



ANNA JARKIEWICZ*

MARIUSZ GRANOSIK**

PRACA ŚRODOWISKOWA W OBSZARZE ZDROWIA PSYCHICZNEGO – REKOMENDACJE WHO A PERSPEKTYWA OSÓB DOŚWIADCZAJĄCYCH PROBLEMÓW ZE ZDROWIEM PSYCHICZNYM

ABSTRAKT

Artykuł powstał w odpowiedzi na opublikowanie przez Światową Organizację Zdrowia dokumentu zawierającego rekomendacje oraz zbiór narzędzi promowania zdrowia psychicznego i rozwiązywania problemów osób cierpiących na zaburzenia psychiczne (Mental Health Gap Action Programme – mhGAP). Zawarte w propozycji WHO wnioski zostały zestawione z perspektywą osób w kryzysie psychicznym, która została zrekonstruowana w ramach jakościowych badań (w paradygmacie interpretatywnym). Analiza materiału empirycznego, na który składało się 35 autobiograficznych wywiadów narracyjnych z osobami, które doświadczały zaburzeń psychicznych, wykazała, że propozycje WHO trafiają w deklarowane przez osoby zmagające się z problemami psychicznymi potrzeby. Zgodność dotyczy zarówno oczekiwanych pól działania (walka ze stereotypami, profilaktyka, promocja zdrowia), jak i metod (działania usytuowane w środowisku zamieszkania osób potrzebujących wsparcia). Jednocześnie jednak analiza ujawniła szereg elementów, na które warto zwrócić uwagę, orientując przyszłe działania w zakresie pracy środowiskowej w obszarze zdrowia psychicznego. Wśród tych elementów wymienić można: zwiększenie roli i znaczenia osób doświadczających zaburzenia psychicznego w procesie orientowania działania, wzmocnienie współtworzenia społeczności

* Uniwersytet Łódzki, Wydział Nauk o Wychowaniu, Katedra Badań Edukacyjnych;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9367-6258>

** Uniwersytet Łódzki, Wydział Nauk o Wychowaniu, Katedra Pedagogiki Społecznej
i Resocjalizacji; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6987-031X>

z osobami doświadczającymi zaburzenia psychicznego, odchodzenie od jednostronnego nauczania i treningów w stronę wspólnego uczenia się.

SŁOWA KLUCZOWE: zdrowie psychiczne, praca socjalna, Światowa Organizacja Zdrowia, badania jakościowe, autobiograficzny wywiad narracyjny

WSTĘP

Inspiracją do napisania tego artykułu była, po pierwsze, publikacja na stronie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) swoistego przewodnika, zbioru narzędzi promowania zdrowia psychicznego i rozwiązywania problemów osób cierpiących na zaburzenia psychiczne w społeczności lokalnej (WHO, 2019). Proponowany przez WHO zestaw rekomendacji został opracowany w ramach programu działań tej organizacji na rzecz ochrony zdrowia psychicznego (Mental Health Gap Action Programme – mhGAP), których celem jest zapewnienie osobom cierpiącym na schorzenia psychiczne wysokiej jakości usług opartych na działaniach promujących prawa człowieka, godność oraz równość i jednocześnie których efektywność została naukowo potwierdzona (WHO, 2019, s. 10). Ponadto, poprzez wspomnianą publikację, WHO postuluje o zwiększenie dostępności do opieki zdrowotnej poprzez integrację usług w zakresie zdrowia psychicznego w ramach trzech aktualnie działających opcji: podstawowej opieki zdrowotnej; szpitali (*secondary facility-based*) oraz pomocy środowiskowej (WHO, 2019, s. 10). W tym zakresie WHO prezentuje zestaw wytycznych, narzędzi i pakietów szkoleniowych, których zadaniem jest pomóc krajom bądź regionom w tworzeniu oraz rozszerzaniu usług w obszarze zdrowia psychicznego (WHO, 2019, s. 10–11). Prezentowany zestaw narzędzi, jak również rekomendacji dotyczących promocji zdrowia psychicznego, został zaadresowany do wszystkich osób zainteresowanych problematyką, w tym w szczególności do osób posiadających realną władzę decyzyjną w zakresie planowania działań w obszarze zdrowia psychicznego oraz osób aktualnie pracujących w tym obszarze, zarówno w sektorze publicznym, jak i pozarządowym (WHO, 2019, s. 10–11). Ponadto proponowany we wspomnianym dokumencie sposób promowania i prowadzenia działań na rzecz zdrowia psychicznego może być również przydatny dla nauczycieli, policjantów, członków rodzin osób doświadczających kryzysu psychicznego, ich przyjaciół, a także czołowych reprezentantów społeczności lokalnej czy liderów grup młodzieżowych (WHO, 2019, s. 10–11).

Z kolei ten głos inspirowany jest badaniami wśród osób, które doświadczyły zaburzenia psychicznego, aktualnie prowadzonymi przez współautorkę tekstu. Najogólniej sformułowaniem celem teoretyczno-poznawczym wspomnianych badań jest analiza oddziaływań instytucjonalnych, z których pomocy korzysta/korzystała osoba cierpiąca na zaburzenie psychiczne. Z kolei celem praktycznym jest rozwój refleksji i propozycji działań społecznych/socjalnych w zakresie zdrowia psychicznego, co ma stanowić odpowiedź na współcześnie obserwowany deficyt społecznej perspektywy w tym polu praktyki (Jarkiewicz, 2016, 2017). Mamy tu na myśli dostrzegalną dominację dyskursu medycznego oraz tym samym ograniczanie działań stricte społecznych/środowiskowych w obszarze praktyki socjalnej z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Zjawisko to, powszechnie określane mianem „medyalizacji” (Conrad, 1992, 2007), oznacza „proces, poprzez który niemedyczne problemy są definiowane i traktowane tak, jakby były problemami medycznymi, co uwidacznia się na poziomie stosowanego języka ich opisu, który referuje zazwyczaj do chorób i zaburzeń” (Conrad, 2007, s. 14). W tym konkretnym polu działania zjawisko to odnosi się do koncentracji uwagi pracowników niemedycznych (np. pracowników socjalnych, pedagogów społecznych) na zdrowotnych aspektach problemów klienta zamiast na trudnościach społecznych/środowiskowych, których doświadcza osoba zgłaszająca się po pomoc (Frazer i in., 2009; Gambrill, 2012; Gomory i in., 2011; Jarkiewicz, 2016). W tym miejscu warto zaznaczyć, że pisząc „praca środowiskowa z osobami z zaburzeniami psychicznymi”, mamy na myśli działania stricte niemedyczne, a związane z szeroko rozumianą pomocą społeczną (Broniewski, Kaszyński, Maciejewska, 2019), taką jak np. wsparcie społeczne, czyli polepszanie relacji człowiek–środowisko, czy społeczny empowerment. W naszej opinii, jak również i innych autorów (Broniewski, Kaszyński, Maciejewska, 2019; Trawkowska, Frąckowiak-Sochańska, 2017), działania środowiskowe powinny rozwijać się niezależnie od medycznych form wsparcia (w których uwagę koncentruje się na objawach psychopatologicznych i ich kontroli), a ich podstawy teoretyczne powinny opierać się na społecznej czy społeczno-pedagogicznej perspektywie. Dopiero wtedy możliwe jest tworzenie partnerskiego modelu współpracy pomiędzy zdrowotnym a społecznym systemem wsparcia.

W związku z tym uznaliśmy za stosowne połączenie tych dwóch kwestii, prezentując na łamach tego artykułu częściowe wnioski i refleksje stano-

wiące efekt analizy wywiadów z osobami, które doświadczyły zaburzenia psychicznego, w połączeniu z propozycją opublikowaną na stronie Światowej Organizacji Zdrowia. Zestawienie to służyć ma przede wszystkim rozwinięciu polskiej refleksji nad działaniami społecznymi/socjalnymi w polu pracy środowiskowej z osobami z zaburzeniami psychicznymi.

Artykuł zaczniemy od prezentacji aktualnej sytuacji związanej ze zdrowiem psychicznym w Polsce i w pozostałej części Europy. Następnie zaprezentujemy metodologię badań własnych. Wnioski z badań zostaną kolejno zestawione z propozycją działań zawartą w publikacji WHO. Artykuł zostanie zakończony przedstawieniem konkluzji oraz uwag krytycznych, które – mamy nadzieję – zainspirują czytelników do dalszej dyskusji, jak również podjęcia refleksji nad własną praktyką czy orientacją własnych badań w opisywanym obszarze praktyki pracy socjalnej.

ZDROWIE PSYCHICZNE W POLSCE I W INNYCH PAŃSTWACH EUROPEJSKICH

Zaburzenia psychiczne są powszechne we wszystkich regionach świata i, jak zauważają eksperci WHO, mają znaczący wpływ zarówno na zdrowie oraz samopoczucie osób nimi dotkniętych, jak i na ich rodziny, przyjaciół, a niekiedy nawet na całe społeczności, w których żyją (WHO, 2019, s. 10). Według dostępnych danych i prognoz odnoszących się do zdrowia psychicznego, zaburzenia psychiczne są nie tylko poważnym, lecz także narastającym problemem na całym świecie (Tracz-Drał, 2019, s. 3). Patryk Stecz i Dorota Podgórska-Jachnik (2017) podkreślają, że stan zdrowia psychicznego współczesnych ludzi budzi coraz więcej niepokoju. Wskaźniki epidemiologiczne różnego rodzaju zaburzeń psychicznych nasilają się i dotyczy to różnych kultur oraz narodów, co, według wspomnianych autorów, z jednej strony odzwierciedla stan permanentnych napięć, konfliktów i pogarszających się warunków życia w kontekście określonych tendencji społeczno-demograficznych, a z drugiej strony jest ilustracją globalnych problemów kształtujących poczucie jakości życia. European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) i European Brain Council (EBC) w 2011 r. opublikowały raport, efekt trzyletniego projektu, którego celem było pokazanie skali problemu zaburzeń psychicznych w Europie (Wittchen i in., 2011). Analiza dotyczyła zaburzeń psychicznych, w tym: depresji, zaburzeń dwubiegunowych, zaburzeń lękowych, bezsenności, uzależnień i schizofrenii,

jak również szeregu zaburzeń neurologicznych, jak np.: udar, epilepsja, choroba Parkinsona oraz stwardnienie rozsiane.

Badaniem objęto wszystkie państwa Unii Europejskiej oraz Szwajcarię, Islandię i Norwegię (łącznie 514 milionów osób). Analiza danych wykazała, że każdego roku 164,8 miliona mieszkańców w badanym obszarze cierpiało z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego, co stanowiło 38,2% całej populacji. Według tego raportu najczęstszymi zaburzeniami zdrowia psychicznego były: zaburzenia lękowe (14%), bezsenność (7%), depresja (6,9%), zaburzenia somatyczne (6,3%), zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu i/lub substancji psychoaktywnych (4%), ADHD u dzieci i młodzieży (5%), demencja (1–30% w zależności od wieku). Według opinii autorów wspomnianego raportu zaburzenia psychiczne w Europie w XXI w. stały się największym wyzwaniem zdrowotnym. Zgodnie z opublikowanymi w 2016 r. przez WHO (2016) wynikami badania globalnego obciążenia chorobami można przyjąć, że wspieranie i promowanie zdrowia psychicznego w obszarze zdrowia publicznego stanowi w XXI w. ważne wyzwanie (Wittchen i in., 2011, s. 657). O potrzebie kompleksowego zajęcia się problemami zdrowia psychicznego świadczą również wyniki badań z 2018 r., które w formie raportu zostały opublikowane przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju oraz Komisję Europejską (OECD, 2018). Zgodnie z danymi zawartymi w tym dokumencie w krajach UE co szósta osoba (17,3%) miała problem ze zdrowiem psychicznym w 2016 r., czyli ok. 84 milionów mieszkańców UE zmagano się z jakimś zaburzeniem psychicznym. Według autorów tego raportu choroby psychiczne najczęściej dotyczą: Finów, Holendrów i Francuzów (ok. 19% populacji), w najmniejszym stopniu zaś Polaków, Bułgarów i Rumunów (15%). Jednakże, jak wskazują autorzy raportu, różnice te mogą wynikać z wyższej świadomości danego społeczeństwa i mniejszej stygmatyzacji osób dotkniętych problemem ze zdrowiem psychicznym w tych państwach. W krajach, gdzie stwierdzono mniejszy procent rozpoznawalności chorób psychicznych, wciąż dominuje przekonanie, że należy unikać mówienia o chorobie psychicznej, żeby uniknąć napiętnowania (OECD, 2018, s. 21–26). Kolejny powód, wymieniany przez autorów, dotyczy strefy ekonomicznej. Według nich sytuacja finansowa obywateli niektórych państw może mieć wpływ na ograniczanie korzystania z pomocy psychiatrów czy psychoterapeutów, co w efekcie przekłada się na niższą rozpoznawalność problemów ze zdrowiem psychicznym (OECD, 2018, s. 26–32).

Z kolei, jak wynika z badań przeprowadzonych w Polsce w ramach 3-letniego projektu badawczego opartego na metodologii wypracowanej przez WHO „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska” (Kiejna i in., 2015), a które dotyczyły stanu zdrowia psychicznego Polaków, problem zaburzeń psychicznych dotyczy znacznej ilości mieszkańców. W badaniu wzięło udział dziesięć tysięcy respondentów w wieku 18–64 lat. Zostały w nim przeanalizowane cztery podstawowe grupy zaburzeń: 1) zaburzenia nerwicowe; 2) zaburzenia związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych i uzależnieniem od nich; 3) zaburzenia nastroju, w tym epizody depresji, manii oraz trwające ponad dwa lata depresyjne zaburzenia nastroju (dystymia); 4) zaburzenia zachowania. Według opublikowanych wyników tego badania wynika, że wśród osób objętych próbą badawczą u 23,4% z nich rozpoznano przynajmniej jedno zaburzenie z 18 zdefiniowanych według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 i Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV), z czego co czwarta osoba doświadczyła więcej niż jednego zaburzenia, a co dwudziesta piąta – trzech i więcej. Drugą pod względem rozpoznawalności grupę zaburzeń wśród badanej populacji stanowiły zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (12,8%), w tym 11,9% w rezultacie nadużywania alkoholu. Według szacunków może ono dotyczyć nawet 3,3 miliona osób w wieku produkcyjnym. Zaburzenia nerwicowe stwierdzono u 10% badanej populacji. Na podstawie szacunków autorzy badania przyjęli, że na zaburzenia nerwicowe w Polsce cierpi co dziesiąty Polak w wieku produkcyjnym (tj. ok. 2,5 miliona osób). Z kolei zaburzenia nastroju stanowiły łącznie 3,5% (w tym 3% depresja), czyli ten rodzaj zaburzeń może dotyczyć blisko miliona mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym. Impulsywne zaburzenia zachowania rozpoznano również u 3,5% osób objętych badaniem, co, jak zauważają badacze, może oznaczać, że zaburzenie tego rodzaju dotyczy co trzydziestego mieszkańca Polski (Kiejna i in., 2015, s. 19–27).

