

Uniwersytet Łódzki. Wydział Nauk o Wychowaniu

ANNA BARBARA JARKIEWICZ, ALEKSANDRA ROSTOJEK

ORCID: 0000-0002-9367-6258; anna.jarkiewicz@now.uni.lodz.pl  
rostojek.aleksandra@gmail.com

---

*Współczesna rodzina wobec wsparcia dla osób  
doświadczających zaburzeń psychicznych*

---

Modern Family Towards Support for People Experiencing Mental Disorders

PROPOZYCJA CYTOWANIA: Jarkiewicz, A.B., Rostojek, A. (2023). Współczesna rodzina wobec wsparcia dla osób doświadczających zaburzeń psychicznych. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 36(4), 153–171. DOI: 10.17951/j.2023.36.4.153-171.

ABSTRAKT

W artykule przedstawiona została kwestia znaczenia rodziny i udzielanego w jej ramach wsparcia z perspektywy osoby, która ma zdiagnozowane zaburzenie psychiczne. Prezentowany fragment wniosków pochodzi z badania, którego głównym przedmiotem były społeczno-biograficzne doświadczenia osób z zaburzeniem psychicznym, które korzystały z różnych form wsparcia instytucjonalnego. W artykule uwaga skoncentrowana została na oddziaływaniach instytucji, jaką jest rodzina, w tym w szczególności na znaczeniu jej wsparcia dla osób doświadczających zaburzenia psychicznego. Badanie zostało przeprowadzone w paradygmacie interpretatywnym z wykorzystaniem metod jakościowych – autobiograficznego wywiadu narracyjnego. Łącznie w latach 2019–2023 zebranych zostało 60 narracji z narratorami obu płci; najmłodszy rozmówca miał 19 lat, a najstarszy – 65. Analiza materiału pozwoliła na wygenerowanie podstawowych typów rodzin oraz występującego w nich rodzaju wsparcia.

**Słowa kluczowe:** rodzina; zaburzenie psychiczne; wsparcie; autobiograficzny wywiad narracyjny; wsparcie instytucjonalne

WPROWADZENIE

Światowe dane i prognozy na temat zdrowia psychicznego pokazują, że zaburzenia psychiczne są nie tylko poważnym, lecz także narastającym problemem (Tracz-Drał, 2019). Bez względu na kulturę czy narodowość obserwowany jest

wskaźnik wzrostu epidemiologicznego różnego rodzaju zaburzeń (Podgórska-Jachnik, Stecz, 2017). Stan zdrowia psychicznego współczesnych ludzi – jak zauważają Tracz-Dral (2019) oraz Podgórska-Jachnik i Stecz (2017) – budzi coraz większy niepokój. Już przed pandemią COVID-19 wiele badań wskazywało na powszechny wzrost zagrożeń dla zdrowia psychicznego, stanowiących problem cywilizacyjny, w tym np. w raporcie sporządzonym przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) oraz Unię Europejską *Health at a Glance: Europe 2018* (OECD, European Union, 2018), gdzie możemy odnaleźć informację, że przynajmniej jedna na sześć osób w krajach unijnych (17,3%) doświadczyła problemu ze zdrowiem psychicznym. Jak wynika z badań EZOP II (Moskalewicz, Kiejna, Wojtyniak, 2012) przeprowadzonych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, ponad 25% Polaków (czyli około 8 mln osób) cierpi na różne zaburzenia psychiczne, z czego tylko 16% korzystało ze specjalistycznej pomocy.

W czasie pandemii liczba osób doświadczających różnego rodzaju kryzysów psychicznych wzrosła. Na przykład w Polsce w trakcie tego okresu 48% osób deklarowało przeżywanie obniżonego nastroju, obniżonej samooceny, depresji, stanów lękowych, nerwicowych lub pogorszenie zdrowia psychicznego (Białaś, 2022).

Świadomość problemu i jego skali skłania badaczy, polityków i praktyków zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego do poszukiwania adekwatnego systemu wsparcia (Trojańska, 2018). Wspieranie osób doświadczających kryzysu psychicznego jest zadaniem interdyscyplinarnym (Bronowski, Kaszyński, Maciejewska, 2019), a jego kompleksowe rozumienie angażuje profesjonalistów przynajmniej z trzech specjalności: medycznej, niemedycznej (wsparcie środowiskowe) oraz pomocy społecznej (Bronowski i in., 2019; Leszto, Witusik, Pietras, 2013). W tym miejscu warto zwrócić uwagę na coraz większą rolę pracowników socjalnych oraz innych pracowników niemedycznych (np. pedagogów) w udzielaniu pomocy osobom w kryzysie psychicznym (Czechowska-Bieluga, 2021).

Co istotne, proces zdrowienia nie zależy tylko od dobrze wyszkolonego i przygotowanego do działania zespołu profesjonalistów. W tym zakresie równie ważne jest zarówno wsparcie, jak i postawy przyjmowane przez osoby znaczące wobec doświadczanego przez jednostkę problemu.

W związku z powyższym w niniejszym artykule koncentrujemy naszą uwagę na znaczeniu wsparcia rodziny dla osób doświadczających kryzysu psychicznego. Poza głównym obszarem analizy badawczej szukamy również odpowiedzi na pytania szczegółowe, które dotyczą rodzajów wsparcia, jakich rodzina udziela osobie w kryzysie psychicznym, a także oceny efektywności tego wsparcia.

Problematyka ta analizowana jest z oddolnej perspektywy – ludzi, którzy doświadczyli problemów ze zdrowiem psychicznym. Wydaje się to mieć szczególne znaczenie w praktyce społecznej, ponieważ wyraża autentyczną gotowość do wzmacniania podmiotowości i poczucia sprawstwa takich osób (Bronowski i in., 2019), a jednocześnie jest wyrazem dbałości i troski o ich rzeczywiste potrzeby.

Rozpoznanie realnego zapotrzebowania ludzi doświadczających kryzysu psychicznego w zakresie udzielanego im wsparcia przez osoby znaczące może natomiast w istotny sposób zmienić przyszłe działania społeczne i środowiskowe ukierunkowane na pracę z rodziną i bliskimi.

### WSPARCIE SPOŁECZNE I SYSTEMY WSPARCIA DLA OSÓB DOŚWIADCZAJĄCYCH ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

System wsparcia społecznego rozpoznawany jest jako ważny element procesu zdrowienia osób doświadczających zaburzeń psychicznych. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w dokumencie *Mental Health Gap Action Programme* (mhGAP), opublikowanym w 2019 r., zawarła szereg propozycji i rekomendacji, jak promować zdrowie psychiczne i wspierać osoby chorujące. Znaczna część postulatów WHO odnosi się do wzmocnienia sieci wsparcia społecznego osoby chorującej w jej środowisku lokalnym. Sieci społeczne opisywane są przez pryzmat więzi interpersonalnych, które mogą tworzyć członkowie rodzin, przyjaciele, ale też inne osoby będące blisko konkretnej osoby (Pernice-Duca, 2010). Milardo (1988, s. 13) podkreśla, iż posiadanie takich więzi „prowadzi do przekonania, że jest się pod opieką, że jest się kochanym, cenionym”, ale również jest się w kręgu wzajemnych zobowiązań, w którym udzielenie wsparcia innym członkom staje się naszą powinnością. Badacze od dawna wyrażają przekonanie, że sieci te bezpośrednio odnoszą się do pozytywnych miar dobrostanu psychicznego, takich jak skuteczne strategie radzenia sobie z problemami, poczucie sprawstwa czy satysfakcji z życia (np. Berkman, 2000; Berkman, Glass, Brissette, Seeman, 2000; Hammer, 1983). Podkreślane jest jednak przy tym także to, że utrata interpersonalnych więzi społecznych jest jedną z najczęstszych i najbardziej niszczycielskich konsekwencji dla stanu zdrowia psychicznego (np. Davidson, Stayner, 1997; Wright, Gronfein, Owens, 2000). Należy też odnotować, że nieodpowiednie lub ograniczone sieci społeczne mogą utrudniać proces powrotu do zdrowia poprzez zaostrzenie lub eskalację doświadczanych objawów psychotycznych (Resnick, Rosenheck, Lehman, 2004), co zwiększa prawdopodobieństwo ponownej hospitalizacji psychiatrycznej (Goldberg, Rollins, Lehman, 2003) oraz w znaczący sposób obniża jakość życia (Tempier, Caron, Mercier, Leouffre, 1998).

Do głównych i podstawowych źródeł wsparcia zaliczana jest rodzina, którą określa się mianem pierwotnego źródła (Kózka, 2010). Osoby znajdujące się w trudnym momencie w swoim życiu (a do takich należy doświadczanie kryzysu psychicznego) powszechnie pożądamy i oczekują od osób im najbliższych pomocy w rozwiązaniu trudnej dla nich sytuacji oraz wsparcia w odzyskaniu dobrego samopoczucia (Bulska, 2017). Zaspokojenie tej potrzeby – jak zauważają Kusu-mawaty, Surahmat, Martini i Muliyadi (2021) – jest czynnikiem, który w istotny sposób może zmienić trajektorię choroby i zdecydować o ewentualnym sukcesie

w powrocie do pełni sił. Jak podkreślają, istnieje silna korelacja pomiędzy siłami pacjenta do przeżycia i wytrwania w procesie leczenia a siłą wsparcia otrzymywaną przez chorego od rodziny (Kusumawaty i in., 2021). W związku z tym zrozumienie, w jaki sposób rodzina oddziałuje na proces zdrowienia, wydaje się niezwykle istotną kwestią. Pomimo to – jak zauważa wielu badaczy (zob. np. Kusumawaty i in., 2021; Pernice-Duca, 2010) – nadal mamy ograniczoną wiedzę, jakie znaczenie mają interakcje i relacje w rodzinie dla pacjenta i jego zdrowia. Z badań Kate, Grovera, Kulhary i Nehry (2013) wynika, że najczęstsze rodzaje wsparcia udzielanego chorym są następujące: wsparcie emocjonalne, informacyjne, instrumentalne oraz poprzez uznanie. Każdy z rodzajów wsparcia może być udzielany na różne sposoby. Sposób działania bliskich może być uzależniony od specyficznego rodzaju relacji czy interakcji w rodzinie albo od typowego dla niej wzoru komunikacyjnego. Według Grovera i współpracowników (Kate i in., 2013) te cztery typy wsparcia są niezwykle potrzebne pacjentom, a ich obecność w trakcie procesu dochodzenia do zdrowia ma bezpośredni związek z poprawą funkcjonowania osoby chorej w wymiarze biologicznym, psychologicznym, społecznym i duchowym. Jak wskazują wspomniani autorzy, brak wsparcia w jednym z tych wymiarów może opóźnić poprawę stanu zdrowia pacjenta.

Z dotychczasowych rozważań wynika, że wsparcie rodziny odgrywa dużą rolę w procesie zdrowienia osoby doświadczającej kryzysu psychicznego. Sam termin „wsparcie”, pomimo zakorzenienia w naukach społecznych, wciąż jednak nie posiada konkretnej i jednoznacznej definicji. W Polsce jedną z najczęściej przytaczanych jest propozycja Sęk i Cieślaka (2004). Tłumacząc, czym jest wsparcie, autorzy odwołują się do specyficznego rodzaju interakcji społecznych, które pojawiają się w konsekwencji sytuacji problemowej. Analizując zjawisko wsparcia, Sęk i Cieślak (2004) wyodrębnili cztery jego rodzaje: emocjonalne, informacyjne, instrumentalne i rzeczowe (materialne). Wsparcie emocjonalne to przekazywanie emocji, mające na celu uspokoić, ukazać troskę i podwyższyć samoocenę. To najbardziej pożądanym rodzajem wsparcia wśród osób doświadczających trudności w życiu. Jeśli chodzi o wsparcie informacyjne, chodzi tutaj o interakcję, w której następuje wymiana informacji i doświadczeń. Mają one wspomóc w zrozumieniu własnych problemów i sensu wszelkich sytuacji stresowych. Wsparcie instrumentalne to pewnego rodzaju instruktaz, który polega na dostarczaniu informacji o sposobach radzenia sobie z trudną sytuacją. Wsparcie rzeczowe (materialne) to przekazywanie wszelkich dóbr materialnych lub finansów. Przybiera formę działania na rzecz innych poprzez dostarczanie lekarstw, żywności, artykułów higienicznych czy środków do życia. Jest to powiązane z działalnością charytatywną, potrzebną zwłaszcza w sytuacjach katastroficznych (Sęk, Cieślak, 2004, s. 19).

Z uwagi na zbieżność rozumienia wsparcia przez przywołanych autorów ze sposobem jego tłumaczenia i odczuwania przez osoby cierpiące na zaburzenia

psychiczne w niniejszym artykule przyjęto zakres definicyjny tego pojęcia za Sęk i Cieślak (2004).

## METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

Przedmiotem głównym prezentowanego badania<sup>1</sup> były społeczno-biograficzne doświadczenia osób z zaburzeniem psychicznym, które korzystały z różnych form wsparcia instytucjonalnego. W centrum analizy znalazły się oddziaływania instytucji, z których pomocy osoby te korzystały. W badaniu rekonstruowano subiektywną perspektywę osób, które doświadczyły w swoim życiu zaburzenia psychicznego. Badanie zostało przeprowadzone w paradygmacie interpretatywnym (Wilson, 1973) z wykorzystaniem metod jakościowych – autobiograficznego wywiadu narracyjnego (Schütze, 2008a, 2008b). Specyfika tego podejścia polega na zadaniu narratorowi w pierwszej fazie trwania badania tylko jednego, ogólnego pytania, którego zadaniem jest wywołanie narracji, czyli opowieści o historii życia od najwcześniejszych wspomnień aż do dzisiaj. Dzięki ograniczeniu ingerencji badacza w kształt wypowiedzi na etapie analizy możliwa jest rekonstrukcja doświadczeń biograficznych strukturyzowanych przez samego badanego. Po zakończeniu opowieści narratora badacz przechodzi do zadania wcześniej przygotowanych pytań, które bezpośrednio dotyczą głównego przedmiotu jego zainteresowań. W przypadku opisanego tu badania pytania odnosiły się do działań instytucji i odczuwanego przez narratora wpływu tych działań na jego życie, w tym w szczególności w zakresie radzenia sobie z doświadczeniami związanymi z zaburzeniem psychicznym. Łącznie przeprowadzono 60 wywiadów z narratorami obu płci. Najmłodszy rozmówca miał 19 lat, a najstarszy – 65. Uczestnicy badania nie mieli zdiagnozowanej tej samej jednostki chorobowej (warto w tym miejscu dodać, że diagnoza poszczególnych osób na przestrzeni lat ulegała zmianom). Każda z osób, które wzięły udział w badaniu, posiadała pełną zdolność do czynności prawnych i wyraziła świadomą zgodę na uczestnictwo w nim. Badanie otrzymało również pozytywną opinię Komisji ds. Bioetyki Badań Naukowych Uniwersytetu Łódzkiego. Wywiady zostały przeprowadzone w latach 2019–2023. Miejsce każdego wywiadu było wyznaczone przez rozmówcę (np. instytucja, z której wsparcia aktualnie korzystali badani, prywatne mieszkanie, park, spotkanie poprzez platformę Teams bądź Skype).

Z uwagi na ograniczone ramy artykułu skupiono się na oddziaływaniach instytucji, jaką jest rodzina, w szczególności na znaczeniu jej wsparcia dla osób doświadczających zaburzenia psychicznego.

---

<sup>1</sup> Tytuł projektu: „Społeczno-biograficzne uwarunkowania doświadczania zaburzenia psychicznego – pomiędzy indywidualnym doświadczeniem a instytucjonalnym zarządzaniem biografią”, nr umowy 26/IDUB/MŁOD/2021.

## WNIOSKI BADAWCZE

### 1. Analiza struktury rodziny

W prezentowanej analizie zawężyliśmy rozumienie pojęcia rodziny do rodziny definiowanej przez pryzmat pokrewieństwa. Przyjęliśmy zatem wąskie jej rozumienie, ograniczone do dziadków, rodziców i ewentualnego rodzeństwa, z wyjątkiem jednej narracji, gdzie rodzice stanowili dla badanej rodziny zastępczą i również zostali włączeni w zakres konotacyjny pojęcia rodziny.

W skład tak zawężonej definicji rodziny według badanych wchodziło od jednego do sześciu członków. Warto dodać, że jeżeli badani wskazywali tylko jednego członka rodziny, zazwyczaj była to matka.

Spośród narratorów 41 osób nadal mieszkało z jednym bądź dwojgiem rodziców, 7 osób mieszkało w tzw. mieszkaniach usamodzielniających, a 12 – samodzielnie, w tym dwie osoby prowadziły wspólne życie z partnerem/partnerką, a jedna – ze swoim dzieckiem. Dziewięć osób, które nie mieszkały już z rodziną, zadeklarowało, że mają z nią kontakt (telefoniczny lub osobisty) przynajmniej raz w tygodniu, cztery osoby utrzymywały kontakt ograniczony do dwóch spotkań w ciągu roku (zazwyczaj podczas świąt). Dwie osoby opisały swoje więzi z rodziną jako bardzo bliskie – kontaktowały się z rodziną (telefonicznie, osobiście) każdego dnia. Cztery osoby nie posiadały – w przyjętym przez badaczki znaczeniu rodziny – żyjących członków rodziny.

Wśród narratorów, którzy zamieszkiwali z rodziną, relacje z jej członkami oscylowały od bardzo dobrych, przez neutralne, aż do bardzo złych.

Na koniec warto wspomnieć, że wszyscy narratorzy – niezależnie od ich subiektywnej oceny kontaktów i relacji z rodziną – określali jej oddziaływanie (zarówno pozytywne, jak i negatywne) jako znaczące dla ich życia i wyborów, które w nim dokonują bądź dokonywali. Temat rodziny pojawił się w każdej opowieści, a badani poruszali go w głównej narracji (dowiadujemy się o niej bez konieczności zadawania dodatkowych pytań).

### 2. Typologia rodzin

W trakcie analizy materiału empirycznego zwróciliśmy uwagę na zasadnicze różnice w dokonanych przez narratorów opisie relacji i interakcji obecnych w ich rodzinach. W opisie uwzględnione były np. takie elementy jak: rodzaje kontaktów, więzi, komunikacja pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny, informacje na temat pozycji badanego w rodzinie, prywatne teorie badanych na temat wpływu rodziny na ich życie (od najmłodszych lat dzieciństwa aż do dnia, w którym przeprowadzany był wywiad) itp. Na podstawie tych wypowiedzi udało się zrekonstruować typy rodzin narratorów. Ponadto wyraźny jest szereg analogii

pomiędzy obrazem rodzin wyłaniającym się z naszych danych a klasyczną typologią rodzin Bernsteina (1980). W związku z tym zdecydowałyśmy się wykorzystać typologię Bernsteina jako ramę analityczną.

Bernstein (1980) wyróżnił dwa typy rodzin – rodzinę pozycjonalną i rodzinę ukierunkowaną na osoby. Każdy z tych typów charakteryzuje się odmiennymi cechami.

Zakładamy, że koncepcja Bernsteina jest znana, dlatego w tym miejscu tylko pokrótce opisujemy oba typy rodzin. W rodzinie pozycjonalnej od formalnej pozycji konkretnego jej członka zależy jej status, rola i związana z tym możliwość podejmowania decyzji. „Rozdział ról i formalny podział zakresu odpowiedzialności dokonywane są w zależności od wieku, płci i relacji wieku” (Bernstein, 1980, s. 576). Dziecko w takich rodzinach przejmuje wymagania odpowiadające jego statusowi, a zakres dopuszczalnych, alternatywnych sposobów pełnienia roli jest – jak pisze Bernstein – stosunkowo ograniczony. Ponadto w rodzinach pozycjonalnych istnieje zamknięty system komunikacyjny. Przeciwnieństwem rodziny pozycjonalnej jest rodzina ukierunkowana na osobę, w której realizowany jest otwarty system komunikacyjny. W takiej rodzinie zakres podejmowanych decyzji, wprowadzanych zmian i wypowiedianych sądów nie jest uzależniony od formalnego statusu danej osoby, lecz od jej właściwości psychicznych. W układzie jej pełnienie konkretnej roli jest bardziej swobodne i zindywidualizowane.

Warto również podkreślić, że typ rodziny w żaden sposób nie jest skorelowany z wiekiem, wykształceniem czy statusem ekonomicznym rodziny, co wyszło z naszych badań. Zarówno w jednym, jak i w drugim typie można odnaleźć rodziny reprezentujące różny poziom wykształcenia, wiek, status ekonomiczny itd.

### **3. Opis rodziny pozycjonalnej w narracjach osób z zaburzeniami psychicznymi**

W przypadku rodzin narratorów, w których rodzina została skategoryzowana jako rodzina pozycjonalna, szczególnego znaczenia nabiera aspekt kontroli opartej na władzy formalnej oraz kwestia podejmowania decyzji za osobę z zaburzeniem psychicznym przez pozostałych (zdrowych) członków rodziny. Warto w tym miejscu dodać, że „zaburzenie psychiczne” automatycznie obniżało pozycję formalną takiej osoby i osoba taka, niezależnie od wieku, płci itd., pozbawiana była (w większości przypadków) szansy na podejmowanie decyzji. W każdym przypadku uważnienie w interakcji „zaburzenia psychicznego” zmniejszało spektrum działania członka rodziny na nie cierpiącego i tym samym zwiększało zakres możliwości pozostałych osób ją stanowiących.

Według naszych badanych w ich rodzinach istniały pewne przekonania co do tego, jak powinna się zachowywać osoba z zaburzeniem psychicznym. Przekonania te w większości oparte były na powszechnie istniejących w społeczeństwie

stereotypach, które w zdecydowanej mierze są szkodliwe dla samych zainteresowanych (por. Czechowska-Bieluga, 2021). Wśród nich można wymienić nieracjonalność osoby cierpiącej na zaburzenie psychiczne (zob. Jarkiewicz, 2017) czy jej nieprzewidywalność, z czym związana jest niezdolność do pełnego uczestnictwa społecznego i należytego pełnienia ról (Jackowska, 2009). W tym kontekście niejako przejęcie władzy nad osobą z zaburzeniem psychicznym można interpretować w kategoriach troski o jej dobro i bezpieczeństwo. Powstrzymujemy się w tym momencie od oceny takiego postępowania i pragniemy, aby nasza wypowiedź odczytana była jako próba wczucia się w perspektywę osób, które reprezentują taki sposób działania.

Nasi narratorzy silnie odczuwali oczekiwania rodzin co do ich sposobu zachowania i działania. Empirycznym przykładem mogą być słowa jednego z nich:

*Moi rodzice zawsze mieli jakieś „ale” do sposobu mojego zachowania. Jak zostałam zdiagnozowana, to (mmmm) mam wrażenie, że jeszcze bardziej się to nasiliło. Poculi, tak jakby mogli mnie jeszcze bardziej kontrolować... A ja się temu podporządkowywałam. [Ada, 30 lat]<sup>2</sup>*

Odczytywanym przez naszych narratorów zadaniem osób z zaburzeniem psychicznym było spełnianie oczekiwań osób zdrowych i zgadzanie się z ich „racjonalnymi” decyzjami. W układzie tym zdrowie bądź jego brak pozycjonowało znaczenie i zakres władzy poszczególnych osób.

Wyznaczony przez „uprzywilejowanych” członków rodziny zakres możliwości działania osoby z zaburzeniem psychicznym stawał się przyczyną wielu konfliktów. Jedna z narratorek (Paulina, 23 lata) wspomniała, że jej mama zawsze była trudną osobą i – jak podejrzewała – *zawsze będzie, yyy która miała swoją wizję na mnie (...) yyy [a ja] nie do końca chcę podążać tą drogą, którą podążałam, nie do końca chcę spełniać oczekiwania osób, które otaczały mnie... zwłaszcza rodziców*. Jej niezgoda na wpisywanie się w czyjaś wizję – jak sama wspomina – stała się powodem wielu kłótni między nią a jej rodzicami.

Nie wszyscy z naszych badanych wyrażali opór wobec oczekiwań rodziny. W rodzinie pozycjonalnej znacznie częściej obserwowaliśmy podzielenie przekonania osób cierpiących na zaburzenie psychiczne o słuszności zajmowanej wobec nich postawy. Większość z nich, mimo że nie zawsze zgadzali się ze słusznością konkretnej decyzji, co do zasady zgadzała się z poglądem, że nie należy (a nawet nie można) z nią dyskutować, bo z pewnością jest ona podjęta z uwzględnieniem ich najlepszego interesu. Przykładem może być cicha niezgoda jednej z narratorek (Elżbieta, 55 lat) na zakaz rodziców mówienia komukolwiek o zdiagnozowanym u niej zaburzeniu psychicznym: *Chciałam z kimś porozmawiać [o zaburzeniu psychicznym], komuś powiedzieć, ale rodzice kategorycznie zabronili mi tego robić*.

<sup>2</sup> Wszystkie imiona zostały zmienione.



*Więc co mogłam... Nic.* Kolejny z naszych badanych (Michał, 28 lat) wprawdzie chciał postąpić inaczej, niż uważali jego rodzice, ale ostatecznie podporządkował się ich woli: *No chciałbym zdać maturę, ale rodzice mówią mi, że nie dam sobie rady. Temat więc opuściłem.*

W układzie tym istniały również zobowiązania ciężące na tych z członków rodziny, którzy pełnili rolę „zdrowych”. Wśród nich na pierwszy plan wysuwa się obowiązek kontroli i opieki nad „chorym”. Ilustracją mogą być słowa jednego z naszych badanych: *Moi rodzice mają taką potrzebę cały czas mnie kontrolować. Gdzie idziesz? Z kim? Na jak długo? [przedrzeźnia ton jednego z rodziców] Jakbym był nadal małym chłopcem [Sebastian, 33 lata].*

Interesującym przykładem pełnionej przez członków rodziny opieki i kontroli nad osobami cierpiącymi na zaburzenie psychiczne była sytuacja w podobny sposób opowiadana przez dwóch dorosłych mężczyzn (35 i 37 lat), którzy przyjaźnili się ze sobą (jedna z autorek przeprowadziła indywidualny wywiad z każdym z nich). Obaj mężczyźni opowiedzieli, jak poznali się w jednej z instytucji udzielającej wsparcia osobom w kryzysie psychicznym oraz jak ich mamy (w dwóch przypadkach najbliższą rodzinę dla badanych stanowiła matka) dowiedziały się o ich przyjaźni i również postanowiły się poznać. Od tego momentu kobiety w pewnym stopniu przejęły kontrolę nad ich spotkaniami. Za ich pośrednictwem dogadywane były np. terminy, a nawet miejsca ich spotkań. Żaden z mężczyzn, mówiąc o tej sytuacji, nie miał poczucia, że dzieje się coś nietypowego. Obaj traktowali to jako coś naturalnego, a nawet cieszyli się, że ich przyjaźń zaowocowała stworzeniem relacji pomiędzy ich rodzicielkami.

Na zakończenie opisu rodzin pozycjonalnych, gdzie jeden z członków rodziny jest osobą z zaburzeniem psychicznym, warto dodać, że w tym typie widoczne są silne więzi pomiędzy poszczególnymi członkami. Więzy te narratorzy opisywali w różny sposób: począwszy od bardzo dobrych – tutaj przykładem może być wypowiedź jednej z narratorek: *Rodzice są dla mnie naprawdę bardzo, bardzo ważni i nie wiem, w sensie nie wyobrażam sobie teraz życia bez nich (...)* [Sylwia, 27 lat] – aż do takich, które można interpretować w kategoriach źródła cierpień, czego ilustracją mogą być słowa innego z badanych: *Mam już dosyć, nie wiem, jak długo jeszcze to wytrzymam [życie z rodzicami]* [Michał, 28 lat].

#### **4. Opis rodziny ukierunkowanej na osobę w narracjach osób z zaburzeniami psychicznymi**

Jak zostało zasygnalizowane wcześniej, w rodzinie ukierunkowanej na osobę panuje otwarty system komunikacyjny, a wszelkie decyzje w niej podejmowane uwzględniają opinie i sądy pozostałych jej członków. Podobnie mechanizm ten znajduje zastosowanie w przypadku rodzin, w których jeden z jej członków miał zdiagnozowane zaburzenie psychiczne, a które skategoryzowaliśmy do

wspomnianego typu. Przykładem może być konieczność podjęcia decyzji w sprawie przeprowadzki do innego miasta, do której nawiązała jedna z naszych badanych, aby potwierdzić, jak ważne w jej rodzinie są komunikacja i relacja, które fundamenty zbudowane są na partnerstwie.

*Jakby no może ja byłam za młoda na to, ale ona [matka] też ze mną rozmawiała, czy na pewno się przeprowadzać czy nie i to też troszeczkę może było za dużo dla małego dziecka, ale no podjęliśmy taką decyzję tak naprawdę we dwie. [Martyna, 26 lat]*

W rodzinach ukierunkowanych na osobę możliwości działania członków ze zdiagnozowanym zaburzeniem psychicznym są swobodne i uwarunkowane indywidualnymi predyspozycjami i potrzebami takiej osoby. Tego typu rodziny, jak sami badani wskazali, nie próbowały ich ograniczać czy też w znaczący sposób wpływać na ich decyzje (co oczywiście nie oznacza, że nie dyskutowano z nimi przed ich podjęciem). Przykładem mogą być dwie sytuacje opisane przez osoby badane:

*Po liceum nie za bardzo wiedziałam, co dalej robić. Mój ojciec od jakiegoś czasu mieszkał we Francji. Pomyślałam, że może przeprowadzę się do niego i spróbuję tam swoich sił. Moja mama nie była zachwycona tym pomysłem, ale nie próbowała mi go wybić z głowy. Wspierała mnie nawet w jego realizacji. [Małgorzata, 24 lata]*

*Powiedziałam mojej mamie, że zakochałam się w dziewczynie, że jesteśmy razem. Moja mama była bardzo wspierająca, a moją dziewczynę pokochała jak kolejną córkę. [Agnieszka, 22 lata]*

W przypadku rodzin skategoryzowanych jako ukierunkowane na osoby badani, pomimo niewątpliwie trudnego doświadczenia, bardzo pozytywnie oceniali postawę rodzin w trakcie początków ich problemów ze zdrowiem psychicznym oraz późniejszego okresu diagnozowania i leczenia.

Jedna z narratorek wspomniała, że jej mama – mimo że na pewno się o nią martwiła – przez cały czas była wspierająca i słuchała jej, czego potrzebuje:

*Mhm i nie odbierała tego źle [problemu ze zdrowiem psychicznym], na pewno chciała mi pomóc, mimo że to było dla niej na początku takie szokujące, to jednak mhm chciała mnie w tym wesprzeć i i i wiedziałam, że mogę jej już powiedzieć o niektórych rzeczach. [Lena, 25 lat]*

Również kolejna z badanych stwierdziła, że jej rodzina wykazała się w tamtym okresie dużą empatią i wrażliwością adekwatną do sytuacji. Według niej członkowie rodziny dopasowali swoje zachowania i działania do jej problemu:

*Daje takie bezpieczeństwo [rodzina], że wiem, że jest ktoś, do kogo mogę przyjść, nie muszę się bać ani wstydzić tego, co powiem, że że cokolwiek się stanie, to to mam takie wsparcie, więc tak to jest, to jest jak najbardziej ważne i i to mam w swoim życiu, więc jestem mega za to wdzięczna. [Martyna, 22 lata]*

W podsumowaniu tego fragmentu należy zwrócić uwagę na dwie ważne kwestie. Pierwsza z nich dotyczy możliwości transformacji typu rodziny, którą dostrzegłyśmy w trzech narracjach – w dwóch zmiana nastąpiła z rodziny pozycjonalnej na rodzinę ukierunkowaną na osobę, a w jednej kierunku był odwrotny (z rodziny ukierunkowanej na osobę na rodzinę pozycjonalną). Bodźcem każdej transformacji było tragiczne wydarzenie. W przypadku pierwszego rodzaju transformacji punktem zwrotnym w jednej z rodzin była podjęta przez narratorkę próba samobójcza, w drugiej zaś choroba i w jej konsekwencji śmierć matki narratorki. W transformacji drugiego typu punktem przełomowym były problemy zdrowotne narratora i diagnoza zaburzenia psychicznego. W każdym z tych przypadków narratorzy deklarowali znaczącą zmianę w zachowaniu członków rodzin. W transformacji typu pierwszego rodziny zaczęły dostrzegać problemy narratorów, rozmawiać z nimi na ten temat i okazywać im wsparcie, którego – jak sami mówili – bardzo potrzebowali. W ocenie tych narratorów w ich relacjach rodzinnych pojawiła się większa emocjonalność i bliskość oraz poprawił się system ich komunikacji. W transformacji typu drugiego narrator stwierdził, że kiedy zaczęły się jego problemy i lekarz zdiagnozował u niego zaburzenie psychiczne, rodzina stała się nadmiernie kontrolująca i zaczęła zawężać jego możliwości uczestnictwa w „normalnym życiu”. Przed diagnozą, jak sam wspomniał, sytuacja w jego rodzinie była skrajnie odmienna.

Drugą kwestią, którą należy podkreślić, jest fakt, że podobnie jak Bernstein nie faworyzujemy ani nie uważamy, że któryś z tych dwóch typów jest lepszy. Na podstawie analizy danych udało się wyróżnić te dwa typy rodzin i każdy z nich ma zarówno wady, jak i zalety. Dalekie jesteśmy także od oceny typu rodzin i tym samym rodzin naszych narratorów.

## TYP RODZINY A RODZAJE WSPARCIA

W tej części opisano związki pomiędzy typem rodziny a rodzajem wsparcia. W trakcie analizy materiału wyodrębniono pięć rodzajów wsparcia, które od swoich rodzin otrzymywali badani. Analogicznie do wyników badań Grovera i współpracowników (Kate i in., 2013) są to: wsparcie emocjonalne, informacyjne, instrumentalne i poprzez uznanie. Oprócz tych rodzajów wsparcia w narracjach badanych dostrzegłyśmy istotne znaczenie wsparcia materialnego. Ten rodzaj wsparcia nie pojawia się jednak w wynikach badań zespołu Grovera, istnieje natomiast w typologii Sęk i Cieślaka<sup>3</sup> (2004).

Na podstawie zbieżności w sposobie rozumienia poszczególnych rodzajów wsparcia przez narratorów z propozycjami wspomnianych autorów

---

<sup>3</sup> W propozycji tych autorów nie pojawia się natomiast wsparcie poprzez uznanie, które w kontekście prezentowanego problemu ma duże znaczenie.

zdecydowałyśmy się za nimi przyjąć ich definicje. Nie oznacza to jednak, że badani w ten sam sposób nazywali konkretny rodzaj wsparcia. Przyporządkowanie działań wspierających osoby w kryzysie psychicznym do rodzaju wsparcia odbywało się na podstawie mechaniki jego działania opisaną przez narratorkę, np.: *Ze strony mamy i ojca mogłam liczyć na dach nad głową, ubranie i jedzenie. Moje problemy ich nie interesowały albo ich nie rozumieli. W każdym razie nie rozmawiali ze mną na temat mojej choroby* [Janina, 45 lat].

W ten sposób opisywane działania przyporządkowane zostały do wsparcia materialnego. Niezależnie od rodzaju wsparcia, wsparcie rozumiemy zawsze jako coś mającego działać na korzyść osoby badanej, co nie oznacza, że zawsze było to oddziaływanie pozytywne zgodnie z obowiązującymi w literaturze przedmiotu przekonaniami i zaleceniami, jak takie wsparcie powinno wyglądać, np. zabranianie mówienia niektórym narratorom o zaburzeniu psychicznym.

### 1. Rodzina pozycjonalna a rodzaje wsparcia

Zaczynając od rodzin narratorów reprezentujących typ rodziny pozycjonalnej, dominującymi rodzajami wsparcia rodzin skategoryzowanych do tego typu było wsparcie materialne (rzeczowe) oraz wsparcie instrumentalne.

Wsparcie materialne, inaczej rzeczowe, to przekazywanie wszelkich rzeczy, finansów czy dóbr materialnych. Oznacza również bezpośrednie działanie, które ma pomóc osobie potrzebującej, np. udostępnienie schronienia, dożywianie czy zaopatrzenie w lekarstwa (Sęk, Cieślak, 2004). Jak twierdzą badani, ze strony rodziny mogli liczyć na wsparcie materialne w postaci utrzymania czy mieszkania. Również troska o ich zdrowie okazywana była poprzez udzielanie wsparcia materialnego, np. poprzez umożliwienie mieszkania ze sobą dorosłej już osobie, regularną pomoc finansową, a także – jeżeli rodzina miała wystarczające środki finansowe – opłacanie lekarzy psychiatrów, terapii bądź psychoterapii. Jako przykład możemy podać wypowiedź: *Jeździliśmy bardzo dużo, do wielu lekarzy, wydaliśmy mnóstwo pieniędzy... No ale tutaj tak no takie sytuacje na pewno najwięcej pokazują too... hmm ile no mój tata wkłada zaangażowania* [Paulina, 23 lata]. Jak wynika z tej wypowiedzi, narratorka poszukiwała głębszego znaczenia w działaniu ojca poza wsparciem finansowym. Według niej ojciec w ten sposób manifestował swoje zaangażowanie i troskę w jej powrót do zdrowia.

Nie wszyscy jednak uważali, że wsparcie materialne jest ważne, niekiedy wręcz deprecjonowali jego znaczenie w kontekście przeżywanych problemów:

*Bardzo nie lubię iii to w niczym mi nie pomogło, jak to że masz wszystko i jakby jaki jest twój problem, jakby... chyba nie chodzi o jakieś rzeczy materialne i i nie chodzi ooo nie wiem o posiadanie czegoś żeby, żeby, że jeżeli wszystko będę miała, to wszystko będzie dobrze, to nie o to chodziło (...).* [Sylwia, 27 lat]

Podobnie odczuwający badani skarżyli się, że w przypadku ich rodzin wsparcie materialne było jedynym rodzajem wsparcia, na które mogli liczyć. Jedna z badanych usłyszała od swoich rodziców wprost, że skoro jest na ich utrzymaniu, to nie powinna na nic narzekać, ale także niczego więcej nie powinna od nich oczekiwać.

Drugim najczęściej pojawiającym się rodzajem wsparcia w przypadku rodzin pozycjonalnych było wsparcie instrumentalne, rozumiane jako udzielanie w formie instruktażu sekwencji działań koniecznych do podjęcia w celu rozwiązania jakiegoś problemu. Mechanizm tego wsparcia w rodzinach naszych badanych działał zazwyczaj tak jak w następującym przykładzie: *Kiedy mówiłam swoim rodzicom, że źle się czuję, mówili mi, żebym poszła do lekarza, bo oni nimi nie są* [Karolina, 42 lata].

Szczególnym rodzajem wsparcia instrumentalnego były zakazy rodziny, o których wspomnieliśmy już powyżej, dotyczące dzielenia się swoimi doświadczeniami z innymi osobami.

Wśród tych badanych, którzy uznawali wsparcie materialne i instrumentalne za niewystarczające, najbardziej dominującymi potrzebami było okazanie przez członków ich rodzin wsparcia emocjonalnego i wsparcia poprzez uznanie.

Wielu narratorów wspomniało o nieudanych próbach rozmów z rodzicami na temat ich problemów, ale odnosili wrażenie, że nie są słuchani. Potwierdza to wypowiedź jednej z narratorek, która o swoich usiłowaniach wypowiedziała się w następujący sposób:

*Próbowałam z nimi kiedyś nawiązać ten temat, że nie zawsze czuję się dobrze, mówię, to jakby temat był zbywany iii i tyle, no po prostu i jakby ja nie czułam takiej mowie z ich strony chęci, żeby nie wiem, porozmawiać o tym bardziej, albo nie wiem, albo próbować zrozumieć, tylko pod tytułem „o jaka ty możesz być zmęczona, ty masz szkołę, my mamy pracę i i też trzeba sobie radzić i sobie ze szkołą sama nie poradzisz?” , więc była taka zwykła bagatelizacja z ich strony, więc ja dlatego nic nie powiedziałam, tak żeby porozmawiać o tym szczerze. Ja jakby zaczynam temat, żeby zobaczyć, jaka będzie ich reakcja, nie uzyskałam takiej reakcji, jakiej oczekiwałam, więc po prostu wolałam to uciąć i radzić sobie z tym wszystkim sama. [Sylwia, 27 lat]*

## 2. Rodzina ukierunkowana na osobę a rodzaje wsparcia

U rodzin ukierunkowanych na osoby sytuacja wygląda inaczej. W tych rodzinach głównymi rodzajami wsparcia są wsparcie emocjonalne oraz wsparcie poprzez uznanie.

Wsparcie emocjonalne – jak piszą Sęk i Cieślak (2004) – wyróżnia się tym, że w ramach interakcji przekazywane są emocje podtrzymujące i uspokajające, ukazujące troskę i pozytywne zamiary co do osoby potrzebującej. To także zachowania, które mają na celu podwyższyć samoocenę, uwolnić od napięć i poprawić samopoczucie. Działania te mają dać nadzieję na poprawę sytuacji. Okazane przez rodzinę zrozumienie, zainteresowanie, ale i troska sprawiały, że narratorzy

czuli się bezpieczniej w trudnych dla siebie sytuacjach. Ilustracją empiryczną do tego stwierdzenia mogą być słowa jednej narratorki:

*Matka daje mi nie tylko dom, ale także i bezpieczeństwo. Nie wiem, co bym bez niej zrobiła. Zawsze mogę na nią liczyć i mam nadzieję, że pomimo mojej choroby ona też czuje wsparcie ode mnie, bo wiem, że nie jest jej zawsze łatwo. [Kinga, 34 lata]*

Badani żyjący w rodzinach ukierunkowanych na osobę doceniali możliwość opowiedzenia o swoich uczuciach i myślach pozostałym członkom rodziny. Dzięki temu czuli się lepiej. Wygadanie się przed kimś dawało im poczucie, że znajdują się w kręgu życzliwych im osób, na których zrozumienie i pomoc zawsze mogą liczyć.

Warto w tym miejscu podkreślić, że rzadkością było to, iż osoba z zaburzeniem psychicznym będąca członkiem rodziny ukierunkowanej na osobę sama postrzegała siebie jako osobę wspierającą rodzinę, a nie tylko wspieraną. Tylko w czterech wywiadach ten wątek został mocno zarysowany. Ilustracją wsparcia dwukierunkowego mogą być słowa jednej z narratorek:

*No ja z moją mamą mam mega relację. Wiem, że zawsze, wszędzie i nieważne, o której godzinie, mogę do niej przyjść czy zadzwonić, a ona mi pomoże. Ona też zawsze może na mnie liczyć. Nieraz wspierałam ją, jak miała problem z facetem [mama narratorki nie była w relacji z jej ojcem], wtedy to ja wskakiwałam w spódnicę matki i czasem po prostu głaskałam ją po głowie... [Karolina, 22 lata]*

Niezwykle istotne dla osób cierpiących na problemy ze zdrowiem psychicznym jest wsparcie poprzez uznanie, które oznacza uznanie i okazanie zrozumienia dla doświadczanych przez nich problemów, ale także uznanie ich jako pełnowartościowych osób z możliwością decydowania o sobie. Brak tego wsparcia silnie odczuwany był przez narratorów z rodzin pozycjonalnych, którzy uważali, że ich rodziny nie rozumieją, a często nawet nie chcą zrozumieć ich problemów albo że przez zaburzenie psychiczne przestali być postrzegani jako zdolni do działania i pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. W rodzinach ukierunkowanych na osobę badani podkreślali, jak ważne było dla nich, że nikt z rodziny (albo większość rodziny) nie odrzucił bądź nie wykluczył ich ze względu na doświadczany przez nich problem. Narratorzy wielokrotnie wyrażali swoją wdzięczność, że postawa wobec nich pozostałej części rodziny nie uległa znaczącym zmianom, co ułatwiło im leczenie i powrót do normalności po jego zakończeniu:

*Rodzina wspierała mnie i motywowała, bym się nie poddawał. Nie traktowali mnie jakoś ulgowo, nadal wiedziałem o wszystkim, co się dzieje i nadal w miarę możliwości wykonywałem swoje codzienne obowiązki. Myślę, że dzięki temu szybciej stanąłem na nogi. Gdyby wszyscy się nade mną zaczęli rozczulać, może zgniłbym na kanapie... Kto wie? [Piotr, 44 lata]*

Dominujące typy wsparcia w rodzinie pozycjonalnej (materialne i instrumentalne) w rodzinie ukierunkowanej na osobę również występują, ale mechanizm ich działania jest nieco odmienny. Wsparcie materialne udzielane jest na zasadzie oczywistości i uwarunkowane jest możliwościami finansowymi rodziny (ta druga zasada akurat podobnie działa w rodzinach pozycjonalnych), a wsparcie instrumentalne przybiera formę dyskusji z osobą w kryzysie psychicznym na temat możliwości, rzadziej zaś formę instrukcji działania krok po kroku. