

Marta Czechowska-Bieluga

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi

Edukacja w zakresie pracy socjalnej obejmuje rozwijanie kompetencji do świadczenia profesjonalnej pomocy jednostkom i rodzinom doświadczającym różnorodnych problemów życiowych. W programach kształcenia i doskonalenia zawodowego uwagę poświęca się wsparciu osób dorosłych, ukierunkowanym na zaspokajanie ich potrzeb, lepsze dostosowanie do zasad życia społecznego, czy poprawę ich pozycji społecznej. Coraz częściej pracownicy socjalni w swojej pracy spotykają się z osobami z zaburzeniami psychicznymi, do czego nie zawsze są przygotowywani adekwatnie do skali i złożoności zjawiska. W artykule podjęto próbę analizy postrzegania osób chorujących psychicznie, specyfiki pracy socjalnej z takimi klientami oraz refleksje na temat przygotowania zawodowego w tym obszarze na podstawie wyników badań jakościowych.

Słowa kluczowe: praca socjalna, pracownik socjalny, choroba psychiczna, kształcenie

Social Work with People with Mental Health Problems

Social work education focuses mostly on developing competencies that address the needs of individuals and families affected by a variety of life's problems. In the educational programs, attention is paid to the support of adults, aimed at meeting their needs, better adapting to the rules of social life, or improving their social position. More and more often social workers in their work meet people with mental disorders, for which they are not always prepared sufficiently taking into account the scale and complexity of the phenomenon. The article attempts to analyse the specificity of social work with such clients and reflections on professional preparation in this area based on the results of qualitative research.

Keywords: social work, social worker, mental illness, education

Wprowadzenie

Jedne z ostatnich danych sugerują, że w warunkach ambulatoryjnych w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji leczyło się ponad 1,6 mln osób, czyli blisko 5% wszystkich Polaków, tj. o ponad 40 tys. więcej w porównaniu z wcześniejszym – 2016 rokiem. Biorąc pod uwagę przyczyny korzystania z tej formy opieki zdrowotnej można powiedzieć, że ponad 1,4 mln osób potrzebowało pomocy ze względu na występujące zabu-

rzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania. Kolejne 167 tys. osób leczyło się z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, a ponad 42 tys. osób z powodu używania środków psychoaktywnych (opiaty, kokaina, leki uspokajające i nasenne, inne substancje pobudzające i halucynogenne, lotne rozpuszczalniki itp.) (Żyra, Salwa 2021). Dane te świadczą o ogromnej skali występowania zaburzeń psychicznych w kraju i tendencjach jej wzrostu.

Rozmiary zjawiska i wzrost wskaźników chorobowości skłaniają badaczy, polityków oraz praktyków zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego do poszukiwania adekwatnego systemu wsparcia dla osób chorujących i ich rodzin (Trojańska 2018). Powinien on opierać się na rzetelnych badaniach diagnostycznych, umożliwiających nie tylko monitorowanie wybranych wskaźników, ale i weryfikację skuteczności wdrażanych metod rozwiązywania problemów w konkretnych kontekstach lokalnych. Pomimo, że realizowane są obserwacje fenomenu postrzegania osób chorujących psychicznie przez różne grupy społeczne, to pogłębionych aktualnych badań wciąż brakuje (Trawkowska, Frąckowiak-Sochańska 2017).

Przegląd wielu analiz nad postawami wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, wskazuje na silne i długotrwałe utrzymywanie się w świadomości społecznej różnorodnych barier utrudniających reintegrację. Rozumieć je można jako próbę ochrony pewnych uznanych za wrażliwe obszarów życia społecznego przed tymi osobami. Istniejący dystans w stosunku do chorujących psychicznie utrudnia ich akceptację w wielu rolach społecznych: w roli nowego członka rodziny, w roli rodzica i opiekuna dzieci oraz w roli pracownika. Dopuszcza się jedynie możliwość bliskości chorych psychicznie w otoczeniu społecznym (np. w sąsiedztwie), czyli panuje przekonanie, że w naszym otoczeniu żyją ludzie chorzy. Spojrzenie na chorujących psychicznie jest pełne stereotypów podtrzymywanych następującymi przekonaniem:

1. że osoba taka jest niebezpieczna;
2. że częściowo ponosi odpowiedzialność za swoją chorobę;
3. że choroba ta jest tajemnicza, chroniczna, trudna do leczenia (nieuleczalna);
4. że nieprzewidywalność chorego czyni go niezdolnym do pełnego uczestnictwa społecznego i należytego pełnienia ról społecznych (Jackowska 2009: 657).

Uznanie osoby za chorującą psychicznie wiąże się często z rozumieniem jej zachowania jako dewiacyjnego, co w konsekwencji prowadzi do stygmatyzacji. Najsilniej stygmatyzuje leczenie psychiatryczne, w porównaniu z leczeniem u innych specjalistów (Podgórska-Jachnik, Pietras 2014: 38, 42). Model medyczny (rozumiany tu jako podejście do osoby z zaburzeniami psychicznymi zgodnie z obecną w DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) klasyfikacją chorób psychicznych i symptomów, które zostały w niej wyróżnione (Wong 2014: 133–135; Jarkiewicz 2016) jest więc krytykowany m in. przez pracow-

ników socjalnych, którzy od dawna są zaangażowani w rozwój, administrowanie i świadczenie usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi (Carpenter 2002). Pracownicy socjalni wraz z innymi praktykami zajmującymi się zdrowiem psychicznym, zauważyli, że model medyczny jest szkodliwy dla poczucia własnej skuteczności i nadziei klientów oraz sprzeczny z wieloma głównymi wartościami pracy socjalnej (Carpenter 2002).

