

*Anna Jarkiewicz**

Możliwości działania pedagoga społecznego w obszarze problematyki chorób i zaburzeń psychicznych – na przykładzie psychiatrii środowiskowej

Wstęp

Jako studentka pedagogiki społecznej często spotykałam się z pytaniem znajomych: „kim właściwie jest pedagog społeczny?”. Większość z nich automatycznie wiązała wybrany przeze mnie kierunek studiów z pracą z dziećmi. Każdego musiałam więc wyprowadzać z błędu, próbując wyjaśnić, że pedagog społeczny to nie to samo, co wychowawca w przedszkolu ani tym bardziej – nauczyciel w szkole. Najtrudniejszy dla nich do zrozumienia był jednak fakt, że pedagog społeczny wcale nie musi pracować z dziećmi. Z powyższymi wątpliwościami stykałam się nie tylko ja, lecz także inne osoby z mojego rocznika. Obecnie, z ciekawości zadaję moim studentom pytanie, jakie są reakcje ich znajomych, kiedy dowiadują się, że studiują pedagogikę społeczną. Zadziwiająca jest to, że niewiele w tej kwestii się zmieniło. Większość osób nadal nie ma pojęcia, kim jest pedagog społeczny i czym się zajmuje. Jest to dość smutna sprawa, biorąc pod uwagę tradycję tej (sub)dyscypiny naukowej. Trudno się jednak dziwić, gdy nasi absolwenci nie są zatrudniani na stanowisku pedagoga społecznego¹, bo takie w tej chwili nie istnieje, ale np. jako wychowawca, kurator czy asystent rodziny.

W niniejszym tekście chciałabym przybliżyć jedną z wielu możliwości pracy dla pedagoga społecznego oraz wskazać na perspektywy, jakie niesie ze sobą jego

* Uniwersytet Łódzki, Wydział Nauk o Wychowaniu, Katedra Pedagogiki Społecznej.

¹ Warto w tym miejscu dodać, że w Polsce nie istnieje na rynku pracy stanowisko pracy pedagoga społecznego (w odróżnieniu od niektórych państw europejskich, takich jak np. Niemcy czy Łotwa), co z pewnością przyczynia się do słabej rozpoznawalności tej profesji. Pedagodzy społeczni do roku 2012 często byli zatrudniani jako pracownicy socjalni, co nie jest już możliwe po zmianie ustawy traktującej o zawodzie pracownika socjalnego.

zatrudnienie w instytucjach typu szpital psychiatryczny, oddziały dzienne czy np. środowiskowe domy samopomocy dla osób z problemami psychicznymi. Celem artykułu jest podkreślenie ważności i zwrócenie uwagi na rolę pedagoga społecznego w polu problematyki związanej z zaburzeniami psychicznymi. Warto dodać, że aktualnie nie istnieje na rynku pracy takie stanowisko jak pedagog społeczny, co z pewnością przyczynia się do słabej rozpoznawalności tej profesji. Pedagodzy społeczni, od roku 2012, czyli do momentu wejścia ustawy, byli zatrudniani jako pracownicy socjalni, co obecnie nie jest już możliwe. Zostawiając w tej chwili na boku dyskusję na temat jakości i sensowności tych zmian, pragnę omówić możliwości, kompetencje i ograniczenia pedagoga społecznego zatrudnionego w instytucjach o profilu psychiatrycznym. Pozostają jednocześnie z nadzieją, że w niedalekiej przyszłości „pedagog społeczny” pojawi się jako stanowisko, a nie tylko kierunek studiów.

Niestety, w tekście nie zabraknie tzw. „myślenia życzeniowego”, ponieważ opisywany przeze mnie obszar jest zdominowany przez profesję lekarską, której reprezentanci nierzadko deprecjonują dokonania i możliwości przedstawicieli innych specjalizacji.

Podstawą prezentowanych wniosków są własne doświadczenia w pracy w tego typu instytucjach² oraz refleksja nad praktyką w obszarze psychiatrycznym.

Pedagog społeczny – czyli kto?

Pedagog społeczny, w instytucjach adresujących pomoc do osób z zaburzeniami psychicznymi, przed zmianą regulacji dotyczących zatrudniania na stanowisku pracownika socjalnego, był zazwyczaj angażowany do tej roli. Był odpowiedzialny za kwestie socjalno-bytowe. W praktyce oznacza to najczęściej, że zajmuje się pomocą w nabyciu przez pacjenta uprawnień do różnych świadczeń finansowych (typu renta) bądź opiekuńczych. Poprzez złożoną biurokrację i masę dokumentów, które towarzyszą tym działaniom, wielu psychiatrów, psychologów, pielęgniarek kojarzyło pracownika socjalnego z osobą, która ma kompetencje i możliwości, by zajmować się tylko tego typu sprawami. Sam Jankowski (1975) przyznał, że przez wiele lat identyfikował pracowników socjalnych jako „Panie od papierków”, których istota pracy pozostawała dla niego tajemnicą. W instytucjach o profilu psychiatrycznym pokłosie tego myślenia jest nadal żywe, co w znaczący sposób degraduje rolę pedagoga społecznego i możliwości rozwoju pracy socjalnej/społecznej realizowanej w tym obszarze działania. W przypadku

