?

Drugie wyzwanie dla działań praktycznych to próba modyfikacji kontekstu emocjonalnego, jaki towarzyszy naszym spotkaniom z osobami chorującymi. Jego podstawą jest poczucie zagrożenia, a przede wszystkim lęk przed światem choroby, którego nie rozumiemy. Emocjonalne doświadczenie lęku jest fundamentem, na którym budujemy nasze wyobrażenia o chorujących psychicznie jako osobach o znacznie ograniczonych kompetencjach społecznych i zawodowych. Deficyty dotyczą w takim samym stopniu kompetencji wymagających nawiązywania i utrzymywania bezpośrednich relacji z ludźmi, jak również tych związanych z koniecznością pracy w pewnych szczególnych warunkach organizacyjnych lub technicznych. W jaki sposób rozwinąć społeczną empatię, rozumianą jako cechę opisującą nie tylko osobę, lecz także grupy oraz środowiska lokalne, tak aby nasz lęk ustąpił miejsca współodczuwaniu siły, z jaką piętno społeczne niszczy złożony z cierpienia, nadziei na wyzdrowienie oraz tęsknoty za obecnością i miłością innych emocjonalny świat osób chorujących psychicznie?

I wreszcie trzeci obszar działań terapeutycznych i promocyjnych obejmuje nasz sposób odnoszenia się do tych, którzy doświadczyli głębokich problemów psychicznych. Czy jesteśmy w stanie w znaczący sposób zmodyfikować utrwaloną i dominującą w kulturze[218] prawomocność zachowań, których jedynym celem jest trwała izolacja, represjonowanie i dyskryminacja osób chorujących psychicznie?

Podkreślam, iż w rozważaniach na temat terapii społecznej myślę przede wszystkim o zastąpieniu podejścia paternalistycznego do osób chorujących oczekiwaniem ich współudziału w podejmowaniu codziennego ryzyka, będącego szeroko rozumianym wyrazem przedsiębiorczości. Myślę o pomniejszaniu społecznego lęku związanego z utożsamianiem choroby z koniecznością kontroli wielu, często bardzo podstawowych, ludzkich zachowań oraz z utratą kompetencji społecznych i zawodowych. Równocześnie zastanawiam się nad dostępnymi próbami powiązania naszego lęku z emocjami, jakie zmniejszają dystans między ludźmi i umożliwiają emocjonalną komunikację. Szczególne zadanie polega jednak na wprowadzaniu w zwykłe, codzienne życie etycznej refleksji nad chorobą psychiczną, czy szerzej nad sensem obecności cierpienia w ludzkim świecie, który przyzywa nieustannie inny świat: świat ludzkiej miłości[219].

Przyjęta w pracy perspektywa zobowiązuje mnie do podkreślania, iż terapeutyczny i promocyjny wysiłek powinien zmierzać głównie w kierunku kształtowania bardziej otwartych postaw potencjalnych pracodawców osób chorujących psychicznie. Jednak uwzględniając zagrożenia związane z uwewnętrznianiem piętna, nie możemy wyłączyć oddziaływań skierowanych wprost do osób chorujących uczestniczących w programach terapii, rehabilitacji czy aktywizacji społeczno-zawodowej. Nie należy pomijać również profesjonalistów zajmujących się terapią społeczną, którzy z doświadczanym i antycypowanym piętnem muszą się zmierzyć w toku codziennej praktyki. Bywa też i tak, że bariery ograniczające rozwój, „życiowy awans" pacjentów są związane z instytucjami ochrony zdrowia psychicznego. Często to właśnie tam rodzą się i są podtrzymywane praktyki piętnowania osób chorujących. Jak bowiem można uchwycić specyficzną barierę powodującą, iż pewna grupa pacjentów, pomimo nakładu pracy, osiąganych sukcesów, wspólnej nauki, pozostaje w placówkach oparcia społecznego i nie podejmuje zatrudnienia? Jakie mechanizmy – poza splotem przeżyć, doświadczeń i fenomenów związanych z faktem choroby psychicznej – konstytuują niewidoczną psychospołeczną barierę utrudniającą uczestnikom tak zwany powrót do życia poza środowiskową

---

[218] M. Funk i in., *Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group*, World Health Organization, Geneva 2010.

[219] Jan Paweł II, *List Apostolski Salvifici Dolores...*

instytucją psychiatryczną. Opierając się na swojej wieloletniej praktyce klinicznej, chciałbym zwrócić uwagę na powtarzające się wypowiedzi chorych, których nazwałbym „zapomnianymi pacjentami środowiskowych instytucji", przebywających w nich kilkanaście lat, często wykonując niezmiennie podobne do siebie zadania o bardzo niskich oczekiwaniach. Pierwsza grupa wypowiedzi dotyczy specyficznego opisu placówek wsparcia, w którym dominuje jednostajny obraz instytucji tworzącej poczucie bezpieczeństwa, w jakiej panuje prawie całkowity brak nacisku na szybkie wykonywanie zadań, spokój, a nawet pewnego rodzaju rozluźnienie w trakcie pracy i brak oczekiwań większego zaangażowania. Druga grupa wypowiedzi ogniskuje się wokół wielorakich prób opisywania przyjaznej, wspólnotowej atmosfery panującej w ośrodkach, przy równoczesnym braku możliwości przenoszenia zawartych w nich znajomości do własnego, zewnętrznego wobec instytucji środowiska. Po trzecie wreszcie, praca na zewnątrz, poza instytucją psychiatryczną utożsamiana jest przez tę szczególną kategorię pacjentów z silnym stresem, nieprzyjaznymi współpracownikami, pracą ciężką i niewspółmierną do wynagrodzenia, natomiast możliwość zatrudnienia osób chorujących psychicznie określa się jako minimalną, nieistniejącą lub nierealną. Równocześnie chorujący nie potrafią wyraźnie zaakcentować przyczyn braku tejże możliwości. Wśród najczęściej wspominanych pojawia się brak pewności co do poradzenia sobie w pracy, brak motywacji do jej poszukiwania i obawa przed nawrotem choroby. Wszelkie próby zrozumienia niewidocznej psychospołecznej bariery związane są dzisiaj przede wszystkim z identyfikacją dyskursu powstającego w instytucjach psychiatrycznych, w którym to dominuje jednoznacznie negatywne wyobrażenie o możliwościach funkcjonowania chorych w ramach otwartego rynku pracy. Dyskurs ten powstaje w wyniku splotu wzajemnych, wieloletnich relacji łączących uczestników i terapeutów, a jest utrwalany w drodze wzajemnej indukcji negatywnym opisem rzeczywistości, który uzasadnia istnienie rehabilitacyjnego *status quo*. Nie bez znaczenia jest tutaj również refleksja nad stosowanymi metodami pracy. W jakim stopniu udaje się nam połączyć oddziaływania, które chronią podmiotowość chorujących, bazują na ich poczuciu sprawstwa, samodzielnie podejmowanych decyzjach i wyborach, z tymi, które definiujemy w kategoriach kontroli i nadzoru?

Tym samym definiowany w badaniach nad zatrudnianiem osób chorujących psychicznie „szklany sufit" podtrzymywany jest naszą społeczną narracją w miejscach pracy, ale również poza nimi. Posiada on swój specyficzny odpowiednik w ośrodkach zajmujących się aktywizacją pacjentów.

Ważnym kontekstem, mającym niewątpliwy wpływ na uzyskane w badaniu polskich pracodawców wyniki jest sytuacja makroekonomiczna wyznaczona wahaniami koniunktury. Istnieje bowiem korelacja pomiędzy kondycją ekonomiczną i współwystępującymi problemami, jakimi są między innymi

bezrobocie i ubóstwo, a nasilaniem się piętna społecznego i dyskryminacji[220], w tym w podgrupie pracodawców. Wpływ czynników makro na postawy jest względnie trwały i pomimo poprawy sytuacji ekonomicznej nasze wyobrażenia przepełnione obawą przed kryzysem gospodarczym nie ulegają zmianie. Finansowa zapaść systemu ochrony zdrowia psychicznego i ograniczanie działań na rzecz wdrażania *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego* może mieć wydatny wpływ na utrwalanie się stereotypizujących przeświadczeń o niezdolności do pracy osób chorujących psychicznie. To błędne koło utrwala negatywne społecznie przeświadczenia i równocześnie wzmaga u samych osób chorujących subiektywne doświadczenie dyskryminacji w sferze zatrudnienia[221].

[220] D. Pfeiffer, *The Influence of Socio-economic Characteristics of Disabled People on Their Employment Status and Income*, „Disability, Handicap & Society" 1991, nr 6, s. 103–114.

[221] J.D. Livingstone, J.E. Boyd, *Correlates and Consequences of Internalized Stigma for People Living with Mental Illness: A Systematic Review and Meta-analysis*, „Social Science & Medicine" 2010, nr 71, s. 2150–2161.

# 10

# Edukacja społeczna jako metoda pracy socjalnej

Istotną szczegółową barierą w zatrudnianiu osób chorujących psychicznie jest przeświadczenie pracodawców, ujawniane już w trakcie rekrutacji pracowników, że osoby chorujące będą pracować gorzej niż osoby pełnosprawne. Wyniki omawianych polskich badań identyfikują podobne wyobrażenia pracodawców o konkretnych, antycypowanych ograniczeniach. Mogą one stać się samosprawdzającą się przepowiednią, gdyż jedynie 33,4% polskich pracodawców miało osobisty kontakt wśród znajomych, przyjaciół, sąsiadów z osobami, które chorowały psychicznie. Nieliczna jest podgrupa pracodawców – 6,8% – którzy kiedykolwiek współpracowali z osobami chorującymi psychicznie, a jeszcze mniej liczni pracodawcy mieli w chwili badania (2,2%) lub w przeszłości (4,4%) jakiekolwiek doświadczenie zatrudniania osoby chorującej psychicznie. Pojedynczy pracodawcy (2,8%) korzystali z refundacji wynagrodzeń w związku z zatrudnianiem osób niepełnosprawnych. W badaniu Edwarda Diksa i Sally Rogers[222] deklarowany wcześniejszy kontakt pracodawców z osobami chorującymi psychicznie ma pozytywne znaczenie dla przychylnych postaw wobec zatrudniania tej grupy osób. W cytowanym badaniu wpływ ten rozumiany był jako „świadome zatrudnianie osób chorujących psychicznie". Postawy pracodawców posiadających takie doświadczenia różniły się w sposób istotny od podgrupy, która ich nie posiadała. Ci, którzy mieli wcześniej kontakt z chorującymi psychicznie, deklarowali też bardziej pozytywne wyobrażenia o ich wydajności w pracy oraz możliwości funkcjonowania w firmie. Autorzy rekomendują powiązanie promocji zdrowia z działaniami edukacyjnymi skierowanymi do konkretnych pracodawców. Żywią

[222] E. Diksa, E.S. Rogers, *Employer Concerns About Hiring Persons With Psychiatric Disability: Results of Employer Attitude Questionnaire*, „Rehabilitation Counseling Bulletin" 1996, nr 40 (1), s. 31–44.

przekonanie, iż jeśli uda się zminimalizować lęk pracodawców przed objawami choroby, wówczas zmniejszy się u zatrudnionych zakres manifestowanych zachowań dewiacyjnych.

## 10.1. Znaczenie osobistego kontaktu z osobą chorującą psychicznie

Wśród ogólnych przyczyn wykluczenia osób chorujących psychicznie z rynku pracy wymienia się długotrwałą zależność od pasywnych form pomocy społecznej, niedostateczną liczbę miejsc pracy mogących zapewnić zatrudnienie dostosowane do indywidualnych potrzeb beneficjentów oraz zjawisko piętna i dyskryminacji na rynku pracy. Wyniki dyskutowanego polskiego badania wpisują się w studia rekomendujące od wielu lat właśnie ten kierunek działań praktycznych jako kluczowych dla sektora usług terapeutycznych. Od lat zwracam uwagę[223], iż obiecującą metodą pracy jest przekazywanie osobom zainteresowanym wiedzy o chorobie psychicznej (przede wszystkim studentom, szeroko rozumianym terapeutom społecznym, również pracodawcom), tak zwanej wiedzy z pierwszej ręki, gdzie bezpośredni kontakt z osobą chorującą ma istotne znaczenie dla prób modyfikowania naszych negatywnych opinii[224]. Wyniki analizowanego badania potwierdzają społeczne przekonanie, że polscy pracodawcy deklarują liczne obawy wobec zatrudniania osób chorujących psychicznie ze względu na brak wiedzy o specyfice choroby potencjalnego pracownika. Równocześnie, o czym pisałem już wcześniej, prawie 92% pracodawców, zatrudniając osobę, która chorowała psychicznie, potrzebowałoby dodatkowych informacji o chorobie. Rekomendowana przeze mnie edukacja społeczna – odwołująca się do metody „bezpośredniego spotkania" i „wiarygodnego przekazu z pierwszej ręki" – odnosi się zdecydowanie do szerszego kontekstu postaw społecznych wobec chorujących psychicznie. Ten szerszy kontekst to, jak wynika z raportu Jacka Wciórki[225], ciągle malejąca (w latach 1996–2008) deklarowana życzliwość polskiego społeczeństwa wobec osób chorujących psychicznie. Jedynie w podgrupie osób mających osobisty kontakt z chorującymi

---

[223] H. Kaszyński, *The Role of the Patient as a Psychiatric Teacher* [w:] *Schizophrenia and Borderline Disorders. A Challenge for Science and Society – Abstracts. 12th Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Schizophrenie und Borderline-Storung*, Berlin 1999.

[224] R. Shor, I.J. Sykes, *Introducing Structured Dialogue with People with Mental Illness into the Training of Social Work*, „Psychiatric Rehabilitation Journal" 2002, nr 26 (1), s. 63–69; D. Gilbride i in., *Employers' Attitudes Toward Hiring Persons with Disabilities and Vocational Rehabilitation Services*, „Journal of Rehabilitation" 2000, nr 4 (66), s. 17–23; C. Manning, P.D. White, *Attitudes of Employers to the Mentally Ill*, „The Psychiatrist" 1995, nr 19, s. 541–543.

[225] B. Wciórka, J. Wciórka, *op.cit.*

psychicznie „życzliwość" deklaruje 72% badanych, natomiast w podgrupie niemającej żadnego kontaktu z chorującymi – tylko 54%. Podkreślam, iż w tej podgrupie wskaźnik „obojętności" wobec chorujących jest wysoki i wynosi 33% (zob. tabela 20).

**Tabela 20. Stosunek do osób chorujących psychicznie a forma kontaktu z osobą chorującą**

| Stosunek do osób chorujących | 1996 rok | 2008 rok | 2008 rok Brak kontaktu | 2008 rok Pośredni kontakt | 2008 rok Osobisty kontakt |
|---|---|---|---|---|---|
| życzliwy | 73% | 65% | 54% | 56% | 72% |
| obojętny | 18% | 26% | 33% | 37% | 21% |
| niechętny | 5% | 5% | 6% | 4% | 5% |
| trudno powiedzieć | 4% | 4% | 7% | 3% | 2% |

Źródło: *opracowanie własne*.

W badaniu polskich pracodawców niemal 60% respondentów, którzy odkryliby fakt choroby psychicznej, skierowałoby pracownika na badanie lekarskie, aż 24,5% traktuje fakt leczenia psychiatrycznego jako wystarczający powód, aby przerwać proces rekrutacji, a co dziesiąty podjąłby decyzję o zwolnieniu pracownika. Dla 27,2% badanych sam fakt informacji o chorobie psychicznej pracownika w sposób jednoznaczny utrudnia lub całkowicie uniemożliwia jego awans i przyznanie mu podwyżki. Można przypuszczać, iż negatywne, oparte na stereotypach wyobrażenia dotyczące braku zdolności do pracy osób chorujących psychicznie mogą być skutecznie modyfikowane poprzez pracę edukacyjną opartą na metodzie „bezpośredniego spotkania".

Niestety spotkania tego typu ciągle należą do rzadkości. Pomimo coraz szerzej deklarowanej potrzeby dyskutowania o zagadnieniach zdrowia psychicznego, nadal obawiamy się kontaktu z kimś, kto doświadczył głębokich zaburzeń psychicznych, jak również obawiamy się ujawniać fakt choroby psychicznej.

Szczególne znaczenie dla rekomendowanych rozwiązań pracy promocyjnej – odwołującej się do wiedzy płynącej z doświadczenia oraz znaczenia bezpośredniego kontaktu z osobą chorującą – mają dodatkowe wyniki badań, które prowadziłem wśród polskich pracodawców. Zgodnie z nimi osobisty kontakt z osobami, które chorowały psychicznie, nie różnicuje wyodrębnionych w badaniu – na podstawie stosunku do możliwości awansu pracowników, którzy chorowali psychicznie – podgrup respondentów. Wynik ten jest niezgodny z prostą hipotezą, iż to właśnie bezpośrednia relacja jest ważnym czynnikiem zwiększającym szansę na bardziej otwarty i życzliwy stosunek do

chorujących. Brak istotnych statystycznie różnic międzygrupowych dotyczył kontaktu z osobami chorującymi w bliskiej i dalszej rodzinie, wśród znajomych, przyjaciół oraz sąsiadów. Należy jednoznacznie stwierdzić, iż samo doświadczenie kontaktu nie jest wystarczające, aby kształtować bardziej empatyczne postawy. Duże znaczenie ma tutaj jakość doświadczonego kontaktu. W grupie badanej tylko 292 osoby oceniły jakość kontaktu z osobą chorującą psychicznie, w tym 51% odniosło się do niego z obojętnością, natomiast prawie 40% oceniło dotychczasowe kontakty jako raczej lub zdecydowanie dobre. Analizując odpowiedzi respondentów w podgrupach, zwracam uwagę, iż 47% osób w grupie I oraz 61% w grupie II oceniło dotychczasowe kontakty jako obojętne, natomiast jako dobre i zdecydowanie dobre odpowiednio 47% i 21%. Różnice te są istotne statystycznie (zob. tabela 21) i sugerują, iż dotychczasowe dobre kontakty z osobami chorującymi psychicznie pozytywnie wpływają na gotowość do postrzegania chorujących jako zdolnych do pracy i rozwoju zawodowego.

**Tabela 21. Ocena dotychczasowych kontaktów z osobami, które chorowały psychicznie (porównanie międzygrupowe, p < 001)**

| Ocena doświadczonego kontaktu | Grupa (n = 292) | Grupa I (n = 210) | Grupa II (n = 82) |
|---|---|---|---|
| zdecydowanie zła | 2,4% | 0,5% | 7,3% |
| raczej zła | 6,8% | 5,2% | 11% |
| obojętna | 51% | 47,1% | 61% |
| raczej dobra | 28,8% | 33,8% | 15,9% |
| zdecydowanie dobra | 11% | 13,3% | 4,9% |

Źródło: *opracowanie własne*.

