

Uniwersytet Łódzki. Wydział Nauk o Wychowaniu

ANNA BARBARA JARKIEWICZ

anna\_jarkiewicz@poczta.onet.pl

*Medykalizacja pracy socjalnej w obszarze działania  
z osobami zaburzonymi psychicznie*

---

Medicalization of Social Work in the Field of Work with  
Mentally Disturbed Persons

STRESZCZENIE

Celem artykułu jest dyskusja ze zjawiskiem biomedycznej dominacji w obszarze pracy socjalnej z osobami zaburzonymi psychicznie, wskazanie jej uwarunkowań i konsekwencji, które zmuszają pracownika socjalnego do odwrócenia uwagi od problemów społecznych i przeciwdziałania im oraz skierowania jej na obserwacje i interweniowanie wobec zachowań psychotycznych. W pracy została również podniesiona kwestia degradowania diagnozy społecznej pracowników socjalnych oraz podjęto się odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób proces medykalizacji sprawia, że problemy i doświadczenia klienta, za które potencjalnie mogą być odpowiedzialne trudne przeżycia, są definiowane w odniesieniu do terminologii medycznej, co utrwała niekorzystny porządek dla pracy socjalnej.

**Słowa kluczowe:** medykalizacja; praca socjalna; działanie; choroba psychiczna; zaburzenie psychiczne

Termin „zaburzenie psychiczne” często jest kojarzony z naukami biomedycznymi. Zaryzykowałabym stwierdzenie, że dla większości osób nie istnieje inny sposób wytłumaczenia tego zjawiska niż ten zaproponowany przez reprezentantów nauk medycznych. W świadomości wielu specjalistów, w tym z interesującego mnie pola pracy socjalnej, psychiatria stanowi główne źródło odniesienia wiedzy na temat specyfiki zaburzeń psychicznych. Tymczasem „zaburzenie

psychiczne”, tak jak każde inne zjawisko społeczne, kulturowe, przyrodnicze itp., może być rozpatrywane z wielu perspektyw, które różnią się od siebie pod wieloma względami. W zależności od przyjętej optyki badacz bądź praktyk pod tym pojęciem może odczytywać i widzieć różne znaczenia, które często poddają w wątpliwość przydatność teorii medycznych.

W niniejszym artykule nie zamierzam dyskutować ze słusnością lub niesłusnością podejścia medycznego do kwestii zaburzeń psychicznych. Nie będę również polemizowała z obecną w DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) klasyfikacją chorób psychicznych i symptomów, które zostały w niej wyróżnione (Wong 2014, s. 133–135; Lacasse 2014; Frances, Jones 2014). Moim celem jest dyskusja z konsekwencjami przyjęcia w pracy socjalnej korpusu teoretycznego tożsamego z medyczną perspektywą w powyższym temacie.

Ograniczenia w pracy socjalnej, za które jest odpowiedzialny proces medykalizacji, zaobserwowałam w trakcie badań prowadzonych w ośrodku pomocy społecznej, z których materiał empiryczny był gromadzony i analizowany zgodnie z założeniami metody teorii ugruntowanej (Glaser, Strauss 2009).

#### ZABURZENIE PSYCHICZNE, PRACA SOCJALNA I MEDYCYNĄ

Termin „medykalizacja” (*medicalization*) został zaproponowany przez Conrada (1992, 2007). Opisuje on „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). Konsekwencją medykalizacji jest również orientowanie działania, które zmierza zazwyczaj ku upsichiatrycznieniu przypadku. W tym konkretnym kontekście oznacza to rozpatrywanie przez pracowników socjalnych problemów klienta ze zdiagnozowanym bądź niezdiagnozowanym, ale podejrzewanym zaburzeniem psychicznym, przez pryzmat nie trudności społecznych, z którymi boryka się dana osoba, lecz medycznych, wobec których podejmowane są określone kroki. W takich sytuacjach lekarz psychiatra, któremu zleca się dalsze kierowanie przypadkiem, zaczyna pełnić dominującą rolę, co skutecznie zawęży możliwości działania pracownikowi socjalnemu.

Szeroko zakreślonym celem pracy socjalnej jest pomoc jednostkom w poprawie jakości ich życia. Podejmuje się takie zadania, jak: udzielanie informacji, poradnictwo, pomoc w uzyskaniu świadczeń, inspirowanie działań samoopomocowych itp. Najważniejszym obszarem działania pracy socjalnej jest jednak społeczny kontekst funkcjonowania klienta. W kontekście praktyki z osobami zaburzonymi psychicznie realizacja tego zadania ma szczególne znaczenie, ponieważ niejednokrotnie takie osoby społecznie są postrzegane jako burzyciele porządku. Ich obecność generuje niepokój, w związku z czym są podejmowane akcje, których celem jest separacja „zaburzonego psychicznie” od „zdrowej, normalnej”