² Zanim podjęłam pracę na Uniwersytecie byłam stażystką w dziennym oddziale psychiatrycznym, ponadto przez wiele lat pracowałam jako opiekunka specjalistyczna dla osób z zaburzeniami psychicznymi, a w okresie studiów byłam wolontariuszką w jednym ze środowiskowych domów samopomocy dla osób chorujących na schizofrenię.

wspomnianego Jankowskiego zmiana w sposobie postrzegania „Pań od papierków” była związana z osobistymi doświadczeniami, które przekształciły jego tok rozumowania nie tylko w kwestiach związanych z pracą społeczną, lecz także generalnie z całą psychiatrią, co jest odzwierciedlone w tytule jego publikacji *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej*.

Od czasów Jankowskiego w obszarze instytucji psychiatrycznych zaszło wiele zmian, ale trudno mówić o spektakularnych przemianach w sprawie roli pracy społecznej. Nadrzędną pozycję w polskiej scenarii psychiatrycznej w prowadzeniu tzw. „przypadku” pełni lekarz psychiatra, co mocno przeciąga linię w stronę podejścia medycznego. Na nieco lepszej pozycji od pedagoga społecznego jest psycholog, którego praca, jak wynika z moich obserwacji, nazbyt często zamiast eksponować i przemyślać wątki humanistyczne, sympatyzuje z medycyną i idzie w kierunku klinicznym³. Wszystko to sprawia, że podejścia środowiskowe, których naturalnym reprezentantem jest pedagog społeczny i dokonywana przez niego społeczna diagnoza, która powinna być ukierunkowana na zrozumienie przeżyć i doświadczeń pacjenta, jest bagatelizowana i nie jest traktowana jako klucz do rozszyfrowania obecnej sytuacji osób zgłaszających się po pomoc. Schock, Clay i Cipani⁴ zanotowali wiele przypadków, w których trafna diagnoza niemedyczna pozwoliła na przeprowadzenie skutecznej interwencji i minimalizację bądź całkowite wyeliminowanie zachowań symptomatycznych u pacjentów ze zdiagnozowaną psychozą. Jeden z nich dotyczy mężczyzny (42 lata), u którego rozpoznana została schizofrenia paranoidalna. Miał on za sobą wiele hospitalizacji i pobyków w różnych instytucjach świadczących pomoc dla osób chorujących psychicznie. Wśród wielu zachowań, które uznane zostały za symptomatyczne, było przekonanie mężczyzny, że został stworzony z brudu i jego przeznaczeniem jest stopnienie. Jego przeświadczenie sprowadzało się do odmowy wzięcia kąpieli. Psychiatrzy postrzegali zachowania pacjenta w kategoriach medycznych jako typowe dla symptomów psychotycznych. Próbowali zaradzić problemowi, koncentrując wysiłek na właściwym doborze środków farmakologicznych. Tymczasem w rozmowie z pracownikiem socjalnym pacjent ujawnił, że w przeszłości miał operację ramienia, w którym nadal czuje ból, co uniemożliwia mu wykonywanie wielu ruchów. Pracownik połączył te dwa fakty – odmowę kąpieli z doświadczaniem bólu – i zaproponował korzystanie z prysznica. Jego diagnoza okazała się celna. Lekarze, którzy skupili się na poszukiwaniu wyjaśnień biomedycznych, nie mogli

³ Na temat różnych podejść w kwestiach związanych z zaburzeniami psychicznymi zob. A. Jarkiewicz, *Spoleczno-kulturowe uwarunkowania choroby psychicznej – komunikat z badań*, [w:] J. Szymanowska (red.) *Ewaluacja w pracy socjalnej. Badanie, kształcenie, praktyka*, Wyd. Impuls, Kraków 2012, s. 425–435.

⁴ K. Schock, C. Clay & E. Cipani, *Making sense of schizophrenic symptoms: Delusional statements and behavior may be functional in purpose*, „Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry” 1998, 29, s. 131–141.

przez to dostrzec w pacjencie człowieka. Trudności ludzkie, takie jak w opisanym przypadku, które naukowo zostają przekształcone w jednostki chorobowe⁵, ograniczają możliwości aplikacji innych podjęć, np. środowiskowych, co zmniejsza efektywność pracy i rodzi pytanie o jej sens. Szasz w wielu swoich publikacjach zwraca uwagę na zagrożenia wynikające z sprowadzania człowieka do biologii, co czyni wielu psychiatrów⁶. Tego typu redukcja świadczy o postępującym procesie dehumanizacji, któremu powinien się sprzeciwiać pedagog społeczny/pracownik socjalny⁷.

Ze wspomnień praktyka – pedagoga społecznego

Kolejny paragraf, którego podstawą są moje doświadczenia jako wolontariuszki, stażystki i pracownika, dotyczyć będzie codziennej pracy pedagoga społecznego w instytucjach o profilu psychiatrycznym. Należy pamiętać, że zawarte poniżej obserwacje są subiektywną ich oceną i mam świadomość, że doświadczenia innych osób pracujących w analogicznych placówkach mogą być inne.

Praca w obszarze związanym z psychiatrią była moim marzeniem dużo wcześniej zanim wybrałam kierunek studiów. Nie byłam w stanie wyobrazić sobie siebie w roli lekarza, ponieważ, odkąd pamiętam, szeroko rozumiana praca w środowisku, daleka od kontekstu szpitalnego, a nawet stanowiąca jego totalne zaprzeczenie, pociągała mnie. Bardziej od „uzdrowienia” w sensie medycznym interesowało mnie to, co dzieje się później z człowiekiem, kiedy przestaje już być pacjentem i musi radzić sobie w codziennym życiu wśród innych ludzi, z negatywnie kojarzącą się etykietą osoby chorej bądź zaburzonej psychicznie. Gdy usłyszałam, że na każdym oddziale istnieje „społeczność” jako metoda pracy z grupą, że cały personel bierze udział w obchodzie i podczas zebrań dyskutuje się na temat przypadków pacjentów oraz wspólnie omawia dalsze kroki, byłam

⁵ T. Szasz, *Insanity: The idea and its consequences*, John Wiley & Sons, New York 1990, s. 167.

⁶ T. Szasz, *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*, Harper & Row, New York 1961; tenże, *Liberation by oppression: A comparative study of slavery and psychiatry*, Transaction, New Brunswick 2002; tenże, *Psychiatry: The science of lies*, Syracuse University Press, New York 2008.

⁷ Zob. D. Cohen, *A critique of the use of neuroleptic drugs in psychiatry*, [w:] S. Fisher & R. G. Greenberg (red.), *From placebo to panacea: Putting psychiatric drugs to the test* (pp. 173–228), John Wiley, New York 1997; M. Harrow, T. H. Jobe, *Factors involved in outcome and recovery in schizophrenic patients not on antipsychotic medications: A 15-year multifollow-up study*, „The Journal of Nervous and Mental Disease” 2007, 195, s. 406–414; J. Hegarty, R. J. Baldessarini, M. Tohen, C. Waternaux, G. Oepen, *One hundred years of schizophrenia: A meta-analysis of the outcome literature*, „American Journal of Psychiatry” 1994, 151, s. 1409–1416; R. Whitaker, *Anatomy of an epidemic: Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*, Crown Publishers, New York 2010.

pewna, że szpital psychiatryczny to miejsce stworzone dla mnie jako pedagoga społecznego. Mój młodzieńczy entuzjazm szybko zderzył się z rzeczywistością, kiedy w trakcie jednego zebrania, próbując przybliżyć trudną sytuację życiową jednego z pacjentów, która według mnie mogła mieć istotne znaczenie dla jego stanu zdrowia, usłyszałam: *Kwestie socjalne są najłatwiejsze do rozwiązania, więc może w tej chwili zajmiemy się odpowiednim doborem leków*⁸. Udział całego personelu w obchodach równie szybko przestał być elementem, który wcześniej postrzegałam jako przyczyniający się do budowania wyobrażenia o nas jako jednym zespole. Osobą prowadzącą był zawsze lekarz. Każdemu z pacjentów zadawał pytanie: *Jak się Pan(i) czuje?* Po krótkiej odpowiedzi szedł dalej. „Społeczność” na „moim” oddziale⁹ trwała nie dłużej niż godzinę i czasami trudno było nie odnieść wrażenia, że jej organizowanie nie ma nic wspólnego z przekonaniem o jej efektywności, ale z realizacją punktu w programie, który stanowi obowiązek zarówno dla pacjentów, jak i personelu. O niczym istotnym w trakcie jej trwania się nie mówiło. Większość pacjentów ograniczała swoją wypowiedź do sformułowania: *Czuję się lepiej, lubię swojego lekarza, nie mam żadnych zastrzeżeń.*

Nie inaczej było w instytucjach, które teoretycznie działały zgodnie z założeniami tzw. psychiatrii środowiskowej. Owszem pewne zadania i działania były realizowane odmiennie, na przykład wspomniana wcześniej społeczność, ale pomimo drobnych różnic nadrzędną pozycję nadal zajmował lekarz, co w znaczący sposób medykaliżowało charakter pracy i ograniczało możliwości rozwoju innych podejść, w tym przede wszystkim środowiskowych czy społecznych.

Psychiatria środowiskowa – przestrzeń dla pedagoga społecznego?

Kolejną część niniejszego artykułu poświęcę prezentacji możliwości, które niesie ze sobą obecność reprezentanta podejścia społeczno-pedagogiczno-środowiskowego w miejscach pracy, które obecnie są zdominowane przez kontekst medyczny/psychiatryczny. Ma to na celu zwrócenie uwagi na wykorzystanie

⁸ Wypowiedź lekarza psychiatry.

⁹ Słyszałam, że na innych oddziałach „społeczność” wygląda zupełnie inaczej. Za wzór stawiany był zawsze jeden z nich, ale niestety, nie miałam okazji w nim uczestniczyć. Jako wolontariuszka natomiast brałam udział w „społeczności” w jednym ze środowiskowych domów samopomocy (ŚDS). Bardzo różniła się ona od tej, której doświadczyłam w szpitalu. Jej uczestnicy byli bardzo zaangażowani, ich opinie i sugestie miały istotny wpływ na dalszą orientację działania. W „społeczności” w ŚDS-ie nie brał udziału lekarz, ale byli obecni psycholog, pracownik socjalny, kierownik ŚDS-u. Być może obecność psychiatry usztywnia niekiedy dyskusję. Osoby, które są bądź były pacjentami „psychiatrycznymi”, czują zbyt dużą zależność od niego i w związku z tym stają się powściągliwi w jego obecności. Zmiany formy kontaktu doświadczyłam nie raz. Pacjent, z osoby żartującej, czującej się swobodnie w obecności np. pracownika socjalnego, zmieniał się bardzo, kiedy pojawiał się lekarz. Przystawał być rozluźniony, a w skrajnych przypadkach stawał niemal na baczność.

potencjału i kompetencji pedagogów społecznych w ramach istniejących już struktur i podejść¹⁰.

Naturalnym wyborem dla pedagoga społecznego powinno być postulowanie pracy w obszarze psychiatrycznym zgodnej z ideami psychiatrii środowiskowej¹¹. Na uwagę pedagoga społecznego zasługuje szereg założeń tego podejścia, które dają szerokie spektrum realizowania działań społeczno-pedagogicznych. Na pierwszy plan wysuwa się podkreślenie istoty środowiska. W psychiatrii środowiskowej głównym układem odniesienia jest środowisko, rozumiane jako pewna wspólnota czy społeczność lokalna, której potencjał, przynajmniej w początkowych założeniach, miał być skierowany na promowanie, profilaktykę i podtrzymywanie dobrej kondycji psychicznej wśród jej członków. Ten postulat, jak zauważa Wciórka¹², nie udało się z pełnym powodzeniem wdrożyć w życie, czego przyczyn, wspomniany autor, upatruje m.in. w zbyt szerokim rozumieniu zakresu psychiatrii środowiskowej. Nie oznacza to jednak, że wprowadzenie do zespołu specjalisty pracy w środowisku – pedagoga społecznego – nie mogłoby skutkować powrotem do tej idei i osiągnięciem sukcesu.

Ważnym aspektem psychiatrii środowiskowej, zbieżnym z jedną z podstawowych zasad działania pedagogów społecznych, jest kładziony w niej nacisk na profilaktykę.

Ten wątek podkreśla przekonanie, że lepiej zapobiegać zaburzeniom psychicznym niż potem z wielkim nakładem wysiłku i kosztów je leczyć. Przesuwa on punkt ciężkości zadań psychiatrii na wydarzenia i okoliczności poprzedzające pojawienie się choroby, jej nawrotu lub niesprawności życiowej¹³.

W psychiatrii środowiskowej profilaktyka jest ukierunkowana na trzy grupy: całe społeczeństwo, osoby i rodziny zagrożone wykluczeniem z uwagi na problem choroby psychicznej, np. w okresie rekonwalescencji, oraz grupy osób i ich rodziny aktualnie doświadczające problemu choroby.

¹⁰ Nieco bardziej radykalne i krytyczne podejście, odnoszące się do kwestii znaczenia i roli pedagoga społecznego w szeroko zakreślonym polu psychiatrycznym zob. A. Jarkiewicz, „Zaburzenie psychiczne” w polu działania pracownika socjalnego, „Praca Socjalna” 2016, 2, s. 52–69.

¹¹ Psychiatria środowiskowa (*community psychiatry*) to współczesny kierunek psychiatrii wykorzystujący lokalne środowisko w działaniach profilaktycznych, leczeniu i rehabilitacji zaburzeń psychicznych. Opiera się przede wszystkim na takich naukach, jak: psychiatria społeczna (Z. Falicki, *Psychiatria społeczna*, PZWL, Warszawa 1975), psychologia społeczna, socjologia zajmująca się procesami zachodzącymi w lokalnych społecznościach. W niektórych naukach, np. w socjologii, psychiatria środowiskowa zaczęła rozwijać się zupełnie niezależnie od samej psychiatrii, a czasem nawet w opozycji do niej.