Posiłkując się kolejnymi analizami statystycznymi, poszukiwałem odpowiedzi na pytanie, z jaką konstelacją predyktorów powiązany jest pozytywny stosunek respondentów do możliwości awansu w pracy osób chorujących psychicznie oraz czy i w jakim stopniu konstelacja ta włącza ocenę dotychczasowego kontaktu z osobami chorującymi.

Po zastosowaniu modelu regresji liniowej wielozmiennowej z postępującą metodą selekcji zmiennych dla całej grupy badawczej (n = 503), zmienna opisująca dotychczasową jakość kontaktu respondentów z osobami chorującymi psychicznie nie znalazła się w modelu jako powiązana z wyjaśnianiem opinii respondentów wobec zdolności chorujących pracowników do awansu. Natomiast w modelu o poziomie istotności p < 0,001 znalazły się cztery istotne statystycznie zmienne: 1) stan zdrowia psychicznego, 2) płeć 3) wiek oraz 4) atrakcyjność

fizyczna, które wpływają na możliwość zwolnienia z pracy pracownika, który chorował psychicznie (zob. tabela 22).

**Tabela 22. Przewidywanie u pracodawców możliwości awansu osób chorujących psychicznie (n = 503)**

| Zmienna zależna | $R^2$ Skoryg. | Poziom p modelu | Predyktory | Poziom p predyktora |
|---|---|---|---|---|
| Czy informacja o przebytej chorobie psychicznej wpływa na możliwość awansu i podwyżki (nie)? | 12% | < 0,001 | Wpływ stanu zdrowia psychicznego na możliwość zwolnienia pracownika z pracy (brak wpływu) | <0,001 |
| | | | Wpływ płci na możliwość zwolnienia pracownika z pracy (brak wpływu) | 0,016 |
| | | | Wpływ wieku na możliwość zwolnienia pracownika z pracy (brak wpływu) | 0,006 |
| | | | Wpływ atrakcyjności fizycznej na możliwość zwolnienia pracownika z pracy (brak wpływu) | 0,045 |

Źródło: *opracowanie własne*.

Wynik ten pozwala na stwierdzenie, że istnieje nieprzypadkowy związek pomiędzy ocenianiem przez respondentów braku wpływu na zwolnienie z pracy pracownika ze względu na stan zdrowia psychicznego, płeć, wiek oraz atrakcyjność fizyczną a brakiem wpływu faktu o przebytej chorobie psychicznej na możliwość awansu i podwyżki pracownika, który jej doświadczył. Należy podkreślić, iż model uzyskał niską wartość (12%) wskaźnika zmienności wyjaśnianej. Konstelacja predyktorów w modelu obejmująca zmienne podstawowych cech osobowych, takich jak stan zdrowia psychicznego, płeć, wiek, wygląd fizyczny, jest natomiast zgodna z ugruntowanym od XIX stulecia „naukowym" poglądem, iż szczególnie ważnym wskaźnikiem szaleństwa jest zewnętrzny wygląd osoby chorej...

Z kolejnej analizy przy użyciu tej samej metody statystycznej (modelu regresji liniowej wielozmiennowej z postępującą metodą selekcji zmiennych) wykluczyłem osoby, które nie oceniły jakości kontaktu z osobami chorującymi. Dlatego też w analizowanej grupie było 292 respondentów. W drugim modelu – o poziomie istotności p < 0,001 – znalazły się trzy istotne statystycznie zmienne: 1) jakość dotychczasowego kontaktu z osobami chorującymi psychicznie, 2) wpływ płci oraz 3) atrakcyjności fizycznej na możliwość zwolnienia z pracy pracownika, który chorował psychicznie (zob. tabela 23).

**Tabela 23. Przewidywanie u pracodawców możliwości awansu osób chorujących psychicznie (n = 292)**

| Zmienna zależna | $R^2$ Skoryg. | Poziom p modelu | Predyktory | Poziom p predyktora |
|---|---|---|---|---|
| Czy informacja o przebytej chorobie psychicznej wpływa na możliwość awansu i podwyżki (nie)? | 15% | < 0,001 | Jakość dotychczasowych kontaktów z osobami, które chorowały psychicznie (dobre) | <0,001 |
| | | | Wpływ stanu zdrowia psychicznego na możliwość zwolnienia (brak wpływu) | 0,004 |
| | | | Wpływ atrakcyjności fizycznej na możliwość zwolnienia (brak wpływu) | 0,034 |

Źródło: *opracowanie własne*.

Wynik ten pozwala na stwierdzenie, iż istnieje nieprzypadkowy związek pomiędzy lepszą jakością doświadczonego kontaktu z osobami chorującymi psychicznie, ocenianym brakiem wpływu stanu zdrowia psychicznego, jak również atrakcyjności fizycznej pracownika na możliwość jego zwolnienia z pracy a deklarowaną przez respondentów możliwością awansu i podwyżki pracownika, który chorował psychicznie. Należy podkreślić, iż model uzyskał wyższą niż poprzedni wartość wskaźnika zmienności wyjaśnianej, która wynosi 15%. Ważna jest konstelacja predyktorów w modelu, obejmująca po pierwsze: jakość dotychczasowego kontaktu z osobami chorującymi psychicznie, a następnie brak wpływu stanu zdrowia psychicznego oraz atrakcyjności fizycznej na zwolnienie z pracy osoby, która kiedyś chorowała psychicznie. Wynik ten potwierdza znaczenie jakości kontaktu bezpośredniego z osobami chorującymi psychicznie dla kształtowania bardziej przychylnych wyobrażeń o możliwościach i ograniczeniach rozwojowych osób chorujących. Pozwala również na poszukiwanie takich metod pracy, które odwołując się do tak zwanej hipotezy kontaktu, będą skutecznie minimalizować rozmiar społecznego piętna związanego z doświadczeniem choroby psychicznej.

## 10.2. Edukacja społeczna jako wyzwanie dla praktyki

W zakresie ochrony zdrowia psychicznego działania promocyjne powinny obejmować pięć następujących obszarów[226]. W pierwszym z nich punktem skupienia jest umacnianie szeroko rozumianych kompetencji zdrowotnych osoby. Drugi

[226] J. Czabała, *Zdrowie psychiczne: definicje, wskaźniki, determinanty, zagrożenia, promocja* [w:] J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski (red.), *Psychiatria*, t. 3, *Metody lecznicze.*

obszar odnosi się do stymulowania rozwoju grup i lokalnych środowisk sprzyjających zdrowiu. Kolejny ogniskuje złożony splot aktywności obywatelskich na rzecz ochrony zdrowia. Następny obszar jest związany z aktywnością na rzecz ustanawiania i realizacji polityki na rzecz ochrony zdrowia. I wreszcie ostatni wiąże się z dostosowywaniem instytucji służby zdrowia do faktycznych potrzeb społecznych. W programach promocji zdrowia psychicznego wymieniane są cztery obszary życia człowieka, które powinny być przedmiotem naszej troski: środowisko rodzinne, szkoła, szeroko rozumiana przestrzeń życiowa ludzi starszych oraz miejsce pracy.

Stygmatyzacja negatywnie wpływa na stan zdrowia osób chorujących psychicznie, pomniejsza ich zadowolenie z życia i poczucie harmonii, prowadząc do dyskryminacji, której przejawem są trudności w uzyskaniu mieszkania lub zatrudnienia, a także w istotny sposób ogranicza motywację do podjęcia leczenia. Piętnujące wyobrażenia o osobach chorujących skupione są wokół trzech podstawowych stereotypowych kategorii opisowych. Po pierwsze, osoby chorujące są nieodpowiedzialne i nie są w stanie dbać o własne interesy, dlatego inni muszą je kontrolować i troszczyć się o nie. Po drugie, osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne są niebezpieczne i dlatego powinny być izolowane od społeczeństwa. I po trzecie wreszcie, poważne trudności psychiczne są powiązane z naiwnością, niedojrzałością, która wymaga z naszej strony pobłażliwej życzliwości. Te trzy stereotypowe wyobrażenia są źródłem naszych piętnujących postaw wobec chorujących psychicznie: autorytaryzmu, wrogości, dla której pożywką jest lęk, oraz paternalizmu. Wpływ stereotypu na osoby chorujące psychicznie jest niewyobrażalny. Jego emocjonalna specyfika może być uchwycona tylko przez tych, którzy doświadczyli choroby. Jak mam bowiem uwierzyć, że będę zdrowy, skoro nikt nie daje mi na to szansy? Jak mam poprawić swoje kompetencje życiowe, jeśli ludzie uważają, że nie jestem w stanie zadbać o siebie i nieustannie mnie kontrolują? Jak mam współżyć z ludźmi, jeśli mnie od siebie odgradzają? Wyniki badań wskazują na szeroko rozpowszechnione stereotypy i uprzedzenia pracodawców wobec osób chorujących psychicznie. Równocześnie pracodawcy poszukują wsparcia w uzyskaniu dodatkowych informacji o chorobie i oczekują pomocy w procesie zatrudniania. Dlatego też należy poszukiwać skutecznych metod promujących zatrudnianie osób chorujących psychicznie, ale równocześnie minimalizujących to dotkliwe piętno.

Istnieją trzy podstawowe metody ograniczania piętna. Jedną z nich jest protest, który polega na bezpośrednim zaprzeczaniu wszelkim przejawom stereotypów, uprzedzeń i dyskryminacji wobec chorujących. Druga metoda to edukacja, czyli przekazywanie wiedzy na temat specyfiki choroby psychicznej

---

*Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012, s. 580.

i trudności, z jakimi wiąże się proces zdrowienia. Trzecia metoda – oceniana jako najbardziej obiecująca – skupia się na promowaniu bezpośrednich kontaktów z osobami chorującymi.

Odwołując się do swojej wieloletniej praktyki prowadzenia zajęć dydaktycznych oraz kształcenia z bezpośrednim udziałem osób chorujących psychicznie, raz jeszcze podkreślam szczególną wartość edukacji, opierając się na metodzie dostarczania wiedzy z pierwszej ręki. Moje doświadczenia obejmują między innymi prowadzenie otwartych, cyklicznych spotkań studentów pod nazwą *Porozmawiajmy o chorobie psychicznej*. Były one organizowane przez trzy lata w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego we współpracy ze Stowarzyszeniem „Otwórzcie Drzwi", Kołem Naukowym Studentów Psychologii UJ oraz Instytutem Socjologii UJ[227]. Ich uczestnicy dzięki warsztatom prowadzonym przez osoby zdrowiejące mieli możliwość nie tylko zbliżyć się emocjonalnie do specyfiki choroby psychicznej, ale również doświadczać, iż pojęcia „szacunku", „cierpliwości", „dialogu", „umiejętności słuchania" mają swoje osobowe znaczenie i są ważnymi, pozostającymi w naszym zasięgu możliwościami terapeutycznymi.

Kolejną unikatową w skali kraju inicjatywą w zakresie promocji zdrowia psychicznego, w której miałem możliwość uczestniczyć, były szkolenia Międzyuczelnianego Centrum Wsparcia Psychologicznego, które działa między innymi przy Uniwersytecie Ekonomicznym w Krakowie. Cykl otwartych szkoleń był przeznaczony dla dwóch grup uczestników: pracowników naukowo-dydaktycznych oraz administracyjnych uczelni, a także studentów. Zajęcia były przygotowywane i prowadzone we współpracy ze studentami kilku krakowskich uczelni, którzy chorowali psychicznie lub cierpieli na wspominane już wcześniej w mojej pracy „wspólne zaburzenia psychiczne" obejmujące zaburzenia nastroju (depresję) oraz zaburzenia nerwicowe (lękowo-depresyjne). Tematyka kolejnych spotkań dotyczyła: specyfiki przeżywanych trudności psychicznych, możliwości godzenia leczenia psychiatrycznego z wymogami życia akademickiego, doświadczanej dyskryminacji ze strony pracowników uczelni oraz innych studentów, a także metod wspierania studentów chorujących psychicznie[228].

---

[227] M. Rynda, *Kilka refleksji na temat spotkań „Porozmawiajmy o chorobie psychicznej"* [w:] I. Białek, H. Kaszyński, M. Lupa (red.), *Moja wędrówka. Refleksje studentów i wykładowców UJ o chorobie psychicznej i studiowaniu*, Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych UJ, Kraków 2010.

[228] Zob. *Uczelnia wobec studentów chorujących psychicznie*, „Krakowski Semestralnik Studentów Niepełnosprawnych" 2012, nr 1 (7), s. 23 oraz nr 2 (8), s. 19; doniesienia ze szkoleń opracowali Maria Augustyniak psycholog, autorka inicjatywy szkoleniowej, oraz Marek Świerad – związani z Biurem ds. Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu Ekonomicznego. Problem ten jest tematem studenckiego reportażu z 2012 roku *Zwyczajni ludzie* – realizacja: Agnieszka Niedojad, *Przystanek Student*, *Studencka Telewizja Internetowa*, http://www.przystanekstudent.pl/filmy/207 [dostęp: 14.02.2013].

Należy podkreślić, iż projekt szkoleniowy prowadzony w Uniwersytecie Ekonomicznym jest przykładem wprowadzenia w życie głównej rekomendacji omawianego przeze mnie raportu *OECD*, która odnosi się do wdrażania metod promocji zdrowia psychicznego ukierunkowanych na problemy radzenia sobie z konsekwencjami zaburzeń o umiarkowanym nasileniu[229]. Ponadto strategicznym celem działań prowadzonych na uczelni jest wypracowanie takiego modelu wsparcia, który w istotny sposób będzie zwiększał szansę studentów z zaburzeniami psychicznymi na uzyskanie dyplomu uczelni wyższej, a tym samym na znalezienie i utrzymanie pracy zarobkowej.

Istotą opisywanej metody jest:

- możliwość spotkania osób o zbliżonych statusach społecznych;
- stworzenie kameralnych warunków dialogu;
- wzbudzenie wśród uczestników atmosfery współpracy, wspólnego celu oraz
- inicjowanie spotkań, w których udział jest dobrowolny.

Należy również pamiętać o zasadzie minimalnej różnicy, czyli projektowaniu spotkań z osobami chorującymi, które tylko w nieznacznym stopniu odbiegają od stereotypowych wyobrażeń uczestników spotkania, tak aby uniknąć interpretacji, iż osoba chorująca jest wyjątkiem potwierdzającym regułę. Z interesującego przeglądu badań[230] wynika, że osoby, które miały wcześniejszy kontakt z chorującymi psychicznie, chętniej je zatrudniały, mniej dystansowały się od nich oraz żywiły wobec nich zdecydowanie więcej pozytywnych emocji. Metoda „kontaktu" ogranicza negatywne emocje, zmniejsza dystans społeczny oraz poczucie lęku wobec chorujących. Oczywiście, kwestią dyskusyjną jest precyzyjne uchwycenie, sparametryzowanie kryteriów „dobrego kontaktu" z osobą chorującą psychicznie. Dyskutowane w cytowanym przeglądzie badania eksperymentalne z udziałem losowo wybieranych uczestników jednoznacznie dowodzą, iż szkolenia dotyczące problemów zdrowia psychicznego prowadzone przez byłych pacjentów w porównaniu ze szkoleniami prowadzonymi przez niechorujących profesjonalistów wpływają korzystniej na redukcję piętna związanego z chorobą. Jednakże, co należy podkreślić ze szczególną siłą, nie ma zamkniętego zbioru warunków tak zwanego dobrego kontaktu. Działania praktyczne należy planować w otwartym dialogu zarówno z osobami chorującymi psychicznie, jak i z potencjalnymi uczestnikami spotkań, ponieważ postawy ludzi wobec osób poważnie chorujących są wielowymiarowe i czasem niebywale trudne do przewidzenia. Niemniej należy pamiętać, iż specyfika kontaktu jest niezmiernie ważna. Nie bez znaczenia jest również refleksja, że fundamentalnym wyznacznikiem potencjalnej zmiany postawy wobec chorujących jest konstytucja

---

[229] *Sick on the Job?, op.cit.*

[230] S. M. Couture, D. L. Penn, *Interpersonal Contact and the Stigma of Mental Illness: A Review of the Literature*, „Journal of Mental Health" 2003, nr 3 (12), s. 291–305.

osobowościowa osób podejmujących kontakt z chorującymi. Podstawowe zastrzeżenie wobec metody opartej na hipotezie kontaktu wiąże się z brakiem odpowiedzi na trudne do badawczej weryfikacji pytanie, czy deklarowana zmiana jest zmianą faktyczną i trwałą.

Pomimo kontrowersji i pytań, z dużym prawdopodobieństwem można domniemywać, iż metoda edukacji społecznej postulująca angażowanie osób chorujących psychicznie w zajęcia edukacyjne, poza bezdyskusyjną wartością terapeutyczną dla pacjenta, niesie z sobą korzyść polegającą na kształtowaniu bardziej realistycznych opinii i postaw pracodawców. Właściciele firm, kadra kierownicza oraz pracownicy powinni posiadać odpowiednie umiejętności, dzięki którym będą w stanie utrzymać właściwe relacje z osobą w trudnej sytuacji, co z pewnością przyczyni się do ułatwienia pracownikowi powrotu do pracy i pełnej wydajności, gdy objawy choroby znikną.

Jak już pisałem, dysponujemy znaczącą liczbą doniesień badawczych potwierdzających skuteczność metody „dialogu" w pracy edukacyjnej. Polega ona na bezpośrednim moderowanym spotkaniu z osobami chorującymi psychicznie, które występują w roli prowadzących zajęcia z wybranego tematu związanego z chorobą psychiczną, odwołując się do własnych doświadczeń związanych z kryzysem, terapią i zdrowieniem. Z moich doświadczeń wynika, iż osobą moderującą spotkanie jest najczęściej profesjonalista zajmujący się praktycznymi zagadnieniami ochrony zdrowia psychicznego lub osoba chorująca psychicznie, jednak jej rola sprowadza się, podobnie jak w przypadku profesjonalisty, do porządkowania, klasyfikowania, stymulowania oraz ochrony uczestników spotkania przed możliwością emocjonalnego zranienia. Dzięki tej metodzie pracy uczestnicy szkoleń mogą nawiązać bezpośredni, emocjonalny kontakt z osobami chorującymi i dzięki temu uczyć się poprzez uwrażliwianie. Zostaje wtedy pogłębiona wiedza na temat znaczenia, które można przypisać objawom. Uczestnicy otwierają się na bogactwo uczuć towarzyszących chorowaniu, unikają emocjonalnego redukcjonizmu, a także mają szansę odpowiadać z pokorą na potrzeby, które zamknięte są w twarzy Innego.