części społeczności. Forsowanie tego rozwiązania przybiera formę nacisków na różne instytucje, w tym ośrodki pomocy społecznej, co do których jest oczekiwanie „zajęcia się sprawą”. W praktyce oznacza to roszczenie o umieszczenie kłopotliwego sąsiada w domu pomocy społecznej lub hospitalizację. Konieczność podjęcia działania zazwyczaj jest argumentowana obawą o stan zdrowia takiej osoby, która w okresie gorszego samopoczucia może sobie nieświadomie wyrządzić krzywdę, ale przede wszystkim innym, np. może podpalić mieszkanie pod wpływem wyimaginowanych głosów lub zaatakować kogoś z tego powodu. Obowiązkiem pracowników socjalnych jest rozpoznanie sytuacji, która w rzeczywistości rzadko kiedy jest tak dramatyczna, jak ilustrują ją w listach<sup>1</sup> sąsiedzi. Biorąc pod uwagę powyższe, diagnoza sytuacji nasuwa odmienne od proponowanych przez sąsiadów rozwiązania, a mianowicie mediowanie pomiędzy „chorym” a „zdrowymi” oraz wypracowanie wspólnej przestrzeni współzycia. Niestety, diagnoza pracownika rzadko ma wpływ na orientowanie działania, które – ze względu na rodzaj podejrzewanego problemu – zbyt często idzie w postulowanym przez sąsiadów kierunku. W konsekwencji zamiast minimalizować problem współistnienia „chorego” wśród zdrowej części społeczności, umacnia się przez hospitalizację i interwencję psychiatryczną jego inność. Tego typu działania utrwalają również społeczne przekonanie o wzorze procedur, które powinny być uruchamiane w zetknięciu z tego rodzaju problemem.

Przytoczony przykład jest zaledwie małym elementem złożonej struktury pracy socjalnej z osobami zdradzającymi problemy natury psychicznej. Każdy z nich prowokuje, w mniejszym bądź większym stopniu, pytanie: dlaczego pracownicy socjalni, biorąc pod uwagę cele ich pracy, powinni wykorzystywać teorie medyczne w praktyce socjalnej? Podążanie przez tę grupę zawodową ścieżką medyczną wiąże się z szeregiem konsekwencji. Materiał empiryczny z przeprowadzonych przeze mnie badań pozwolił na wygenerowanie kilku z nich: podległość pracy socjalnej wobec medycyny i degradowanie jej do roli dystrybutora środków; ograniczanie autonomii pracy socjalnej i podejmowanie przez pracowników socjalnych działań quasi-konspiracyjnych; ograniczanie przydatności refleksji nad praktyką socjalną i rozwoju teorii społecznej w zakresie pracy z osobami zaburzonymi psychicznie. Rekonstruując perspektywę pracowników, zwróciłam uwagę na złożoność zjawiska medycznej dominacji nad pracą socjalną, którego przyczyn można upatrywać w odniesieniu do mikro-, mezo- i makrouwarunkowań. Trudno o wskazanie wyraźnych granic między nimi, ponieważ sfery te wzajemnie się przenikają i dynamizują, tworząc specyficzną przestrzeń dys-

---

<sup>1</sup> Najczęstszą formą sygnalizowania problemu przez zaniepokojonych sąsiadów jest list do ośrodka bądź konkretnego pracownika. Nierzadko list taki jest anonimowy i wyrażana jest w nim kolektywna prośba danej wspólnoty o podjęcie działania wobec osoby zdradzającej objawy zaburzenia psychicznego. Pomimo anonimowości zgłoszenia, pracownik socjalny ma obowiązek sprawdzenia sytuacji i, w zależności od rozpoznania, przedsięwzięcie konkretnych kroków.

kursywną, w której mieszają się argumenty z różnych poziomów uwarunkowań. W kolejnym podpunkcie postaram się szczegółowo opisać ich wpływ na pracę socjalną w obszarze działania z osobami zaburzonymi psychicznie.

#### MAKROUWARUNKOWANIA PROCESU MEDYKALIZACJI PRACY SOCJALNEJ

Uwarunkowania makro odnoszą się do społeczno-kulturowej przestrzeni doświadczenia. We współczesnych realiach pewną oczywistością jest, że mając do czynienia z problemem psychicznym, pomocy szuka się u lekarza psychiatry, a nie np. u szamana czy czarownika. Mało kto uświadamia sobie, że ten sposób rozwiązywania problemu jest związany z kontekstem kulturowym, a nie z jego bezwzględną słusnością, uniwersalną dla wszystkich. Medyczne teorie (w scenarii polskiej, ale również szerzej – euroamerykańskiej<sup>2</sup>) wywalczyły monopol na rozstrzyganie kwestii związanych z chorobami i zaburzeniami psychicznymi. Obecnie psychiatryczna perspektywa zajmuje uprzywilejowaną pozycję w tym przedmiocie, a narzucony przez nią sposób definiowania skutecznie przeniknął do myślenia nie tylko w wąskim gronie profesjonalistów, ale przede wszystkim do myślenia społecznego, czego można doświadczyć chociażby w rozmowach potocznych, jak również śledząc i analizując dyskurs medialny i to, w jaki sposób mówi się o tym problemie.