Odnosząc się do prognoz i szacunków związanych z kondycją zdrowia psychicznego ludzi na całym świecie, trudno nie wspomnieć o następstwach ogłoszonej w 2020 r. pandemii COVID-19. W tym kontekście wielu autorów (Sheridan Rains i in., 2021; Amerio i in., 2020; Cullen, Gulati, Kelly, 2020) zwraca uwagę na negatywny wpływ pandemii na stan zdrowia psychicznego, w tym w szczególności wzrost zaburzeń lękowych

i depresyjnych czy zespół stresu pourazowego. W następstwie światowego kryzysu związanego z pandemią COVID-19 wspomniane zaburzenia nie tylko nasiliły się wśród osób będących pod stałą opieką psychiatryczną, lecz także pojawiły się wśród osób, które do tej pory nie zgłaszały problemów ze zdrowiem psychicznym.

Z przedstawionych wcześniej danych wynika, że problem zaburzeń psychicznych stanowi poważne wyzwanie w XXI w., a w jego rozwiązywanie powinni być zaangażowani nie tylko lekarze psychiatrzy, lecz także praktycy reprezentujący niemedyczne zawody, takie jak np. pracownik socjalny, pedagog społeczny, nauczyciel, a nawet „zwyčajni” ludzie – reprezentanci danej społeczności. Warto również dodać, że to właśnie przedstawiciele wymienionych zawodów niemedycznych oraz osoby ze środowiska osoby dotkniętej zaburzeniem psychicznym jako pierwsi mogą dostrzec problem, co w znaczący sposób może wpłynąć na czas udzielenia takiej osobie pomocy, jak i jej powrotu do normalnego życia po doświadczonym epizodzie.

Zaprezentowane tu statystyki i zestawienia ilościowe, choć dają rozeznanie w zakresie skali problemu, nie dają podstaw projektowania oraz ewaluowania konkretnych modeli działania. Stąd rekomendowane przez WHO formy psychiatrycznej pracy środowiskowej będą odnoszone do badań interpretatywnych, zogniskowanych na zrozumieniu i rekonstrukcji perspektywy osób doświadczających problemów psychicznych.

METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

Przedmiotem prezentowanego dalej badania były społeczno-biograficzne doświadczenia osób z zaburzeniem psychicznym, które korzystały z różnych form wsparcia instytucjonalnego, a ich celem była analiza oddziaływań instytucji, z których pomocy osoby te korzystały. W badaniu rekonstruowana była subiektywna perspektywa oddolna „zwykłych” ludzi doświadczających zaburzenia psychicznego. Zarysowane pole zainteresowań było eksplorowane w odwołaniu do metod jakościowych w paradygmacie interpretatywnym (Wilson, 1973) i oparte na metodzie autobiograficznego wywiadu narracyjnego opracowanej przez Fritza Schützego (np. 2008a, 2008b). Specyfika tego podejścia polega na zadaniu narratorowi, w pierwszej fazie trwania badania, tylko jednego ogólnego pytania inicjującego narrację, czyli opowieść o historii jego życia od najwcześniejszych wspomnień aż do dzisiaj. Dzięki ograniczeniu ingerencji badacza w kształt wy-

powiedzi na etapie analizy możliwa jest rekonstrukcja doświadczeń biograficznych strukturyzowanych przez samego badanego. W ramach projektu przeprowadzonych zostało 35 wywiadów z osobami, które doświadczyły zaburzenia psychicznego, w tym 25 wywiadów z uczestnikami środowiskowych domów samopomocy (ŚDS) i dziesięć z osobami, które korzystały jedynie ze wsparcia lekarza psychiatry w formie regularnych spotkań psychoterapeutycznych. 33 osoby mieszkały na terenie dużych miast (powyżej 500 000 tys. mieszkańców), a dwie osoby były mieszkańcami małych miejscowości (do 50 000 tys. mieszkańców). Wszyscy narratorzy przynajmniej raz w życiu byli hospitalizowani w szpitalu psychiatrycznym. Najmłodszy rozmówca miał 19 lat, a najstarszy 65. Uczestnicy badania nie mieli zdiagnozowanej tej samej jednostki chorobowej, warto również dodać, że diagnoza poszczególnych osób na przestrzeni lat ulegała zmianom. Każda z osób, która wzięła udział w badaniu, posiadała pełną zdolność do czynności prawnych i wyraziła świadomą zgodę na uczestnictwo w nim. Badanie otrzymało również pozytywną opinię Komisji ds. bioetyki badań naukowych Uniwersytetu Łódzkiego. W celu eliminacji ryzyka związanego z udziałem w badaniu osób z zaburzeniami psychicznymi dobór narratorów był konsultowany z pracownikami ŚDS-ów bądź z lekarzem psychiatrą współpracującym z pacjentem.

Wywiady zostały przeprowadzone w latach 2019–2020. Miejsce każdego wywiadu było wyznaczone przez rozmówcę i tak 25 wywiadów odbyło się w środowiskowych domach samopomocy, pięć wywiadów w prywatnych domach narratorów i pięć w miejscach publicznych, takich jak park bądź restauracja. Podczas dwóch wywiadów, na życzenie narratorów, obecne były matki rozmówców.

Analiza materiału empirycznego będzie zogniskowana na przedstawieniu deklarowanych potrzeb narratorów oraz, z uwagi na ograniczoną objętość artykułu, tylko na najczęstszych problemach przez nich wymienianych. Zestawione one zostaną z propozycjami WHO. Aby struktura prezentacji była przejrzysta, kategorie analityczne zostały uporządkowane według rekomendacji środowiskowej pracy psychiatrycznej opublikowanych przez WHO¹⁾. Same rekomendacje przedstawione będą bardzo skrót-

¹⁾ Oparta na rekomendacjach WHO zewnętrzna strukturyzacja wniosków wyprowadzanych z materiału narracyjnego nie miała znaczenia analitycznego. Stałoby to w sprzeczności z przyjętym paradygmatem interpretatywnym, który postuluje strukturyzowanie

towo z powodu powszechnej dostępności dokumentu, w którym zostały przejrzyście zaprezentowane (WHO, 2019).

JAK MÓWIĆ O ZDROWIU PSYCHICZNYM

Rekomendacje WHO. Pierwszy z proponowanych przez WHO modułów (WHO, 2019, s. 29–37) odnosi się do kwestii mówienia i edukowania na temat zdrowia psychicznego w danej społeczności czy środowisku. Znaczącą rolę mogą w tym procesie odegrać lokalni nauczyciele, liderzy grup wyznaniowych bądź pracownicy służby zdrowia. WHO wskazuje również rekomendowane sposoby redukcji stygmy, dyskryminacji oraz wykluczenia społecznego: edukacja medialna, walka z mitami, pokazywanie pozytywnych przykładów, zaangażowanie wolontariuszy i celebrytów. W tej części zawarte są również propozycje włączania osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin do planowania procesu edukacyjnego oraz działań w zakresie omawianej problematyki.