Edukacja społeczna opiera się na dwóch założeniach. Po pierwsze, jest to prosta, lecz wciąż przez wielu niedoceniana konstatacja, iż tradycyjny kontekst naszego spotkania z chorym (na przykład szpital psychiatryczny, warsztat terapii zajęciowej) w sposób fundamentalny definiuje przyszłą relację: jedna strona potrzebuje pomocy, natomiast druga jest zobowiązana jej udzielić, jedna ma więcej władzy i wiedzy, druga – obowiązek bycia zależną. Fakt ten w nieuchronny sposób ogranicza możliwość dzielenia się przez pacjenta własnymi doświadczeniami i opiniami. Tym samym szansa na modyfikację relacji i wzajemnych wyobrażeń o sobie jest praktycznie niemożliwa lub przynajmniej niewyobrażalnie trudna. Celem drugiego założenia jest przekonanie, iż zmiana postaw jest możliwa wtedy, gdy dialog będzie się odbywał w kontekście

i atmosferze, które uniemożliwią chorującemu wejście w rolę pacjenta przenoszącego na słuchaczy swoje frustracje, krytykę i żądania, a słuchaczom rozwinięcie postawy obronnej. Jego osiągnięcie jest możliwe, jeśli osoby chorujące, które prowadzą szkolenia, przedstawią historię swojej terapii w takiej formie, aby odsłonić prawdę indywidualnego doświadczenia[231]. Tworzy to specyficzny rodzaj ułatwienia dialogu. Polega on nie tylko na zmianie tradycyjnie „skośnej" relacji między zdrowym a chorym, ale również na próbie zbudowania płaszczyzny wspólnego doświadczenia emocjonalnego zgodnie z filozofią Antoniego Kępińskiego – pomimo iż każdy ma swój własny świat, to jednak jest on częścią świata wspólnego wszystkim ludziom. Wbrew temu, co często stereotypowo sobie wyobrażamy – można powiedzieć więcej: czego potrzebujemy jako gwarancji równowagi, bezpieczeństwa, poczucia racjonalności świata – nie ma twardej, uchwytnej granicy między światem zdrowia i choroby. Warto podkreślić, iż szczególne znaczenie ma fakt, że edukacja odbywa się w miejscu nauki, pracy uczestników szkolenia, czyli w ich własnym otoczeniu. Tym samym doświadczenie choroby psychicznej przestaje być doświadczeniem obcym, nieobecnym w moim życiu i bezpośrednim otoczeniu społecznym. Osoba chorująca może natomiast się stać – ze względu na specyfikę swoich doświadczeń, siłę zmagania się z kryzysem, piętnem społecznym – wzorem do identyfikacji, źródłem refleksji, iż choroba potrafi dotknąć każdego z nas.

Ta metoda pracy – rekomendowana przez wielu badaczy i praktyków zajmujących się współczesną polityką społeczną oraz promocją zdrowia – jednoznacznie nawiązuje do paradygmatu umacniania w pracy socjalnej i terapii społecznej. Oczywiście, wyzwaniem pozostaje stworzenie takich warunków spotkania, aby osoby chorujące i współuczestnicy edukacji mogły prowadzić dialog w warunkach partnerskiej opiekuńczości. Ten model pozyskiwania wiedzy zakłada, iż pełne wprowadzenie w życie jego założeń ma szansę umożliwić odbiorcom szkoleń odkrycie człowieczeństwa i niepowtarzalności osób chorujących psychicznie. Raz jeszcze warto podkreślić, iż umożliwienie ludziom dialogu jest najskuteczniejszą metodą niwelowania stereotypów odnoszących się do osób chorujących psychicznie i kształtowania względem nich postaw bardziej otwartych i życzliwych. Takie wyniki kształcenia praktycznie nie są możliwe do osiągnięcia, kiedy nauczanie jest zamknięte w uniwersyteckich murach.

---

[231] Inspirujący przekaz subiektywnego doświadczenia choroby psychicznej oraz procesu zdrowienia zawierają prace autorów dzielących się wiedzą płynącą z doświadczenia: A. Lauveng, *Byłam po drugiej stronie lustra. Wygrana walka ze schizofrenią*, tłum. E. Bilińska, Smak Słowa, Sopot 2008; A. Lauveng, *Niepotrzebna jak róża. Potrzeba normalności w chorobie psychicznej*, tłum. E. Bilińska, Smak Słowa, Sopot 2009; M. Balter, R. Katz, *Dziecko niczyje*, tłum. B. Stańczak, Wydawnictwo Bis, Warszawa 2001; K. Steele, C. Berman, *Dzień, w którym umilkły głosy. Moja walka ze schizofrenią*, tłum. D. Korziuk, Wydawnictwo Replika, Zakrzewo 2009.

Uczestnicy szkoleń przyznają, że spotkania pozwalają poznać świat osób chorujących psychicznie. Wysłuchanie osobistych historii zmagania się z chorobą, systemem terapii psychiatrycznej pozwala zrozumieć im, co człowiek chorujący może czuć oraz jakiej opieki potrzebuje. Spotkanie umożliwia poznanie potrzeb i możliwości osób chorujących psychicznie, jak również cierpień, jakich mogą doświadczać, w tym będących konsekwencją stygmatyzacji, nie jako „klienci", „pacjenci", ale jako ludzie. Ludzie skoncentrowani raczej na swoim życiu niż chorobie, podejmujący wysiłki w celu poradzenia sobie z kryzysem i jego konsekwencjami oraz na powrocie do zdrowia; osoby, od których warto się czegoś nauczyć i dowiedzieć. Uczestnicy szkoleń zwracają również uwagę na silne strony chorujących, ich refleksyjność, krytycyzm, mądrość życiową. Przyznają, iż doświadczenie spotkania i dialogu zmieniło ich jednowymiarowe spojrzenie na osoby chorujące, często po raz pierwszy dostrzegają możliwość prowadzenia przez nich nie tylko samodzielnego życia, ale również egzystencji będącej źródłem satysfakcji.

Osoby chorujące, które prowadzą zajęcia, podkreślają natomiast szczególne znaczenie kontaktu ze szkolonymi, kiedy to uczucie niepewności, jak zostaną przyjęci przez słuchaczy, ustępuje na rzecz satysfakcji z głębokiego zainteresowania i otwartości, które pomagają im w zdrowieniu i wzmacnianiu własnej podmiotowości. Poznanie chorób psychicznych z pierwszej ręki, bezpośrednio od osób chorujących psychicznie daje badaczowi unikatowe podstawy do prób łączenia rozmaitych gałęzi wiedzy, co przyczynia się do głębszego zrozumienia fenomenu choroby i pozwala na krytyczną analizę sił i słabości poszczególnych ujęć teoretycznych oraz zwiększenie naszej wrażliwości teoretycznej. Najważniejsze jest jednak wykorzystanie doświadczenia pacjentów jako bezpośredniego źródła wiedzy, które pozwala na zrozumienie, jak choroba psychiczna wpływa na poszczególne osoby nią doświadczone.

Edukacja społeczna może posłużyć do redukowania wpływu piętna choroby psychicznej[232] oraz zwiększenia znaczenia „socjologii oświecającej", wcielającej w życie koncepcję umacniania w odniesieniu do osób chorujących psychicznie i ich bezpośredniego otoczenia. Jest przykładem eksperymentalnego podejścia, umożliwiającego kontaktowanie się z chorującymi oraz uczenie się od nich w otwartej, niestwarzającej poczucia zagrożenia sytuacji, co stanowi dopełnienie tradycyjnego modelu nauczania opartego na wiedzy specjalistów. Z perspektywy edukacji społecznej tak zwana akademicka wiedza nie jest postrzegana jako jedyna uprawomocniona, ale jako mały element o wiele większej układanki.

---

[232] Edukacja społeczna odwołuje się do kluczowych sposobów minimalizacji piętna, takich jak: odwoływanie się do wartości egalitarnych, nieukrywanie stygmatu, ujawnianie stygmatu, podkreślanie znaczenia wspólnych doświadczeń emocjonalnych, redukcji lęku, a także odwracanie uwagi od stygmatu. Zob. E. Czykwin, *Stygmat społeczny*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.

## 10.3. Promocja zdrowia jako kontekst edukacji społecznej

Promocja zdrowia jest szczególną koncepcją działania na rzecz dobra wspólnego. Jej podstawowe założenia sformułowano w 1986 roku w *Karcie Ottawskiej*[233]. Może być rozpatrywana jako samodzielna dyscyplina nauki, ale również jako kontekst rozważań podejmowanych przez psychologię, socjologię czy pracę socjalną. Krzysztof Puchalski zdefiniował promocję zdrowia jako proces wdrażania paradygmatu społeczno-środowiskowego w praktykę (w tym politykę) społeczną[234]. Ważnym problemowym determinantem rozwoju dyscypliny jest sam obszar jej działania zdominowany przez nauki medyczne i wpływy szeroko rozumianego przemysłu medycznego. Sytuacja ta powoduje, iż holistycznie ujmowana troska o zdrowie w zetknięciu z paradygmatem biomedycznym często przybiera „banalną i powierzchowną postać, gubiąc gdzieś swoje konstytutywne wartości"[235]. Zwracam jednak uwagę, iż „o ile stworzenie promocji zdrowia mogło się dokonać bez lub z niewielkim udziałem socjologii i socjologów, o tyle jej wdrażanie bez wykorzystania dorobku socjologii jest niemożliwe"[236]. Należy również rozważyć, w jaki sposób włączać do rozważań nad jej rozwojem teoretyczne refleksje i rozwiązania będące dorobkiem pracy socjalnej. Dyscypliny, która od swoich historycznych początków podejmowała kwestię społeczno-ekonomicznych uwarunkowań funkcjonowania człowieka. Nie ulega wątpliwości, iż bez uwzględniania splotu makro- i mikrostrukturalnych okoliczności nasze działania będą służyły pogłębianiu społecznej polaryzacji.

Socjologiczny punkt widzenia w promocji zdrowia[237] wiąże się obecnie z procesem umocnienia osób i wspólnot lokalnych. Istotą tego podejścia jest podkreślanie konieczności zachowania symetrii pomiędzy działaniami, których celem jest zwiększanie kontroli osoby nad uwarunkowaniami jej rozwoju a podnoszeniem możliwości sprawczych grup społecznych oraz środowisk, z którymi osoba jest powiązana splotem szczególnych okoliczności. Wspieranie podmiotowości człowieka uwzględnia edukację do zdrowia, czyli rozwój jego indywidualnych umiejętności służących zdrowiu, a także prozdrowotną politykę publiczną. Moż-

---

233 *Karta Ottawska* jest dokumentem obowiązującym na całym świecie, uchwalonym podczas I Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w Ottawie (Kanada).

234 K. Puchalski, *Promocja zdrowia w Polsce w obliczu procesów medykalizacji. Przedmiot oraz kontekst dla badań z pogranicza psychologii i socjologii zdrowia* [w:] M. Górniak-Durose, J. Mateusiak (red.), *Psychologia zdrowia: konteksty i pogranicza*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2011, s. 48.

235 *Ibidem*, s. 43.

236 Z. Słońska, *Strategie wdrażania promocji zdrowia* [w:] M. Latoszek (red.), *Socjologia medycyny w uczelni: materiały sesji naukowej*, Wydawnictwo Gdańskie, Gdańsk 1992, s. 138.

237 W. Piątkowski, *Promocja zdrowia. Wybrane aspekty socjologiczne* [w:] J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii i medycyny*, Oficyna Wydawnicza Atut i Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław 2002.

liwości sprawcze osoby uwarunkowane są przez szanse życiowe istniejące w jej najbliższym otoczeniu oraz przez specyficzną orientację służby zdrowia, której pracownicy pełnią funkcje nie tylko terapeutów, ale i doradców zdrowia[238].

**Obszary promocji zdrowia:**

- edukacja do zdrowia, ukierunkowana na indywidualne style życia, obejmująca między innymi motywację do permanentnego uczenia się będącego wymogiem ciągle zmieniającego się społeczeństwa;
- prozdrowotna polityka społeczna zgodna z paradygmatem interdyscyplinarnym, gwarantująca dostęp do informacji, edukacji, środków finansowych na programy prozdrowotne;
- kształtowanie środowisk sprzyjających zdrowiu (rodzinnych, nauki, pracy, towarzyskich), podzielających pogląd o indywidualnej oraz powszechnej odpowiedzialności za zdrowie;
- rozwój doradczej funkcji służby zdrowia i pomocy społecznej oraz współpracy międzysektorowej.

Promocja zdrowia w równym stopniu podkreśla konieczność podejmowania zmian środowiskowych będących warunkiem koniecznym uzyskiwania autonomii przez człowieka, rozwoju jego potencjałów, jak również odpowiedzialności każdej osoby za zdrowie własne i cudze[239]. W tym nurcie lokalizuję edukację społeczną podejmowaną z udziałem osób chorujących psychicznie. Jej celem jest proces równoczesnego zwiększania wrażliwości i siły społecznej osób, grup i wspólnot lokalnych, natomiast punktem skupienia – motywowanie ludzi, aby sami pod wpływem kontaktu z osobą chorującą psychicznie identyfikowali własne problemy zdrowotne i podejmowali próby ich rozwiązywania. W pracy edukacyjnej dążymy nie tyle do „wykreowania określonych zachowań, ile raczej do ukształtowania świadomego i aktywnego człowieka, chcącego zadbać o swoje zdrowie, umiejącego to zrobić, zdolnego do pokonywania związanych z tym przeszkód oraz wykorzystania dostępnych zasobów"[240].

Rozwój podmiotowości osoby można określić jako wzrost indywidualnej świadomości w zakresie potrzeb związanych ze zdrowiem psychicznym, ale również jako kształtowanie norm oraz zachowań jego ochrony. Szczególne

---

238 Zob. J. B. Karski, *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2003, s. 246–251; H. Sęk, M. Ziarko, *Działania na rzecz promocji zdrowia psychicznego w Polsce na tle informacji z innych krajów europejskich* [w:] C. Czabała (red.), *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja*, Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000.

239 J.B. Karski, *Postępy promocji zdrowia. Przegląd międzynarodowy*, Cedetu.pl Wydawnictwa Fachowe, Warszawa 2011, s. 196–197.

240 K. Puchalski, *op.cit*., s. 47.

znaczenie dla umacniania zdrowia psychicznego mają zróżnicowane przejawy życia grupowego, którego istotą jest świadczenie pomocy wzajemnej. Najczęściej wsparcie grupowe przyjmuje postać oddziaływań edukacyjnych skłaniających członków grupy do prozdrowotnych zachowań, ale może ono prowadzić również do inicjowania aktywności politycznej zmierzającej do wywierania wpływu na lokalne ośrodki władzy.

Edukację społeczną ujmuję jako proces inicjowany w chwili intencjonalnego, bezpośredniego kontaktu z osobą chorującą psychicznie. Jego dalszy rozwój łączę natomiast z możliwością powstawania lokalnych grup, które:

- zaspokajają potrzeby zdrowotne poza systemem instytucjonalnej medycyny;
- stanowią źródło informacyjnego i emocjonalnego wsparcia;
- są zaczynem obywatelskiej troski o zdrowie;
- prowadzą do definiowania problemów związanych ze zdrowiem psychicznym, czerpiąc z wiedzy pochodzącej z doświadczenia;
- mają możliwość wpływania na lokalną politykę zdrowotną oraz minimalizowania szkodliwych, paternalistycznych postaw samorządowych władz lokalnych wobec obywatelskiego zaangażowania w ochronę zdrowia psychicznego.

Chciałbym podkreślić, iż edukacja społeczna jako specyficzny wariant potęgowania dobrostanu psychicznego chroni nas przed redukcjonistyczną wizją, iż nasze zdrowie jest zależne tylko od biopsychicznych determinantów oraz indywidualnego stylu życia. Przeciwnie, jest metodą, która ma pobudzić naszą refleksję nad wpływem nierówności społecznych na naszą kondycję psychiczną, zgodnie z oczywistą konstatacją, iż nigdy nie jest ona chroniona w społecznej próżni – na co zwraca uwagę Zofia Słońska[241]. Odnosząc się aprobatywnie do obywatelskich działań wpisujących się w ochronę zdrowia psychicznego, należy dostrzegać konieczność zachowania równowagi pomiędzy odgórnymi i ustrukturowanymi przejawami dbałości o zdrowie a oddolnymi próbami jego rozwijania. Budowanie takiej zrównoważonej struktury opiera się na postulacie tworzenia i wzmacniania interpersonalnych oraz instytucjonalnych sieci współpracy w obszarze zdrowia psychicznego, które stają się źródłami dobrych praktyk, przestrzenią międzysektorowego zarządzania, dostępu do informacji, a także wypracowywania innowacyjnych projektów.

Holistycznie ujmowane zdrowie psychiczne zależy od czynników, które istnieją w środowisku lokalnym, ale – co zdarza się nad wyraz często – pozostają

---

[241] Z. Słońska, *Rozwój i stan pojęcia „promocja zdrowia"* [w:] K. Popielisk, M. Skrzypek, E. Albińska (red.), *Zdrowie w kontekście psychospołecznym*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2010, s. 224–225; Z. Słońska, *Socjologia a promocja zdrowia* [w:] A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2009, s. 284.

poza zasięgiem i możliwościami sprawczymi osoby. Dlatego też punktem skupienia edukacji społecznej, jako metody pracy socjalnej, jest nie tyle osoba zdrowa i chora, ile relacja łącząca ludzi zdrowych i chorujących. Kluczowe znaczenie dla praktyki ma budowanie i wzmacnianie tej szczególnej międzyludzkiej więzi. Dzięki niej tworzony jest prozdrowotny kapitał społeczny obejmujący przede wszystkim: samopomoc, dostęp do informacji, a także do subiektywnej, płynącej z doświadczenia wiedzy o życiu i radzeniu sobie z chorobą. Podtrzymywanie więzi z osobami chorującymi psychicznie umożliwia nieustanne poszukiwanie aksjologicznej podstawy współwystępowania zdrowia i choroby, szczęścia i cierpienia.

Rekomendowana przeze mnie metoda edukacji społecznej w sposób szczególny odnosi się do zapobiegania stygmatyzacji w szkołach oraz w miejscu pracy. Tym samym wpisuje się w główne kierunki promowania zdrowia psychicznego w krajach europejskich. Działania strategiczne wynikają z danych[242], zgodnie z którymi 20% młodzieży poniżej 18 roku życia ma problemy rozwojowe, emocjonalne lub z zachowaniem, w tym ponad 10% doświadcza zaburzeń psychicznych. Holistyczne podejście do funkcji instytucji edukacyjnych oraz promocji zdrowia psychicznego powinno zwiększać dobrostan psychiczny i zmniejszać ryzyko zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży, między innymi poprzez wprowadzanie do programów nauczania tematyki zdrowia psychicznego, zaburzeń i chorób psychicznych. Nie ulega wątpliwości, iż działania wspierające zdrowie psychiczne prowadzone w okresie uzyskiwania przez młodych ludzi wykształcenia mają ogromne znaczenie dla ich późniejszej adaptacji do pracy zarobkowej. Raz jeszcze podkreślam, iż rynek pracy wymaga obecnie od pracowników coraz większych kompetencji społecznych, w tym umiejętności radzenia sobie z:

- negatywnym stylem zarządzania;
- ograniczonym wsparciem społecznym;
- zaburzeniami w komunikacji zespołowej;
- ograniczeniami w dostępie do informacji;
- przeciążeniem pracą;
- presją czasową;
- monotonią powtarzających się zadań;
- konfliktami interpersonalnymi oraz przede wszystkim;
- niepewnością zatrudnienia oraz brakiem możliwości kontroli nad pracą i zmianami organizacyjnymi.