Biorąc pod uwagę kolejne dane statystyczne, warto zwrócić uwagę na zatrudnienie specjalistów w pomocy społecznej. W jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej ponad 8 tys. pracowników socjalnych było zatrudnionych w ośrodkach wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, a zdecydowana większość z nich, bo aż 97%, miała w swej zawodowej pracy kontakt z osobami chorującymi (Kaszyński, Maciejewska 2016). W 2019 roku specjalistyczne usługi opiekuńcze przyznano ponad 15 tysiącom osób z zaburzeniami psychicznymi (www.gov.pl). Dane te nie korespondują ze wskaźnikami przygotowania zawodowego pracowników socjalnych w obszarze zdrowia psychicznego. Okazuje się, że możliwość otrzymania specjalistycznych kompetencji jest, w porównaniu z innymi specjalizacjami, niewielka. Spośród 19 podmiotów, które otrzymały zgody na prowadzenie specjalizacji II stopnia, jedynie cztery mogą prowadzić specjalność o nazwie: praca z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami (Specjalizacja w zawodzie pracownik socjalny – Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Portal gov.pl. (www.gov.pl)).

Zaburzenia psychiczne a praca socjalna

Problem wspomagania osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi oraz ich rodzin obejmuje wiele różnych obszarów życia, co wyznacza konieczność współpracy interdyscyplinarnej (Podgórska-Jachnik, Pietras 2014: 75). Pacjentem z zaburzeniami psychicznymi zajmuje się cały zespół diagnostyczno-terapeutyczny, w skład którego wchodzi:

- lekarz psychiatra odpowiedzialny za diagnozę psychiatryczną, zlecający farmakoterapię i zależnie od potrzeby – konsultacje innych specjalistów;
- lekarz rodzinny pomagający leczyć choroby współwystępujące, wynikające często ze stosowania leków zleconych przez psychiatrę;
- psycholog kliniczny rozpoznający strukturę osobowości pacjenta, jego procesy poznawcze oraz zasoby i ograniczenia psychiki;
- psychoterapeuta prowadzący (dotowaną do psychopatologii) psychoterapię;
- pielęgniarka realizująca czynności pielęgnacyjne, podająca leki itp.;
- pracownik socjalny zajmujący się diagnozą sytuacji społeczno-ekonomicznej pacjenta, określający potrzeby w zakresie zabezpieczenia socjalnego, mate-

rialnego chorego, pomagający w czynnościach administracyjnych i udzielający wsparcia instrumentalnego np. informacyjnego;

- pedagog (pedagog specjalny) prowadzący terapię pedagogiczną (Leszto, Witusik, Pietras 2013).

Coraz większego znaczenia we wsparciu osób chorujących psychicznie nabierają działania pracowników socjalnych i innych służb społecznych. Ich współpraca z zespołem diagnostyczno-terapeutycznym polega głównie na rozpoznaniu sytuacji całościowej, w tym ekonomicznej pacjenta i jego rodziny (odbywa się to przy użyciu wywiadu środowiskowego) oraz na pomocy w otrzymaniu świadczeń socjalnych (w tym zasiłków). Pracownik socjalny wspiera w uzyskaniu dokumentacji potwierdzającej stopień niepełnosprawności oraz występuje o przydzielenie usług opiekuńczych. Po zaistnieniu takiej konieczności pomaga w zamieszkaniu osoby chorej w domu pomocy społecznej lub motywuje do udziału w zajęciach środowiskowych domów samopomocy. Wykonuje także inne zadania w ramach pracy socjalnej, głównie o charakterze aktywizującym (Podgórska-Jachnik, Pietras 2014: 75). Pracownik socjalny najczęściej spotyka się z zaburzeniami psychotycznymi w przebiegu schizofrenii i ze stereotypowym podejściem do obu pojęć zamiennie. Jednakże obecne w praktyce działań pracownika socjalnego utożsamianie choroby psychicznej ze schizofrenią jest jednak znacznym uproszczeniem (Kaszyński, Maciejewska 2016; Krawczyk 2020).

Do zaburzeń psychotycznych zalicza się głównie: schizofrenię, zaburzenia schizoafektywne, depresję psychotyczną i chorobę afektywną dwubiegunową z epizodami manii psychotycznej i depresji psychotycznej, psychozy w przebiegu uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego oraz psychozy powstałe w wyniku przyjmowania substancji psychoaktywnych (Podgórska-Jachnik, Pietras 2014: 43). Diagnozowanie zaburzeń psychicznych jako psychoz (utożsamianych są z chorobą psychiczną w sensie węższym), jest możliwe wówczas, kiedy są spełnione następujące warunki:

1. muszą pojawić się objawy wytwórcze, takie jak urojenia i omamy, które często współwystępują z formalnymi zaburzeniami myślenia;
2. osoba chora nie może mieć poczucia choroby – świat urojeń i omamów jest dla niej światem realnym (Wciórka 2010).

Obszar działań pracownika socjalnego i jego współpracy z innymi specjalistami działającymi na rzecz osób chorujących psychicznie i ich rodzin poszerza się, gdyż upowszechniane są obecnie środowiskowe formy wsparcia zwiększające możliwości wykorzystania zasobów pracowników socjalnych (Podgórska-Jachnik, Pietras 2014: 75). Badacze zwracają uwagę na to, że pracownik socjalny powinien przede wszystkim dostrzegać zasoby, czyli niezaburzone sfery swoich klientów chorujących psychicznie, chociaż w działaniach powinien uwzględniać również

źródła patologii. W rozwiązywaniu problemów z podopiecznymi będącymi pacjentami psychiatrycznymi kluczowe jest jednak założenie, iż każdy posiada zasoby, by sobie pomóc i być kreatorem zmiany (Podgórska-Jachnik, Pietras 2014: 44).

Standard pracy socjalnej z osobami chorującymi psychicznie obejmuje następujące elementy:

1. krótki opis problemów klientów i ich rodzin (najczęściej występujących) oraz wskazówki dotyczące sposobów ich rozwiązywania;
2. sposoby nawiązywania relacji pracownika socjalnego z klientem, towarzyszenia mu oraz motywowania go;
3. sposób działania pracownika socjalnego na kolejnych etapach pracy socjalnej wraz ze zidentyfikowaniem roli klienta;
4. sposoby wykorzystania zasobów środowiskowych w udzielanym wsparciu;
5. charakterystyka najczęstszych problemów pracownika socjalnego pracującego z osobami z zaburzeniami psychicznymi (Pauli, Włoch 2012).

