

Anna Jarkiewicz

Rekonstrukcja
działań
pracowników
socjalnych
z osobami
zaburzonymi
psychicznie

 WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
ŁÓDZKIEGO



Rekonstrukcja
działań
pracowników
socjalnych
z osobami
zaburzonymi
psychicznie



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

Anna Jarkiewicz

Rekonstrukcja
działań
pracowników
socjalnych
z osobami
zaburzonymi
psychicznie



**WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
ŁÓDZKIEGO**

Łódź 2017

Anna Jarkiewicz – Uniwersytet Łódzki, Wydział Nauk o Wychowaniu
Katedra Pedagogiki Społecznej
91-408 Łódź, ul. Pomorska 46/48

RECENZENT

Ewa Kantowicz

REDAKTOR INICJUJĄCY

Urszula Dzieciatkowska

OPRACOWANIE REDAKCYJNE

Małgorzata Szymańska

SKŁAD I ŁAMANIE

AGENT PR

PROJEKT OKŁADKI

Katarzyna Turkowska

Zdjęcie wykorzystane na okładce: © Depositphotos.com/OlgaZakrevskaya

© Copyright by Anna Jarkiewicz, Łódź 2017

© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2017

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

Wydanie I. W.07593.16.0.M

Ark. wyd. 13,0; ark. druk. 19,0

ISBN 978-83-8088-418-2

e-ISBN 978-83-8088-512-7

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

90-131 Łódź, ul. Lindleya 8

www.wydawnictwo.uni.lodz.pl

e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl

tel. (42) 665 58 63

*Książkę tę dedykuję
moim Ciociom*

Spis treści

Przedmowa.....	9
Rozdział I	
Wybrane sposoby podejścia do problematyki zaburzeń psychicznych	13
Podejście kliniczne.....	18
Podejścia psychologiczne	20
Podejścia społeczno-kulturowe.....	23
Interpretatywna koncepcja zjawiska „zaburzenia psychicznego”, czyli o stawianiu się „klientem zaburzonym psychicznie”	30
Opis przypadku	38
Rozdział II	
Klient „zaburzony psychicznie” w układzie instytucji pomocy społecznej.....	45
Niecodziennie formaty kontaktu.....	60
Rozdział III	
Prze(d)sądy oparte na wzorze interpretacyjnym	97
Antycypacje zachowań agresywnych.....	99
Antycypacje samobójstw.....	104
Antycypacja zachowań niepożądanych wobec osób trzecich	107
Repertuar praktyk służących „zachowaniu twarzy”	109

Rozdział IV

Wiedza pracowników socjalnych o zaburzeniu psychicznym oraz pogłębiona kategoryzacja.....	133
Geneza „zaburzenia psychicznego”	134
Pogłębiona kategoryzacja, czyli wariantywność kategorii „klient zaburzony psychicznie”	150
Granice kategorii „klient zaburzony psychicznie”	186

Rozdział V

Rodzaje relacji pracownika socjalnego z klientem „zaburzonym psychicznie”	201
Relacja przyjacielska	205
Relacja opiekuńcza.....	210
Relacja neutralna.....	219
Relacja konfliktowa	221
Relacja oparta na lęku.....	231

Rozdział VI

Uwarunkowania orientowania działania pracowników socjalnych wobec „klientów zaburzonych psychicznie”	235
Biograficzne uwarunkowania mikrostrukturalne.....	236
Instytucjonalne uwarunkowania mezostrukturalne	245
Medialne uwarunkowania makrostrukturalne	250
Makrouwarunkowania społeczno-kulturowe	256

Rozdział VII

Profesjonalizacja pracy socjalnej w obszarze pracy z klientami „zaburzonymi psychicznie”	259
Profesjonalność/profesjonalizacja – uwagi wstępne.....	259
Dylematy w pracy socjalnej z klientami kategoryzowanymi jako zaburzeni psychicznie	265
Zakończenie, czyli o praktycznym wykorzystaniu teorii społecznych w obszarze pracy z osobami „zaburzonymi psychicznie”	293
Bibliografia	297

Przedmowa

Pracujesz niekiedy jak dziki wół, a i tak nikt tego nie zauważa. Możesz mieć tysiące pomysłów na pracę, na siebie, ale po kilku latach w końcu dochodzi do Ciebie, że to nie jest ważne (...) Nawet nie wiem, jakbyś faktycznie zrobiła coś ekstra, nagle Twój rejon wygląda jak z obrazka, społeczność lokalna, samopomoc i te wszystkie piękne hasła, to na słowo – DOBRA ROBOTA! Nie masz co liczyć¹.

Problematyka zaburzeń psychicznych jest tematem rzadko podejmowanym w Polsce przez pedagogów społecznych bądź badaczy związanych z pracą socjalną². Również sami praktycy (pracownicy socjalni, pedagogzy) uważają zaburzenia psychiczne za przedmiot zainteresowania innych specjalizacji i w rezultacie nie podejmują dyskusji z innymi specjalistami (psychiatrami, psychologami), do których taki

1 Wypowiedź pracownika socjalnego.

2 W ostatnich latach ukazały się dwie unikalne monografie, jedna autorstwa Huberta Kaszyńskiego *Praca socjalna z osobami chorującymi psychicznie. Studium socjologiczne*, druga Doroty Podgórskiej-Jachnik i Tadeusza Pietrasa *Praca socjalna z osobami zaburzonymi psychicznie i ich rodzinami*. Choć perspektywa postrzegania zjawiska zaburzeń psychicznych prezentowana w tym tekście różni się od przyjętej w powyższych publikacjach, to jednak pewne podobieństwa można zaobserwować na poziomie proponowanych rozwiązań.

przypadek zazwyczaj jest oddelegowywany. Nie oznacza to jednak, że przedstawiciele tej grupy zawodowej nie mają w tej kwestii nic do powiedzenia. Wręcz przeciwnie! Bogactwo wykorzystywanych i wypracowywanych przez lata profesjonalnych taktyk, szczególna wrażliwość na humanistyczno-społeczny kontekst problemu czy ciągłe poszerzanie umiejętności diagnostycznych (w ramach diagnozy społecznej) mogą zaskoczyć niejednego specjalistę z innej dziedziny. Niestety, większość elementów wspomnianych powyżej nigdy nie pojawi się w oficjalnej dokumentacji. W miejscu wywiadu środowiskowego³ dla diagnozy społecznej znajdują się zazwyczaj rozpoznania problemu wprost zaczerpnięte z ustawy o pomocy społecznej, np. „bezdomność, bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych, czy niepełnosprawność (ustawa o pomocy społecznej z 12 marca 2004 art. 7). Interesujące refleksje, ciekawe spostrzeżenia i wnioski pojawiają się jedynie w domenie rozmów (semi) prywatnych pomiędzy pracownikami.

Najogólniej sformułowanym celem autorki niniejszej publikacji jest rekonstrukcja pracy socjalnej pracowników socjalnych z osobami zaburzonymi psychicznie. Odkrycie prezentowanego fragmentu pracy jest dokonywane z punktu widzenia pracownika socjalnego. W mojej opinii zwrócenie uwagi na rzeczywiste działania tej grupy zawodowej z osobami zaburzonymi psychicznie może podnieść jej znaczenie i przyczynić się do rozwoju teorii społecznej. Dlatego też pierwszym etapem analiz empirycznych była rekonstrukcja sposobu postrzegania zaburzenia psychicznego wśród tej grupy zawodowej, który mógłby stanowić punkt

3 Standardowy dokument wypełniany przez pracownika socjalnego w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej, w którym znajdują się informacje nt. klienta, jego sytuacji społeczno-ekonomicznej itp.

wyjścia do orientowania działania w pracy z klientem zaburzonym psychicznie.

Jako autorka mam szczerą nadzieję, że moje działania, quasi-dekonspiracyjne, spotkają się z życzliwością tych, o których książka ta traktuje.

W tym miejscu chciałabym serdecznie podziękować wszystkim tym, którzy przyczynili się do powstania niniejszej publikacji. Dziękuję całemu Zespołowi Katedry Pedagogiki Społecznej UŁ, w tym w szczególności promotorowi mojej rozprawy doktorskiej prof. zw. dr hab. Ewie Marynowicz-Hetce, za cierpliwość i nieustającą pomoc oraz prof. nadzw. dr. hab. Mariuszowi Granosikowi za ciągłą gotowość do konstruktywnej krytyki, ale także wsparcie w chwilach zwątpienia.

Serdecznie dziękuję również Katarzynie Pakule za chęć pomocy i stylistyczne zaopiekowanie oraz Pani Małgorzacie Szymańskiej za profesjonalną pracę redakcyjną.

Niezwykle ważne w trakcie powstawania tej pracy było wsparcie mojej córki Anity, której pytania o postępy i przykład, jaki dawała mi swoją własną pracą, mobilizowały mnie do działania.

Na samym końcu chciałabym podziękować pracownikom socjalnym za to, że zechcieli mnie wpuścić do swojego świata. Mam nadzieję, że nie zawiodę Waszego zaufania, które jest niezwykle dla mnie ważne. Koleżanki i kilku Kolegów – nie mogę w tym miejscu wymienić Waszych imion – ale mam nadzieję, że będziecie wiedzieć, że to o Was chodzi.

Rozdział I

Wybrane sposoby podejścia do problematyki zaburzeń psychicznych

Opracowania naukowe z dziedziny pedagogiki (społecznej), które dotyczą problematyki zaburzeń psychicznych, w zdecydowanej większości na etapie definiowania istoty problemu powołują się na medyczne (psychiatryczne) uzasadnienia. Związane jest to z psychiatrycznym monopolem, który przez lata wypracowywany był przez tę naukę. Dzięki wysiłkom jej reprezentantów obecnie przyjmuje się za oczywiste, że to lekarz rozstrzyga o problemach związanych ze zdrowiem psychicznym. Doświadczenia pracowników socjalnych w tym obszarze problemowym wskazują, że przyjmowanie perspektywy medycznej bardzo komplikuje konstruowanie planu pomocy zorientowanego na społeczne aspekty funkcjonowania w środowisku osoby doświadczającej zaburzenia psychicznego. Działając zgodnie z przepisami, każdy przypadek zdradzający znamiona problemów psychiatrycznych powinien być oddelegowywany do specjalisty (psychiatry), co w znaczący sposób ogranicza możliwości oddziaływania społeczno i koncentrowania działania na polepszaniu relacji człowiek–środowisko, która w kontekście prezentowanej problematyki jest niemal zawsze poważnie zaburzona. Co więcej, tak zarysowana ścieżka postępowania utrudnia aplikację koncepcji społeczno-pedagogicznych, których centralnym punktem jest zawsze człowiek funkcjonujący w określonej przestrzeni społecznej.

Zważywszy na kluczowe dla pedagogiki społecznej znaczenie osadzenia badań w przestrzeni relacji człowiek–środowisko, o polu jej konceptualnego rozproszenia wydają się stanowić teorie naukowe, dające możliwość relację tę wyjaśnić (Gulczyńska 2013: 24).

Tymczasem wykorzystywane w polu praktyki odniesienia medyczne nie stwarzają szansy na zrozumienie doświadczeń człowieka jako osoby, bowiem ich celem nie jest regulacja relacji podmiotu ze środowiskiem, tylko naprawienie wadliwie funkcjonującego układu wewnętrznego, co osiągnięte jest w większości sytuacji poprzez leczenie farmakologiczne. W tym kontekście praca socjalna spychana jest do realizowania funkcji kontrolnej oraz dystrybuowania dóbr (na przykład przyznawanie zasiłków). Zawężanie działań pracowników socjalnych sprawia, że ich potencjał w pełni nie zostaje wykorzystany, na czym cierpią nie tylko oni, ale przede wszystkim klienci, wobec których powinny być uruchamiane procedury, które mogą być dla nich krzywdzące, np. konieczność wezwania przez pracownika socjalnego lekarza psychiatry, kiedy podejrzewany jest problem zaburzenia psychicznego. Wielu osobom w społeczeństwie wizyta psychiatry kojarzy się bardzo negatywnie, co ma związek z potoczną złą opinią na temat chorób i zaburzeń psychicznych. W związku z tym ci, do których wezwany został taki specjalista, obawiają się, że informacja ta dotrze do osób z jego otoczenia i pogorszy relacje z nimi.

Biorąc pod uwagę powyższe, kluczowa dla pedagogiki społecznej perspektywa postrzegania rzeczywistości społecznej oraz rozwój refleksji i uteoretyczniania przez jej pryzmat obszaru problemowego związanego z zaburzeniami psychicznymi jest nadal polem do społeczno-pedagogicznego zagospodarowania. Spostrzeżenia te stały się podstawą ukierunkowania obserwacji badawczej na działania pracowników socjalnych wobec osób zaburzonych psychicznie. Celem badania stała się rekonstrukcja procedur stosowanych przez

pracowników socjalnych wobec wspomnianej powyżej grupy klientów¹ ośrodka pomocy społecznej. Jako badacze zależało mi na odtworzeniu tego fragmentu organizacji pracy socjalnej z perspektywy osób działających, czyli pracowników socjalnych. Tak zarysowana problematyka badawcza wymagała odwołania się do paradygmatu, który za T. Wilsonem (1973) nazywam paradygmatem interpretatywnym², którego teoretyczną ramą odniesienia był w szczególności interakcjonizm symboliczny w klasycznym wariancie H. Blumera (2007). Prezentowane w niniejszej publikacji wnioski są rezultatem badań prowadzonych w oparciu o procedury generowania teorii ugruntowanej (Glaser, Strauss 2009). Empiryczną podstawą

1 Termin „klient” jest powszechnie stosowany wśród pracowników socjalnych na określenie osoby korzystającej z pomocy społecznej. W środowisku naukowym budzi on jednak sporo kontrowersji. Proponowane zmiany nazewnictwa, na przykład beneficjent, użytkownik, do tej pory nie spotkały się z przychylnością praktyków. Nie wchodząc w dyskusję na temat zasadności któregośkolwiek z pojęć, w niniejszej publikacji będę posługiwała się terminem „klient”, który można traktować jako „pojęcie zastane” (*in vivo code*). Warto również nadmienić, że niektórzy pracownicy nazywają osoby korzystające z pomocy społecznej „podopiecznymi”. Termin „podpieczny” został wyparty po reformie ówczesnej opieki społecznej, która na początku lat 90. XX w. została nazwana pomocą społeczną. Zmiana „opieki” na „pomoc” wiązała się ze zmianą filozofii wsparcia socjalnego. Jednakże pracownicy, będący zatrudnieni w ośrodkach jeszcze przed zmianami, często używają pojęcia „podopieczny”.

2 T.P. Wilson (1973) wyróżnił paradygmat normatywny i interpretatywny, różnice między nimi wyznaczone są w zakresie źródeł poszukiwania ładu społecznego. Orientacja normatywna definiuje rzeczywistość społeczną jako byt relatywnie niezależny od aktorów i interpretuje ją przez pryzmat obiektywnie istniejących norm. Przestrzeganie norm jest gwarantem istnienia ładu społecznego. Z kolei w paradygmacie interpretatywnym, ład społeczny osiągnany jest w interakcyjnych procesach negocjacji znaczeń (Czyżewski 1984). Paradygmat interpretatywny opiera się na kilku podstawowych założeniach: „Otaczający świat jest przez ludzi ustawicznie interpretowany; interpretacje mają charakter społeczny (intersubiektywny) i w głównej mierze tworzone są lokalnie; rzeczywistość społeczna to sieć interakcji, w których wytwarzane są znaczenia i interpretacje; ład społeczny opiera się na elastycznych i dopasowujących się systemach znaczeń” (Granosik 2006b: 172)

opracowania jest materiał z 6-miesięcznych obserwacji uczestniczącej, którą prowadziłam w ośrodku pomocy społecznej. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, w którym prowadzone były badania, podzielony jest na filie i znajduje się w dużym mieście, liczącym powyżej 500 tys. mieszkańców. Każda filia, zakresem swojej pomocy, obejmuje inny rejon (dzielnice). Filia OPS, w którym odbywały się badania, mieści się w centrum miasta i pracuje w niej ok. 42 terenowych pracowników socjalnych (w większości kobiety – 39, oraz trzech mężczyzn). Pracownicy socjalni byli osobami z różnym stażem zawodowym (od jednego miesiąca do ponad 30 lat) i doświadczeniami. Każdy z nich został poinformowany o moich zainteresowaniach badawczych, które zostały przedstawione jako „praca socjalna z osobami zaburzonymi psychicznie”. W pierwszych dniach prowadzenia badania pracownicy opowiadali mi o osobach w tzw. „swoim rejonie”³, które według nich były „zaburzone psychicznie”, a później, wiedząc, że taka osoba ma przyjść do ośrodka, zapraszali mnie do uczestniczenia w spotkaniu⁴. Zasadniczą jednostką analizy było działanie pracowników socjalnych wobec osób zaburzonych psychicznie. Dobór próby badawczej zorganizowany był według procedury teoretycznego nasycenia.

Zebrane dane umożliwiły mi zrekonstruowanie działań pracowników socjalnych podejmowanych w stosunku do osób kategoryzowanych jako zaburzeni psychicznie, wraz z ich uwarunkowaniami. Następstwem metodologicznych wyborów była ponadto próba zrozumienia i odtworzenia optyki postrzegania i definiowania zaburzenia psychicznego

3 Każdemu z pracowników socjalnych przydzielany jest określony rejon (w praktyce konkretne ulice) który nazywany jest przez nich „moim rejonem” albo „rewirem”. Konsekwencją czego jest brak możliwości wyboru pracownika socjalnego przez klienta pomocy społecznej.

4 W ośrodku nie ma pomieszczeń do prywatnych rozmów z klientami. Każdy pracownik musi dzieli pokój z innymi współpracownikami. W związku z tym moja obecność, w trakcie spotkań z klientami, nie budziła żadnych wątpliwości, ani niczego nie zaburzała.

przez pracowników socjalnych tego, kim – według nich – jest człowiek zaburzony psychicznie i jak należy orientować wobec niego działania. Rekonstrukcja perspektywy pracowników socjalnych w kwestii problemu „zaburzenia psychicznego” bezpośrednio związana była z procesem nabywania umiejętności rozumienia tej rzeczywistości w sposób, jaki jest ona pojmowana przez jej uczestników. To, co jako badaczka dostrzegałam na wczesnym etapie postępowania analitycznego, okazywało się być jedynie konstrukcją sytuacyjną, która pod wpływem kolejnych doświadczeń ulegała zmianie. Powolne zanurzanie się w świat uczestników badania pozwoliło mi na stopniowe odkrywanie ich sposobu pojmowania „zaburzeń psychicznych”. Rezultatem analizy materiału empirycznego była redefinicja pojęcia „zaburzenie psychiczne”⁵, którego ujęcie można nazwać pedagogicznym wariantem perspektywy społeczno-kulturowej.