Jak pisze Gambrill, medyczna nomenklatura rozprzestrzeniła się i stanowi niekiedy jedyną możliwość opisu nawet takich uczuć, jak smutek, ból, czy też traumatycznych doświadczeń (Gambrill 2014, s. 14), co następnie jest przekuwane na określony rodzaj zaburzenia, które reguluje się określonymi lekami (np. lekami uspokajającymi po silnych bądź traumatycznych doświadczeniach). Świadczy to o głębokim zakorzenieniu i ugruntowaniu perspektywy medycznej (psychiatrycznej) w naszym kontekście kulturowym, które przestaje podlegać dyskusji i jest przyjmowane na zasadzie oczywistości jako jedyna możliwość.

#### MEZOUWARUNKOWANIA PROCESU MEDYKALIZACJI PRACY SOCJALNEJ

Powyższe silnie oddziałuje na funkcjonowanie instytucji rządowych, które są odpowiedzialne w określonym zakresie za zlecenie działań ośrodkom pomocy społecznej. Tym samym przechodzę do mezouwarunkowań, które w tym kontekście oznaczają uwarunkowania instytucjonalne. Jak zauważają Frazer, Westhuis, Daley i Phillips, „dominacja biomedycznego modelu w serwisie usług w obszarze zdrowia psychicznego permanentnie przenika prawne, rządowe i finansowe systemy, które są odpowiedzialne za ich wspieranie” (Frazer i in. 2009). Konsekwencją tego jest poddawanie, na wczesnym etapie koncepcyjnym, w wąt-

<sup>2</sup> Mam na myśli Amerykę Północną.

pliwość pomysłów i podejść, które nie uwzględniają perspektywy medycznej. Jedną z przyczyn ich unieważniania jest świadomość pozostawania „w sprzeczności do oczekiwań pracodawcy i niepotrzebnie komplikuje karierę zawodową pomysłodawcy” (Wong 2014, s. 137), czyli mikrouwarunkowania. Ponadto wśród uwarunkowań mezo można wyróżnić edukacyjną indoktrynację pracowników socjalnych, w której jest silnie podkreślany akcent medyczny (Cohen 2002; Gambrell 2013). Stanowi to poważne utrudnienie dla zmiany myślenia i postępowania praktycznego.

Jak zauważają Gomory i in. (2011), medykalizacja życia społecznego w obszarze zdrowia psychicznego pośrednio jest odpowiedzialna za upsychiatryzowanie pracy socjalnej i tym samym pracowników socjalnych. W praktyce trudno jest podać przykład instytucji reprezentujących odmienny sposób myślenia w tym obszarze. W związku z tym każdy „inaczej myślący” jest skazany na niepowodzenie. O ile na poziomie deklaracyjnym wielu współpracowników (pracowników socjalnych) jeszcze mogłoby się z nim zgodzić, o tyle na poziomie działania znacznie trudniej jest liczyć na sojuszników, co jest związane z instytucjonalnym kontekstem, który uprzywilejowuje optykę psychiatryczną.

#### MIKROUWARUNKOWANIA PROCESU MEDYKALIZACJI PRACY SOCJALNEJ

Na poziomie uwarunkowań mikro, które referują do rozpoznawania problemu, podejmowania decyzji i działań konkretnych pracowników socjalnych, poza wspomnianymi powyżej, na szczególne podkreślenie zasługuje unieważnianie refleksyjności praktyków, którzy działają często tak, jak im się każe lub jak się tego od nich oczekuje, a nie jak – po dokonaniu diagnozy społecznej – wydaje im się, że powinni. W praktyce oznacza to często redukcję pracy pracownika socjalnego do dystrybucji środków, co w scenerii ośrodka pomocy społecznej nawiązuje do przyznawania świadczeń.

Analiza materiału empirycznego wykazała, że w zetknięciu z problemami w obszarze zdrowia psychicznego pracownicy często doświadczają degradowania ich profesjonalizmu, co minimalizuje poczucie sprawstwa i sensowności podejmowania dodatkowych działań, które wykraczałyby poza medyczny kontekst kierowania takim przypadkiem. Jeżeli więc zdarzy się, że konkretny pracownik socjalny zacznie orientować działanie w niezgodzie do obecnych w pracy socjalnej procedur, kładzie tym samym na szalę swoją karierę zawodową, a jego działania można nazwać quasi-konspiracyjnymi, ponieważ nie można odnaleźć po nich efektu w oficjalnej dokumentacji. W celu rozjaśnienia powyższych słów odwołam się do przykładu, z którym zetknęłam się w trakcie badań.

Pracownik socjalny został wezwany do pomocy dwóm kobietom (matce w wieku około 50 lat i córce w wieku około 30 lat). Sytuacja, jaką zastał na miejscu, przerosła jego oczekiwania. Okazało się bowiem, że kobiety od kilku lat nie

wychodzą z domu, są bardzo zaniedbane (np. paznokcie córki były bardzo długie, aż zaczęły się kręcić), nie mają żadnych dokumentów (typu dowód osobisty), ich dom również jest bardzo brudny, a w oknach pozawieszane były czarne torby, takie, jakich używa się do śmieci. W trakcie pierwszej i kilku następnych wizyt pracownik umacniał się w przekonaniu, że ma do czynienia z problemem psychicznym. Pomimo wstępnego rozpoznania, nie zdecydował się na zaproszenie do współpracy lekarza psychiatry, bowiem pomimo pewnych oczywistych sygnałów kobiety sprawiały wrażenie sympatycznych osób, wypowiadały się w sposób logiczny, nie sprawiały żadnych kłopotów, a ich życie, mimo zdecydowanie innego od „normalnego”, wydawało się w miarę poukładane. Pracownik miał też silną obawę, że hospitalizacja, którą na pewno zaordynuje lekarz, może w rzeczywistości przynieść więcej spustoszenia w życiu kobiet niż pożytku. W związku z tym zdecydował się nie robić nic w kierunku zbliżenia do psychiatrycznych rozwiązań. Miał nadzieję, że w którymś momencie kobiety same zdecydują się na pomoc specjalisty. Przez kilka lat pracy w tym środowisku pracownik socjalny żył ze świadomością, że robi coś sprzecznego z procedurą, ale zgodnego z jego rozpoznaniem. Bał się jednak, że gdyby cokolwiek złego się wydarzyło, to on byłby odpowiedzialny za tragedię<sup>3</sup>.

Kolejną kwestią, zauważoną przez Lacasse i Gomory (2003), jest nieświadomość pracowników socjalnych wielości wad, odchyłeń, a nawet uprzedzeń, które decydują o diagnozie medycznej. W rezultacie tylko w nielicznych przypadkach pracownicy podejmują polemikę z rozpoznaniem lekarskim, które jest zarezerwowane do szczególnie trudnych przypadków. W trakcie przeprowadzanych badań spotkałam się z jedną sytuacją konfrontacji pracownika socjalnego z lekarzem, która dotyczyła niezgody na postawioną przez psychiatrę diagnozę stanu zdrowia klienta. Nie oznacza to jednak, że kontrowersji wobec rozpoznań jest niewiele. Wielokrotnie miałam okazję uczestniczyć w rozmowach pracowników socjalnych, w których krytycznie odnosili się do badań przeprowadzonych przez psychiatrów. Rzadko kiedy w ślad za nimi szły działania. Opinie i refleksje pracowników socjalnych zazwyczaj są zamykane w murach ośrodka pomocy społecznej, a nawet i tam nie mają okazji w pełni się ujawnić, ponieważ wiedza o nich dotyczy wąskiej grupy osób, które akurat brały udział w dyskusji. W oficjalnej dokumentacji nie ma informacji na temat rozpoznania i wiedzy pracownika socjalnego.

Przyczyny takiego stanu rzeczy są złożone. Na pierwszy plan wysuwa się, sygnalizowany wcześniej, kontekst instytucjonalny, który paradoksalnie, biorąc pod

---

<sup>3</sup> Analizę powyższego przypadku i bardziej szczegółowy jego opis wykorzystałam w artykule *Empowerment w pracy socjalnej z osobami „zaburzonymi psychicznie”?* (Jarkiewicz 2014), gdzie uwaga skoncentrowana była na ograniczeniach pracy socjalnej, oraz *Media i dylematyczność działania w obszarze pracy socjalnej z osobami zaburzonymi psychicznie* (Jarkiewicz 2013), w którym zwróciłam uwagę na oddziaływanie dyskursu medialnego na profesjonalne działania.

uwagę specyfikę instytucji, nie sprzyja społeczno-kulturowej perspektywie teoretycznej. Równie często jako argument pracownicy przytaczają trwające nieraz przez kilka lat procedury<sup>4</sup>. Jeden z pracowników socjalnych w następujących słowach podsumował swoje doświadczenia:

Pracownik socjalny – 3 lata, 3 długie lata trwała moja przygoda z sądami, lekarzami i innymi świętymi. Udało się, ale nie wiem, czy kolejny raz się na to zdecyduję. Oni [klienci, którzy według opinii pracownika powinni się leczyć – A. J.] byli naprawdę chorzy, ale następnym razem, jak przyjdzie lekarz i powie, że są zdrowi, to palcem nie kiwnę, w papierach zapiszę, że był, orzekł tak i tak i niech on się dalej martwi, jak się coś stanie. Wiesz [zwraca się do mnie – A. J.], w tych sądach to traktują Cię jak głupiego, a Ci biegli też, że co, że jestem pracownikiem socjalnym, to nie mogę się znać. Niekiedy miałam wrażenie, że zamiast jak specjalistę, traktują mnie jak zwykłą sąsiadkę, której to inni przeszkadzają. Cyrk! No, ale udało się i koniec.