Człowiek nieposiadający zdolności radzenia sobie z wymienionymi wyzwaniami narażony jest na zwiększone ryzyko zaburzeń lękowych, depresyjnych

---

[242] E. Jané-Llopis, P. Anderson, *Mental Health Promotion and Mental Disorders Prevention. A Policy for Europe*, Radbound University Nijmegen, Nijmegen 2005.

i wypalenia zawodowego, jak również wystąpienia poważniejszych zaburzeń psychotycznych. Dlatego też w szerokim katalogu działań wspierających pracowników podkreślam wagę wprowadzania programów promocyjnych wczesnego wykrywania i krótkiej interwencji dla osób z problemami alkoholowymi, narkotykowymi lub zaburzeniami psychicznymi oraz ukierunkowanych na zmniejszanie piętna związanego z chorobą psychiczną.

We wszystkich działaniach chroniących zdrowie psychiczne należy je ujmować holistycznie jako: 1) konstruowaną kulturowo dynamiczną wartość tworzoną przez społeczeństwo i działające osoby oraz 2) środek do osiągnięcia ważnych celów życiowych. Teoretycznym odniesieniem dla praktyki jest społeczno-środowiskowy model w promocji zdrowia. Jego podstawowe założenia korespondują z kluczowymi założeniami w pracy socjalnej i terapii społecznej z osobami chorującymi psychicznie[243]. Podobieństwa pomiędzy ekologiczną perspektywą w promocji zdrowia i pracą socjalną związane są z następującymi właściwościami tych dyscyplin:

- przypisywaniem wiodącego znaczenia teorii systemowej i próbom holistycznego, interdyscyplinarnego ujmowania rzeczywistości społecznej;
- poszukiwaniem ładu społecznego przy założeniu, iż podlega on ciągłej strukturacji oraz dekompozycji;
- podkreślaniem szczególnego miejsca wspólnoty lokalnej jako źródła zmiany społecznej;
- wizją podmiotu zmiany jako autonomicznego, samosterownego, decydującego o sobie;
- określeniem, iż nadrzędną wartością jest poszukiwany i odkrywany przez człowieka sens życia oraz wzmacnianie jego nadziei.

Na szczególne podkreślenie zasługuje jednakże zaangażowanie promocji zdrowia i pracy socjalnej w proces inicjowania, wspierania bądź utrwalania, a czasem powstrzymywania zmiany społecznej. W ujęciu tym teoretycy, badacze oraz praktycy postrzegani są nie tylko jako twórcy modeli opisujących zdrowie czy analitycy procesów i determinantów procesu zdrowienia, ale również jako aktorzy społecznej zmiany[244].

Na koniec zwracam uwagę, iż promocja zdrowia jest dla pracy socjalnej w obszarze zdrowia psychicznego ważnym źródłem refleksji nad złożonym procesem budowania tożsamości dyscypliny naukowej będącej pod stałą presją instytucji medycznych. Wyzwaniem pozostaje kwestia kształtowania podmiotowych

---

[243] D. Bailey, *Mental Health* [w:] R. Adams, L. Dominelli, M. Payne (red.), *Critical practice in social work,* Palgrave Macmillan, Hampshire 2009.

[244] A. Rosińska, *Promocja zdrowia w społeczności lokalnej. Strategie planowania prozdrowotnej zmiany* [w:] M. Górniak-Durose, J. Mateusiak (red.), *Psychologia zdrowia: konteksty i pogranicza*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2011, s. 71.

postaw społecznych, rozwoju zróżnicowanych form kooperacji, zwiększania możliwości działania w społeczeństwie, w którym medykalizacja jest dominującym sposobem traktowania zdrowia, w tym zdrowia psychicznego. Stosowane techniki wpływu społecznego, które pomijają świadomą aktywność człowieka, pociągają za sobą największe zagrożenia dla idei promocji zdrowia. Również i praca socjalna będzie musiała zmierzyć się z zagrożeniem, iż utrata zdrowia psychicznego stanie się sprawą indywidualnej odpowiedzialności, natomiast jedyną możliwą odpowiedzią pacjenta będzie jego uległość wobec medycyny wspieranej przez przemysł farmaceutyczny oraz szeroko zakrojone działania marketingowe. Jedyną możliwą odpowiedzią, wymagającą szczególnej troski, stanie się pomnażanie pomostowego kapitału społecznego. Należy jednak pamiętać, iż jego rozwój wymaga współdziałania państwa. Kapitał społeczny działa *pro publico bono*, gdy system polityczny działa *pro publico bono*[245].

[245] T. Kaźmierczak, *Kapitał społeczny a rozwój społeczno-ekonomiczny – przegląd podejść* [w:] T. Kaźmierczak, M. Rymsza (red.), *Kapitał społeczny. Ekonomia społeczna*, Fundacja Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2007, s. 64.

# 11

# Jaki jest sens naszych starań?

Czemu służy przedstawiona analiza? Jedna z możliwych odpowiedzi odwołuje się do powszechnie przyjmowanej konstatacji, iż dotychczasowy model europejskiego państwa opiekuńczego został wystawiony na ciężką próbę rozwiązywania problemów społecznych: bezrobocia, zróżnicowania kulturowego, zmian demograficznych, dlatego też konieczna jest reforma systemu społecznego. Równocześnie także praca socjalna, której europejska geneza wiąże się z kształtowaniem państw narodowych, powinna poszukiwać nowych odniesień. Unia Europejska jest projektem, w którym współwystępują co najmniej dwa kluczowe elementy – niejako dwa światy. Pierwszy z nich to świat struktur – nieprawdopodobnie złożona i nie mniej fascynująca konstrukcja instytucji, praw, reguł, procedur i zasad. Drugi to świat żywiołowych procesów społecznych – niepoddających się wcale lub w bardzo ograniczonym stopniu zabiegom regulacyjnym, socjotechnicznym. Myślę tutaj o procesach narodowych i cywilizacyjnych; ale także o tych związanych z tworzeniem się stereotypów, uprzedzeń oraz ze stygmatyzacją innych, obcych lub tak zwanych ludzi zbędnych. Są to dwa wymiary projektu nazywanego Unią Europejską. Wydaje się, iż więź pomiędzy nimi jest niewystarczająca, za słaba, aby mówić o inicjatywie jako koherentnej czy skończonej. Więcej, kształtowanie europejskiej instytucji to proces otwarty, polegający na permanentnym, dynamicznym, wzajemnym dostosowywaniu się pierwiastków strukturalnych oraz pierwiastków żywiołowych – przypisywanych jednostkom i lokalnym wspólnotom. Europa jest polem praktyki społecznej. To splot działań podejmowanych przez członków społeczeństwa i warunków strukturalnych, w jakich są one podejmowane. Wspomniana więź pomiędzy dwoma elementami projektu powstaje, rozwija się i utrwala przede wszystkim w obszarze socjalnym – obszarze kluczowym dla ludzkiej egzystencji. Jest to obiecujący pomost łączący rozwinięty biurokratyczny aparat Unii Europejskiej, którego celem jest osiąganie dobrostanu społecznego, z naszymi codziennymi dążeniami do indywidualnego i wspólnotowego szczęścia. Owo zbliżanie nie jest jednak wolne od potencjalnych zagrożeń związanych z próbami mechanicznego łączenia

(porządkowania lub uniformizacji) odmienności w zakresie tradycji czy systemu aksjonormatywnego, ale również postrzegania miejsca i roli rynku w życiu społecznym, czy na przykład definiowania zadań polityki społecznej. Pole społeczne, wyznaczone wieloma przejawami naszej egzystencji (tymi żywiołowymi i zinstytucjonalizowanymi), jest złożoną mozaiką interakcji, funkcji, procesów i struktur, ale równocześnie to przestrzeń sprzeczności, konfliktów, wrogości. W skrajnych przejawach to obszar, w którym odmawiamy ludziom prawa do społecznej obecności ze względu na ich rasę, płeć, klasę społeczną, wiek, niepełnosprawność, chorobę lub orientację seksualną.

Rozwinięte procesy społeczne ponowoczesnego świata, które zwykliśmy określać mianem globalizacji, znacząco osłabiły buforową funkcję *welfare state*. Zdefiniowaliśmy tak zwany kryzys państwa świadczeń, którego funkcja, polegająca na zachowaniu społecznej równowagi, została skonfrontowana z dominującymi tendencjami w światowej gospodarce. Można je ująć jako stałe ograniczanie kosztów pracy; politykę rynku pracy, która oparta jest na tak zwanym elastycznym systemie zatrudnienia. Rdzeniem przemian, którym podlegała praca, były kluczowe tezy neoliberalizmu, jakie można zamknąć w następujących sformułowaniach: „mniej państwa, więcej rynku", „więcej indywidualnej odpowiedzialności", „reorganizacja usług socjalnych", „zmniejszanie liczby uregulowań prawnych", „prywatyzacja i uelastycznienie usług sektora społecznego". Liberalna polityka deregulacji spowodowała obumieranie u osób pracujących lojalności, zaangażowania, zachowań ukierunkowanych na cel, dla którego osiągnięcia ważne są stabilne, długoterminowe relacje, na jakie brakuje miejsca w nieustannie zmieniającym się środowisku pracy. Współczesny pracownik musiał pogodzić się z fragmentaryzacją i chaosem uniemożliwiającym jakiekolwiek planowanie własnego życia, stał się człowiekiem gotowym do podjęcia każdego zadania. Natomiast sama praca jako wartość została zastąpiona przez „konsumpcję" pretendującą do miana głównego czynnika w procesie socjalizacji. Krytycy tej konstatacji utrzymują, że bycie konsumentem jest niemożliwe w sytuacji pozostawania bez pracy, będącej jedynym sposobem dotarcia do świata zasobów i ostatecznie do wspomnianej konsumpcji. Ten rodzaj sprzeczności może prowadzić do powstania bliżej niezdefiniowanych społecznych ognisk zapalnych[246].

## 11.1. Praca socjalna – współczesne wyzwanie

Stale utrzymujące się wysokie zapotrzebowanie na pracę socjalną związane jest z pewnym niebezpieczeństwem. Wynika ono z faktu, iż ta profesja w swoim historycznym rozwoju poza konkretną pomocą, jaką zapewniała jednostkom,

[246] M. Marody, A. Giza-Poleszczuk, *op.cit.*, s. 255–257.

rodzinom i społecznościom, uczestniczyła równocześnie w promocji idei państwa narodowego jako przedsięwzięcia, które jest w stanie przeciwdziałać problemom społecznym. Praca socjalna nie tylko rozwiązywała i rozwiązuje problemy, lecz także pomaga je interpretować, definiować w pewien szczególny sposób, który legitymizuje istniejącą koncepcję pomocy społecznej i szerzej – dominującego porządku społecznego. Należy podkreślić, że ten rodzaj praktyki zawsze związany jest z zagrożeniem, iż pewna kategoria osób zostanie zdefiniowana jako niezdolna do „moralnej naprawy", jako „społeczne i ekonomiczne obciążenie", natomiast pracownicy socjalni będą zaproszeni do uczestniczenia w debacie dotyczącej osób, którym ma przysługiwać prawo do dalszej pomocy i wsparcia, oraz osób, które prawa tego powinny zostać pozbawione. W wyniku tak postawionego problemu ideę pomocy można by zastąpić dyrektywą ścisłego nadzoru i kontroli jako jedynej słusznej strategii wobec tych, którym pomagać nie warto. Praca socjalna z wyselekcjonowaną w powyższy sposób społeczną kategorią traci swój sens. Współuczestniczy ona bowiem w procesie stopniowego zwalniania społeczeństwa z wzajemnej solidarności i odpowiedzialności za rozwiązywanie określonych problemów w imię zachowania fałszywie rozumianej społecznej równowagi i wewnętrznej spójności. Ujmując kwestię inaczej, zwrócę uwagę na fakt, iż czarny scenariusz polaryzacji społeczeństwa na niewielu pracujących i wielu cierpiących na brak pracy już dzisiaj jest doświadczeniem osób chorujących psychicznie. Należy w tym miejscu podkreślić, że proste rozwiązania utrzymywania kontroli społecznej nad niepotrzebną większością, zgodnie z którymi wystarczą „igrzyska i chleb", są trudne do przyjęcia. Zawsze bowiem mniejszość postawi pytanie o zasadność tych swoistych świadczeń socjalnych i będzie w filozofii i praktyce społecznej dowodzić, że takiego uzasadnienia nie ma, a dokładniej, że nie ma uzasadnienia ekonomicznego tej sytuacji. A to początek procesu zmiany świadomości społecznej, który zawsze niesie z sobą nowe zagrożenia dla słabszych.

Dzisiaj praca socjalna to przede wszystkim stosowana polityka społeczna, silnie włączana w realizowanie zdefiniowanych założeń polityki społecznej i usług – niestety, często bez wystarczającej refleksji krytycznej. Praca socjalna, interpretując dominujące współcześnie procesy deregulacji i deformalizacji stosunków społecznych, a także wyprowadzając rozwiązania aplikacyjne, może się stać kolejnym instrumentem „prywatyzowania" relacji społecznych, aby ludzie zaczęli rozumieć własne działania w kategoriach czysto indywidualistycznych lub może definiować swoją rolę jako stałe potwierdzanie prymatu solidarności społecznej, fundamentalnej dla ludzkiej kondycji. Ostatecznie, wracając do politycznych uwarunkowań pracy socjalnej, twierdzimy, iż jeśli mamy być zależni od polityki, to – aby posłużyć się myślą Marka Edelmana – od polityki dobra, w której obojętność wobec zła czyni nas współodpowiedzialnymi. Ale czy tak właśnie będzie?

Chciałbym w tym miejscu podkreślić istotny problem dla rozwoju współczesnej pracy socjalnej, mianowicie specyficzne historyczne dziedzictwo braku równowagi, zarówno w refleksji teoretycznej, jak i w działaniach aplikacyjnych pomiędzy jawnymi, deklarowanymi funkcjami pracy socjalnej a tymi, które nazywamy ukrytymi, powiązanymi z podtrzymywaniem istniejącego porządku społecznego. Brakuje dychotomicznej spójności obrazu składającego się z jednej strony z działań afirmujących człowieka i tych podtrzymujących mniej lub bardziej niezbędne i akceptowane przywileje. Wspomniana szkodliwa nierównowaga polega na stałym umacnianiu dyskursu, zgodnie z którym praca socjalna jest emanacją oświeceniowego racjonalizmu i humanizmu utożsamianego ze służbą człowiekowi, z podejmowaniem działań innowacyjnych, odpowiedzialnością przed osobą oraz zaangażowanej w poszukiwanie takich rozwiązań problemów społecznych, w których przedsiębiorczość, praca i samopomoc to gwarantujące rozwój wartości autoteliczne. Z drugiej strony mamy jednak do czynienia z dominującymi wzorami działań praktycznych, które wynikają z zupełnie odmiennych i skrywanych interpretacji społecznego przesłania pracy socjalnej. Spotykamy się przecież z łamiącym podmiotowość interwencjonizmem, służbą instytucjom społecznym, nadmiernym legalizmem, przesadną dbałością o niezmienność, rytualizmem, ignorowaniem społecznego kontekstu indywidualnych trudności, używaniem „gotowości do pracy" jako metody diagnostycznego przymusu. Ten stan nie jest właściwy, a doświadczany przez pracowników socjalnych dysonans poznawczy (ujmując inaczej: stan gotowości do redefiniowania postrzegania siebie), będący szansą na rozwój dojrzalszej praktyki, zbyt szybko jest diagnozowany jako wypalenie zawodowe i poddawany „społecznym metodom leczenia".

Chodziłoby mi o taki rozwój profesjonalnej świadomości, który umożliwi refleksję dotyczącą tego, wobec jakich grup, w jakim kontekście politycznym i ekonomicznym oraz z jaką siłą stajemy się miłującym bliźniego, a w jakim – strażnikiem ładu społecznego i interesów grupowych. Dlatego też ze szczególną mocą podkreślam, iż ważnym adresatem naszej socjologicznej odpowiedzialności jest osoba: poszukująca interpretacji zdarzeń, szukająca odpowiedzi na pytanie o wybór najwłaściwszej drogi wyjścia ze stanu – posługując się metaforą Stanisława Kowalika[247] – zagubienia w sobie i w świecie. I myślę tutaj w równym stopniu o tych, którzy profesjonalnie zajmują się pomaganiem, jak i o tych, którzy szukają u nich wskazówek i podpowiedzi.

Rozwiązaniem nie jest przekazywanie osobie poszukującej pomocy uprawnień i odpowiedzialności. Należy pamiętać, iż władza nadana klientowi przez pracownika socjalnego zawsze pozostaje jego władzą[248]. Klienci powinni

---

[247] S. Kowalik, *Rehabilitacja osób chorych psychicznie* [w:] J. Brzeziński, L. Cierpiałowa (red.), *Zdrowie i choroba*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2008.

[248] M. Payne, *Modern Social Work Theory*, Macmillan, Hampshire 1997, s. 284.

własnym staraniem odzyskiwać możliwość wpływania na rzeczywistość, natomiast rolą pracownika socjalnego jest takie organizowanie pomocy, które uczyni to możliwym. Celem tego procesu jest pobudzanie i wykorzystanie wytworzonego w relacji potencjału sprawczego, który umożliwi zdrowienie.