Perspektywa osób z zaburzeniem psychicznym. Wszystkie z wymienionych kwestii można odnaleźć jako ważne w wywiadach z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Wśród rozmówców w wieku 35+ podkreślany był zwłaszcza aspekt braku właściwej edukacji w szkołach, do których uczęszczali, co stanowiło istotny problem w powiedzeniu komuś o swoim stanie zdrowia, jak i poszukiwaniu specjalistycznej pomocy. Jako główny powód niechęci otwierania się przed innymi narratorzy podawali obawę przed byciem wykluczonym, strach przed nadaniem im etykiety „wariata” i współlistniejąca z tą etykietą wizją osoby nieobliczalnej, agresywnej czy wręcz niebezpiecznej. Ilustracją może być wypowiedź jednej z narratorek, 35-letniej Katarzyny²⁾:

Czułam, że ze mną jest coś nie tak, ale bałam się komukolwiek o tym powiedzieć, że psychicznie się źle czuję, no bo wiadomo, co się mówi o „wariatach”. Łudziłam się też, że to samo przejdzie, ale z czasem było coraz gorzej.

materiału empirycznego w oparciu o zrekonstruowane kategorie wewnętrzne (wprowadzane przez samych narratorów). Uporządkowanie wniosków według rekomendacji WHO miało jedynie na celu uwidocznienie, w jakim stopniu postulowane rozwiązania korespondują z potrzebami i problemami narratorów.

²⁾ W celu zachowania standardów anonimowości wszystkie imiona zostały w tekście zmienione.

W końcu przestałam się odzywać. W domu tylko spałam, nie chciałam z nikim się widzieć, rozmawiać. W szkole nazywali mnie dziwakiem, w domu leniwą, a ja coraz gorzej się czułam. Na nic nie miałam siły.

W grupie poniżej 35. r.ż. narratorzy wspominali o istnieniu w ich szkołach edukacji na rzecz zdrowia psychicznego, ale jednocześnie mówili o jej niskiej efektywności. Ilustracją może być cytat wypowiedzi Angeliki (23 lata):

No tak, w szkole jakies tam zajęcia profilaktyczne były z pedagogiem, no i co z tego, jak sam pedagog ani uczniowie nie traktowali ich poważnie.

Narratorzy podkreślali, że same rodziny zachęcały ich często do nie mówienia nikomu o swoim problemie, a nawet, w niektórych przypadkach, pomagali im w jego ukrywaniu. Warto zaznaczyć, że dotyczyło to osób, które miały już zdiagnozowane zaburzenia psychiczne przez lekarza psychiatrę. W żadnym przypadku rozmówcy nie mówili, że rodziny nie szukały dla nich pomocy, kiedy problem ze zdrowiem psychicznym został już przez nie zauważony. Często jednak problem identyfikowany był zbyt późno, w początkowej fazie choroby (w przypadku, gdy pierwsze objawy miały łagodny przebieg) najbliżsi łączyli bowiem symptomy np. z przemęczeniem, gorszym okresem w życiu, stresem itd. Dalej przytoczona jest wypowiedź Mateusza (40 lat) odnosząca się do działań rodziców:

To zaczęło się w liceum. Mama zabrała mnie do psychiatry, bo źle było ze mną. Lekarz wtedy zalecił hospitalizację. Mama nie chciała mówić w szkole, co mi jest. Później, jak było już ze mną lepiej i wróciłem do szkoły, to jak tylko miałem gorszy dzień, mama pozwalała mi zostać w domu, no chyba żebym jakiegoś wstydu przed ludźmi nie zrobił, no w taki sposób się o mnie troszczyła myślę. Nie chciała na pewno nic złego.

Bardzo podobnie przedstawia to Maria (51 lat):

...rodzice wprost mi mówili, żebym nikomu nic nie mówiła. Nawet przed resztą rodziny jak się dało, to ukrywali (zaburzenie psychiczne – przyp. autorów). Kiedy na przykład gorzej się czułam, a jakaś ciotka wpadła do nas, to tłumaczyli, że czymś się zatrulałam i nie mogę do nich dotrzeć.

Warto dodać, że opisywane wcześniej postawy nie były reprezentowane przez wszystkie osoby z najbliższego otoczenia osób biorących udział w badaniu. Niektórzy członkowie rodzin stali się np. aktywnymi działa-

czami na rzecz zdrowia psychicznego, którzy czuli się w obowiązku wyedukować pozostałą część rodziny, przynosząc jej książki czy ulotki informacyjne dotyczące tego zagadnienia. Z kolei matka jednej narratorki stała się aktywnym członkiem wspierającym działania środowiskowego domu samopomocy, z którego wsparcia jej córka korzystała. Należy jednak wspomnieć, że „aktywistyczne” postawy były reprezentowane przez mniejszość. Większość rodzin, a także same osoby dotknięte zaburzeniem psychicznym w obawie przed negatywnymi społecznymi konsekwencjami wolały ukrywać problem przed innymi.

Wszyscy narratorzy byli jednak zgodni, że należy mówić o zdrowiu psychicznym, należy ludzi uświadamiać co do natury tych problemów i walczyć z krzywdzącymi stereotypami, które ciągle obecne są w naszym społeczeństwie. W tym zakresie podkreślane były przez rozmówców dwa wątki. Pierwszy to wątek edukacyjny związany z pracą pedagoga szkolnego, która w znaczący sposób mogłaby wpłynąć na poprawę sytuacji osób z zaburzeniem psychicznym. Jednocześnie narratorzy zwracali uwagę, że nawet w dzisiejszych czasach rzadko zdarza się, że pedagog szkolny jest w stanie właściwie rozmawiać z uczniami o tym zagadnieniu. Drugi wątek dotyczył edukacji ludzi z najbliższego otoczenia osoby dotkniętej zaburzeniem psychicznym, np. rodziców, opiekunów prawnych itd. Narratorzy wielokrotnie zwracali uwagę, że okazywane im przez osoby bliskie wsparcie przybiera niekiedy trudny do zaakceptowania kształt, np.: notorycznej kontroli, ochrony przed „złymi wieściami”, nieustannej obserwacji czy natarczywego zwracania uwagi na zmieniające się nastroje. Narratorzy wierzyli, że dzięki edukacji ich bliskich w zakresie zdrowia psychicznego ich pomoc i wsparcie byłyby efektywniejsze. Podkreślali również, że pozytywnym efektem edukacji mogłaby być poprawa relacji z bliskimi, które, z uwagi na ich niewłaściwe działania (kontrola czy obserwacja), są niekiedy napięte.

JAK PROMOWAĆ ZDROWIE PSYCHICZNE I PRZECIWDZIAŁAĆ PROBLEMOM ZE ZDROWIEM PSYCHICZNYM

Rekomendacje WHO. W drugim z modułów (WHO, 2019, s. 38–61) opisywane są sposoby promowania zdrowia psychicznego i przeciwdziałania problemom z nim związanych. W zakresie promowania poruszane są kwestie zdrowego stylu życia, a także treningów „umiejętności życiowych” (podejmowania decyzji, samoświadomości, zarządzania stresem,

asertywności, rozwiązywania problemów itp.) dla dzieci i dorosłych, jak również sposoby wzmacniania i zwiększania umiejętności opiekunów. W kolejnej części tego modułu czytelnik może znaleźć propozycje działań, których celem jest przeciwdziałanie zażywaniu substancji psychoaktywnych oraz samobójstwom (głównie obserwowanie, słuchanie i rozmawianie z osobami przejawiającymi wymienione w dokumencie symptomy). Moduł zakończony jest propozycją ustalania priorytetów w zakresie samoopieki (*self-care*) dla specjalistów, a więc sposobów, które minimalizować mają np. ryzyko wypalenia zawodowego czy odczucia chronicznego stresu.

Perspektywa osób z zaburzeniem psychicznym. Zdecydowanie najczęściej uwzględniana w zgromadzonych narracjach kwestią była opisywana już wcześniej potrzeba wsparcia opiekunów w optymalizacji form pomocy udzielanych osobom z zaburzeniem psychicznym.