¹² J. Wciórka, *Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2000, 9.

¹³ Tamże, s. 320.

W stosunku do całego społeczeństwa stosowane są następujące działania profilaktyczne¹⁴:

- 1) ocena potrzeb zdrowotnych, postaw i problemów mieszkańców;
- 2) wykrywanie grup zwiększonego ryzyka;
- 3) działalność szkoleniowa i konsultacyjna wobec lokalnych placówek medycznych, a także przedstawicieli zawodów niemedyceńskich, którzy mogą mieć istotny wpływ na losy osób dotkniętych schorzeniem psychicznym;
- 4) poznanie zasobów (ludzkich, organizacyjnych, lokalowych, ekonomicznych), które można byłoby wykorzystać w realizacji programów ochrony zdrowia psychicznego;
- 5) opracowanie planów i sposobów realizacji działań z zakresu problemów psychiatrii środowiskowej we współpracy z przedstawicielami miejscowej społeczności.

Dla osób z drugiej i trzeciej grupy, a więc rodzin zagrożonych wykluczeniem z uwagi na problem choroby psychicznej, np. w okresie rekonwalescencji, oraz dla grupy osób i ich rodzin aktualnie doświadczających problemu choroby psychiatrii środowiskowej proponuje następujące działania profilaktyczne:

- 1) leczenie i rehabilitację przywracającą pacjentowi zdolność do życia we własnym środowisku społecznym, a także powrót do pełnionych wcześniej ról społecznych – rodzica, pracownika itp.;
- 2) wnikliwą i ciągłą ocenę sytuacji pacjenta w rodzinie, miejscu pracy i szerszym środowisku społecznym, przeciwdziałanie niepomyślnemu przesunięciu socjokulturowemu i izolacji społecznej chorego;
- 3) udzielanie doraźnej pomocy w sytuacjach kryzysowych (*crisis intervention*) osobom, które doświadczyły szczególnie ciężkich zdarzeń, np. choroby psychicznej¹⁵.

Celem interwencji kryzysowej, której działania opierają się na opracowaniu strategii działania profesjonalnego i przygotowaniu „grup wsparcia”, jest niedopuszczenie do eskalacji problemu, którego jedną z konsekwencji może być zaburzenie struktury rodzinnej. Według zwolenników tego kierunku ten rodzaj pomocy ma ogromne znaczenie w procesie powrotu do zdrowia. Efektywność interwencji opiera się na założeniu, że człowiek w sytuacji uznawanej przez niego za trudną jest bardziej podatny na przyjęcie pomocy z zewnątrz i skłonny do nauki nowych sposobów radzenia sobie z problemem. Warunkiem skutecznej interwencji jest podjęcie działania bezpośrednio po sytuacji, która spowodowała kryzys

¹⁴ Por. T. Stańczakowa, *Psychiatria środowiska i organizacja ochrony zdrowia psychicznego*, [w:] A. Bilikiewicz, W. Strzyżewski (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, PZWL, Warszawa 1992, s. 429–430; Z. Bizoń, S. Dąbrowski, B. Pietrzykowska, *Psychiatria środowiskowa*, [w:] S. Dąbrowski, J. Jaroszyński, S. Pużyński (red.), *Psychiatria*, t. 3, PZWL, Warszawa 1989, s. 363.

¹⁵ Por. T. Stańczakowa, *Psychiatria środowiska i organizacja ochrony zdrowia...*

(np. rodzic jedzie do szpitala, pozostali członkowie rodziny nie wiedzą, jak radzić sobie z nową sytuacją, nie wiedzą, jak przekazać ten fakt dziecku, aby zminimalizować jego cierpienie, które i tak wystąpi na skutek rozłąki z rodzicem). Celem interwencji kryzysowej jest nie tylko uzyskanie doraźnej poprawy stanu psychicznego chorego, lecz także złagodzenie napięć w jego środowisku społecznym. Gdy wymagane jest dalsze leczenie, w proces ten należy włączyć osoby znaczące.

Niezwykle ważnym elementem psychiatrii środowiskowej jest system oparcia społecznego, którego szczególnym adresatem są osoby przewlekle chorujące psychicznie. W psychiatrii środowiskowej wyróżnia się trzy rodzaje systemów oparcia:

1. Naturalny, stanowiący sieć kontaktów społecznych, od których jednostka uzyskuje pomoc w codziennych trudnościach, a także pomoc i wsparcie w szczególnie trudnych dla niej sytuacjach życiowych. W skład naturalnego wsparcia wchodzi przede wszystkim rodzina, przyjaciele, dalsi krewni itp. Praktycznie każda osoba z niego korzysta. Brak naturalnego wsparcia źle rokuje w leczeniu schizofrenii, jak również w podeszłym wieku i przy zaburzeniach psychicznych – depresjach, nerwicach.