## 11.2. Zagrożenia dla godności osoby

W naszych staraniach, aby wspierać osoby radzące sobie z trudnościami natury psychicznej, ważna jest indywidualna wrażliwość oraz otwartość na przyjęcie odmiennego sposobu przeżywania i definiowania świata. Stosowana filozofia człowieka autorstwa Carla Rogersa, Viktora Frankla, Antoniego Kępińskiego, dla której podstawową wartością jest osoba poszukująca pomocy, skupia się na kształtowaniu relacji zaufania, która będzie nośnikiem pozytywnej zmiany stanu zdrowia pacjenta. Jednakże – o czym przypominam – terapia społeczna w pracy socjalnej ma dwa podstawowe wymiary. Obok bezpośredniego skupienia na relacji z osobą uwzględnia ona strukturalne, czyli niejako zewnętrzne uwarunkowania tej relacji. Należy pamiętać – zdrowie psychiczne to zdolność do rozwoju, który oznacza zwiększanie rozumienia, przeżywania i odkrywania świata, którego kierunek wyznaczony jest przez zdefiniowany ideał życia indywidualnego i wspólnotowego. Takie ujęcie zdrowia – inspirowane pracami Kazimierza Dąbrowskiego[249] – wskazuje, iż jego utrata lub trud odzyskiwania nie mogą być rozpatrywane z pominięciem obowiązujących w danym społeczeństwie wzorów praktyk naukowych, politycznych czy legislacyjnych. Wiemy, iż mogą one wspierać dążenia ludzi do zróżnicowanego indywidualnego rozwoju, tym samym wzbogacając przejawy życia społecznego, lub też wprost przeciwnie – pomniejszać znaczenie naszych ludzkich starań i poszukiwań, ograniczać je czy ostatecznie piętnować. Podstawowe zagrożenie dla prowadzonej przez nas terapii społecznej wiąże się z warunkami, jakie wytworzył sam człowiek. Myślę tutaj przede wszystkim o nadmiernej technicyzacji stosunków międzyludzkich oraz o tak zwanych psychopatycznych strukturach społecznych, charakteryzujących się atrofią empatii. Doskonałym przykładem „emocjonalnie chłodnej instytucji" są korporacje, na co w jednoznaczny i przekonywujący sposób zwrócił uwagę Ray Patel w *Wartości niczego*[250], powołując się na dokumentalny film Marka Achbara, Jenifer Abbott i Joela Bakana. Przypisywane tym globalnym instytucjom cechy to: trwała niezdolność do podporządkowania się normom społecznym, wielokrotne dopuszczanie się

[249] K. Dąbrowski, *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1989.

[250] R. Patel, *Wartość niczego. Jak przekształcać społeczeństwo rynkowe i na nowo zdefiniować demokrację*, tłum. H. Jankowska, Warszawskie Wydawnictwo Literackie MUZA SA, Warszawa 2010.

kłamstw lub oszustw dla zysku, niezdolność do odpowiedzialnego planowania, skłonność do agresji, brak troski o bezpieczeństwo innych oraz brak poczucia winy. Autor w cytowanej pracy odnosi się z dezaprobatą do aktywności ekonomicznej zorientowanej na maksymalizację zysku, która nie uwzględnia kosztów, jakie muszą ponosić jednostki, grupy społeczne i wspólnoty lokalne. I właśnie ten rodzaj ekonomicznej racjonalności nazywa „psychopatyczną strategią przedsiębiorstw". To strategia toksycznego rozwoju, która nadużywa władzy, aby wejść w posiadanie i niszczyć zasoby dobra wspólnego w imię indywidualnego zysku. Tym samym jest antytezą strategii działania przedsiębiorstw społecznych, które zarządzając kapitałami, mają się przyczyniać do pomnażania zasobów, dzięki którym człowiek może osiągnąć pełnię swojego rozwoju.

Kolejnym strukturalnym zagrożeniem dla godności osoby, a tym samym terapii społecznej, jest nadmierny konsumpcjonizm. Jeśli istotą osoby jest bezinteresowna miłość do ludzi, gotowość do dzielenia się oraz dostrzeganie w innych fascynującego potencjału możliwości rozwojowych, to istotą kształtowania konsumenta jest ukierunkowanie jego emocjonalności na przedmiot oraz stałe wzbudzanie i podtrzymywanie w nim przeświadczenia, iż właśnie przedmiot jest wart jego zabiegów jako gwarant lub wprost ekwiwalent szczęścia. Równocześnie u konsumenta wzbudza się przekonanie, iż odmienność psychiczna i fizyczna, choroba, niepełnosprawność, cierpienie oraz śmierć są zaprzeczeniem szczęścia, są stanem niepożądanym, jakiego należy unikać. Dlatego też konsumpcjonizm – podobnie jak wulgarny i uproszczony racjonalizm – są źródłem odrzucania i wrogości wobec osób podatnych na społeczne zranienie ze względu na indywidualne cechy biologiczne, psychiczne, ekonomiczne, jak również swoją duchowość.

Dramatyczny obraz wystąpienia przeciw słabym, dla którego uzasadnieniem była rozwijająca się w dwudziestym wieku eugenika, przedstawił Maciej Zaremba Bielawski w *Higienistach*[251]. Autor w sposób fascynujący ukazał dramaturgię ewolucji idei budowanej przez inżynierów społecznych poszukujących oszczędności ekonomicznych oraz przekonanych, iż można zbudować utopię, świat bez chorób dziedzicznych i patologii. *Higieniści* potwierdzają, że eksperymenty inżynierii społecznej – te najbardziej konsekwentne i najskuteczniejsze – okazały się jednocześnie najbardziej nieludzkie, bestialskie i wstrząsające, ponieważ „traktowanie ludzkości jak ogrodu, który domaga się większego piękna i harmonii, prowadzi nieuchronnie do przekształcenia ludzi w chwasty"[252]. Ważnym dokumentem ilustrującym wspomniany problem jest film Grzegorza Brauna *Eugenika w imię postępu* z 2010 roku, który podejmuje udaną próbę odtworzenia procesu powstania i rozwoju specyficznej filozofii działania społecznego, jakiej źródeł możemy

[251] M. Zaremba Bielawski, *Higieniści. Z dziejów eugeniki*, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2011.
[252] Z. Bauman, *Żyjąc w czasie pożyczonym*, tłum. T. Kunz, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2010, s. 241–242.

poszukiwać we wszystkich próbach promowania i wdrażania organicystycznej wizji życia społecznego. Wizji, zgodnie z którą społeczeństwo jako całość jest substancjonalne i pierwotne, i zdecydowanie wyższe od człowieka, który nie ma żadnych celów, spełnia jedynie funkcje zdefiniowane przez dominujący społeczny byt. Sens jego życia nadawany jest również przez zewnętrzną wobec niej całość. Historykiem, który występuje w cytowanym dokumencie i opowiada o dwudziestowiecznej pogardzie dla człowieka, jest Edwin Black, autor książki *Wojna przeciw słabym* o znaczącym podtytule: *Eugenika i amerykańska kampania na rzecz stworzenia rasy panów*[253]. W dyskusji nad ewolucją praktyki eugenicznej, jej związkami z antysemityzmem, nazistowską eutanazją i Holokaustem, genetyką i współczesną biopolityką uczestniczy między innymi Magdalena Gawin[254], której ważnym obszarem badań historycznych jest refleksja dotycząca przejawów eugeniki w Polsce.

Naukowo ugruntowana eugeniczna praktyka odwoływała się do czystości rasy ludzkiej, ochrony dobrze urodzonych oraz identyfikacji niegodnych tego, aby żyć[255]. Jej ofiarami były osoby, których indywidualna charakterystyka, ujawnione predyspozycje, potencjalna ścieżka rozwoju psychicznego i społecznego pozostawały w sprzeczności z przyjętymi przez elity społeczne definicjami dobrego społeczeństwa i obywatela. Miarą eugeniki było skuteczne i naukowo uprawomocnione uśmiercanie osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi. Namysł nad tym dramatycznym przejawem naszej współczesnej kultury znajdujemy w *Szpitalu Przemienienia*[256]. W swoim debiutanckim dziele Stanisław Lem analizuje kulturę, która przechodzi głęboką, chorobową przemianę diagnozowaną w kategoriach dehumanizacji i nihilizmu. Stan ten powoduje z jednej strony powszechny zanik poczucia sensu, a z drugiej strony typ chłodnej racjonalizacji działań, w której nie ma już miejsca na najprostsze odruchy moralne, a przede wszystkim – na poczucie solidarności z innymi ludźmi[257]. Rozwinięcie tej myśli znajdujemy w filmie Edwarda Żebrowskiego, który powstał w 1979 roku na podstawie cytowanego dzieła i nosi taki sam tytuł.

W imię nazistowskiej eugeniki podczas okupacji Polski zamordowano około 20 tysięcy osób chorych psychicznie i niepełnosprawnych. Film dokumentalny *Śmierć psychiatry. Eugenika i totalitaryzm* – wyreżyserowany w 2011 roku przez Amelię Łukasiak i Sławomira Małoickiego, na podstawie scenariusza

---

253 E. Black, *Wojna przeciw słabym. Eugenika i amerykańska kampania na rzecz stworzenia rasy panów*, tłum. H. Jankowska, Wydawnictwo Literackie MUZA SA, Warszawa 2004.

254 M. Gawin, *Eugenika – biopolityka – państwo. Z historii europejskich ruchów eugenicznych w pierwszej połowie XX w.*, Wydawnictwo Neriton – Instytut Historii PAN, Warszawa 2010.

255 Zob. E. Klee, *Auschwitz. Medycyna III Rzeszy i jej ofiary*, tłum. E. Kalinowska-Styczeń, Universitas, Kraków 2005; U. Völklein, *Josef Mengele. Doktor z Auschwitz*, tłum. A. Kuć, U. Poprawska, Prószyński i S-ka, Warszawa 2011.

256 S. Lem, *Szpital Przemienienia. Dzieła. Tom IX*, Biblioteka Gazety Wyborczej, Warszawa 2008.

257 J. Jarzębski, *Skalpel i mózg* [w:] S. Lem, *Szpital Przemienienia. Dzieła, t. IX*, Biblioteka Gazety Wyborczej, Warszawa 2008, s. 182–183.

Magdaleny Gawin – opowiada o życiu i tragicznej śmierci doktora Karola Mikulskiego – psychiatry, zastępcy dyrektora szpitala psychiatrycznego w Gostyninie. 17 marca 1940 roku do szpitala przybyła komisja, w której skład wchodzili gestapowcy i lekarze niemieccy. Zażądała ona od Karola Mikulskiego sporządzenia w ciągu 24 godzin listy pacjentów nierokujących poprawy. Doktor zdawał sobie sprawę, że chorzy zostaną zamordowani. Odmówił. Dzień później, będąc w stanie depresji, popełnił samobójstwo. Jego postawa zainspirowała Stanisława Lema do napisania powieści *Szpital Przemienienia*.

Historyczną analizę zagłady osób z zaburzeniami psychicznymi w okupowanej Polsce przedstawił Tadeusz Nasierowski w swojej pracy[258] wydanej w roku 2008. Autor, z wykształcenia psychiatra i historyk, rozpoczyna ją od postawienia pytania: czy Holokaust byłby możliwy bez zagłady osób chorych psychicznie? Podejmując próbę odpowiedzi, jednoznacznie sugeruje, iż zagłada chorych psychicznie, uważanych przez nazistów za „puste ludzkie skorupy", dała początek ludobójstwu. Autor pisze:

> W obu zbrodniach – zagłady chorych psychicznie i Holokaustu – mieliśmy do czynienia z tymi samymi sprawcami, posługującymi się językiem niemieckim, tymi samymi metodami unicestwiania ludzi, przećwiczonymi najpierw na osobach chorych psychicznie, a także z ciągłością czasową obu zbrodni[259].

Ostatecznie Tadeusz Nasierowski powraca do postawionego pytania i stwierdza: „Można przypuszczać, iż Holocaust byłby niemożliwy bez wymordowania osób chorujących psychicznie"[260].

Nazistowska eugenika miała również swoje „pozytywne" oblicze. Promowała działania zorientowane na możliwość „produkowania" życia. Zadanie zostało podjęte w ramach opiekuńczo-charytatywnego stowarzyszenia pod nazwą *Lebensborn*, którego przesłaniem było doprowadzanie do przymusowego zapładniania czystych rasowo kobiet przez mężczyzn, którzy podobnie jak ich amoniowe partnerki przeszli odpowiednie badania rasowe prowadzone przez lekarzy niemieckich. W przypadku udanego zapłodnienia kobiety otaczano opieką aż do czasu rozwiązania, kiedy to dziecko, co zdarzało się najczęściej, przekazywane było do instytucji zajmujących się jego wychowaniem. Oblicza się, że w latach 1941–1944 urodziło się 40 tysięcy dzieci, dla których – jak pisze Roman Hrabar[261] – jedynym rodzicem było państwo, a jedynym bogiem Hitler. Po wojnie

---

258 T. Nasierowski, *Zagłada osób z zaburzeniami psychicznymi w okupowanej Polsce. Początek ludobójstwa*, Wydawnictwo Neriton, Warszawa 2008.

259 *Ibidem*, s. 15.

260 *Ibidem.*

261 R. Hrabar, *„Lebensborn", czyli źródło życia*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 1980, s. 244. Szczególną wartość dokumentalną przedstawia film *Idealne dzieci Hitlera* z 2001 roku w reżyserii

lekarzom udało się zbadać pewną grupę dzieci urodzonych w domach *Lebensborn*. Większość z nich była opóźniona w rozwoju psychicznym i fizycznym. Ponieważ były obsługiwane przez pielęgniarki w jednakowym reżimie, wiele z nich nie umiało jeszcze chodzić i mówić w wieku trzech lat, były wśród nich także dzieci upośledzone umysłowo. Młodym pensjonariuszom zabrakło jednego istotnego elementu – miłości. A matki? Po rozwiązaniu przestawały być potrzebne. „Pohańbione i pokrzywdzone jako kobiety i skrzywdzone jako matki, dziewczęta te pozostaną w dziejach niby krzyczący w niebo pomnik szatańskiego zła" – jak pisze Zofia Kossak[262]. I dalej twierdzi, iż tylko szatan mógł podszepnąć nazistom rzecz tak bardzo zgubną w skutkach, bowiem „cóż za pomiot ulęgnie się z tych matek skrzywdzonych? Jaki ładunek jadu przyniesie na świat dziecko obciążone przekleństwem, nim się narodziło, wychowane w kulcie zła, wyrośnie na monstrum moralne"[263] i zemści się na tych, którzy jego narodziny spowodowali.

Eugenika to również masowe sterylizacje tych, których materiał genetyczny był społecznie niepożądany: osób z niepełnosprawnością, manifestujących trudności psychiczne, ubogich czy w końcu życiowo niestarannych. Prawa i praktyka eugeniczna nie skończyły się wraz z upadkiem ideologii nazistowskiej. Istniały one do niedawna. I również o tej najnowszej historii – posługując się przykładem Szwecji lat 70. ubiegłego stulecia – opowiada autor cytowanych już wcześniej *Higienistów*[264]. Jest to poruszający wykład o naszym udziale w budowaniu ładu społecznego, którego ceną były dziesiątki tysięcy przymusowych sterylizacji przeprowadzanych w zgodzie z obowiązującymi racjami naukowymi, definiowaniem demokracji, przepisami prawa socjalnego. Równocześnie jest to opowieść o naszym udziale w niszczeniu indywidualnego i wspólnotowego rozumienia oraz odczuwania godności będącej immanentną cechą istoty ludzkiej.

Tak rozumiem strukturalne źródła współczesnych zagrożeń dla godności człowieka, a tym samym dla bezpośredniej relacji pomiędzy profesjonalistą a osobą, która poszukuje pomocy. Ważna jest refleksja nad społecznym kontekstem bezpośredniej pracy terapeutycznej, w którym dają o sobie znać z coraz większą siłą:

- technicyzacja więzi międzyludzkich;
- rozwój konsumpcjonizmu, dla którego zasobem jest ciało i indywidualna tożsamość osoby oraz

---

Roba Blumensteina, wyprodukowany w ramach serii *History's Mysteries*, dla *History Channel*. Materiał zawiera informacje o placówkach *Lebensborn* zlokalizowanych w Norwegii oraz o wstrząsających losach dzieci, które, aż do lat 60. ubiegłego stulecia doświadczały prześladowań, tortur, nadużyć seksualnych oraz prawdopodobnie były przedmiotem eksperymentów medycznych.

262 Z. Kossak, *W piekle* [w:] W. Bartoszewski, *Mój Auschwitz*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2010, s. 178–179.

263 *Ibidem*, s. 179.

264 M. Zaremba Bielawski, *op.cit.*

- standaryzacja „dobrego życia", jaka odbywa się kosztem stygmatyzowania tych, którzy od wzorca odstają.

Rozumiem tę refleksję jako moralny obowiązek każdego profesjonalisty i więcej – jako obowiązek każdego człowieka, który czuje, iż jego powołaniem jest walka przeciw panowaniu sił i sytuacji opartych na przemocy (zob. tabela 24).

**Tabela 24. Płaszczyzny pośredniej terapii społecznej (uwarunkowania strukturalne)**

| Płaszczyzny pośredniej terapii społecznej | Komponent poznawczy | Komponent emocjonalny | Komponent behawioralny |
|---|---|---|---|
| refleksja nad strukturalnymi zagrożeniami godności osoby | technicyzacja relacji społecznych | konsumpcjonizm | odrzucenie ubogich |
| działania na rzecz ochrony godności osoby | refleksyjność | filantropia | odpowiedzialność |

Źródło: *opracowanie własne*.

Zagrożenia te są nadal aktualne, tyle że dzisiaj nie mówimy już o eugenice czy genetyce, ale o biotechnologii. Obecnie nie obawiamy się sponsorowania tego typu projektów przez państwo. Przeciwnie! Naszą czujność wzbudzają twierdzenia, iż zagrożenie negatywnymi skutkami nie istnieje, ponieważ decyzje są podejmowane przez jednostki (nie przez państwo) w ramach wolnego rynku. Przed takim dogmatyzmem przestrzega nas Francis Fukuyama w *Końcu człowieka*[265]. Pisze, iż sporu o biotechnologię nie można sprowadzić do prostego rachunku zysku i strat. Chodzi tutaj o samą podstawę ludzkiego zmysłu moralnego. Być może o ostateczne wyjście poza granice normatywne ustanowione przez dobro i zło? Jürgen Habermas[266] zapytał:

> Czy pierwszy człowiek, który według własnego upodobania określi, jaki ma być z natury inny człowiek, nie zniszczy siłą rzeczy owych jednakowych wolności, które przysługują ludziom równym z urodzenia, aby zagwarantować ich różność?

O negatywnych skutkach (nadmiernej) wiary w mechanizmy rynkowe pisze Zygmunt Bauman między innymi w *Życiu na przemiał*[267]. Mowa jest o życiu tych wykluczonych i spisanych na straty, dla których nie przewidziano dróg powrotu do pełnego członkostwa w społeczeństwie, dla których próżno też szukać innych, oficjalnie otwartych i naniesionych na mapy tras, jakimi można by

---

[265] F. Fukuyama, *op.cit.*, s. 140.

[266] J. Habermas, *Przyszłość natury ludzkiej. Czy zmierzamy do eugeniki liberalnej?*, tłum. M. Łukasiewicz, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2003, s. 115.

[267] Z. Bauman, *Życie...*

zmierzać w stronę alternatywnej formy przynależności. Obraz, który dominuje i przeraża, to przemożne dążenie do oczyszczenia świata, jego – na co zwraca uwagę Andrzej Wojciechowski[268] – estetycznego uporządkowania, a także do ideału zdrowia uosabianego przez „dobrze uformatowanych".

Warto zwrócić uwagę, iż według Anthony'ego Giddensa[269] aż ¼ bezdomnych to osoby, które wyszły ze szpitali psychiatrycznych. Są wśród nich chronicznie chorzy, którzy zostali wypisani ze szpitala w latach 60. na fali przemian w systemie opieki zdrowotnej. W ostatnich latach w Polsce jesteśmy świadkami stopniowego ograniczania czasu pobytu pacjentów w szpitalach psychiatrycznych, przy równoczesnym nieprzeprowadzeniu środowiskowej reformy w psychiatrii. Podkreślam, iż w ostatnich latach w Stanach Zjednoczonych Ameryki, jak również Europie jesteśmy świadkami stopniowego przenoszenia odpowiedzialności za chorych psychicznie ze służb profesjonalnych na pomoc społeczną, policję, sądownictwo oraz zakłady karne[270]. Proces penalizacji biedy pod hasłami „wojny z przestępczością"[271] obejmuje również chorujących psychicznie. Jeśli ten stan rzeczy się nie zmieni, to nasz społeczny rozwój ulegnie wynaturzeniu.

Dlatego też – pomimo fundamentalizmu rynkowego, dla którego „eugenika sprywatyzowana" jest jednym z kluczowych mechanizmów rozwoju – szukamy (wspomnianych wcześniej) alternatywnych tras przynależności osób społecznie ranliwych. W naszych staraniach odnosimy się do autotelicznej wartości pracy jako synonimu zdrowia psychicznego, gwarancji dostępu do świata zasobów, źródła społecznego uznania i prestiżu oraz indywidualnego sprawstwa i poczucia godności. Staramy się rozumieć pracę jako dobro człowieka, bowiem poprzez pracę człowiek urzeczywistnia siebie.

Pozostaje mieć nadzieję, iż postęp społeczny będziemy w coraz większym stopniu ujmowali jako wzrost moralny społeczeństwa, dla którego podstawą są nasza refleksyjność (różniąca się od myślenia tym, iż zawiera w sobie pewien element etyczny), filantropia i odpowiedzialność. Natomiast jeśli będzie nią selekcja, dojdzie do usunięcia wartości umożliwiających najpełniejszy rozwój każdej osoby ludzkiej, tożsamy z osiąganiem przez nią zdrowia psychicznego.

---

[268] A. Wojciechowski, *Pedagogika obecności. Śladem księdza Józefa Tischnera filozofii dramatu*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit", Toruń 2012, s. 15.

[269] A. Giddens, *Socjologia*, tłum. A. Szulżycka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 351.

[270] S. Fazel, J. Danesh, *Serious Mental Disorder in 23 000 Prisoners: A Systematic Review of 62 Surveys*, „Lancet" 2002, nr 359, s. 545–550. Autorzy stwierdzili nadreprezentację występowania zaburzeń psychicznych wśród więźniów zakładów karnych Europy Zachodniej. W grupie badanej stwierdzono występowanie odpowiednio u więźniów i więźniarek: psychoz, w tym schizofrenii u 3,7% i 4% osadzonych, dużą depresję u 10% i 12% osadzonych oraz zaburzenia osobowości u 45% i 42% osadzonych. Wskaźniki te są średnio trzykrotnie wyższe niż w populacji ogólnej (!).

[271] L. Wacquant, *Więzienia nędzy*, tłum. A. Szulżycka, Instytut Wydawniczy Książka i Prasa, Warszawa 2009.

Praca socjalna może mieć znaczący udział w ochronie godności człowieka, jeśli będziemy ją ujmować jako profesję odpowiedzialną za zachowanie dynamicznej równowagi pomiędzy działaniami jednostek, grup i środowisk społecznych, których celem jest podtrzymywanie konsensusu, jak również tych będących potencjalnym katalizatorem zróżnicowanych przejawów rozwoju i dekonstrukcji. Niezmiernie istotna dla naszej praktyki jest refleksja, iż człowiek nie może wyzwolić się z ludzkiego porządku moralnego. Dlatego też właściwością relacji pracownika socjalnego i klienta jest poszukiwanie aksjologicznego fundamentu więzi międzyludzkiej, natomiast inspiracją – personalistyczna filozofia umacniania. Proces kształtowania tożsamości osoby poszukującej pomocy zachodzi w związku opartym na miłości i niedopuszczającym żadnej formy władzy nad drugim człowiekiem. Przyjmuję, iż nawiązanie głębokiej relacji terapeutycznej – rozumianej jako służba – jest warunkiem koniecznym, aby stawiać wyzwania strukturom nacisku i blokującym stosunkom społecznym. Indywidualna, grupowa czy wspólnotowa zmiana jest możliwa, jeśli zdefiniujemy (zaktualizujemy) to, co w życiu jest niezmienne, trwałe i obiektywne. Warto podkreślić, iż dyktat relatywizmu aksjologicznego nie pozwala nam odczuć, iż zmienia się jedynie nasz obraz świata wartości, a nie on sam. Radykalną próbę walki ze światem wartości podjął Max Stirner w *Jedynym i jego własności*[272] – traktacie z roku 1845. Stosując redukcjonistyczną metodę krytyki, odsłaniał człowieka jako produkt złożonego splotu czynników społecznych i kulturowych. W imię poszukiwania siebie „jako tej oto jednostki" żądał zniesienia państwa, nieskrępowanego artykułowania siebie i podporządkowywania sobie świata, którego harmonia stoi w sprzeczności z umiejętnościami jednostki. Zakwestionował istnienie swoistych dla człowieka cech, które nadają mu szczególną godność, ale również wartość wszelkich teorii i pojęć ogólnych. Doceniał prawdy, które były „pod nim", prawda „nad nim", do której miałby się zastosować, była mu nieznana. Zdaniem autora *Jedynego i jego własności* jednostka musi się uwolnić od przedmiotów uświęconych, bytów nierealnych – Boga, narodu, państwa, społeczeństwa, człowieka i miłości. Amoralizm Maxa Stirnera to wątek przewodni jego rozważań, których konsekwencją jest relatywizacja wszelkich wartości, do jakich człowiek mógłby się odnieść. Albert Camus, nawiązując do jego filozofii, stwierdził, iż pustynia została ukazana; teraz trzeba się dowiedzieć, jak na niej przetrwać[273]. Na to pytanie nie znajdujemy odpowiedzi...

Stabilna relacja z człowiekiem zagubionym w sobie i zagubionym w świecie umożliwia rozwój jego miłości własnej, poczucia wartości oraz takich zdolności adaptacyjnych, dzięki którym może on wpływać na rzeczywistość. Odzyskiwanie przez klienta poczucia sprawstwa pozwala na stopniowe włączanie

---

[272] M. Stirner, *Jedyny i jego własność*, tłum. J. Gajlewicz, A. Gajlewicz, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995.

[273] A. Camus, *Człowiek zbuntowany*, tłum. J. Guze, Wydawnictwo Res Publica, Kraków 1991.

w proces terapeutyczny rodziny oraz osób z jego najbliższego otoczenia, aby razem podjąć próbę porządkowania splotu makrostrukturalnych okoliczności blokujących szanse rozwojowe[274] oraz definiowania zasobów, które mogą umożliwić zmianę. Troska o rozwijający się dialog, skupienie terapeutycznej uwagi na tym, o czym mówi nasz klient, o czym mówią jego najbliżsi, praca nad wrażliwym komentarzem, nauka słuchania oraz powstrzymywania się od prób dominacji i podejmowania interwencji są wyznacznikami współczesnej pracy socjalnej i terapii społecznej. Nie bez znaczenia są również działania polityczne podejmowane w środowisku lokalnym. Ich szczególna rola polega na włączaniu w przestrzeń społeczną zdominowaną przez władzę i wiedzę ekspercką mikronarracji opartej na wiedzy pochodzącej z doświadczenia, którą posiadają osoby podatne na społeczne zranienie, często doświadczające braku tolerancji.

Umberto Eco, analizując w *Pięciu pismach moralnych*[275] fenomen społecznej nietolerancji, zaleca edukację jako środek utrzymania tego, jak pisze, „złośliwego instynktu" pod kontrolą. Nie przewiduje jednak żadnych szans na jego całkowite usunięcie. Edukacja w jego rozumieniu to trud syzyfowy, wart jednak podjęcia, bo bez niego może być tylko gorzej. Edukacja, otwartość i dialog to słowa klucze naszej pracy, które nadają jej najgłębszy aksjologiczny sens. Edukacja nie jest tutaj ukierunkowana na zdobywanie wiedzy, a szczególnie wiedzy technicznej. Jest natomiast próbą kształcenia w sferze wartości poprzez umożliwianie spotkań i doświadczeń aksjologicznych. Podstawą dla nich nie jest droga poznania racjonalnego, lecz akt emocjonalny. To intencjonalne uczucia są właściwym źródłem wiedzy o wartościach – dla rozumu pozostają one całkowicie zakryte, bowiem etyka emocjonalna wymaga poznania apriorycznego. Tadeusz Gadacz[276], komentując dzieło Maxa Schellera, podkreślał, iż nie wiedza jest warunkiem miłości, tylko miłość jest warunkiem wiedzy; to doświadczenie wartości, myślenie uczuciowe prowadzi nas do poznania i odsłaniania wartości.

---

[274] A. Kotlarska-Michalska, *Dysfunkcje rodziny jako efekt przemian makrostrukturalnych* [w:] D. Trawkowska (red.), *Pomoc społeczna wobec rodzin. Interdyscyplinarne rozważania o publicznej trosce o dziecko i rodzinę*, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2011.

[275] U. Eco, *Pięć pism moralnych*, tłum. I. Kania, Wydawnictwo Znak, Kraków 2008.

[276] S. Szczęch, *Czas chronić humanum. Z Tadeuszem Gadaczem rozmawia Szymon Szczęch*, „Znak" 2012, nr 690 (11), s. 25–31.

# Aneks 1. *Skala umacniania*

***Skala umacniania***

Przedstawione poniżej pytania dotyczą Twojego indywidualnego podejścia do życia i do konieczności podejmowania decyzji. Zaznacz kółkiem odpowiedź najbardziej odpowiadającą Twoim odczuciom w chwili obecnej. Zwykle pierwsze odczucie jest najprawdziwsze. Nie trać zbyt wiele czasu na jedno pytanie. Bądź szczery z sobą, aby odpowiedzi odzwierciedlały Twoje prawdziwe odczucia.

Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania, używając następującej skali: 1 – zdecydowanie się zgadzam, 2 – zgadzam się, 3 – nie zgadzam się, 4 – zdecydowanie się nie zgadzam.

1. W znacznym stopniu mogę decydować o tym, co wydarzy się w moim życiu*.
2. Zazwyczaj ludzie robią tylko to, co uważają za możliwe do zrobienia*.
3. Ludzi cechuje większa siła i moc działania, jeśli działają razem jako grupa*.
4. Złoszczenie się na coś nigdy nie pomaga.
5. Mam pozytywny stosunek do siebie*.
6. Zwykle jestem pewny/pewna podejmowanych przeze mnie decyzji*.
7. Ludzie nie mają prawa się złościć tylko dlatego, że czegoś nie lubią.
8. Większość niepowodzeń w moim życiu było spowodowanych pechem.
9. Postrzegam siebie jako osobę zdolną*.
10. Komplikowanie spraw nigdy do niczego nie prowadzi.
11. Ludzie, którzy razem pracują, mogą mieć wpływ na swoją społeczność*.
12. Często jestem w stanie pokonywać życiowe przeszkody*.
13. Z reguły jestem optymistycznie nastawiony/nastawiona do przyszłości*.
14. Kiedy coś planuję, jestem prawie pewien/pewna, że uda mi się to zrealizować*.
15. Złość na coś jest często pierwszym krokiem, aby to coś zmienić*.
16. Zwykle czuję się samotny/samotna.
17. Specjaliści najlepiej decydują o tym, czego ludzie powinni się uczyć i co powinni robić.

18. Jestem w stanie czynić rzeczy, które robi większość innych ludzi*.
19. Z reguły kończę to, co zacząłem/zaczęłam*.
20. Ludzie powinni próbować żyć swoim życiem tak, jak chcą*.
21. Nie można walczyć z ludźmi, którzy mają władzę.
22. Często czuję się bezsilny/bezsilna.
23. Kiedy nie jestem czegoś pewny/pewna, zwykle zgadzam się z resztą grupy.
24. Czuję, że jestem wartościową osobą, co najmniej na równi z innymi*.
25. Ludzie mają prawo do podejmowania własnych decyzji, nawet jeśli te decyzje są złe*.
26. Myślę, że posiadam wiele dobrych cech*.
27. Bardzo często dany problem może zostać rozwiązany przez podjęcie działania*.
28. Praca z innymi w moim środowisku może pomóc zmienić wiele rzeczy na lepsze*.

**Instrukcja do *Skali umacniania***

Należy odwrócić punktację w pytaniach oznaczonych gwiazdką (*) wg wzoru: 1 = 4, 2 = 3, 3 = 2, 4 = 1, a następnie zsumować liczbę uzyskanych punktów i obliczyć wartość średnią dla wszystkich odpowiedzi. Wyniki poziomu umocnienia mieszczą się na kontinuum od minimalnego poziomu umocnienia (wartość 1) do maksymalnego poziomu umocnienia (wartość 4).

Korzystając ze *Skali umacniania*, można obliczać również wartości dla poszczególnych zakresów indywidualnego wymiaru umacniania. Składają się one z wartości średnich dla następujących punktów *Skali umacniania* (emp):

1. Poczucie godności/skuteczność: emp19, emp5, emp14, emp6, emp12, emp24, emp9, emp18, emp26.
2. Siła/bezsilność: emp22, emp10, emp21, emp23, emp17, emp8, emp16, emp7.
3. Aktywność środowiskowa i autonomia: emp25, emp20, emp11, emp3, emp28, emp27.
4. Kontrola nad przyszłością: emp2, emp1, emp13, emp27.
5. Usprawiedliwiona złość: emp15, emp7, emp4, emp10.

# Aneks 2.
# Zestawienie przywoływanych w pracy przepisów prawa socjalnego

*Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 r. w sprawie warsztatów terapii zajęciowej*, Dz.U. Nr 63, poz. 587.

*Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 21 stycznia 2000 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej*, Dz.U. Nr 6, poz. 77.

*Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie*, Dz.U. Nr 96, poz. 873.

*Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym*, Dz.U. Nr 122, poz. 1143.

*Ustawa z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych*, Dz.U. Nr 94, poz. 651.

*Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy*, Dz.U. Nr 99, poz. 1001.

*Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 25 października 2005 r. w sprawie trybu organizowania prac społecznie użytecznych*, Dz.U. Nr 210, poz. 1745.

*Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej*, Dz.U. Nr 64, poz. 593.

*Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności*, Dz.U. Nr 139, poz. 1328.

*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.

*Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*, Dz.U. Nr 111, poz. 535.

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

# Bibliografia


Alanen Y.O., *Schizofrenia, jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb*, tłum. J. Bomba, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000.

*Analiza działalności warsztatów terapii zajęciowej w 2008 roku. Raport z badania zrealizowanego przez Centrum Badań Marketingowych INDICATOR dla Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2009.

Anthony W.A., *Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s*, „Psychosocial Rehabilitation Journal" 1993, t. 16 (4), s. 11–23.

Antonovsky A., *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia i choroby. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, tłum. H. Grzegołowska-Klarkowska, Fundacja IPN, Warszawa 1995.

Askheim O.P., *Empowerment as Guidance for Professional Social Work: An Act of Balancing on a Slack Rope*, „European Journal of Social Work" 2003, t. 6, nr 3, s. 229–240.

Augustyniak M., Świerad M., *Uczelnia wobec studentów chorujących psychicznie*, „Krakowski Semestralnik Studentów Niepełnosprawnych" 2012, nr 2 (8), s. 19.

Augustyniak M., *Uczelnia wobec studentów chorujących psychicznie*, „Krakowski Semestralnik Studentów Niepełnosprawnych" 2012, nr 1 (7), s. 23.

*Badania wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych. Raport końcowy. Część 5 z 6. Perspektywa osób chorych psychicznie*, Pentor Research International, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2009.

Bailey D., *Mental Health* [w:] R. Adams, L. Dominelli, M. Payne (red.), *Critical Practice in Social Work*, Palgrave Macmillan, Hampshire 2009.

Balter M., Katz R., *Dziecko niczyje*, tłum. W. Stańczak, Wydawnictwo Bis, Warszawa 2001.

de Barbaro B., *Brzemię rodziny w schizofrenii*, Sekcja Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kraków 1992.

de Barbaro B., *Kontekst religijny – duchowość a psychiatria* [w:] J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski (red.), *Psychiatria. t. 3. Metody lecznicze. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012.

de Barbaro B., Namysłowska I., *Terapia rodzinna. Psychiatria* [w:] J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski (red.), *Psychiatria,* t. 3. *Metody lecznicze. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012.

Barnes C., Mercer G., *Niepełnosprawność*, tłum. P. Morawski, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2008.

Baron-Wiaterek M., *Przedsiębiorstwa społeczne na rynku pracy* [w:] K. Głąbicka (red.), *Polska polityka społeczna wobec wyzwań spójności społeczno-ekonomicznej UE*, Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej, Wydział Ekonomiczny Politechniki Radomskiej, Radom 2007.

Bauman Z., *Praca, konsumpcjonizm i nowi ubodzy*, tłum. S. Obirek, Wydawnictwo W.A.M., Kraków 2006.

Bauman Z., *Straty uboczne*, tłum. J. Hunia, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.

Bauman Z., *Szanse etyki w zglobalizowanym świecie*, tłum. J. Konieczny, Wydawnictwo Znak, Kraków 2007.

Bauman Z., *Życie na przemiał*, tłum. T. Kunz, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2004.

Bauman Z., *Żyjąc w czasie pożyczonym*, tłum. T. Kunz,Wydawnictwo Literackie, Kraków 2010.

Belbin R.M., *Twoja rola w zespole*, tłum. A. Sawicka-Chrapkowicz, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.

Biestek F.P., *The Casework Relationship*, Allen & Unwin, London 1961.

Black E., *Wojna przeciw słabym. Eugenika i amerykańska kampania na rzecz stworzenia rasy panów*, tłum. H. Jankowska, Wydawnictwo Literackie MUZA SA, Warszawa 2004.