W około dziesięciu opowieściach (na 35 zebranych) pojawił się wątek używania substancji psychoaktywnych, w tym w szczególności alkoholu. Narratorzy tłumaczyli, że zaczęli pić w następstwie nieradzenia sobie ze swoimi problemami, bo alkohol sprawiał, że na moment czuli się lepiej. Pięć z tych osób opowiedziało o próbie samobójczej, której dokonali pod wpływem alkoholu. Dalej zamieszczamy wypowiedź jednego z rozmówców, Marcina (27 lat):

...wcześniej próbowałem alkoholu. No ale trudno mówić, że miałem z nim jakiś większy problem. Zacząłem pić, tak, że nie kontrolowałem już tego, kiedy to wszystko się nawarstwiło (problemy ze zdrowiem psychicznym – przyp. autorów), miałem wtedy może 19 lat, pod wpływem alkoholu spowodowałem wypadek samochodowy, to znaczy, ja chciałem wtedy umrzeć.

Picie alkoholu i zażywanie innych substancji psychoaktywnych w wysłuchanych narracjach było zawsze zjawiskiem wtórnym. Narratorzy we wszystkich przypadkach mówili, że zaczęli nadużywać jakiejś substancji na skutek pogarszającego się stanu zdrowia.

Kolejną kwestią była oferta treningów umiejętności życiowych, w tym w szczególności: umiejętności interpersonalnych, radzenia sobie ze stresem, organizacji czasu wolnego. Wszystkie osoby, które były uczestnikami ŚDS (25 osób), brały w nich udział i każda z nich oceniała je jako bardzo przydatne oraz ważne. Warto jednak zauważyć, że uczestnicy ŚDS-ów, opisując swoje życie, krąg znajomych itd., nie wspominali o kontaktach z ludźmi

spoza instytucji, do której uczęszczali. Ich życie, wraz z pojawieniem się choroby i związaną z nią koniecznością leczenia, ograniczyło się do kręgu osób wtajemniczonych: specjalistów czy innych uczestników ŚDS-u. W związku z tym wszystkie efekty treningów były obserwowane i wprowadzane w życie właśnie w tej grupie osób. Jedna z narratorek, 54-letnia Helena, w ten sposób opisywała swoje kontakty z innymi:

...przychodzę tu codziennie (do ŚDS-u – przyp. autorów). Wszystkich moich znajomych mam tutaj. Czasem ktoś przyjdzie do mnie na herbatkę (inny uczestnik ŚDS-u – przyp. autorów), ale rzadko kogoś zapraszam. Z sąsiadami to tylko tak „dzień dobry, dzień dobry” i nic więcej. Zagadywali mnie kiedyś, gdzie pracuję, no bo widzieli mnie, jak codziennie wychodziłam, a ja tylko odpowiadałam, że tak. Nie mówiłam, że przyjeżdżam tutaj (do ŚDS-u – przyp. autorów), a co tam będę im coś mówić, jeszcze coś sobie pomysła złego na mój temat.

Poza treningami ŚDS-y zapewniały swoim uczestnikom inne możliwości rozwoju, które realizowane były na terenie instytucji (wyjątek stanowiły wyjścia na basen), jak np.: treningi zumbi, jogi, fitness. W jednym z ŚDS-ów była siłownia, a nawet mała sala kinowa. Wszystko to świadczy o przedsiębiorczości i trosce o rozwój uczestników, a także chęci zapewnienia im możliwości prowadzenia zdrowego stylu życia (również podkreślonego przez WHO jako ważny element zdrowia psychicznego). Patrząc jednak krytycznie, warto zwrócić uwagę na uboczny efekt pogłębiania wyłączenia społecznego takich osób poprzez zamykanie ich w kręgu „swoich”. Sami zainteresowani nie postrzegali tego jako problem, a niekiedy wręcz cieszyli się, że mogą trenować np. zumbę z innymi uczestnikami ŚDS-u i nie muszą iść do klubu sportowego. Tak mówi o tym Marta (19 lat):

...lubię te zajęcia i cieszę się, że organizują je tu dla nas na miejscu. Do takiego normalnego klubu wstydziłabym się wyjść. Tutaj wszyscy się znamy i nic nikogo nie dziwi.

Pomimo zadowolenia uczestników ŚDS-ów z możliwości odbywania zajęć na terenie instytucji warto zadać sobie pytanie, co będzie jednak lepsze w długotrwałej perspektywie: zbliżanie czy oddzielanie osób niedotkniętych i dotkniętych zaburzeniem psychicznym? WHO w swoich rekomendacjach podkreśla raczej integrację w ramach społeczności lokalnej niż instytucji, stąd ważny jest udział różnych interesariuszy.

JAK ZAPEWNIĆ WSPARCIE OSOBOM Z ZABURZENIEM PSYCHICZNYM

Rekomendacje WHO. W trzecim module (WHO, 2019, s. 6–80) uwaga autorów poświęcona jest sposobom wsparcia osób z zaburzeniem psychicznym. Można w nim odnaleźć m.in. informacje na temat praw człowieka w kontekście pracy w tym obszarze, zestaw sugestii, jak rozpoznać zaburzenie psychiczne oraz w jaki sposób tworzyć relacje i angażować osoby dotknięte tym problemem. Wskazywana jest m.in. potrzeba odnoszenia się z szacunkiem, podkreślania pozytywów i sił osób z zaburzeniami psychicznymi, jak również aktywnego reagowania na akty dyskryminacji, w tym również zachęcania do podejmowania działań prawnych. Na zakończenie modułu poruszony został wątek interwencji psychologicznej oraz dalszej orientacji działań z osobami z zaburzeniami psychicznymi, jak również wsparcia dla członków ich rodzin lub opiekunów.

Perspektywa osób z zaburzeniem psychicznym. W narracjach osób objętych badaniem wątek praw człowieka i poczucia ich łamania przewijał się wielokrotnie w różnych kontekstach. Dotyczyło to np. pracy specjalistów. W tym zakresie rozmówcy wspominali sytuacje, w których nie udzielano im szczegółowych informacji o swoim leczeniu. Niektórzy mówili o sytuacjach, w których stosowane były wobec nich środki przymusu, jak np. hospitalizacja wbrew ich woli. Co zaskakujące, efekty tych działań retrospektywnie oceniane były przez większość pozytywnie, a główne zastrzeżenia dotyczyły nie tyle konieczności ich zastosowania, ile sposobu wdrożenia. Tak przedstawia to Bożena (56 lat):

...bardzo źle wtedy ze mną było, bałam się wszystkich. Wydawało mi się, że lekarze i pielęgniarki są diabłami i wszyscy chcą dla mnie źle. Akurat pamiętam, kiedy mnie zabierali do szpitala, to było bardzo traumatyczne, nikt ze mną nie rozmawiał, nikt nawet na mnie nie patrzył, ja prosiłam, krzyczałam, a oni robili swoje. Rozumiem, że szpital był konieczny, ale można było jakoś tak bardziej po ludzku mnie potraktować, ja naprawdę wtedy cierpiałam.

Odczucie odbierania podstawowych praw człowieka obecne było też w relacji z najbliższymi i odnosiło się do takich kwestii jak wykluczanie z procesu podejmowania decyzji, kontrola czy łamanie prawa do prywatności. Najbardziej skrajnym przykładem była opowieść jednego z narratorów

(27 lat), który wspomniał, że jego rodzice zdemontowali drzwi do jego pokoju, co miało zapobiec ewentualnej próbie samobójczej.