2. System oparcia w ramach instytucji. Niektóre wspólnoty religijne mogą tworzyć skuteczny system oparcia. Pozytywne rezultaty dostrzegalne są też w działalności takich instytucji, jak: stowarzyszenia społeczne, grupy samopomocy, kluby itp. W psychiatrii środowiskowej szczególnie ważną rolę odgrywają m.in. stowarzyszenia pacjentów i ich rodzin. W wielu krajach takie grupy stanowią skuteczną siłę nacisku, która podnosi efektywność świadczeń zdrowotnych. Osoby chorujące często same organizują własny system świadczeń zdrowotnych, oświatowych i zawodowych.

3. Środowiskowy system oparcia – instytucja plus osoby z rodzin dotkniętych problemem i społeczności lokalne – stanowi zorganizowaną działalność osób i instytucji, które są zobowiązane (bądź chcą pomóc) do udzielania pomocy osobom cierpiącym na przewlekle, prowadzące do obniżenia sprawności w funkcjonowaniu społecznym choroby i zaburzenia psychiczne¹⁶.

Przyjazne dla pedagoga społecznego założenia psychiatrii środowiskowej odnoszą się do współdzielenia odpowiedzialności, co realizowane jest poprzez podkreślanie idei partnerstwa nie tylko w relacji lekarz–pacjent, lecz także z osobami współtworzącymi zespół, a które dysponują różnym przygotowaniem zawodowym. „Sposobem realizowania nowych zasad kształtujących te relacje (np. demokracji, permissywności, partnerstwa, przyzwalania, zgody, realizmu, wspólnoty) była społeczność terapeutyczna i wielkie hasło odnowy postaw zawodowych”¹⁷. Ponadto wielostronność świadczeń, czyli realizacja zadań związanych

¹⁶ Tamże, s. 429–450.

¹⁷ J. Wciórka, *Psychiatria środowiskowa: idea, system...*, s. 321.

nie tylko z somatycznymi czy psychicznymi aspektami chorowania, lecz także społecznymi, których znaczenie było często marginalizowane przez przedstawicieli profesji medycznych. Wielokierunkowość oddziaływań podnosi rangę i istotę metod środowiskowych, których ekspertem jest pedagog społeczny. Psychiatria środowiskowa kładzie nacisk na zintegrowany model rozwiązywania problemów zdrowotnych, co daje szerokie pole do pracy zespołowej i współpracy między osobami z różnymi kompetencjami i różnym przygotowaniem teoretycznym.

Wątki środowiskowe, silnie eksponowane w psychiatrii środowiskowej, zwane socjocentryzmem, podkreślają ich rolę i znaczenie dla powstawania, przebiegu i dalszego losu osoby chorującej. Kontekst społeczny stanowi podstawowy układ odniesienia teoretycznego i praktycznego, a środowiskowe metody oddziaływania są integralną częścią programu leczenia. W zakresie tego działania rola pedagoga społecznego wydaje się oczywista. Pedagog społeczny posiadający specjalistyczne wykształcenie w kierunku diagnozowania uwarunkowań społecznych, w ramach tzw. diagnozy społecznej, jako członek zespołu terapeutycznego mógłby znacząco przyczynić się do zwiększenia efektywności pracy. Praca w środowisku jest dla pedagoga społecznego naturalnym polem praktyki. W toku studiów nabywa on wiedzę i umiejętności potrzebne do organizacji tego rodzaju działania. Wiele badań wskazuje, że pomijanie społecznych uwarunkowań sprawia, że psychiatria z proponowanym oddziaływaniem *stricte* medycznym znacząco zmniejsza skuteczność leczenia¹⁸. Szczególna wrażliwość pedagoga społecznego właśnie na ten kontekst uzasadnia jego obecność w zespole terapeutycznym.

Wyzwania w obszarze psychiatrii środowiskowej

W założeniach i proponowanych metodach pracy psychiatria środowiskowa wydaje się zbieżna z pedagogiką społeczną i tworząca przyjazną przestrzeń dla jej rozwoju oraz możliwości działania dla jej reprezentantów. Można pokusić się o stwierdzenie, że jej podwaliny były kładzione przez osoby z wrażliwością społeczno-pedagogiczną, bliską pedagogom społecznym. Ta bliskość spowodowała, że dla wielu reprezentantów tego kierunku, chcących związać swoją profesjonalną biografię z działalnością w obszarze psychiatrycznym, psychiatria środowiskowa może wydać się atrakcyjnym rozwiązaniem. To, że podejście to obecne jest w strukturach pomocy psychiatrycznej, nie oznacza jednak, że przyszli praktycy nie napotkają tu pewnych przeszkód czy wyzwań, których istnienia pedagodzy powinni być świadomi. Zostaną tu omówione niektóre z nich.

Pomimo sporego zainteresowania tym podejściem przez reprezentantów profesji medycznych i niemedyycznych obecnie trudno wskazać w Polsce

¹⁸ F. M. Stark, *Does social psychiatry have a future?*, "International Journal of Mental Health" 1998, 26, s. 3–26.

ośrodki, które w pełni rozwinęły i wdrożyły w życie postulaty psychiatrii środowiskowej. Instytucje, które już na poziomie nazwy sugerują preferowany styl pracy, często w praktyce gubią istotę tego podejścia na rzecz medycznego. Jest to widoczne na wielu płaszczyznach, np. języka, orientacji działania i struktury ważności oddziaływań. Praca zespołowa nadal stanowi duże wyzwanie, szczególnie w obszarze namysłu i orientowania działania, które w chwili obecnej mocno uprzywilejowuje leczenie farmakologiczne, spychając kontekst społeczny na margines rozważań. Przedstawiciele innych specjalizacji niż medyczne dobrowolnie oddają ten obszar w ręce psychiatrów jako osób decydujących. Umacniają w ten sposób ich pozycję i przyczyniają się do odtwarzania „starego” porządku. Świadczy to o głębokim zakorzenieniu i ugruntowaniu perspektywy medycznej (psychiatrycznej) w naszym kontekście kulturowym. Przestaje ona podlegać dyskusji i jest przyjmowana na zasadzie oczywistości jako jedyna. Medyczne teorie, w scenerii polskiej, ale również szerzej, wywalczyły monopol na rozstrzyganie w kwestiach związanych z chorobami i zaburzeniami psychicznymi. Obecnie perspektywa psychiatryczna zajmuje uprzywilejowaną pozycję w tym przedmiocie. Narzucony przez nią sposób definiowania skutecznie przeniknął do myślenia nie tylko w wąskim gronie profesjonalistów, lecz przede wszystkim do myślenia społecznego. Można tego doświadczyć chociażby w rozmowach potocznych, jak również śledząc i analizując dyskurs medialny oraz sposób, w jaki mówi się o tym problemie. Konsekwencją tego jest praca zespołu pod kierownictwem psychiatrii, co ukierunkowuje działania w kierunku medycznym.

Opisane powyżej czynniki silnie oddziałują na funkcjonowanie instytucji rządowych. Niestety, jak pisze Wciórka „psychiatria środowiskowa znajduje niewielkie zainteresowanie i uznanie u politycznych decydentów i administratorów ubezpieczeń zdrowotnych”¹⁹. Jak zauważa Frazer, Westhuis, Daley, Phillips²⁰ „dominacja biomedycznego modelu w serwisie usług w obszarze zdrowia psychicznego permanentnie przenika prawne, rządowe i finansowe systemy, które odpowiedzialne są za ich wspieranie”²¹. Konsekwencją tego jest podawanie, na wczesnym etapie koncepcyjnym, w wątpliwość pomysłów i podejść, które nie eksponują perspektywy medycznej.

Wspomniane słabości współczesnej psychiatrii środowiskowej są elementem bardziej złożonego zjawiska, które Conrad²² nazwał „medykalizacją”. Termin

¹⁹ J. Wciórka, *Psychiatria środowiskowa: idea, system...*, s. 329.

²⁰ P. Frazer, D. Westhuis, J. G. Daley & I. Phillips, *How clinical social workers are using the DSM-IV: A national study*, „Social Work in Mental Health” 2009, 7, s. 325–339.

²¹ Tłumaczenie własne.

²² P. Conrad, *Medicalization and social control*, „Annual Review of Sociology” 1992, 18, s. 209–232; tenże, *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*, MD: Johns Hopkins University Press, Baltimore 2007.

„medykalizacja²³” (*medicalization*) opisuje „proces, poprzez który niemedyczne problemy są definiowane i traktowane tak, jakby były problemami medycznymi, co uwidacznia się na poziomie stosowanego języka ich opisu, który odnosi się zazwyczaj do chorób i zaburzeń²⁴”.