W dotychczasowych badaniach dotyczących pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi, pracownicy socjalni wskazywali na trudności w kontakcie z klientem oraz w kontakcie z jego rodziną. W obszarze kontaktu z klientem znalazły się następujące problemy: „(1) specyfika komunikowania się z osobami z zaburzeniami psychicznymi wynikająca z cech osobowości, choroby oraz niepełnosprawności (...); (2) niestabilność ustaleń, trudności w przestrzeganiu kontraktów socjalnych; oraz (3) brak wystarczającej wiedzy oraz praktyki zawodowej w kontakcie z osobami z zaburzeniami psychicznymi” (Kaszyński, Maciejewska 2016: 170).

W drugim obszarze trudności pojawiły się z kolei kwestie, takie jak: „(1) rodzina zaprzecza istnieniu problemu, tym samym blokuje działania pracowników socjalnych zorientowanych na budowanie przestrzeni współpracy, rodzina zaprzecza, jakoby niosła jakąkolwiek odpowiedzialność za problem, lub przeciwnie – przyjmuje postawę onnipotentną; (2) rodzina przyjmuje postawę przepelnioną poczuciem wstydu, bezradności, nieufności, izolując się od potencjalnych źródeł wsparcia; (3) rodzina potrzebuje oddziaływań psychoedukacyjnych, umożliwiających rozpoznanie i zdefiniowanie sytuacji, w której się znajduje; (4) rodzina manifestuje postawę roszczeniową, przerzuca całkowicie odpowiedzialność na instytucje pomocowe (Kaszyński, Maciejewska 2016: 170).

Potrzeba pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinom jest związana z faktem, iż zaburzenia te są silnym czynnikiem wykluczenia społecznego. Często pojawia się także problem odrzucania pomocy socjalnej czy medycznej przez chorego i/lub przez jego rodzinę (Krawczyk 2020; Kaszyński, Maciejewska 2016), co sprzyja jeszcze silniejszej stygmatyzacji.

Pojęcie stygmatyzacji, pochodzi od greckiego słowa *stigma*, oznaczającego „znak”, dotyczy „postawy społecznej dezaprobaty, negatywnego odbioru okre-

ślonej grupy ludzi ze względu na charakteryzujące tę grupę właściwości fizyczne lub psychiczne, styl życia, system wartości czy inne atrybuty” (Jackowska 2009: 655–656). Przyjęta w prezentowanych analizach konceptualizacja zjawiska stygmatyzacji (Link, Phelan, za: Jackowska 2009: 656) obejmuje następujące komponenty:

1. wyodrębnienie różnicy, np. kalectwa fizycznego, i nadanie etykiety osobie lub osobom, u których ta różnica została zauważona;
2. przypisanie niepożądanych cech etykietowanym ludziom, stanowiących odzwierciedlenie uformowanych wcześniej stereotypów;
3. oddzielenie grupy osób oznaczonych etykietką („ich” od grupy własnej („nas”);
4. zaetykietowane osoby doświadczają utraty statusu i dyskryminacji, np. zostają pozbawione prawa do zatrudnienia, opieki medycznej itp.; pociąga to za sobą nie tylko degradację społeczną, ale także ekonomiczną.”

Założenia metodologiczne badań własnych

Przyjęto, że istotne jest, aby specjaliści zajmujący się pomaganiem i wspieraniem osób z zaburzeniami psychicznymi posiadali rzetelną wiedzę na temat objawów chorobowych oraz trudności z nich wynikających i sposobów, jak sobie radzić w tych sytuacjach (Krawczyk 2020). Celem badań było poznanie sposobów postrzegania osób chorujących psychicznie przez pracowników socjalnych. Wzięto pod uwagę doświadczenia badanych pochodzące z ich pracy ujęte w następujących kategoriach: cechy oraz zachowania osoby chorej psychicznie, działania pomocowe na rzecz takiej osoby oraz zakres edukacji przygotowującej do pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi.

Zastosowano autorski kwestionariusz wywiadu do badania postrzegania osób chorujących psychicznie w oparciu o doświadczenia z pracy. Pytania metryczkowe obejmowały wiek, płeć, miejsce pochodzenia i zamieszkania, stan cywilny oraz staż pracy. Doboru próby dokonano metodą kuli śnieżnej. W badaniu uczestniczyło 16 kobiet z woj. lubelskiego, 31,3% pochodziło ze średniej wielkości miasta, 12,5% – małego miasta, a 56,3% ze wsi. Badane były zróżnicowane z uwagi na wiek i staż pracy. Najkrótszy staż wynosił 3 lata, a najdłuższy 40 lat. Najmłodsza badana miała 30 lata, a najstarsza 62.

Wyniki badań własnych

W zakresie pierwszej analizowanej kategorii, czyli obejmującej cechy osób chorujących psychicznie komponenty stygmatyzacji ujawniały się głównie w cechach zewnętrznych, relacjach z innymi oraz w różnie identyfikowanej cesze określanej przez badanych jako „nerwowość”. Badani profesjonaliści z zakresu pracy socjalnej, bez względu na wiek i staż pracy zwracali uwagę na takie niepożądane cechy osób chorujących psychicznie, jak:

- zaniechanie wyglądu zewnętrznego lub charakterystyczny sposób ubioru;
- nerwowość przejawiająca się tikami, nadpobudliwością ruchową, szybkimi ruchami gałek ocznych, rozbieganiem wzrokiem lub unikaniem kontaktu wzrokowego;
- dziwaczne, nieodpowiedzialne, nieuzasadnione (nieadekwatne), sytuacją zachowania;
- czasami niebezpieczne, agresywne zachowania (zarówno wobec siebie jak i innych).

W narracjach badanych pojawił się także wątek oddzielenia grupy osób chorujących psychicznie od grupy własnej, co można zobrazować dzięki następującym wypowiedziom:

„Zagubione, czują lęk przed obcymi, (...) raczej wycofane”. (56,30¹); „Osoby chore psychicznie są osobami zamkniętymi w sobie, żyją we własnym świecie, nie lubią nawiązywać nowych znajomości. Bardzo często osoby takie nie chcą wychodzić na zewnątrz” (36,7).

„(...) W towarzystwie niepewna” (37, 9); „W towarzystwie można rozpoznać ją po zmienności zachowań, nielogiczności w wypowiedziach” (31,6).

Komponenty stygmatyzacji nie ujawniły się jedynie w jednej ogólnej wypowiedzi dotyczącej wyglądu: „Wyglądem osoba chora psychicznie nie różni się od normalnego człowieka” oraz wypowiedzi dotyczącej przebiegu choroby: „Osoby te często nie zdają sobie sprawy z tego, co się z nimi dzieje, choroba może rozwijać się latami, nie dając żadnych objawów” (45,3).

W wypowiedziach badanych pojawiały się także wskazania na zaburzeniach myślenia i postrzegania świata przez osoby chorujące psychicznie zgodne z objawami rzeczywiście pojawiających się dysfunkcji psychicznych.

Kolejną analizowaną kategorię stanowiło postrzeganie zachowań osób chorujących psychicznie. Badani powtarzali określenia zastosowane wcześniej wobec wyglądu obejmujące jakiś rodzaj niebezpieczeństwa, bądź agresji, np.: „niebezpieczeństwo dla środowiska, w którym się znajduje” (45,3); „Mówi do siebie cza-

¹ Do potrzeb identyfikacji poszczególnych wypowiedzi zastosowano oznaczenia dotyczące wieku i stażu pracy.

sem agresywnie (...)” (56,30); „Spotkałam osobę chorą psychicznie w złym stanie, kiedy wyzywała i przeklinała swoich najbliższych, a rodzina strasznie to przeżywała. Ostatecznie po lekach jest spokojna, ale wycofana z życia (...). Inny przypadek to młody chłopak, który stanowił ciągłe zagrożenie dla matki, groził jej, wyganiał ją na balkon. Zawsze spocony, zarośnięty i bardzo zdenerwowany” (37,9); „Osoba chora psychicznie nie zdaje sobie sprawy ze swojego zachowania, jak również sposobu, w jaki traktuje innych ze swojego otoczenia; w zależności od sytuacji może popadać ze skrajności w skrajność, boi się zmian, których dotychczas nie doświadczyła, nowych miejsc, wycofuje się z kontaktów z nowymi osobami lub nowe otoczenie może budzić w chorej osobie agresję” (34,5).

Badane zwracały uwagę na brak możliwości kontroli zachowań przez osoby chorujące psychicznie i związane z tym przyzwolenie na brak poczucia wstydu, co obrazują następujące wypowiedzi: „zwykle w swoim środowisku mają stały schemat zachowań, do których wszyscy się przyzwyczaili i je akceptują. Nowe sytuacje budzą w nich niepokój, czasami agresję albo wycofanie. Za ich zachowanie nie wolno się wstydzić, bo to co robią, jest poza ich kontrolą” (62,40); „Nie przynoszą wstydu, tylko powodują bezradność otoczenia, które nie wie jak pomagać chorej osobie” (56,30). W jednej z narracji pojawił się wątek wstydu, jako wciąż obecnego: „Jest przekonana, że jest zdrowa. Zaprzecza faktom. Nie słucha logicznych argumentów. Stosuje ucieczkę w niewygodnych, w jej przekonaniu, sytuacjach. Członkowie rodziny nie mają wpływu na jej zachowanie i decyzje. Często swoim postępowaniem zagraża swojemu zdrowiu i życiu. Ubiera się nieadekwatnie do pogody, czy sytuacji. Unika obcych ludzi. W dalszym ciągu choroby psychiczne traktowane są jako te „wstydlive”. Często rodziny ukrywają to. Sama wizyta u lekarza psychiatry wzbudza nieuzasadniony lęk” (55,30).

Identyfikując postrzeżenie zachowania osób chorujących psychicznie wydaje się, że w wypowiedziach badanych pracowników socjalnych było więcej komponentów stygmatyzacji w porównaniu z postrzeganymi cechami, co zostało zobrażowane w tabeli 1.

Tabela 1. Postrzeżenie zachowania osób chorujących psychicznie

Wyodrębnienie różnicy i nadanie etykiety osobie chorującej psychicznie	Przypisywanie niepożądanych cech osobie chorującej psychicznie	Etykietowanie osób chorujących psychicznie pozbawiające je statusu i dyskryminujące	Oddzielenie grupy osób chorujących psychicznie od reszty społeczeństwa
Chory ma omamy i urojenia oraz zaburzony tok myślenia. Może być wycofany z życia społecznego (38, 15)	„W zależności od choroby – zamknięta, zależniona, unika otoczenia, nadmiernego tłoku. Czasami wręcz chce być w centrum uwagi.	„W swoim otoczeniu czuje się bezpiecznie, natomiast w miejscu publicznym źle się czuje, woli nie wychodzić, wszędzie widzi	„Chory żyje w świecie będącym wytworem jego umysłu. Występują zaburzenia myślenia, urojenia, omamy, zmiany uczuciowe, wycofywanie