W relacji z innymi ludźmi (np. sąsiadami) wielu rozmówców miało poczucie bycia gorszymi. Niejednokrotnie właśnie w obawie o nadanie im dyskredytującej etykiety „osoby zaburzonej psychicznie”, czyli takiej, która nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji, która jest gorsza, rezygnowali z tych relacji. W odczuciu narratorów ci z sąsiadów, którzy wiedzieli o ich problemie i uznali za prawdziwe krzywdzące ich stereotypy, w imię własnego poczucia bezpieczeństwa zaczęli uprzykrzać im życie, zakłócać ich spokój. Jedną z narratorek, 60-letnią Krystyną, podała przykład zachowania sąsiadów, którzy, gdy dowiedzieli się o jej problemie, zaczęli podejmować działania dążące do wyeliminowania jej z sąsiedztwa:

...to jeszcze w poprzednim mieszkaniu, sąsiedzi bardzo uprzykrzyli mi życie. Cały czas nasylali na mnie kogoś z administracji czy pracownika socjalnego, a ja naprawdę nie zrobiłam im nic złego. Na korytarzu nawet się nie witali ze mną. Jak szłam, to rozmowy milkły. No było to bardzo trudne. Dlatego jak się przeprowadziłam, nikomu już nic nie mówiłam i jest dobrze.

Trudnym dla narratorów doświadczeniem jest przejawiany przez ludzi wiedzących o ich problemie brak zaufania i konieczność przedstawiania dowodów potwierdzających prawdziwość ich słów. Tak opisała to jedna z narratorek (42 lata):

Jak coś mówię, to mam wrażenie, że (inne osoby – przyp. autorów) analizują moje słowa, jakby zastanawiali się, co jest chorobą, a co prawdą.

JAK PROMOWAĆ POWRÓT DO ZDROWIA I REHABILITACJĘ OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Rekomendacje WHO. W przedostatnim module (WHO, 2019, s. 81–89) omówiono sposoby promowania powrotu do zdrowia i rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi. W publikacji WHO znajdują się informacje, jak można obserwować i monitorować takie osoby w społeczności lokalnej, w jaki sposób oferować wsparcie zawodowe, edukacyjne oraz mieszkaniowe (szkolenia i treningi przed podjęciem pracy, informacje o organizacjach pośredniczących na rynku pracy, wsparcie i kursy

w miejscu zatrudnienia). Opisane zostały także możliwości promowania powrotu do zdrowia, odbudowy więzi społecznych oraz wspierania zarządzania sobą (*self-management*).

Perspektywa osób z zaburzeniem psychicznym. W opowieściach narratorów kwestia powrotu do zdrowia, czy jak sami mówili „bycia zdrowym”, przysparza im wiele kłopotów. Większość z nich mówiła o odczuciu, że choroba się w nich „wżyła”, stała się częścią ich codzienności czy nawet ich samych. Tak o tym mówi Dariusz (51 lat):

...no to jak masz, to masz na całe życie (zaburzenie psychiczne – przyp. autorów). Są okresy, że jest lepiej, są okresy, że jest gorzej. Niezależnie jednak od okresu cały czas biorę leki, więc cały czas ta choroba jest ze mną.

Tutaj warto zaznaczyć, że w przypadku osób korzystających ze wsparcia ŚDS-ów uczucie to było znacznie silniej podkreślane niż w przypadku tych, którzy nie mieli codziennego kontaktu z żadną instytucją, a jedynie raz w miesiącu bądź nawet z mniejszą częstotliwością spotykali się z lekarzem psychiatrą. Uczestnicy ŚDS-ów, tak jak wcześniej było to wspomniane, nie mieli relacji z osobami spoza instytucji, ponadto jeżeli byli osobami pracującymi, zatrudnienie znajdowali w zakładach pracy chronionej, w których znowu przebywali wśród innych osób chorujących. W ich narracjach widoczny też był strach przed „byciem uznanym za zdrowego/zdrową” przez orzecznika ZUS. Taką sytuację najlepiej ilustrują słowa Janusza (47 lat):

...pracuję i oby jak najdłużej. Boję się jednak, bo w przyszłym miesiącu staję na Komisji (ZUS – przyp. autorów), no i mam nadzieję, że nie zmienią mi grupy albo całkowicie nie odbiorą. No taki czuję się zestresowany, spać nie mogę, leków zacząłem więcej brać i taki otępiaty trochę jestem. Jak to się stanie, stracę wszystko, rentę, pracę, a nawet tutaj nie będę mógł przychodzić (do ŚDS-u – przyp. autorów).

Mniej jednoznacznie prezentuje się kwestia zdrowienia wśród osób niebędących uczestnikami ŚDS-ów. Niektórzy z badanych mieszkali nadal z rodzicami, nie pracowali, utrzymywali się z renty otrzymanej z tytułu rozpoznanego zaburzenia psychicznego, ich krąg znajomych był również ograniczony, w skrajnym przypadku obejmował jedynie znajomości zawarte przez Internet. Tacy rozmówcy czuli, że choroba zmieniła ich życie i „urządziła” je na nowo, według własnych zasad. Z jednej strony

chcieli, by to się zmieniło, jednak z drugiej bali się naruszać zbudowaną na chorobie stabilizację.

Zdecydowana mniejszość (dwie osoby), pomimo zdiagnozowanego zaburzenia, prowadziła nadal „normalne życie”, miała rodziny, pracowała, stanowiła grupę wykwalifikowanych pracowników, nie pobierała świadczeń z ZUS-u. W takich przypadkach choroba uznawana była przez te osoby jako zdarzające się epizody, które sporadycznie zakłócają przebieg ich „zdrowego” życia.

PRACA ŚRODOWISKOWA

Ostatni z modułów zawiera dodatkowe uwagi dla osób pracujących w środowisku i w ramach środowiskowych form wsparcia (WHO, 2019, s. 90–99). Wspomniane zostały problem czynników/chorób współistniejących, z którymi trzeba sobie radzić równolegle, oraz specyfika pracy z dziećmi i młodzieżą, kobietami w ciąży lub połogu, osobami starszymi. Moduł kończy się rekomendacjami dotyczącymi pracy w sytuacji konfliktu i kryzysu.

Perspektywa osób z zaburzeniem psychicznym. W wypowiedziach każdego z narratorów widoczna była niechęć, a niekiedy pojawiał się nawet strach przed szpitalem psychiatrycznym. Szczególnie w przypadku osób starszych wszelkie formy pomocy niewymagające hospitalizacji (ŚDS, poradnie zdrowia psychicznego, dzienne oddziały psychiatryczne, psychoterapia itd.) uznawane były za najbardziej efektywne. Jedna z narratorek, 60-letnia pani Krystyna, w ten sposób wypowiedziała się na ten temat:

Widomo, niekiedy szpital jest konieczny, ale jak tylko mogę, unikam. Tutaj (w ŚDS-ie – przyp. autorów), przychodzę rano, wracam do domu ok. 16–17 i wszystko wygląda normalnie. Sąsiedzi myślą, że do pracy chodzę, więc nie muszę się z niczego tłumaczyć. A tutaj jest wszystko, lekarz, opiekunowie, zajęcia, no i grupa znajomych.