#### KONSEKWENCJE MEDYKALIZACJI PRACY SOCJALNEJ (?)

Podległość pracy socjalnej wobec medycznych (psychiatrycznych) podejść redukuje jej rolę, znaczenie i osiągnięcia w problematyce zaburzeń psychicznych. W efekcie środowiskowe podejścia i dokonywana w ich ramach diagnoza, której celem jest zrozumienie życiowych doświadczeń klienta i uwarunkowań, które konstruują jego myślenie i orientują jego działania, konsekwentnie są pomijane. Szasz (1990) starał się zwrócić uwagę, że ignorowanie innych uwarunkowań (społecznych, kulturowych, politycznych, ekonomicznych) i zrównanie zachowań do psychicznych bądź fizycznych chorób/zaburzeń może być zwodnicze i niebezpieczne. Ludzkie trudności, według wspomnianego autora, „zostały naukowo przekształcone w jednostki chorobowe” (Szasz 1990, s. 167), co – najogólniej mówiąc – redukuje możliwość aplikacji podejść, których celem jest zrozumienie doświadczeń klienta, a tłumaczy się je w odniesieniu do poprawności lub zaburzeń funkcjonowania mózgu. Szasz (1961, 2002, 2008) reprezentuje pogląd, że ograniczanie człowieka do biologii świadczy o postępującym procesie dehumanizacji.

Niektórzy autorzy twierdzą, że zgoda na medykalizację stoi w sprzeczności nie tylko do celów pracy socjalnej, ale i do etyki zawodu, zgodnie z którą pracownik socjalny powinien myśleć krytycznie i być zawsze rzecznikiem swojego klienta (Cohen 1997; Harrow, Jobe 2007; Hegarty i in. 1994; Whitaker 2010). Ci sami autorzy utrzymują, że medykaliizacja pracy socjalnej powinna budzić opór środowiska i mobilizować praktyków do działania na rzecz sprawiedliwości społecznej, która według nich, w obliczu tego procesu, jest zagrożona.

<sup>4</sup> W przypadku niezgody pracownika socjalnego z epikryzą lekarską – dotyczy sytuacji, kiedy lekarz orzekł, że klient jest zdrowy, a pracownik socjalny twierdzi, że jest inaczej, nie miałam okazji spotkać się z odwrotnym kierunkiem – pracownik ma prawo złożyć wnioski do sądu. Dalej powoływani są biegli, zbierane są dowody, jeżeli są, powoływani są świadkowie. Przeciętny czas trwania takiej sprawy to 2 lata, z zakończeniem trudnym do przewidzenia.

Poza powyższymi konsekwencjami warto wspomnieć, że uwypuklanie perspektywy i teorii medycznych w pracy socjalnej przyczynia się do jej deprofesjonalizacji. Na plan pierwszy wysuwa się orientowanie myślenia i działania pracowników socjalnych w kierunku „oddawania” przypadków w ręce lekarzy, którzy koncentrują wysiłek na odpowiednim dobraniu leków, czyli leczeniu farmakologicznym. Zjawisko to przyczynia się do ograniczania refleksji i teorii społecznej w tym obszarze. Skoro pracownicy nie mają szansy na zastosowanie własnych rozwiązań i są zmuszeni do działania w odniesieniu do zaleceń lekarza, trudno w takich warunkach o rozbudowę społecznej perspektywy. Społeczno-kulturowe sposoby oddziaływania nie mają szansy być wykorzystane w praktyce, a pracownicy zostają zdominowani przez specjalistów z innej dziedziny, których priorytety są różne od tych, które reprezentują.

#### MEDYKALIZACJA W PRAKTYCE NA PRZYKŁADZIE PRACY PRACOWNIKÓW SOCJALNYCH

Wszystkie wspomniane powyżej uwarunkowania, zagrożenia i konsekwencje silnie oddziałują na pracę pracowników socjalnych. Oczywiście zdarzają się przypadki, kiedy pracownik orientuje działania, biorąc pod uwagę społeczną diagnozę i nie stara się, dopóki może, upsiychiatrycznić przypadku. Działanie takie, jak wcześniej pisałam, wiąże się z ogromną odpowiedzialnością, którą bierze na siebie pracownik. Dotyczy to zazwyczaj klientów, którzy nie zostali zdiagnozowani przez lekarza. Brak diagnozy daje do pewnego stopnia usprawiedliwienie dla działań, a raczej ich braku, w kierunku ich upsiychiatrycznienia. Pomimo to każdy z pracowników ma świadomość, że jego postępowanie nie spotkałoby się z akceptacją przełożonych, dlatego decydując się na nieangażowanie pomocy psychiatrycznej, skazuje siebie na quasi-konspiracyjną pracę z przypadkiem.

Inaczej kwestia medykalizacji prezentuje się, kiedy mamy do czynienia z klientami zdiagnozowanymi. Poniżej zostaną zaprezentowane dwa przypadki takiej pracy, które mam nadzieję, że zilustrują i przybliżą ograniczenia i kłopotliwość orientowania pracy socjalnej z takimi osobami.

#### PANI FRANCISZKA<sup>5</sup>

Pani Franciszka od dawna korzysta z pomocy społecznej. Kobieta ma 45 lat, nie ma żadnej rodziny, mieszka sama. Kiedy jednak spojrzy się na nią, nie dostrzega się dorosłej kobiety. Jej sposób zachowania i mówienia jest bliższy zachowaniom dziecka.

---

<sup>5</sup> Imię zmienione.