Wyodrębnienie różnicy i nadanie etykiety osobie chorującej psychicznie	Przypisywanie niepożądanych cech osobie chorującej psychicznie	Etykietowanie osób chorujących psychicznie pozbawiające statusu i dyskryminujące	Oddzielenie grupy osób chorujących psychicznie od reszty społeczeństwa
<p>„Osoba chora psychicznie w swoim otoczeniu, przy swojej rodzinie zachowuje się w miarę normalnie tzn. na pierwszy rzut oka ciężko jest rozpoznać chorobę. Dopiero po próbie nawiązaniu z nią kontaktu słownego można zauważyć, że coś jest nie w porządku. Ludzie chorzy wstydzą się swojej choroby i dlatego nie chcą np. wychodzić z domu na wywiadówkę do dziecka. Bardzo łatwo można taką osobę urazić, nawet prostym gestem, na który człowiek zdrowy nie zwróciłby uwagi”. (36, 7)</p>	<p>Bardzo często rodzina wstydzi się takiej osoby, izoluje ją, często nie utożsamia się z nią”. (44, 20)</p> <p>„Zbiera rzeczy wokół siebie, w domu bałagan, z innymi ma ograniczone kontakty, zaś z rodziną często są kłótnie, w miejscu publicznym nie zwraca uwagi na innych, uważa, że szkoda jej osoby najbliższe. Z obcymi rozmawia niechętnie, często mówi do siebie. Nie dopuszcza do siebie myśli, że jest chora. Zaprzecza, że jest chora. Pieniądze bardzo szybko wydaje na niepotrzebne rzeczy”. (31, 6)</p>	<p>zagrożenie. Osoba chora psychicznie wypiera chorobę, uważa, że jest z nią wszystko dobrze, a to otoczenie jest jakieś dziwne. W każdym widzi wrogów, osoby, które chcą ją kontrolować, do czegoś zmuszać, ograniczać”. (30, 7)</p>	<p>się z życia itd.”. (45, 25)</p> <p>„W dzisiejszych czasach choroby psychiczne przynoszą wstyd. Osoby nie przyznają się że chorują. Często osoba chora psychicznie będąc w miejscu publicznym wykrzykuje dziwne słowa. Zauważalne jest też, że boi się innych ludzi, ucieka od nich. W swoim otoczeniu czuje się dobrze” (50, 21)</p> <p>„W domu uważa, że jest podsłuchiwana, obgadywana przez sąsiadów, czuje się pewniejsza, a poza domem unika ludzi” (41, 6)</p> <p>W swoim środowisku czuje się swobodnie, natomiast w nowym otoczeniu jest poddenerwowana, wycofana, skrępowana” (31, 6)</p> <p>„Osoby chore psychicznie w znanym sobie otoczeniu zachowują się akceptowalnie, natomiast w miejscach publicznych zależy to od stopnia choroby. Potrafią się zachować, choć niektórzy czują się zdezorientowani. Często osoby najbliższe są tymi, w stosunku do których chory psychicznie zachowuje się agresywnie, traktują rodzinę jak osobę, która chce im zrobić krzywdę, a nie jako osobę która niesie pomoc” (38, 10)</p>

Źródło: badania własne.

Z kolei wypowiedzi badanych pracowników socjalnych na temat ich działań na rzecz osób chorujących psychicznie pozwoliły na utworzenie czterech kategorii. Wśród nich znalazły się:

- kierowanie do innych profesjonalistów lub innych instytucji zajmujących się osobami chorującymi psychicznie;
- praca polegająca na wysłuchaniu, rozmowie;
- przyjęcie, bądź też wypracowanie szczególnego sposobu pracy;
- potrzeba dostępności psychiatry i zwracanie uwagi na specyfikę współpracy pracownika socjalnego z psychiatrą.

Nurt działań polegających na kierowaniu do innych specjalistów można zawrzeć w stosowanym przez badanych sformułowaniu: „towarzyszenie”. W narracjach badanych pracowników socjalnych wybrzmiewał wątek rozmowy polegającej bądź na wysłuchaniu, bądź też na pokazaniu możliwości tkwiących w środowisku osób chorujących psychicznie. Badani przyjmowali właściwe dla siebie podejście do osób z zaburzeniami psychicznymi. Trudno ujrzeć w ich wypowiedziach stosowanie zwartych i jednakowych zadań. Jest to raczej kompozycja różnych aktywności, z którą identyfikuje się konkretny pracownik. Wszyscy badani podkreślali rolę psychiatry i wagę aktywnej współpracy w pracy socjalnej z osobami zaburzonymi psychicznie. Narracje badanych zostały zobrazowane w tabeli 2.

Tabela 2. Wypowiedzi pracowników socjalnych dotyczące działań podejmowanych na rzecz osób chorujących psychicznie

Kierowanie do innych profesjonalistów lub innych instytucji zajmujących się osobami chorującymi psychicznie	Praca polegająca na wysłuchaniu, rozmowie	Przyjęcie bądź też wypracowanie szczególnego sposobu pracy	Potrzeba dostępności psychiatry i zwracanie uwagi na specyfikę współpracy pracownika socjalnego z psychiatrą
<p>„Pomagałam poszukać ośrodek lub dom, w którym zajmują się takimi osobami, prowadzą terapie zajęciowe, potrafią profesjonalnie pracować z takimi osobami i mają tam wyspecjalizowanych terapeutów” (45, 3)</p> <p>„Moja pomoc i wsparcie polegało m.in. na towarzyszeniu w wizytach lekarskich. Ważna jest współpraca między instytucjami np. OPS/ Szpital itd. Często spoty-</p>	<p>„Swoim klientom proponuję wsparcie wynikające z naszej ustawy, adekwatne do jej aktualnych potrzeb (głównie pomoc finansową albo rzeczową lub też usługi opiekuńcze). W niektórych przypadkach kieruję do projektów aktywizując zawodowo i czasami to się udaje.</p> <p>Z reguły osoby te wymagają naszego czasu, wysłuchania ich, a nie rady, bo one</p>	<p>„Najczęściej starałam się rozmawiać z takimi ludźmi, a przede wszystkim wysłuchać ich oraz nie negować na samym początku ich myślenia, wypowiedzi. Staram się rozmawiać tak, aby nie wywoływać agresji a dać poczucie przynajmniej minimalnego bezpieczeństwa z mojej strony”. (44, 20);</p> <p>Towarzyszy mi determinacja i chęć pomocy „(30, 7)</p>	<p>„Wizyta u psychiatry, pobyt w szpitalu na oddziale zamkniętym. współpraca z rodziną, specjalistami, szpitalami. Ważna jest współpraca wszystkich osób z otoczenia osoby chorej (...)”. (30, 7)</p> <p>„Kierowałam do PZP, kontaktowałam się z lekarzem psychiatrą w celu zmiany leczenia, umieszczałam na oddziale stacjonarnym szpitala” (50, 21)</p>

Kierowanie do innych profesjonalistów lub innych instytucji zajmujących się osobami chorującymi psychicznie	Praca polegająca na wysłuchaniu, rozmowie	Przyjęcie bądź też wypracowanie szczególnego sposobu pracy	Potrzeba dostępności psychiatry i zwracanie uwagi na specyfikę współpracy pracownika socjalnego z psychiatrą
<p>kamy się z odmową ze strony instytucji, chcąc pomóc osobie z zaburzeniami psychicznymi i wtedy czujemy się bezradni w swoim pomaganiu". (45, 25)</p> <p>„Osobie chorej psychicznie pomagałam w np. umówieniu wizyty u lekarzy specjalistów (w tym lekarza psychiatry), umawianie dzieci do lekarzy specjalistów, ustalanie godzin, w których chora matka mogła nawiązać kontakt z wychowawcami dzieci, pomoc w przygotowywaniu posiłków dla rodziny, pomoc w ustalaniu listy zakupów, nauka sprzątanania domu, pomoc dzieciom w odrabianiu lekcji. Najczęściej moja współpraca była prowadzona z wychowawcami dzieci, kuratorami sądowymi i społeczniczymi, sąsiadami oraz dalszą i bliższą rodziną. Najważniejsze jest to, aby osoba chora psychicznie nie odczuwała swojej choroby, aby nie czuła się gorsza od innych ludzi. Co do emocji to są one bardzo różne, począwszy od euforii, która pojawia się razem ze szczęściem osoby chorej, a skończywszy na złości i bezradności, gdy coś się nie uda". (36, 7)</p>	<p>i tak zrobią po swoim. Pracując z osobą psychicznie chorą staram się przede wszystkim widzieć człowieka ze wszystkimi jego potrzebami, które analizuje poprzez pryzmat jego choroby" (62, 40).</p> <p>„Wsparcie to głównie rozmowa, praca socjalna polegająca na pokazaniu możliwości w środowisku. Brak jest psychiatry w środowisku zamieszkania, co stanowi problem w sytuacji, gdy istnieje potrzeba np. leczenia, a zainteresowany nie wyraża na to zgody. Skierowanie sprawy do sądu to ostateczność, w której długo oczekuje się na rozwiązanie" (56, 30)</p>	<p>„Pomocne jest dostosowanie się do poziomu rozmówcy, proponowanie a nie narzucanie zmian, przedstawianie pozytywnych zmian i motywowanie do podejmowania działań naprawczych" (34, 5)</p> <p>„Podejmowałam próby zmotywowania takiej osoby do podjęcia działań w tym kierunku, podjęcia terapii, szczerzej rozmowy takiej osoby z najbliższymi, prowadziłam rozmowy, aby ta osoba sama ujrzała, że warto korzystać ze wsparcia innych osób, specjalistów, bo czułam, że jest w tej osobie potencjał, ale opór zwyciężał a może strach, że coś ze mną jest nie tak", wtedy czułam niemoc" (41, 6)</p> <p>„Na co dzień pracuje z chorymi jako pracownik socjalny w dps dla chorych psychicznie. Pomagam im w racjonalnym gospodarowaniu środkami finansowymi, w rozwiązywaniu spraw urzędowych, a czasami wspólnie robimy zakupy.</p> <p>W pracy z chorymi ważny jest dystans do chorego i stawianie mu granic. Często rozmawiając z nimi formułuję krótkie zdania, które</p>	<p>„Emocje, które mi towarzyszą w pracy z takimi osobami to często taka bezradność w stosunku do nieudolnego systemu opieki i dostępności do specjalistów z zakresu psychiatrii, szczególnie psychiatrii dziecięcej. Rodzice dzieci z chorobami psychicznymi są często pozostawieni sami sobie, mają utrudniony dostęp do specjalistów. Psychiatria dziecięca w Polsce niestety jest na bardzo niskim poziomie" (55, 30)</p> <p>„Osobie chorej proponowałam, naklaniałam do systematycznego leczenia. Występowałam do sądu o leczenie bez zgody oraz umieszczenie w dps (bez zgody). Kontaktowałam się z rodziną oraz lekarzem psychiatrą. Aby praca przynosiła efekty konieczne jest współdziałanie kilku instytucji. Potrzebna jest współpraca ze szpitalem. Szpital nie informuje o planowanym wypisie pacjenta, mimo że to pracownik socjalny wnioskował o hospitalizację i systematycznie kontaktował się z personelem medycznym. Emocje towarzyszące mi podczas pracy z takimi pacjentami to bezradność, poczucie braku sprawczości" (31, 6)</p>

Kierowanie do innych profesjonalistów lub innych instytucji zajmujących się osobami chorującymi psychicznie	Praca polegająca na wysłuchaniu, rozmowie	Przyjęcie bądź też wypracowanie szczególnego sposobu pracy	Potrzeba dostępności psychiatry i zwracanie uwagi na specyfikę współpracy pracownika socjalnego z psychiatrą
		są dla nich zrozumiałe. Efekty pracy trudno ocenić. Jestem opiekunem prawnym młodego chłopaka, który mieszka w placówce. Moim małym sukcesem pracy z nim było wspólne rozwiązywanie problemów, uświadomienie mu, że systematyczne leczenie daje efekty w funkcjonowaniu, podczas wykonywania czynności dnia codziennego i pozwala na niezaciąganie kredytów w różnych bankach na podstawie pobieranej renty” (38, 10)	„W mojej pracy z osobami chorymi psychicznie dużo czasu poświęcam na rozmowę z osobą chorą oraz z jej rodziną. Współpracuję z psychiatrami. W ostateczności podejmowane są działania mające na celu umieszczenie takiej osoby w szpitalu psychiatrycznym bez jej zgody” (31, 6)

Źródło: badania własne.

Analiza refleksji na temat postrzegania edukacji w zakresie pracy z osobami chorującymi psychicznie pozwoliła na wyróżnienie trzech kontekstów przygotowania badanych pracowników socjalnych. Pierwszy z nich został określony jako odpowiedni poziom przygotowania do pracy (ocena dotychczasowej edukacji jako wystarczającej). Kolejny kontekst obrazował poczucie niedosytu przygotowania zawodowego. Ostatni z wyróżnionych kontekstów akcentował rolę przygotowania praktycznego w pracy z osobami chorującymi psychicznie. W żadnym z analizowanych kontekstów badani nie wymienili nazwy przedmiotów związanych z pracą z osobami chorującymi psychicznie. W przypadku powoływania się na zajęcia z tego zakresu nie wskazali na szczegółowe treści, które były realizowane. Badani nie precyzowali też w jak długich szkoleniach brali udział. Jedynie jedna osoba podała organizatora szkolenia. Wśród źródeł wiedzy, poza szkoleniami, których specyfika była jedynie ogólnie nakreślona, badani wskazywali na studia, wymianę doświadczeń z innymi, internet oraz praktyki na oddziałach psychiatrycznych. Dla badanych ważną rolę w przygotowaniu do analizowanego obszaru pracy odgrywała praktyka działania na rzecz osób chorujących psychicznie. Szczegółowe wypowiedzi zostały zobrazowane w tabeli 3.

Tabela 3. Przygotowanie do pracy z osobami chorującymi psychicznie w opiniach pracowników socjalnych

Odpowiedni poziom przygotowania do pracy (ocena dotychczasowej edukacji jako wystarczającej)	Niedosyt przygotowania zawodowego	Istotna rola przygotowania praktycznego
<p>„Byłam przygotowywana do pracy z osobami chorującymi psychicznie. Miałam na studiach przedmiot: schizofrenia. Miałam też szkolenie na temat pracy z osobami ze schizofrenią”. (45, 3)</p> <p>„Odbyłam szkolenie z zakresu pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi, jak również na studiach były zajęcia dotyczące chorób psychicznych”. (34, 5)</p> <p>„Posiadam odpowiednie przygotowanie do pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi (kurs i staż na oddziale psychiatrycznym). Mam dobry kontakt z osobami chorymi psychicznie i nie mam obaw w związku z taką pracą”. (45, 25)</p> <p>„Nie mam obawy w związku z pracą z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Ukończyłam szkolenie przygotowujące do takiej pracy (organizowane przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej). Trwało ono tydzień”. (50, 21)</p> <p>„Podczas studiów poznałam cały przekrój jednostek, które świadczą pomoc osobom chorującym psychicznie”. (31, 6)</p>	<p>„Bywałam na konferencjach i szkoleniach, ale to niewiele, za mało, bym czuła się pewnie”. (37, 9)</p> <p>„Na stanowisku opiekunki środowiskowej, odbywałam „praktyki” na oddziale psychiatrycznym i niesamowicie bałam się ludzi agresywnych, nie wiedziałam co może mnie spotkać z ich strony, potem dostrze-głam, że najbardziej agresywni faszzerowani byli lekami, które powodowały u nich spowolnienie, wykrzywianie ciała, ogólny paraliż. Jako pracownik socjalny, podczas wywiadów z takimi osobami zawsze mam wielkie obawy i towarzyszy mi strach”. (44, 20)</p> <p>„W trakcie studiów to nie pamiętam dokładnie czy czegoś się dowiedziałam odnośnie pracy z osobami chorującymi psychicznie (...) Odbyłam kilka szkoleń jak pracować z takimi osobami. Szkolenia były realizowane ze środków unijnych. Na pewno było ich o wiele za mało.” (38, 10)</p> <p>„W mojej dotychczasowej pracy miałam jedynie szkolenia dotyczące pracy z osobami chorującymi psychicznie. Niestety to, co było na szkoleniu nie przygotowało mnie na rzeczywisty kontakt”. (31, 6)</p> <p>„Uważam, że w trakcie mojej nauki nie przywiązywało się dużo wagi do pracy z ludźmi z zaburzeniami, temat był potraktowany pobieżnie”. (38, 15)</p> <p>„Byłam na kilku szkoleniach z zakresu pracy z osobami chorymi psychicznie ale dotyczyły one głównie schizofreników w DPS-ach i w efekcie nie przydały mi się w pracy zawodowej. W szkole i na studiach uczyliśmy się psychiatrii w jakimś ogólnym zarysie ale można było się ogólnie zorientować w temacie.</p>	<p>„Tak naprawdę to dopiero praca z osobami psychicznie chorymi i codzienna praktyka zdobyta podczas współpracy z ludźmi chorymi są w stanie nauczyć i przygotować do dalszej pracy”. (36, 7)</p> <p>„Na początku pracy zawodowej nie byłam przygotowana do pracy z osobami chorymi psychicznie. (...) Obecnie w pracy wymieniamy doświadczenia, wspieramy się i służymy sobie pomocą. Szukam także informacji w Internecie. Nie mam obaw w związku z pracą z osobami chorymi”. (55, 30)</p> <p>„Bezpośrednio pracuję z trzema osobami zanurzonymi psychicznie, wiedzę czerpiąc z ukończonych studiów. (...) Dużo uczę się poprzez pracę, nowe doświadczenia nowe wyzwania. Kiedyś jedna z kobiet, która choruje na schizofrenię powiedziała mi, że psychiatra potwierdził to, co ja jej wcześniej mówiłam”. (41, 6)</p> <p>„Kształciłam się do pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi, lecz teoria wykładów - to jedno, a praca w środowisku - to drugie”. (56, 30)</p>

Odpowiedni poziom przygotowania do pracy (ocena dotychczasowej edukacji jako wystarczającej)	Niedosyt przygotowania zawodowego	Istotna rola przygotowania praktycznego
	Miałam też zajęcia lustracyjne na oddziale szpitala psychiatrycznego i to dało nam najwięcej. Staram się też dużo czytać'' (62, 40)	

Źródło: badania własne.

Podsumowanie

Najważniejszą trudnością tworzenia systemu wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest bariera aksjologiczno-świadomościowa, składająca się z wartości i wiedzy. Obserwuje się deficyty wiedzy w zakresie zagrożeń i sposobów wzmacniania zdrowia psychicznego, stereotypowe wyobrażenia na temat osób chorujących psychicznie, a także postawy ujawniające ich stygmatyzację (Moskalewicz, Kiejna, Wojtyniak 2015: 271).

Prezentowane wyniki badań ujawniły występowanie wszystkich komponentów stygmatyzacji zarówno w postrzeganiu osoby chorującej psychicznie, jak i jej zachowania, przy czym w zakresie zachowania etykietyzacja wydaje się silniejsza.

Nurt działań pomocowych polegających na kierowaniu do innych specjalistów można zawrzeć w sformułowaniu „towarzyszenie”. Badani pracownicy socjalni podawali konkretne przykłady czynności podejmowanych na rzecz osób chorujących psychicznie oraz wskazywali specjalistów, z którymi współpracują. Podkreślali rolę psychiatry, jednocześnie wskazywali na potrzebę szerszego dostępu do opieki psychiatrycznej, w tym psychiatrii dziecięcej. Bezradność i poczucie braku sprawczości, ujawnione w badaniach, raczej stanowiły niewyraźne tło, niż dominowały wśród emocji badanych.