W wypowiedzi pani Krystyny dostrzegalny jest strach przed byciem zde-maskowaną jako osoba doświadczająca zaburzenia psychicznego. Wątek ten obecny był w wielu narracjach, co podkreśla potrzebę rozwoju pracy w środowisku czy pracy ze społecznością dopasowanej do specyfiki klienta/pacjenta. To prawdopodobnie jedno z ważniejszych zadań współczesnej pracy socjalnej w obszarze zdrowia psychicznego: dopasowanie do zróżnicowanych grup

społecznych. Żeby jednak nie popaść w pułapkę wąskich specjalizacji, musi być wdrażane równoległe ze wzmacnianiem współpracy międzysektorowej, również na linii psychiatria – praca socjalna/pedagogika społeczna.

WNIOSKI

Jak wynika z przedstawionej wcześniej analizy, propozycje WHO trafiają w potrzeby deklarowane przez osoby zmagające się z problemami psychicznymi. Zgodność ta dotyczy zarówno pól działania (walka ze stereotypami, promocja zdrowia, profilaktyka), jak i metod (działania usytuowane w środowisku zamieszkania osób potrzebujących wsparcia).

Bez wątpienia istotną zaletą rekomendacji jest jej globalny zasięg, co może mieć szczególne znaczenie dla krajów, w których psychiatryczna praca środowiskowa nie ma jeszcze ugruntowanej pozycji. Jednak również w krajach o bogatych tradycjach działań środowiskowych, takich jak Polska, rekomendacje WHO mogą stać się solidnym wsparciem wysiłków zaszczepienia tego podejścia w obszarach zdominowanych przez kliniczną psychiatrię. Być może ułatwi to wypracowanie racjonalnego kompromisu, balansu pomiędzy perspektywą medyczną i społeczno-kulturową.

Rekomendacje WHO mogą zatem stać się inspiracją zrobienia znaczącego kroku w stronę działań środowiskowych, dając jednocześnie zakotwiczenie w globalnych dyskursach tym, którzy od dawna takie zmiany promowali. Nie bez znaczenia jest tu oparcie rekomendowanych działań na nowoczesnym dynamicznym modelu zdrowia psychicznego, który na poziomie teoretycznym zakłada nie tylko jego niebinarność i elastyczność (kontinuum od zdrowia do choroby), lecz także procesualność (sekwencyjne zmiany w czasie, fazy ozdrowień i pogorszeń kondycji) (WHO, 2019, s. 1–2).

Warto zwrócić uwagę na poruszony przez WHO wątek pracy środowiskowej ukierunkowanej nie tylko na osoby doświadczające problemów ze zdrowiem psychicznym, lecz także na innych, którzy stanowią lokalne i społeczne otoczenie „chorujących”. Według ekspertów WHO należy ich uwrażliwiać oraz edukować, by nie posługiwali się stereotypowymi wyobrażeniami choroby psychicznej oraz by mieli większą wiedzę o działaniach wspomagających osoby doświadczające zaburzeń psychicznych. WHO podkreśla też znaczenie profilaktyki i wczesnej interwencji środowiskowej, która dzięki aktywnej oraz zaangażowanej postawie społeczności w znacznej mierze może oddziaływać na poprawę zdrowia psychicznego jej

członków. W tym zakresie WHO rekomenduje zwracanie uwagi na różne grupy osób, które np. ze względu na wiek czy traumatyczne wydarzenia mogą być narażone na doświadczenie kryzysu psychicznego.

Proponowane przez WHO działania obejmują również troskę o samych profesjonalistów. Może to nie nowość, ale zwykle w tego typu rekomendacjach uwaga skupiona jest na osobach potrzebujących pomocy i ich problemach. W dokumencie WHO przyjmuje się założenie, że praca nad życiową kondycją innych wymaga w pierwszym rzędzie troski o własne samopoczucie, szczególnie jeżeli działanie dotyczy zaburzeń zdrowia psychicznego (WHO, 2019, s. 56).

Nie sposób jednak nie dostrzec istotnych słabości rekomendacji WHO, z których pierwszą może być globalna unifikacja tych propozycji, paradoksalnie wskazywana wcześniej jako zaleta³⁾. Z jednej strony rekomendacje opierają się na rozumieniu zaburzenia psychicznego jako dynamicznego zjawiska osadzonego w społecznych i kulturowych kontekstach, z drugiej propozycje promowania zdrowia psychicznego, profilaktyki i przeciwdziałania stygmatyzacji są globalnie zuniwersalizowane. Bodaj jedynym obszarem, w którym kulturowe różnicowanie wskazywane jest jako potencjał, jest pole umiejętności życiowych (*life skills*), które mogą wspierać np. poczucie pewności siebie i samoświadomość (WHO, 2019, s. 43). W ten sposób promowane przez WHO rekomendacje mogą się wpisywać w tendencję wzmacniania dominujących globalnych dyskursów, z którymi na ogół walczą zwolennicy pracy środowiskowej ugruntowanej w lokalnej kulturze miejsca zamieszkania. Idąc dalej tym tropem, można zacząć postrzegać dokument WHO jako narzędzie globalnego „urządzania” psychiatrycznej pracy socjalnej, czyli, zgodnie z terminologią Foucaulta, mógłby się stać narzędziem biowładzy/biopolityki wzmacniającym generalny trend neoliberalnej standaryzacji pracy socjalnej (Granosik, 2016).

Zaskakujący jest też mały udział samej społeczności (w tym osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi) we współtworzeniu działania środowiskowego. Niekiedy nawet można odnieść wrażenie, że ich partycypacja ma jedynie fasadowy charakter i zasadniczo ma przede wszystkim przyczynić się do większej efektywności podejmowanej interwencji, a nie

³⁾ Obecność paradoksów w pracy socjalnej chyba już nikogo nie dziwi, a w niektórych koncepcjach jest nawet wskaźnikiem działania profesjonalnego (por. Schütze, 1992).

społecznej emancypacji defaworyzowanej grupy. Zupełnie pomijane jest prawo osób dotkniętych problemami psychicznymi do współdecydowania, a nawet kierowania działaniami i terapiami, którym są poddawane. Pojawiające się w dokumencie samozarządzanie (*self-management*) nie odnosi się do podejmowanych procedur leczniczo-terapeutycznych, ale w istocie ma być pracą nad sobą w celu ograniczenia niekorzystnych wpływów środowiskowych. Osoba dotknięta problemem psychicznym miałaby prawo sama zarządzać własnymi zasobami, jednak jedynie do momentu włączenia się służb medycznych (WHO 2019, s. 86–87). To w istocie zaprzeczenie tego, co stawiają sobie za cel emancypacyjne ruchy osób cierpiących na choroby psychiczne, a co jest nazywane „włączającym angażowaniem pacjentów” (*inclusive user involvement*) (Beresford, 2013).

W tym kontekście nie dziwi niemal zupełny brak działań w perspektywie emancypacji politycznej (szeroko rozumianej). Osoby dotknięte zaburzeniami psychicznymi są wzmacniane lokalnie w ich walce z chorobą, ale już nie w przestrzeni publicznej, jako ci, którzy powinni wyrażać swój głos w ważnych wspólnych sprawach, którzy zasługują na poważne społeczne uznanie. Można bronić opracowania WHO, że niejako z założenia dotyczy działań środowiskowych, ale w niektórych kwestiach uwzględnia perspektywę dyskursu publicznego (np. proponuje angażowanie celebrytów, którzy mogą opowiadać o swoich doświadczeniach z zaburzeniami psychicznymi, porusza kwestie praw człowieka).