Zanim przejdę do omawiania przyjętego w niniejszej publikacji sposobu definiowania pojęcia „zaburzenie psychiczne”, scharakteryzuję współczesne kierunki, przez pryzmat których najczęściej jest ono wyjaśnianie. Zwykle wyróżnia się trzy główne sposoby podejścia w kwestii problematyki zaburzeń psychicznych: medyczne (kliniczne), psychologiczne oraz społeczno-kulturowe. Każde z nich prezentuje inny sposób definiowania tego zjawiska, co bezpośrednio przekłada się na odmienne metody postępowania wobec osoby zdiagnozowanej.

W pierwszej kolejności zostanie zatem opisane podejście kliniczne (medyczne), które obecnie jest perspektywą dominującą i narzucaną w innych niemedycznych instytucjach, na przykład w ośrodku pomocy społecznej, następnie omówione zostanie podejście psychologiczne, które jest drugą pod względem ważności optyką wyjaśniania problemów

5 Pragnę podkreślić, że zawarta w publikacji propozycja (re)definicji „zaburzenia psychicznego” nie ma na celu pomniejszenia dorobku nauk medycznych, może natomiast stanowić jej uzupełnienie. Jej celem jest umożliwienie działania w tym obszarze problemowym reprezentantom nauk społecznych, na przykład pedagogom społecznym.

związanych ze zdrowiem psychicznym. W ostatniej kolejności scharakteryzuję podejście społeczno-kulturowe, którego opis zawierać będzie zrekonstruowaną perspektywę postrzegania „zaburzenia psychicznego” reprezentowaną przez pracowników socjalnych.

PODEJŚCIE KLINICZNE

W podejściu klinicznym⁶ podkreśla się fakt realnego istnienia desygnatów zaburzenia psychicznego. Klinicyści nie mają wątpliwości, że zaburzenie psychiczne jest czymś prawdziwym i jest przejawem stanu patologicznego. W tej optyce osoba uznana za cierpiącą na zaburzenie psychiczne nazywana jest pacjentem i przysługują jej wszelkie związane z tym prawa i przywileje. Chory uprawniony jest do korzystania z pomocy lekarskiej, może również oczekiwać zwolnienia z wielu obowiązków. Tak jak w przypadku każdej innej choroby, osoba taka może domagać się informacji o stanie swojego zdrowia oraz liczyć na poszanowanie jej praw osobistych, które mogą zostać ograniczone jedynie przez sąd. Przyjęcie tej perspektywy obliguje również do poszukiwania pomocy lekarskiej dla osoby podejrzewanej o bycie chorą, nawet jeśli ona wyraźnie jej odmawia. Kwestia ta budzi wiele kontrowersji, a decyzja w tej sprawie jest niezwykle trudna do podjęcia, zarówno dla rodziny takiego człowieka, jak i dla osób współpracujących z tą rodziną, na przykład pedagoga społecznego, pracownika socjalnego itd.

Kierunek kliniczny, ze względu na swój medyczny charakter, implikuje konieczność „ustalenia rozpoznania, które wskazywałoby na objawy i zespół ich przynależności

6 R. Porter (2003) uznaje koniec wieku XVIII za początek rozwoju podejścia klinicznego. Sam termin „psychiatria” został wprowadzony dopiero na początku wieku XIX w 1808 r. przez niemieckiego lekarza Johana Christiana Reila.

klasyfikacyjnej, fazy czy raczej określonego punktu rozwoju sprawy chorobowej” (Jaroszyński, 1989: 12). W oparciu o epikryzę ustalany jest dalszy kierunek leczenia, w którym centralną pozycję zajmuje zazwyczaj leczenie farmakologiczne. Uprzywilejowana pozycja farmakologii jest bezpośrednim odzwierciedleniem przyjętej przez klinicystów perspektywy, która jako genezę powstania zaburzenia wskazuje biologiczne nieprawidłowości działania organizmu człowieka.