Bowlby J., *Przywiązanie*, tłum. M. Polaszewska-Nicke, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

Braddock D., Bachelder L., *The Glass Ceiling and Persons with Disabilities*, The Glass Ceiling Commission U.S. Department of Labor, Washington 1994.

Brewer, *K-Pax* G., tłum. M. i A. Gardzielowie, Wydawnictwo Znak, Kraków 2002.

Brodniak W.A., *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2000.

Brodniak W.A., *Społeczno-kulturowe uwarunkowania zaburzeń psychicznych* [w:] W. Piątkowski (red.), *Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2004.

Bronowski P., *Środowiskowe systemy wsparcia w procesie zdrowienia osób chorych psychicznie*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2012.

Busfield J., *Introduction: Rethinking the Sociology of Mental Health*, „Sociology of Health & Illness" 2000, t. 22, nr 5, s. 543–558.

Camus A., *Człowiek zbuntowany*, tłum. J. Guze, Wydawnictwo Res Publica, Kraków 1991.

Cechnicki A., *Schizofrenia – proces wielowymiarowy. Krakowskie prospektywne badania przebiegu, prognozy i wyników leczenia*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011.
Cechnicki A., *Uwagi o modelu podatności na zranienie*, „Psychoterapia" 1990, nr 2, s. 39–48.
Cechnicki A., Kaszyński H. (red.), *Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna, Przyszłość pracy dla osób chorujących psychicznie*, Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, Kraków 2005.
Chamberlin J., *A Working Definition of Empowerment*, „Psychiatric Rehabilitation Journal" 1997, nr 4 (20), s. 43–46.
Cook J.A., *Employment Barriers for Persons with Psychiatric Disabilities: A Report for the President's New Freedom Commission*, „Psychiatric Services" 2006, nr 57 (10), s. 1–15.
Cook J.A., Razzano L.A., *Vocational Rehabilitation for Person with Schizophrenia: Recent Research and Implication for Practice*, „Schizophrenia Bulletin" 2000, nr 1, s. 87–103.
Corrigan P.W., *Empowerment and Serious Mental Illness: Treatment Partnerships and Community Opportunities*, „Psychiatric Quarterly" 2002, 3 (73), s. 217–228.
Corrigan P.W., *Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change*, „Clinical Psychology Science and Practice" 2000, nr 7, s. 48–67.
Couture S.M., Penn D.L., *Interpersonal Contact and the Stigma of Mental Illness: A Review of the Literature*, „Journal of Mental Health" 2003, nr 3 (12), s. 291–305.
Czabała J., *Zdrowie psychiczne: definicje, wskaźniki, determinanty, zagrożenia, promocja* [w:] J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski (red.), *Psychiatria*, t. 3. *Metody lecznicze. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012.
Czykwin E., *Stygmat społeczny*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
Czyżewski A., *Dyskurs* [w:] W. Kwaśniewicz i in. (red.), *Encyklopedia socjologii. Suplement*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2005.
Davies M., *The Essential Social Worker*, Arena, Aldershot 1994.
Dąbrowski K., *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1989.
Deegan P., *Recovery as a Journey of the Heart*, „Psychiatric Rehabilitation Journal" 1996, t. 19, nr 3, s. 91–97.
Diener E., Biswas-Diener R., *Szczęście*, tłum. A. Nowak Smak Słowa, Sopot 2010.
Diksa E., Rogers E.S., *Employer Concerns About Hiring Persons With Psychiatric Disability: Results of Employer Attitude Questionnaire*, „Rehabilitation Counseling Bulletin" 1996, nr 40 (1), s. 31–44.
Dolińska-Zygmunt G., *Orientacja salutogenetyczna w problematyce zdrowotnej. Model Antonovsky'ego* [w:] Dolińska-Zygmunt G. (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001.

Dominelli L., *Social Work. Theory and Practice for Changing Profession*, Polity Press, Cambridge, Malden 2004.
Dominelli L., *Sociology for Social Work*, Macmillan, London 1997.
Dörner K., *Zestarzeć się i umrzeć u siebie*, „Dialog" 2009, nr 16, s. 63–68.
Durie S., *Pathways to Work (Report)*, Scottish Development Centre for Mental Health Services, Edinburgh 2000.
Dziwisz S., *Miłością mocni,* Wydawnictwo św. Stanisława BM Archidiecezji Krakowskiej, Kraków 2006.
Eco U., *Pięć pism moralnych*, tłum. I. Kania, Wydawnictwo Znak, Kraków 2008.
Ekdawi M., Conning A., *Rehabilitacja psychiatryczna*, tłum. B. Mroziak, M. Morawiec-Binkiewicz, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995.
Fazel S., Danesh J., *Serious Mental Disorder in 23 000 Prisoners: A Systematic Review of 62 Surveys*, „Lancet" 2002, nr 359, s. 545–550.
Filek J., *Życie, etyka, inni. Scherza i eseje filozoficzno-etyczne*, Wydawnictwo Domini S.C., Kraków 2010.
Foucault M., *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, tłum. H. Kęszycka, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1987.
Frankl V.E., *Bóg ukryty. W poszukiwaniu ostatecznego sensu*, tłum. A. Wolnicka, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2012.
Frankl V.E., *Człowiek w poszukiwaniu sensu. Głos nadziei z otchłani Holokaustu*, tłum. A. Wolnicka, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2009.
Frankl V.E., *Redukcjonizm*, „Więź" 1970, nr 9 (149), s. 3–14.
Frankl V.E., *Siła do życia*, „Znak" 1967, nr 151, s. 40–49.
Fromm E., *Ucieczka od wolności*, tłum. O. Ziemilska, A. Ziemilski, Spółdzielnia Wydawnicza „Czytelnik" Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993.
Fromm E., *Zdrowe społeczeństwo*, tłum. A. Tanalska-Dulęba, Visa-à-vis Etiuda, Kraków 2012.
Frysztacki K., *Praca socjalna* [w:] W. Kwaśniewicz i in. (red.), *Encyklopedia socjologii,* t. 3, Oficyna Wydawnicza, Warszawa 2000.
Frysztacki K., *Socjalna Ameryka. O obszarze pomocy społecznej i pracy socjalnej w Stanach Zjednoczonych*, Zakład Wydawniczy NOMOS, Kraków 2005.
Frysztacki K., *Socjologia problemów społecznych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009.
Frysztacki K., Kaszyński H., *Praca socjalna – socjologiczna reaktywacja* [w:] K. Wódz, K. Faliszek (red.), *Przeobrażenia w pomocy społecznej a edukacja i doskonalenie zawodowe pracowników socjalnych w Polsce i Republice Słowackiej*, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2010.
Fukuyama F., *Koniec człowieka*, tłum. B. Pietrzyk, Wydawnictwo Znak, Kraków 2008.
Fulford K.W.M., *Ten Principles of Values-Based Medicine (VBM)* [w:] T. Schramme, J. Thome (red.), *Philosophy and Psychiatry*, Walter de Gruyter, Berlin 1996.

Funk M. i in., *Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group*, World Health Organization, Geneva 2010.
Gadamer H., *O skrytości zdrowia*, tłum. A. Przyłębski, Media Rodzina, Poznań 2011.
Gawęcka M., *Koncepcja empowerment jako alternatywny paradygmat pracy socjalnej* [w:] J. Brągiel, P. Sikora (red.), *Praca socjalna – wielość perspektyw. Rodzina – multikulturowość – edukacja*, Uniwersytet Opolski, Opole 2004.
Gawin M., *Eugenika – biopolityka – państwo. Z historii europejskich ruchów eugenicznych w pierwszej połowie XX w.*, Wydawnictwo Neriton – Instytut Historii PAN, Warszawa 2010.
Gerhardt S., *Znaczenie miłości. Jak uczucia wpływają na kształtowanie się mózgu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, tłum. B. Radwan, Kraków 2010.
Giddens A., *Socjologia*, tłum. A. Szulżycka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
Giddens A., *Stanowienie społeczeństwa. Zarys teorii strukturacji*, tłum. S. Amsterdamski, Wydawnictwo Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań 2003.
Giddens A., *Trzecia droga. Odnowa socjaldemokracji*, tłum. H. Jankowska, Książka i Wiedza, Warszawa 1999.
Gierduszewska J., *Przedsiębiorstwo Społeczne „Gospoda Jaskółeczka"*, materiał niepublikowany, Radom 2013.
Gilbride D. i in., *Employers' Attitudes Toward Hiring Persons with Disabilities and Vocational Rehabilitation Services*, „Journal of Rehabilitation" 2000, nr 4 (66), s. 17–23.
Glozier N., *Workplace Effects of the Stigmatisation of Depression*, „Journal of Occupational and Environmental Medicine" 1998, nr 40, s. 793–800.
Goffman E., *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, tłum. O. Waśkiewicz, J. Łaszcz, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2011.
Goffman E., *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, tłum. J. Tokarska-Bakir, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
Golinowska S., Boni M., *W trosce o pracę. Raport o Rozwoju Społecznym Polska 2004*, Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa 2004.
Gray M., Webb S.A., *Praca socjalna. Teorie i metody. Podręcznik akademicki*, tłum. B. Maliszewska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
Grove B., *Stigma and Discrimination – Overcoming the Barriers to Employment* [w:] A. Baumann i in. (red.), *Mental Health and Well-being at the Workplace – Protection and Inclusion in Challenging Times*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen 2010.
Habermas J., *Przyszłość natury ludzkiej. Czy zmierzamy do eugeniki liberalnej?*, tłum. M. Łukasiewicz, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2003.
Habermas J., *Teoria działania komunikacyjnego*, tłum. A.M. Kaniowski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.

Harding C.M. i in., *The Vermont Longitudinal Study of Persons with Severe Mental Illness: II. Long-term Outcome of Subjects Who Retrospectively Met DSM-II Criteria for Schizophrenia*, „American Journal of Psychiatry" 1986, nr 144, s. 727–735.

Harding C.M., *Changes in Schizophrenia across Time: Paradoxes, Patterns, and Predictors* [w:] L. Davidson, C. M. Harding, L. Spaniol (red.), *Recovery from Severe Mental Illnesses: Research Evidence and Implications for Practice*, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston 2005.

Hare R. D., *Psychopaci są wśród nas*, tłum. A. Skucińska, Wydawnictwo Znak, Kraków 2010.

Haręża J., *Kruk między innymi. Historia intymna dla mniej lub bardziej nieopierzonych*, Agencja Edytorska Ezop, Warszawa 2008.

Harrow M. i in., *Course and Outcome for Schizophrenia versus Other Psychotic Patients: A Longitudinal Study*, „Schizophrenia Bulletin" 1997, nr 23, s. 278–303.

Harvey D., *Neoliberalizm. Historia katastrofy*, tłum. J.P. Listwan, Instytut Wydawniczy Książka i Prasa, Warszawa 2008.

Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.

Howe D., *Krótkie wprowadzenie do teorii pracy socjalnej*, tłum. P. Matela, Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2011.

Howe D., *Psychosocial Work* [w:] R. Adams, L. Dominelli, M. Payne (red.), *Social Work. Themes, Issues and Critical Debates*, Macmillan, London 1998.

Hrabar R., *„Lebensborn", czyli źródło życia*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 1980.

Huber G. i in., *Longitudinal Studies of Schizophrenic Patients*, „Schizophrenia Bulletin" 1980, t. 6, nr 4, s. 592–605.

Hudson B.L., *Social Work with Psychiatric Patients*, Macmillan, London 1992, s. 124–135.

Huxley P., Thornicroft G., *Social Inclusion, Social Quality and Mental Illness*, „British Journal of Psychiatry" 2003, nr 182, s. 289–290.

Jahoda M., Lazarsfeld P.F., Meisel H., *Bezrobotni z Marienthalu*, tłum. R. Marszałek, Oficyna Naukowa, Warszawa 2007.

Jan Paweł II, *Laborem exercens. Tekst i komentarze*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1986.

Jan Paweł II, *List Apostolski Salvifici Dolores Ojca Świętego Jana Pawła II*, www.opoka.org [dostęp: 28.09.2012].

Jan Paweł II, *Serce pragnie sensu. Motywy życia i nadziei*, Grupa Image, Warszawa 1991.

Jan Paweł II, *Sollicitudo rei socialis* [w:] *Encykliki Ojca Świętego Jana Pawła II*, Dom Wydawniczy Rafael. Wydawnictwo AA, Kraków 2009, s. 273–321.

Jané-Llopis E., Anderson P., *Mental Health Promotion and Mental Disorders Prevention. A Policy for Europe*, Radbound University Nijmegen, Nijmegen 2005.

Janik J., Wroński K. (red.), *Stowarzyszenie Otwórzcie Drzwi. O barierach w zatrudnianiu i pracy – perspektywa beneficjentów*, Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków 2008.
Jarzębski J., *Skalpel i mózg* [w:] S. Lem, *Szpital Przemienienia. Dzieła*, t. IX, Biblioteka Gazety Wyborczej, Warszawa 2008.
Jaspers K., *Strindberg i Van Gogh: próba analizy patograficznej z porównawczym przywołaniem Swedenborga i Holderlina*, tłum. R. Reszke, Wydawnictwo KR, Warszawa 2006.
Jones C., *Social Work and Society* [w:] R. Adams, L. Dominelli, M. Payne (red.), *Social Work. Themes, Issues and Critical Debates*, Macmillan, London 1998.
Kaczmarczyk T., Pysz P., *Ludwig Erhard i społeczna gospodarka rynkowa*, Instytut Studiów Politycznych Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 2004.
Kania M., *Stary Doktor. Rozmowa z Joanną Olczak-Ronikier – pisarką, scenarzystką, współzałożycielką Piwnicy pod Baranami, autorką książki „Korczak: Próba biografii", za którą otrzymała Nagrodę Klio*, „Konspekt. Pismo Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie" 2012, nr 3 (44).
Kant I., *Uzasadnienie metafizyki moralności*, tłum. M. Wartenberg, Wydawnictwo Antyk, Kęty 2001.
Karski J.B., *Postępy promocji zdrowia. Przegląd międzynarodowy*, Cedetu.pl Wydawnictwa Fachowe, Warszawa 2011.
Karski J.B., *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2003.
Kaszyński H., *Edukacja społeczna jako metoda przeciwdziałania stereotypizacji osób chorujących psychicznie na rynku pracy. Raport*, Krakowska Inicjatywa na Rzecz Gospodarki Społecznej – COGITO, Kraków 2008.
Kaszyński H., *The Role of the Patient as a Psychiatric Teacher* [w:] *Schizophrenia and Borderline Disorders. A Challenge for Science and Society – Abstracts. 12th Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP*, *Schizophrenie und Borderline-Storung*, Berlin 1999.
Kaszyński H., Cechnicki A., *Polscy pracodawcy wobec zatrudnienia osób chorujących psychicznie*, „Psychiatria Polska" 2011, t. XLV, nr 1, s. 45–60.
Kaszyński H., Cechnicki A. (red.), *Praca, zdrowie psychiczne, ekonomia społeczna. W poszukiwaniu inspiracji dla praktyki*, Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, Kraków 2007.
Kaźmierczak T., *Kapitał społeczny a rozwój społeczno-ekonomiczny – przegląd podejść* [w:] T. Kaźmierczak, M. Rymsza (red.), *Kapitał społeczny. Ekonomia społeczna*, Fundacja Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2007.
Kępiński A., *Rytm życia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2000.
Kępiński A., *Schizofrenia*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1972.
Klee E., *Auschwitz. Medycyna III Rzeszy i jej ofiary*, tłum. E. Kalinowska-Styczeń, Wydawnictwo Universitas, Kraków 2005.

Kociołek R., *Biblioterapia osób chorujących psychicznie – możliwości zastosowania* [w:] K. Hrycyk (red.), *O potrzebie biblioterapii*, Polskie Towarzystwo Biblioterapeutyczne, Wrocław 2012.
Kokoszka A., *Jak pomagał i leczył profesor Antoni Kępiński*, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 1999.
Kossak Z., *W piekle* [w:] W. Bartoszewski, *Mój Auschwitz*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2010.
Kotlarska-Michalska A., *Dysfunkcje rodziny jako efekt przemian makrostrukturalnych* [w:] D. Trawkowska (red.), *Pomoc społeczna wobec rodzin. Interdyscyplinarne rozważania o publicznej trosce o dziecko i rodzinę*, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2011.
Kotlarska-Michalska A., *Socjologiczne badania diagnostyczne jako podstawa w projektowaniu zmian społecznych* [w:] J. Krzyszkowski, K. Piątek (red.), *Rozwiązywanie problemów i kwestii społecznych w teorii i praktyce. Z doświadczeń krajowych i europejskich*, Ośrodek Kształcenia Służb Publicznych i Socjalnych – Centrum AV, Częstochowa 2006.
Kowalik S., *Rehabilitacja osób chorych psychicznie* [w:] J. Brzeziński, L. Cierpiałowa (red.), *Zdrowie i choroba*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2008.
Krzyszkowski J., *Między państwem opiekuńczym a opiekuńczym społeczeństwem. Determinanty funkcjonowania pomocy społecznej na poziomie lokalnym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2005.
Kuroń J., *Jacek Kuroń w rozmowie z Piotrem Najsztubem*, „Przekrój" 2003, nr 15 (3016), s. 25–26.
Kuroń J., *Nadzieja i rozczarowanie. Pisma polityczne 1989–2004*, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa 2010.
Lauveng A., *Byłam po drugiej stronie lustra. Wygrana walka ze schizofrenią*, tłum. E. Bilińska, Smak Słowa, Sopot 2008.
Lauveng A., *Niepotrzebna jak róża. Potrzeba normalności w chorobie psychicznej*, tłum. E. Bilińska, Smak Słowa, Sopot 2009.
Leamy M. i in., *Pojęciowa konstrukcja osobowego zdrowienia w dziedzinie zdrowia psychicznego: systematyczny przegląd i narracyjna synteza*, „Psychiatria po Dyplomie" 2012, t. 9, nr 3, s. 14–24.
Lem S., *Szpital Przemienienia. Dzieła.* t. IX, Biblioteka Gazety Wyborczej, Warszawa 2008.
Leociak J., *Posłowie* [w:] J. Korczak, *Pamiętnik i inne pisma z getta*, Wydawnictwo W.A.B, Warszawa 2012.
Leonard P., *Sociology of Social Work*, Routledge & Keagan Paul, London 1966.
Leś E., *Nowa ekonomia społeczna*, „Trzeci Sektor" 2005, nr 2, s. 44.
Liberadzka A., *Jedna z miliona* [w:] I. Białek, H. Kaszyński, M. Lupa (red.), *Moja wędrówka. Refleksje studentów i wykładowców UJ o chorobie psychicznej i studiowaniu*, Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych UJ, Kraków 2010.

Lipiec J., *Koło etyczne*, Wydawnictwo Fall, Kraków 2005.
Lipiec J., *Świat wartości*, Wydawnictwo Fall, Kraków 2001.
Lister R., *Bieda*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2007.
Littauer F., *Osobowość plus. Jak zrozumieć innych przez rozumienie siebie?*, tłum. M. Klecka, Oficyna Wydawnicza Logos, Warszawa 2000.
Livingstone J.D., Boyd J.E., *Correlates and Consequences of Internalized Stigma for People Living with Mental Illness: A Systematic Review and Meta-analysis*, „Social Science & Medicine" 2010, nr 71, s. 2150–2161.
Llewellyn A., Agu L., Mercer D., *Sociology for Social Workers*, Polity, Cambridge 2008.
Lorenz W., *Social Work and a New Social Order – Challenging Neo-liberalism's Erosion of Solidarity*, „Social Work and Society" 2005, t. 3, nr 1, s. 93–101, www.socwork.net/Lorenz2005.pdf [dostęp: 5.05.2012].
Luhmann N., *Teoria polityczna państwa bezpieczeństwa socjalnego*, tłum. G. Skąpska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994.
Maj K., *Antoni Kępiński. Myśl etyczna*, Wydawnictwo PETRUS, Kraków 2012.
Manning C., White P. D., *Attitudes of Employers to the Mentally Ill*, „The Psychiatrist" 1995, nr 19, s. 541–543.
Marody M., Giza-Poleszczuk A., *Przemiany więzi społecznych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2004.
Marwaha S., Johnson S., *Schizophrenia and Employment. A Review*, „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology" 2004, nr 39, s. 337–349.
Marynowicz-Hetka E., *Pedagogika społeczna,* t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
Mazurkiewicz G., *Przywództwo edukacyjne. Odpowiedzialne zarządzanie edukacją wobec wyzwań współczesności*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.
Mearns D., Thorne B., *Terapia skoncentrowana na osobie*, tłum. M. Cierpisz, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.
Mechanic D., Bilder S., McAlpine D., *Employing Persons With Serious Mental Illness*, „Health Affairs" 2002, t. 21, nr 5, s. 242–253.
Mental Health Foundation, *Out at Work: A Survey of the Experiences of People with Mental Health Problems within the Workplace*, Mental Health Foundation, London 2002.
Miś L., *Problemy społeczne. Teoria, metodologia, badania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
Miżejewski C., *Polityka społeczna wobec sektora ekonomii społecznej*, „Polityka Społeczna" 2006, nr 5–6, s. 1–5.
Mueser K., Salyers P., Mueser R., *A Prospective Analysis of Work in Schizophrenia*, „Schizophrenia Bulletin" 2001, nr 2, s. 281–296.
Nasierowski T., *Kontekst polityczny – psychiatria wobec ideologii* [w:] J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski (red.), *Psychiatria*, t. 3. *Metody lecznicze. Zagadnie-*

*nia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012, s. 695.
Nasierowski T., *Zagłada osób z zaburzeniami psychicznymi w okupowanej Polsce. Początek ludobójstwa*, Wydawnictwo Neriton, Warszawa 2008.
Netting F.E., Kettner P.M., McMurtry S.L., *Social Work Macro Practice*, Pearson Education, Boston 2004.
Olczak-Ronikier J., *Korczak: Próba biografii*, Wydawnictwo W.A.B., Warszawa 2011.
Opoczyńska M., *Kim jestem? Doświadczenie choroby psychicznej a stawanie się sobą*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
Ostrowska A., *Magdalena Sokołowska (1922–1989)* [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Przeszłość dla przyszłości*, Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice 2001.
Ostrowska A., *Zdrowie i zachowania zdrowotne Polaków na początku XXI wieku* [w:] K. Frysztacki, P. Sztompka (red.), *Polska początku XXI wieku: przemiany kulturowe i cywilizacyjne*, Polska Akademia Nauk. Komitet Socjologii, Warszawa 2012.
Parsons T., *Struktura społeczna a osobowość*, tłum. M. Tabin, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1969.
Parton, N., Marshall W., *Postmodernism and Discourse Approaches to Social Work* [w:] R. Adams, L. Dominelli, M. Payne (red.), *Social Work. Themes, Issues and Critical Debates*, Macmillan, London 1998.
Patel R., *Wartość niczego. Jak przekształcać społeczeństwo rynkowe i na nowo zdefiniować demokrację*, tłum. H. Jankowska, Warszawskie Wydawnictwo Literackie MUZA SA, Warszawa 2010.
Payne M., *Modern Social Work Theory*, Macmillan, Hampshire 1997.
Payne M., *Modern Social Work Theory: A Critical Introduction*, Macmillan, London 1991.
Pfeiffer D., *The Influence of Socio-economic Characteristics of Disabled People on Their Employment Status and Income*, „Disability, Handicap & Society" 1991, nr 6, s. 103–114.
Piątkowski W., *Promocja zdrowia. Wybrane aspekty socjologiczne* [w:] J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii i medycyny*, Oficyna Wydawnicza Atut i Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław 2002.
Pickett K.E., Wilkinson R.G., *Rozwarstwienie dochodów: niedoceniane źródło chorób psychicznych i dyskomfortu*, „Psychiatria po Dyplomie" 2011, t. 8, nr 5, s. 35–38.
Popielski K., *Elementy poradnictwa psychologicznego i psychoterapii egzystencjalno-kognitywnej* [w:] K. Popielski (red.), *Człowiek – pytanie otwarte*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1987.
Pospiszyl K., *Psychopatia*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2000.
Puchalski K., *Promocja zdrowia w Polsce w obliczu procesów medykalizacji. Przedmiot oraz kontekst dla badań z pogranicza psychologii i socjologii zdrowia* [w:] M. Gór-

niak-Durose, J. Mateusiak (red.), *Psychologia zdrowia: konteksty i pogranicza*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2011.
Rifkin J., *Koniec pracy*, tłum. E. Kania, Wydawnictwo Dolnośląskie, Wrocław 2001.
Roelants B. (red.), *Dokument Przygotowawczy. Praga. Ekonomia Społeczna 2002. Rozszerzenie Ekonomii Społecznej*, Praga 24–25.10.2002, Pierwsza Europejska Konferencja na temat Ekonomii Społecznej w Europie Środkowo-Wschodniej, CECOP 2002.
Rogers E.S., i in., *A Consumer-Constructed Scale to Measure Empowerment Among User of Mental Health Services*, „Psychiatric Services" 1997, t. 48, nr 8, s. 1042–1047.
Rogers J., *Coaching*, tłum. K. Konarowska, D. Porażka, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2010.
Rosińska A., *Promocja zdrowia w społeczności lokalnej. Strategie planowania prozdrowotnej zmiany* [w:] M. Górniak-Durose, J. Mateusiak (red.), *Psychologia zdrowia: konteksty i pogranicza*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2011.
Rynda M., *Kilka refleksji na temat spotkań „Porozmawiajmy o chorobie psychicznej"* [w:] I. Białek, H. Kaszyński, M. Lupa (red.), *Moja wędrówka. Refleksje studentów i wykładowców UJ o chorobie psychicznej i studiowaniu*, Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych UJ, Kraków 2010.
Sawicka K., *Socjoterapia – proces i metoda* [w:] K. Sawicka (red.), *Socjoterapia*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej, Warszawa 1998.
Schneider J., *Employment Support in the UK: Where Are We Now?* [w:] B. Grove, J. Secker, P. Seebohm (red.), *New Thinking about Mental Health and Employment*, Radcliffe Publishing, Oxford 2005.
Schneider J., *Work Interventions in Mental Health Care: Some Arguments and Recent Evidence*, „Journal of Mental Health" 1998, nr 1, s. 81–94.
Seligman M.E.P., *Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie?*, tłum. A. Jankowski, Media Rodzina of Poznań, Poznań 1996.
Sennett R., *Korozja charakteru. Osobiste konsekwencje pracy w nowym kapitalizmie*, tłum. J. Dzierzgowski, Ł. Mikołajewski, Wydawnictwo Muza SA, Warszawa 2006.
Sęk H., Ziarko M., *Działania na rzecz promocji zdrowia psychicznego w Polsce na tle informacji z innych krajów europejskich* [w:] C. Czabała (red.), *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja*, Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000.
Shah J., Mizrahi R., McKenzie K., *Cztery wymiary: model społecznej etiologii psychozy*, „Psychiatria po Dyplomie" 2012, t. 9, nr 3, s. 8–12.
Shaw Trust, *Mental Health – Still the Last Workplace Taboo?*, Shaw Trust, Wiltshire 2010.
Shor R., Sykes I.J., *Introducing Structured Dialogue with People with Mental Illness into the Training of Social Work*, „Psychiatric Rehabilitation Journal" 2002, nr 26 (1), s. 63–69.

Sibeon R., *Konstruowanie współczesnej socjologii pracy socjalnej* [w:] M. Davies (red.), *Socjologia pracy socjalnej*, tłum. B. Siewierski, Śląsk Sp. z o.o. Wydawnictwo Naukowe, Katowice 1999.

*Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*, OECD, 2012, s. 199–210; http://www.oecd.org/els/employmentpoliciesanddata/49227343.pdf [dostęp: 10.02.2013].

Singleton N. i in., *Psychiatric Morbidity among Adults Living in Private Households*, Office for National Statistics, London 2001.

Skrzypek M., *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej*, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2011.

Słońska Z., *Rozwój i stan pojęcia „promocja zdrowia"* [w:] K. Popielisk, M. Skrzypek, E. Albińska (red.), *Zdrowie w kontekście psychospołecznym*, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2010.

Słońska Z., *Socjologia a promocja zdrowia* [w:] A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2009.

Słońska Z., *Strategie wdrażania promocji zdrowia* [w:] M. Latoszek (red.), *Socjologia medycyny w uczelni: materiały sesji naukowej*, Wydawnictwo Gdańskie, Gdańsk 1992.

Sokołowska M., Ostrowska A., *Socjologia kalectwa i rehabilitacji. Wybrane problemy*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1976.

Soros G., *Kryzys światowego kapitalizmu*, tłum. L. Niedzielski, Warszawskie Wydawnictwo MUZA SA, Warszawa 1999.

Steele K., Berman C., *Dzień, w którym umilkły głosy. Moja walka ze schizofrenią*, tłum. D. Korziuk, Wydawnictwo Replika, Zakrzewo 2009.

Stirner M., *Jedyny i jego własność*, tłum. J. Gajlewicz, A. Gajlewicz, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995.

Strindberg A., *Inferno*, tłum. Karol Bicz, Wydawnictwo Przeglądu Tygodniowego, Warszawa 1899.

Stypuła A., *Kultura a choroba psychiczna*, Zakład Wydawniczy NOMOS, Kraków 2012.

Szczęch S., *Czas chronić humanum. Z Tadeuszem Gadaczem rozmawia Szymon Szczęch*, „Znak" 2012, nr 690 (11), s. 25–31.

Szmagalski J., *Współczesne procesy rozwojowe pracy socjalnej jako zawodu i dziedziny kształcenia akademickiego*, „Praca Socjalna" 2006, nr 3, s. 5–24.

Szmatka J., *Małe struktury społeczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

Sztompka P., *Socjologia zmian społecznych*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2005.

Szymczak M., *Zakłady Pracy Chronionej w latach 2005–2006. Raport z badania*, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2008.

Świtaj P., *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*, Instytut Neurologii i Psychiatrii, Warszawa 2008.

Świtaj P., Waszkiewicz J., *O walce z piętnem choroby psychicznej* [w:] M. Anczewska, J. Wciórka (red.), *Umacnianie – nadzieja czy uprzedzenia*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007.

Tatarkiewicz W., *O szczęściu,* Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1979.

Tazbir-Kowalczyk M., *Kryteria kwalifikujące do niepełnosprawności a rola i zadania pracownika socjalnego w procesie orzeczniczym. Materiały szkoleniowe dla pracowników socjalnych*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2009.

Thorne B., *Carl Rogers*, tłum. E. Wojtych, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.

Thornicroft G., *Shunned – Discrimination against People with Mental Illness*, Oxford University Press, Oxford 2006.

Thornicroft G. i in., *Global Pattern of Experienced and Anticipated Discrimination against People with Shizophrenia: A Cross-sectional Survey*, „Lancet" 2009, nr 373, s. 408–415.

Thornicroft G., Tansella M., *W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej*, tłum. M. Robson, E. Gatt, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2010.

Tischner J., *Myślenie według wartości*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2011.

Tischner J., Bonowicz W., *Alfabet Tischnera*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2012.

Tsuang M.T., Woolson R.F., Fleming J., *Long Term Outcome of Major Psychoses*, „Archives of General Psychiatry" 1979, nr 36, s. 1295–1301.

Völklein U., *Josef Mengele. Doktor z Auschwitz*, tłum. A. Kuć, U. Poprawska, Prószyński i S-ka, Warszawa 2011.

Wacquant L., *Więzienia nędzy*, tłum. M. Kozłowski, Instytut Wydawniczy Książka i Prasa, Warszawa 2009.

Wciórka B., Wciórka J., *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań*, Centrum Badania Opinii Społecznej (BS/124/2008), Warszawa 2008.

Wciórka J., Szafrański T., Świtaj P., *Kontekst naukowy – poznanie naukowe a wyzwania psychiatrii* [w:] J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski (red.), *Psychiatria*, t. 3. *Metody lecznicze. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012.

Wiśniewska A., *Praca – normalna sprawa. Model pracy trenera zatrudnienia wspieranego z osobami z niepełnosprawnością*, Wydawnictwo Alatus, Kraków 2010.

Wnuk-Lipiński E., *Socjologia życia publicznego*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2008.

Wojciechowski A., *Pedagogika obecności. Śladem księdza Józefa Tischnera filozofii dramatu*, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2012.

Wojtowicz-Pomierna A., *Sytuacja osób chorych psychicznie na rynku pracy w Polsce – wybrane aspekty* [w:] A. Cechnicki, H. Kaszyński (red.), *Praca, zdrowie psychiczne, gospodarka społeczna. Przyszłość pracy dla osób chorujących psychicznie*, Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, Kraków 2005.

Wolska-Prylińska D., *Projekt socjalny w kształceniu i działaniu społecznym*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 2010.
Wroński K., *Empowerment* [w:] J. Janik, K. Wroński (red.), *Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi". O barierach w zatrudnianiu i pracy – perspektywa beneficjentów*, Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków 2008.
Wyka A., *W poszukiwaniu nowych wzorów badań społecznych* [w:] A. Sułek, K. Nowak, A. Wyka (red.), *Poza granicami socjologii ankietowej*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1989.
*Zakłady Aktywności Zawodowej. Raport z badania*, TNS OBOP dla Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Warszawa 2009.
Załęski P.S., *Neoliberalizm i społeczeństwo obywatelskie*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2012.
Zaremba M., *Polski hydraulik i inne opowieści ze Szwecji*, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2008.
Zaremba Bielawski M., *Higieniści. Z dziejów eugeniki*, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2011.

# Spis rycin

Rycina 1. Praca socjalna w perspektywie socjologicznej ..... 33
Rycina 2. Model podatności na zranienie ..... 59
Rycina 3. Niepełnosprawność jako fakt społeczny ..... 91
Rycina 4. Projekty pracy i zatrudniania osób chorujących psychicznie w Polsce ... 116

# Spis tabel


Tabela 1. Płaszczyzny bezpośredniej terapii społecznej ..... 49

Tabela 2. Kryteria orzecznicze ..... 95

Tabela 3. Kategorie zawodowe zatrudnionych osób chorujących i niechorujących psychicznie ..... 120

Tabela 4. Podstawowe formy terapii osób chorujących psychicznie ..... 125

Tabela 5. Bariery w zatrudnianiu osób z zaburzeniami psychicznymi ..... 135

Tabela 6. Czy przebyta choroba psychiczna ogranicza zdolność do wykonywania pracy zarobkowej? (n = 503) ..... 145

Tabela 7. Czy osoby, które chorowały psychicznie, są zdolne do pracy zespołowej? (n = 503) ..... 145

Tabela 8. Czy powierzył(a)by Pan(i) pracownikowi, który chorował psychicznie, zadanie wymagające dużej samodzielności? (n = 503) .... 146

Tabela 9. Jak postąpił(a)by Pan(i), gdyby w trakcie procesu rekrutacji kandydat do pracy ujawnił, że leczy się psychiatrycznie? (n = 503) .... 147

Tabela 10. Jak by Pan(i) postąpił(a), gdyby dowiedział(a) się Pan(i), że jeden z pracowników firmy nie poinformował w chwili przyjęcia do pracy o fakcie choroby psychicznej? (n = 503) ..... 147

Tabela 11. Czynniki mające wpływ na redukcję liczby pracowników (n = 503) ..... 148

Tabela 12. Argumenty przemawiające za zatrudnieniem pracownika, który chorował psychicznie (n = 503) ..... 149

Tabela 13. Argumenty przemawiające przeciw zatrudnieniu pracownika, który chorował psychicznie (n = 503) ..... 149

Tabela 14. W jakim stopniu przebyta choroba psychiczna wpływa na zdolność do wykonywania pracy w określonych warunkach? (n = 503) ..... 150

Tabela 15. Czy i w jaki sposób informacja o przebytej chorobie psychicznej pracownika wpływa na możliwość jego awansu i podwyżki wynagrodzenia? (n = 503) ..... 152

Tabela 16. Dlaczego uważa Pan(i), że informacja o przebytej chorobie psychicznej pracownika ogranicza lub uniemożliwia mu awans i podwyżkę wynagrodzenia? (n = 137) ..... 153

Tabela 17. W jakim stopniu przebyta choroba psychiczna wpływa na zdolność do wykonywania pracy w określonych warunkach? (porównanie międzygrupowe, p < 001) ..... 155

Tabela 18. Przyczyny mające wpływ na decyzję o zwolnieniu pracownika (porównanie międzygrupowe, p < 001) ..... 156

Tabela 19. Szklany sufit – obszary semantyczne ..... 156

Tabela 20. Stosunek do osób chorujących psychicznie a forma kontaktu z osobą chorującą ..... 163

Tabela 21. Ocena dotychczasowych kontaktów z osobami, które chorowały psychicznie (porównanie międzygrupowe, p < 001) ..... 164

Tabela 22. Przewidywanie u pracodawców możliwości awansu osób chorujących psychicznie (n = 503) ..... 165

Tabela 23. Przewidywanie u pracodawców możliwości awansu osób chorujących psychicznie (n = 292) ..... 166

Tabela 24. Płaszczyzny pośredniej terapii społecznej (uwarunkowania strukturalne) ..... 188

REDAKCJA
Agnieszka Stęplewska

SKŁAD I ŁAMANIE
Marta Jaszczuk

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
Redakcja: ul. Michałowskiego 9/2, 31-126 Kraków
tel. 12-631-18-80, tel. / fax 12-631-18-83