Większość rekomendowanych działań opiera się na edukacji, lecz niestety postrzeganej w starym modelu „nauczania” czy „trenowania” (*teaching, training*), a nie wspólnego uczenia się (*learning*). Jednokierunkowość tego działania może stać się kolejnym elementem dominowania społecznie defaworyzowanej grupy, która jest nauczana, jak ma żyć (dieta, ćwiczenia, styl życia). Co więcej, edukacja jest naiwnie traktowana jako niemal uniwersalne remedium na większość problemów dotyczących osoby doświadczającej problemów psychicznych. W tym na takie złożone zjawiska społeczne jak historycznie utrwalone uprzedzenia, stygmatyzacje czy dyskryminacja, które zawierają w sobie silny komponent emocjonalny i behawioralny oraz wykazują wyjątkowe zdolności odrzucania przeczącej im wiedzy, a nawet pod jej wpływem niekiedy się umacniają.

Biorąc pod uwagę, że dokument WHO ma służyć wzmacnianiu psychiatrycznej pracy środowiskowej na całym świecie, w bardzo różnych systemach instytucjonalnych i profesjonalnych tradycjach, dodatkowo

osadzonych w odmiennych kontekstach historycznych, kulturowych i społecznych, trudno traktować wspomniane wady jako znaczące, może nawet są nieuniknione. Pozostaje jednak niedosyt, że skoro można było posunąć działania środowiskowe o jeden krok, to szkoda, że nie zrobiono ich więcej, chociażby poprzez zaproponowanie bardziej emancypacyjnych i partycypacyjnych działań jako alternatywnych. Złamałoby to nieco globalną uniwersalność proponowanych rozwiązań i umożliwiłoby przekształcanie pracy środowiskowej różnymi ścieżkami, bardziej dopasowanymi do kulturowo-organizacyjnych uwarunkowań.

BIBLIOGRAFIA

- Amerio, A., Aguglia, A., Odone, A., Gianfredi, V., Serafini, G., Signorelli, C., Amore, M. (2020). Covid-19 pandemic impact on mental health of vulnerable populations. *Acta Biomed*, 91(9-S), 95–96.
- Beresford, P. (2013). *Beyond the usual suspect. Towards inclusive user involvement*. London: Shaping Our Lives.
- Broniewski, P., Kaszyński, H., Maciejewska, O. (2019). *Kryzys psychiczny. Odzyskiwanie zdrowia. Wsparcie społeczne. Praca socjalna*. Warszawa: Difin.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209–232.
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Cullen, W., Gulati, G., Kelly, B.D. (2020). Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(5), 311–312.
- Frazer, P., Westhuis, D., Daley, J.G., Phillips, I. (2009). How Clinical Social Workers are Using the DSM-IV: A National Study. *Social Work in Mental Health*, 7(4), 325–339.
- Gambrill, E. (2012). The Value of Ellul's Analysis in Understanding Propaganda in the Helping Professions. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 32, 187–202.
- Gomory, T., Wong, S.E., Cohen, D., Lacasse, J. (2011). Clinical Social Work and the Biomedical Industrial Complex. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 38, 135–165.
- Granosik, M. (2016). Standaryzowanie pracy socjalnej (społecznej) w perspektywie krytycznej – w stronę niestandardowego refleksyjnego działania profesjonalnego. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 29(1), 235–251.
- Jarkiewicz, A. (2016). Medykalizacja pracy socjalnej w obszarze działania z osobami zaburzonymi psychicznie. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 29(1), 235–251.

- Jarkiewicz, A. (2017). Działania pracowników socjalnych wobec klientów „zaburzonych psychicznie”. *Praca Socjalna*, 6, 51–74.
- Kiejna, A., Piotrowski, P., Adamowski, T., Moskalewicz, J., Wciórka, J., Stokwizewski, J., Rabczenko, D., Kessler, R.C. (2015). Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP Polska. *Psychiatria Polska*, 49(1), 15–27.
- OECD/EU, Health at a Glance: Europe (2018). State of Health in the EU Cycle.
- Sheridan Rains, L., Johnson, S., Barnett, P. i in. (2021). Early impacts of the COVID-19 pandemic on mental health care and on people with mental health conditions: framework synthesis of international experiences and responses. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56, 13–24.
- Schütze, F. (1992). Sozialarbeit als „bescheidene” Profession. W: B. Dewe, W. Ferchhoff, F. Olaf-Radtke (red.), *Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern*. Opladen: Leske + Budrich.
- Schütze, F. (2008a). *Biography Analysis on the Empirical Base of the Autobiographical Narratives: How to Analyse Autobiographical Narrative Interviews*, Part I, INVITE – Biographical Counselling in Rehabilitative Vocational Training. Further Educational Curriculum. EU Leonardo da Vinci Programme.
- Schütze, F. (2008b). *Biography Analysis on the Empirical Base of the Autobiographical Narratives: How to Analyse Autobiographical Narrative Interviews*, Part II, INVITE – Biographical Counselling in Rehabilitative Vocational Training. Further Educational Curriculum. EU Leonardo da Vinci Programme.
- Stecz, P., Podgórska-Jachnik, D. (2017). Zdrowie psychiczne (także) studentów: komentarz do raportu EZOP Polska. *Aion*, 9, 24–28.
- Tracz-Dral, J. (2019). *Zdrowie psychiczne w Unii Europejskiej. Opracowanie tematyczne OT-674*. Warszawa: Kancelaria Senatu. https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/175/plik/ot-674_zdrowie_psychiczne.pdf (dostęp: 3.03.2021).
- Trawkowska, D., Frąckowiak-Sochańska, M. (2017). *System wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi*. <https://rops.poznan.pl/wp-content/uploads/2018/03/System-wsparcia-os%C3%B3b-z-zaburzeniami-psychicznymi.pdf> (dostęp: 30.08.2021).
- Wilson, T. (1973). Normative and Interpretative Paradigms in Sociology. W: J.D. Douglas (red.), *Understanding Everyday Life. Toward the Reconstruction of Sociological Knowledge*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679.
- World Health Organization (2018). *Global Health Estimates 2016: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2016*. Geneva. <https://>

[terrance.who.int/mediacentre/data/ghe/GlobalCOD_method_2000_2016.pdf?ua=1](https://www.who.int/mediacentre/data/ghe/GlobalCOD_method_2000_2016.pdf?ua=1) (dostęp: 15.03.2021).

World Health Organization (2019). *Mental Health and Substance Use Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Community Toolkit version 2.0*. <https://www.who.int/publications/i/item/the-mhgap-community-toolkit-field-test-version> (dostęp: 1.03.2021).

COMMUNITY MENTAL HEALTH WORK – WHO RECOMMENDATIONS AND THE PERSPECTIVE OF PEOPLE EXPERIENCING MENTAL HEALTH PROBLEMS

ABSTRACT

This article was written in response to the publication by the World Health Organization of a document containing recommendations and a toolkit for promoting mental health and addressing the problems of people with mental disorders (Mental Health Gap Action Programme – mhGAP). The conclusions in the WHO proposal were compared with the perspective of people in mental crisis, which was reconstructed through qualitative research (in the interpretative paradigm). The analysis of the empirical material, which consisted of 35 autobiographical narrative interviews with people who have experienced mental disorders, showed that the WHO proposals correspond to the needs declared by the people struggling with mental problems. The compliance concerns both the expected fields of action (fight against stereotypes, prevention, health promotion) and methods (activities in the residential environment of people in need of support). At the same time, however, the analysis revealed a number of elements worth noting when orienting future community mental health work. These elements include: the increasing role and importance of people experiencing mental disorders in the orientation of action, strengthening community co-creation with people experiencing a mental disorder, moving away from one-sided teaching and training towards collaborative learning.

KEYWORDS: mental health, social work, World Health Organization, qualitative research, autobiographical narrative interview