W narracjach badanych pracowników socjalnych wybrzmiewa też wątek rozmowy polegającej bądź na wysłuchaniu bądź też na pokazaniu możliwości tkwiących w środowisku osób chorujących psychicznie. Badani przyjmowali właściwe dla siebie podejście do osób z zaburzeniami psychicznymi. Trudno ujrzeć w ich wypowiedziach stosowanie zwartych i jednakowych zadań. Jest to raczej kompozycja różnych aktywności, z którą identyfikuje się konkretny pracownik. Wszyscy badani podkreślali rolę psychiatry i wagę aktywnej współpracy w pracy socjalnej z osobami zaburzonymi psychicznie.

W odniesieniu do edukacji w zakresie pracy z osobami chorującymi psychicznie badani deklaruowali odpowiedni poziom przygotowania zawodowego nawet w oparciu jedynie o realizację jednego przedmiotu w trakcie studiów lub jednego szkolenia. Poczucie pobieżnie realizowanych treści w trakcie szkoleń i studiów

oraz obawy na poziomie emocjonalnym przed kontaktem z osobami chorującymi psychicznie wybrzmiewają dość mocno z wypowiedzi badanych. Pomimo, że czują oni niedosyt wiedzy z tego zakresu, jedynie nieliczni czytają, niedookreślając co jest przedmiotem ich zainteresowania. Akcentują wagę przygotowania praktycznego, działania w obszarze zdrowia psychicznego jako warunku koniecznego podczas rozwoju zawodowego w tym zakresie.

Biorąc pod uwagę prezentowane charakterystyki można przyjąć pewnego rodzaju wskazówkę dla pracowników socjalnych zachęcającą do większego krytycyzmu w odniesieniu do postrzegania własnych kompetencji w pracy z osobami chorującymi psychicznie oraz intensywniejszej spostrzegawczości w ich obserwacji. Ukute w psychologii i psychiatrii spostrzeżenie, że „diagnozy tkwią w umysłach obserwatorów”, ostrzega przed skłonnością dopatrywania się u osób obserwowanych symptomów potwierdzających „wizerunek” osoby o określonym zaburzeniu. Doszukiwanie się podejrzanego choroby może być wówczas przejawem ukierunkowania obserwacji pod kątem sformułowanej diagnozy (Podgórska-Jachnik, Pietras, 2014). Prezentowane wyniki badań mogą stanowić inspirację do zrozumienia sposobu postrzegania chorych psychicznie przez pracowników socjalnych. Stygmatyzacja chorych może powodować określone zachowanie wobec nich, utrudniające zrozumienie ich funkcjonowania i skuteczną pomoc. Ujawnione w badaniach podejście do edukacji w analizowanym obszarze nie sprzyja dociekaniu fenomenów życia osób chorujących. Prezentowane wyniki badań mogą być traktowane jako punkt wyjścia do dalszych pogłębionych eksploracji prezentowanego zagadnienia.

Zasadnym postulatem wydaje się poszerzenie oferty dla pracowników socjalnych z zakresu wiedzy psychoterapeutycznej oraz kształtowania umiejętności identyfikacji własnych zasobów w pracy pomocowej z osobami chorującymi psychicznie, włączenie do ich procesu kształcenia specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym (Krawczyk 2020), a także umocnienie oferty zajęć praktycznych przygotowujących do tego obszaru pracy.

Bibliografia

- Carpenter J. (2002), *Mental Health Recovery Paradigm: Implications for Social Work*, *Health & Social Work*, 27(2): 86–94, <https://doi.org/10.1093/hsw/27.2.86>.
- Jackowska E. (2009), *Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne*, *Psychiatria Polska*, 43, 6: 658–665.
- Jarkiewicz A.B. (2016), *Medykalizacja pracy socjalnej w obszarze działania z osobami zaburzonymi psychicznie*, *Annales UMCS*, 24(1): 237–249.
- Kaszyński H., Maciejewska O. (2016), *Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Rekomendacje dla kształcenia w „nowej specjalizacji*, *Zeszyty Pracy Socjalnej*, 21(4): 161–176, doi: 10.4467/24496138ZPS.16.010.6533.

- Krawczyk R. (2020), *Wybrane aspekty relacji pomocowej w pracy socjalnej z osobami z zaburzeniami psychicznymi*, *Annales UMCS*, 33(1): 219–233, doi: <http://dx.doi.org/10.17951/j.2020.33.1.219-233>.
- Leszto S., Witusik A., Pietras T. (2013), *Terapia pedagogiczna dorosłych. W psychiatrii i w medycynie somatycznej. Ujęcie psychologiczne, biomedyczne i aksjologiczne*, Naukowe Wydawnictwo Piotrkowskie, Piotrków Trybunalski.
- Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B. 2012 (red.), *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*, www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_1_2015/5Kiejna_PsychiatrPol2015v49i1.pdf, (dostęp: 21.08.2021).
- Pauli J., Włoch A. (2012), *Standardy usług. Podręcznik instruktażowy*, WRZOS, Warszawa.
- Podgórska-Jachnik D., Pietras T. (2014), *Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.
- Statystyka za rok 2019 – Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej – Portal gov.pl, www.gov.pl (dostęp: 11.01.2021).
- Trawkowska D., Frąckowiak-Sochańska M. (2017), *Problemy w funkcjonowaniu systemów wsparcia medycznego i społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi – wnioski z analizy na przykładzie województwa wielkopolskiego*, *Annales UMCS*, 30(4): 207–229.
- Trojańska M. (2018), *„Otwarty dialog” – środowiskowy model wsparcia osób w kryzysach psychicznych i ich rodzinie*, *Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej* 30: 222–233.
- Wciórka J. (2010), *Psychopatologia: objawy i zespoły zaburzeń psychicznych [w:] Psychiatria. Podstawy psychiatrii*, red. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, t. 1, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 305–398.
- Wong S.E. (2014), *A Critique of the Diagnostic Construct*, *Research on Social Work Practice*, 24(1), doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1049731513505152>.
- Żyra M., Salwa U. (2019), *GUS: zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2018.pdf*, Warszawa–Kraków.