P.S.<sup>6</sup> Franciszka to takie dziecko zamknięte w ciele dorosłej kobiety. Od lat współpracuję z nią, nie ma z nią większych problemów. Ona przychodzi zawsze tu po coś konkretnego, najczęściej przedłużenie usług opiekuńczych. Ona chodzi jeszcze do XY [nazwa instytucji, która zajmuje się pomocą dla osób chorych psychicznie – A. J.], leczę się i tyle, nic poza tym.

Franciszka przychodzi zawsze ze szczegółowymi instrukcjami do pracownika socjalnego, co z jednej strony jest postrzegane jako zaleta, bo dzięki temu zostaje więcej czasu dla innych, z drugiej natomiast jest traktowane jako wada, ponieważ inicjatywa pracownika jest tym samym ograniczana do minimum.

P.S. No co ja mogę, lekarz i pracownik tej drugiej instytucji daje jej szczegółowe przykazy, ona przychodzi, należy jej się, to daję, nie ma w tym większej filozofii. Ja widzę, że może jej by się przydały jeszcze inne rzeczy, jeszcze wiele z nią można byłoby zrobić, ale ona jest pod wielkim wpływem lekarzy, ta choroba [schizofrenia – A. J.], co jej zdiagnozowali, to ja nie mam do niej 100% pewności. Franciszka jest dziwna i na pewno trudno byłoby nazwać ją normalną, ale nie wiem, czy jest to wynik choroby, czy środowiska rodzinnego, czy intelektualnych ubytków. Jak dla mnie ona jest trochę opóźniona, ale nic poza tym. No, ale skoro lekarz widzi w niej schizofreniczkę...

Pracownik, kiedy zapytałam go, jak zaplanowałby działanie z panią Franciszką, powiedział mi, że przede wszystkim próbowałby ją „uspołecnić”, co oznaczało naprawę bądź utworzenie relacji z innymi ludźmi.

P.S. Ona bardzo potrzebuje ludzi, a rzadko kto z nią rozmawia, no za wyjątkiem tych wszystkich spraw, nazwijmy je technicznymi. Nikt poza tym nie interesuje się nią jako człowiekiem. Jej życie to wieczne leczenie i treningi<sup>7</sup>, a gdzie normalne kontakty, rozmowy, „co u Ciebie słychać?”, mam wrażenie, jak ja się tu pytam jej, co u Pani, że ona już normalnie nie umie tak pogadać, co niestety wzmacnia odczucie, że Franciszka jest nienormalna.

Pracownik powiedział mi, że na początku współpracy z panią Franciszką próbował dodać coś od siebie, ale niespodziewanie trafił na opór instytucji – tej, która na co dzień zajmuje się klientką, oraz samej klientki, która przedstawiła lekarzowi pomysł pracownika socjalnego i nie spotkał się on z jego entuzjazmem. W konsekwencji pomysł został odrzucony.

P.S. Na początku to ja coś jeszcze chciałem z nią więcej zrobić, wspólnie z opiekunką, która do niej przychodziła, ale, nie wiem dlaczego, tamtejsza instytucja nie była tym zainteresowana. Problem z tymi „psychiatrycznymi” jest taki, że oni słuchają lekarzy, jak jakieś wyrocznie. Ich zdanie jest święte i niepodważalne. Więc jak jemu się nie spodobało, to i Franciszka się wycofała. Ich wola, decyzyjność na najniższym szczeblu jest całkowicie zdominowana przez opinię lekarzy. Biegają do nich ze wszystkim, jak takie dzieci, i pytają o pozwolenie.

<sup>6</sup> P.S. to pracownik socjalny.

<sup>7</sup> Chodzi o treningi realizowane w instytucji, z której usług korzysta Pani Franciszka, np. trening budżetowy, którego celem jest nauczenie użytkowników placówki dysponowaniem pieniędzmi.

W efekcie pracownik zrezygnował z dalszych starań, koncentrując pracę na „kartce” i wskazaniach lekarza.

#### PANI ALINA<sup>8</sup>

Pani Alina, lat 53, mieszka razem z matką, lat 80, od 23. roku życia leczy się psychiatrycznie, ma zdiagnozowaną schizofrenię paranoidalną. Matka, ponieważ przestała sobie radzić z codziennymi sprawunkami, zgłosiła się do ośrodka z prośbą o przyznanie dla niej i jej córki pomocy opiekunki. Pani Alina nie była zadowolona z pomysłu matki. Pomiędzy matką a córką panowały napięte relacje. Nie było dnia, żeby nie dochodziło między nimi do awantury. Matka wypominała pani Alinie, że jak ona tylko umrze, to zostanie (pani Alina) zabrana do domu pomocy społecznej, co mocno denerwowało panią Alinę.

Pracownik socjalny był zaskoczony, kiedy dowiedział się, że pani Alina studiowała kiedyś farmację, ponieważ w tej chwili nawet trudno było z nią normalnie rozmawiać. Pani Alina była zawsze zdenerwowana, krzyczała, kiedy ktoś próbował się do niej odezwać, niekiedy sprawiała wrażenie „dzikiej osoby”.