W podejściach klinicznych warto podkreślić kierunek nazywany za J. Jaroszyńskim (1989) psychologicznym lub psychiatrią humanistyczną (Kępiński 2004). Przedstawiciele tej odmiany domagają się uwzględnienia w „etiologii i patogenizie zaburzeń psychicznych większej liczby elementów pozabiologicznych” (Jaroszyński 1989: 13). Między innymi brane są pod uwagę wpływy środowiska. Kierunek ten sceptycznie odnosi się do prostej aplikacji wiedzy biologicznej, wskazując na brak dostatecznych dowodów znaczącego wpływu procesów fizjologicznych na powstawanie choroby psychicznej. Reprezentanci tego podejścia uważają między innymi, że „stwierdzone w psychozach nieprawidłowości biochemiczne mogą być wtórne, a dane pochodzące z genetyki wyjaśniają niewiele” (Jaroszyński 1989: 13). Poza tym zarzuca się „klinikom” stosowanie podejścia dyskryminującego człowieka⁷, poprzez postrzeganie go tylko jako organizm biologiczny, z pominięciem jego osobowości. W podejściu humanistycznym podkreśla się konieczność holistycznego traktowania pacjenta jako jedynej słusznej drogi prowadzącej do poprawy stanu jego zdrowia. W związku z tym, oprócz stosowania farmakologii, akcentuje się również konieczność poznania pacjenta od strony „pozamedycznej”, na przykład

7 Interesujące jest to, że zdaniem klinicystów mniej dyskryminujące jest podejście dążące do usunięcia choroby, którą człowiek „ma”, niż traktowanie go samego jako odmiennego i dziwnego. Związane jest to z poglądem, że człowiek woli „mieć” chorobę, niż „być” chorym.

sposobu jego funkcjonowania w rodzinie czy problemów, z jakimi musi sobie radzić. Ponieważ wielu zwolenników psychiatrii humanistycznej poszukuje przyczyn choroby w sferach psychologicznych człowieka i jego układach środowiskowych, w terapii pacjenta chętnie odnoszą się do osiągnięć psychoanalizy oraz innych podejść psychoterapeutycznych.

PODEJŚCIA PSYCHOLOGICZNE

Wśród wielości rodzajów podejścia psychologicznego pragnę zwrócić uwagę Czytelnika na dwa: psychoanalityczne oraz behawioralne. Ich wybór podyktowany jest przekonaniem, że dla większości osób niezwiązanych naukowo z naukami psychologicznymi są one najbardziej rozpoznawalne. Prezentacja tych kierunków zostaje, podobnie jak klinicznych, zawężona, a jej celem jest jedynie nakreślenie głównych założeń, a nie szczegółowa charakterystyka.

Psychoanaliza

W klasycznej psychoanalizie akcentuje się rolę podświadomości, rozwój w poszczególnych fazach dzieciństwa, libido, tłumienie, wyparcie, racjonalizację, przemieszczenie i tym podobne mechanizmy. Samo rozpoznanie, jak zauważa Jaroszyński (1989: 14), zostaje odsunięte na dalszy plan, co oczywiście nie oznacza, że jego istotność jest całkowicie marginalizowana. Psychoanalitycy dostrzegają bowiem w ciągu: zdrowie – nerwica – schizofrenia łańcuch zjawisk, których wyraźne rozgraniczenie jest bardzo trudne, a w niektórych sytuacjach wręcz niemożliwe. Psychoanaliza wypracowała własne metody leczenia terapii wykorzystujące na przykład swobodne (pierwsze) skojarzenia czy analizę marzeń sennych. Jednakże, jak podkreślał już Z. Freud (1957), nie wszystkie psychoanalityczne metody leczenia mogły być zastosowane wobec każdej osoby chorej. Przestrzegaj on na