Zakończenie

W artykule starałam się opisać możliwości rozwoju i działania pedagoga społecznego w zakresie problematyki zaburzeń psychicznych. Prezentowane podejście środowiskowe w ramach koncepcji psychiatrii środowiskowej jest zaledwie jednym z wielu, otwierającym szerokie spektrum dla aktywności społeczno-pedagogicznej. Bez tego trudno sobie wyobrazić profesjonalizację działań pedagogów społecznych w tym obszarze. Zapewnienie przestrzeni do urzeczywistnienia działań społeczno-pedagogicznych poprzedzonych rzetelną diagnozą społeczną daje sposobność do refleksji, która jest niezbędna do poszerzenia wiedzy i zintensyfikowania pracy nad rozwojem teorii społecznych związanych z przedstawianą tematyką. Tak rozumiany rozwój nauki jest zbieżny z samą definicją pedagogiki społecznej, ponieważ podkreśla wymiar praktyczny tej (sub)dyscypliny i podkreśla znaczenie tzw. badania w działaniu.

Odminną kwestią, która może mieć korzystny wpływ na zwiększenie znaczenia działań o charakterze społeczno-pedagogicznym, jest praca nad rozpoznawalnością zawodu pedagoga społecznego w szerszym kontekście instytucjonalno-społecznym. W tej sytuacji sprawą priorytetową jest więc podjęcie starań o wyodrębnienie autonomicznego stanowiska dla pedagoga społecznego.

Bibliografia

- Bizoń Z., Dąbrowski S., Pietrzykowska B., *Psychiatria środowiskowa*, [w:] S. Dąbrowski, J. Jarożyński, S. Pużyński (red.), *Psychiatria*, t. 3, PZWL, Warszawa 1989.
- Cohen D., *A critique of the use of neuroleptic drugs in psychiatry*, [w:] S. Fisher & R. G. Greenberg (red.), *From placebo to panacea: Putting psychiatric drugs to the test (pp. 173–228)*, John Wiley, New York 1997.
- Conrad P., *Medicalization and social control*, „Annual Review of Sociology” 1992, 18, s. 209–232.
- Conrad P., *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*, MD: Johns Hopkins University Press, Baltimore 2007.
- Falicki Z., *Psychiatria społeczna*, PZWL, Warszawa 1975.
- Frazer P., Westhuis D., Daley J. G. & Phillips I., *How clinical social workers are using the DSM-IV: A national study*, „Social Work in Mental Health” 2009, 7, s. 325–339.

²³ Szerzej na temat „medykalizacji pracy socjalnej” w: A. Jarkiewicz, *Medykalizacja pracy socjalnej w obszarze działania z osobami zaburzonymi psychicznie*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J – Paedagogia-Psychologia” (w druku).

²⁴ P. Conrad, *The medicalization of society...*, s. 14 (tłumaczenie własne).

- Harrow M., Jobe T. H., *Factors involved in outcome and recovery in schizophrenic patients not on antipsychotic medications: A 15-year multifollow-up study*, "The Journal of Nervous and Mental Disease" 2007, 195, s. 406–414.
- Hegarty J., Baldessarini R. J., Tohen M., Wateraux C., Oepen G., *One hundred years of schizophrenia: A meta-analysis of the outcome literature*, "American Journal of Psychiatry" 1994, 151, s. 1409–1416.
- Jankowski K., *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej*, PIW, Warszawa 1975.
- Jarkiewicz A., *Medykalizacja pracy socjalnej w obszarze działania z osobami zaburzonymi psychicznie*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J – Paedagogia-Psychologia” (w druku).
- Jarkiewicz A., *Spoleczno-kulturowe uwarunkowania choroby psychicznej – komunikat z badań*, [w:] J. Szymanowska (red.), *Ewaluacja w pracy socjalnej. Badanie, kształcenie, praktyka*, Wyd. Impuls, Kraków 2012.
- Jarkiewicz A., *„Zaburzenie psychiczne” w polu działania pracownika socjalnego*, „Praca Socjalna” 2016, 2.
- Jaroszyński J., *Niektóre współczesne kierunki psychiatrii*, [w:] S. Dąbrowski, J. Jaroszyński, S. Pużyński (red.), *Psychiatria*, PZWL, Warszawa 1989.
- Schock K., Clay C. & Cipani E., *Making sense of schizophrenic symptoms: Delusional statements and behavior may be functional in purpose*, "Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry" 1998, 29, s. 131–141.
- Stańczakowa T., *Psychiatria środowiska i organizacja ochrony zdrowia psychicznego*, [w:] A. Bili-kiewicz, W. Strzyżewski (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, PZWL, Warszawa 1992.
- Stark F. M., *Does social psychiatry have a future?*, "International Journal of Mental Health" 1998, 26, s. 3–26.
- Szasz T., *Insanity: The idea and its consequences*, John Wiley & Sons, New York 1990.
- Szasz T., *Liberation by oppression: A comparative study of slavery and psychiatry*, Transaction, New Brunswick 2002.
- Szasz T., *Psychiatry: The science of lies*, Syracuse University Press, New York 2008.
- Szasz T., *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*, Harper & Row, New York 1961.
- Wciórka J., *Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2000, 9.
- Whitaker R., *Anatomy of an epidemic: Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*, Crown Publishers, New York 2010.