Matka, opowiadając o studiach córki, wspomniała również, że właśnie w tym czasie córka zaczęła się gorzej czuć, jako dowód pogarszającego się stanu zdrowia opowiadała o niezdrowym zainteresowaniu kolegami. Opowiedziała o jednej sytuacji, kiedy córka szła nawet z jednym z nich za rękę. Próbując nie dopuścić więcej do takich wydarzeń, matka kazała iść córce do kościoła i wypowiadać się z grzesznych myśli i czynów.

Matka: Potem jednak dowiedziałam się, że córka była chora i jej zachowanie było wynikiem choroby.

Dla pracownika ta część historii nie była jasna. Zaczął podejrzewać, że stan zdrowia pani Aliny był i jest mocno związany z oddziaływaniem matki. Pewnego razu, kiedy odwiedził klientki, pani Alina zachowywała się zupełnie inaczej. Można było z nią „normalnie” porozmawiać. Pani Alina chętnie zaczęła mówić o swoim życiu. Wspomniała również o farmacji, którą studiowała, i jak dobrą była studentką. Opowiadała też o swojej matce, którą określiła jako wiecznie zabraniającą wszystkiego, każącą jej się tylko uczyć i uczyć, aż w końcu, jak sama pani Alina stwierdziła, nie była w stanie tego dalej wytrzymać i oszalała.

Pani Alina: ona wiecznie mi wpajała, że wszystko jest grzechem, miałam się tylko uczyć i uczyć, jak robiłam coś innego, to zaraz było to nazwane grzechem i musiałam iść spowiadać się takiemu księdzu.

---

<sup>8</sup> Imię zmienione.

Rozmowa z panią Aliną potwierdziła to, co pracownik wcześniej podejrzewał, że matka miała znaczący wpływ na stan zdrowia córki i że do pewnego stopnia to ona była odpowiedzialna za jej „szaleństwo”. Jak się później okazało, tego dnia, w którym z panią Aliną można było porozmawiać, nie brała ona leków. W związku z tym pracownik postanowił poprosić o konsultację z lekarzem psychiatrą i porozmawiać z nim o możliwości zmiany leków bądź dawek, które w jego opinii źle wpływały na samopoczucie pani Aliny.

Kiedy lekarz psychiatra przyszedł do domu klientek, pani Alina była mocno poddenerwowana.

Matka: Widzi Pani Doktor, ja mam z nią piekło, ona tak codziennie, krzyczy, wygaduje głupstwa.

W konsekwencji, zamiast zmniejszenia dawki lub zmiany leków, pani Alina dostała jeszcze większe ilości, a nawet została zasugerowana hospitalizacja, co – jak usłyszała to słowo – doprowadziło ją do furii, zaczęła chodzić po całym domu, trzaskać drzwiami i sprawiała wrażenie, jakby miała ochotę kogoś uderzyć. Od tego momentu pani Alina przestała się w ogóle odzywać do pracownika. Brała regularnie leki, co było sprawdzane przez opiekunkę zgodnie z zaleceniami lekarza, jej zachowanie było różne; najczęściej, kiedy ktoś przychodził, spała.

P.S. Została spacyfikowana końskimi dawkami leków, sukces psychiatrii [uwaga wypowiedziana sarkastycznie – A. J.].

Pracownik socjalny zaczął dostrzegać pewną beznadziejność i nierozwiązywalność sytuacji.

P.S. Może kiedyś jeszcze dałoby się uratować panią Alinę, ale ten proces poszedł już za daleko. Nie wiem, może kiedyś miała jakiś epizod chorobowy, nie chcę osądzać, bo w końcu nie znałam jej, ale myślę, że gdyby popracować z nią wtedy tak więcej socjalnie i przede wszystkim spróbować oddzielić ją od tej matki, której na pewno przydałoby się jakieś leczenie, ta dziewczyna [pani Alina – A. J.] nie tylko skończyłaby farmację, ale normalnie mogłaby pracować, żyć... W tej chwili nie wiem, co robić, dramat.

W obydwu opisanych przypadkach można dostrzec brak współpracy, ale też niechęć między specjalistami medycznymi a pracownikami socjalnymi. Pracownicy socjalni, poszukujący rozwiązań problemu w innym od medycznego polu, nie mieli szansy na wprowadzenie własnych pomysłów w życie, ponieważ były one postrzegane przez lekarzy jako nieistotne. Osobiście nieraz miałam okazję usłyszeć od psychiatrów, że pacjenci/klienci są przede wszystkim chorzy, dlatego trzeba ich leczyć farmakologicznie, a nie koncentrować się na ich sytuacji społecznej. Mimo faktu, że między obydwojma rozwiązaniami nie ma sprzeczności

i można byłoby je realizować jednocześnie, opór niektórych psychiatrów skutecznie utrudniał ich realizację, co jest związane m.in. z uzależnieniem takich osób (chorych i zaburzonych psychicznie) od opinii lekarskiej.

#### ZAKOŃCZENIE

W opracowaniu starałam się zwrócić uwagę na problem medykalizacji pracy socjalnej w obszarze działań z osobami zaburzonymi psychicznie. Proces ten wpływa destrukcyjnie na ten rodzaj aktywności, co jest uwarunkowane wieloma czynnikami, które nie zależą od decyzji i wyborów pracownika, którego w tym kontekście również można nazwać jego ofiarą. Żeby uniknąć tej sytuacji, praca socjalna powinna uprawomocnić taki sposób definiowania zaburzenia psychicznego, który korespondowałby z teoriami społecznymi i jednocześnie dawał podstawę do podejmowania własnych działań ukierunkowanych na społeczny kontekst funkcjonowania klienta. Ujawniająca się na interakcyjnym poziomie działania kłopotliwość generuje potrzebę poszukiwania metod, które umożliwiłyby balansowanie między formalnymi (instytucjonalnymi) oczekiwaniami a pomysłami, które są konsekwencją przeprowadzonej diagnozy społecznej, wpływającymi na rozwiązanie problemu klienta. Przedstawiony tu dystans pracowników socjalnych do diagnoz psychiatrycznych ujawnia wyraźnie nie tylko potrzebę odmiennego patrzenia w pracy socjalnej na zaburzenia psychiczne, ale również pokazuje, że taka alternatywna perspektywa jest realnie wytwarzana na poziomie działania, nawet jeżeli nie zawsze jest werbalizowana. Ze względu na to, że jednak nie jest uprzywilejowana, realizowana jest niejako nieformalnie.

#### BIBLIOGRAFIA

- Cohen D. (1997), *A Critique of the Use of Neuroleptic Drugs in Psychiatry*, [w:] S. Fisher, R.G. Greenberg (eds.), *From Placebo to Panacea: Putting Psychiatric Drugs to the Test*, New York: John Wiley.
- Cohen D. (2002), *Research on the Drug Treatment of Schizophrenia: A Critical Appraisal and Implications for Social Work Education*, "Journal of Social Work Education", 3839.
- Conrad P. (1992), *Medicalization and Social Control*, "Annual Review of Sociology", 18, DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>.
- Conrad P. (2007), *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Frances A., Jones K.D. (2014), *Should Social Workers Use the DSM-5?*, "Research on Social Work Practice", 24 (1), DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1049731513507981>.
- 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.
- Gambrill E. (2013), *The Value of Ellul's Analysis in Understanding Propaganda in the Helping Professions*, "Bulletin of Science, Technology & Society", 32, DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1049731513499411>.

- Gambrill E. (2014), *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders as a Major Form of Dehumanization in the Modern World*, "Research on Social Work Practice", 24 (1).
- Glaser G.B., Strauss A.L. (2009), *Odkrywanie teorii ugruntowanej*, Kraków: Wydawnictwo Nomos.
- 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.
- Harrow M., Jobe T.H. (2007), *Factors Involved in Outcome and Recovery in Schizophrenic Patients not on Antipsychotic Medications: A 15-year Multifollow-up Study*, "Journal of Nervous and Mental Disease", 195.
- Hegarty J., Baldessarini R.J., Tohen M., Waternaux C., Oepen G. (1994), *One Hundred Years of Schizophrenia: A Meta-analysis of the Outcome Literature*, "American Journal of Psychiatry", 151.
- Jarkiewicz A. (2013), *Media i dylematyczność działania w obszarze pracy socjalnej z osobami zaburzonymi psychicznie*, „Societas/Communitas”, 2 (16).
- Jarkiewicz A. (2014), *Empowerment w pracy socjalnej z osobami „zaburzonymi psychicznie”?*, [w:] M. Granosik, A. Gulczyńska (red.), *Empowerment w pracy socjalnej: praktyka i badania partycypacyjne*, Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Lacasse J.R. (2014), *After DSM-5: A Critical Mental Health Research Agenda for the 21<sup>st</sup> Century*, "Research on Social Work Practice", 24 (1),  
**DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1049731513510048>**.
- Lacasse J.R., Gomory T. (2003), *Is Graduate Social Work Education Promoting a Critical Approach to Mental Health Practice?*, "Journal of Social Work Education", 39.
- Szasz T. (1961), *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, New York: Harper & Row.
- Szasz T. (1990), *Insanity: The Idea and its Consequences*, New York: John Wiley & Sons.
- Szasz T. (2002), *Liberation by Oppression: A Comparative Study of Slavery and Psychiatry*, New Brunswick: Transaction.
- Szasz T. (2008), *Psychiatry: The Science of Lies*, New York: Syracuse University Press.
- Whitaker R. (2010), *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*, New York: Crown Publishers.
- 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>**.

#### SUMMARY

The article discusses how biomedical assumptions is implemented into the field of social work and how social workers are forced to diverts attention from social adversity factors contributing to the development of psychotic behavior and available psychosocial interventions for this disorder, thereby perpetuating biomedical dominance of social work services. Problems in living and related distress are converted into medical problems, obscuring the role of environmental factors such poverty, socialization etc.

**Keywords:** medicalization; social work; action; mental illness; mental disorder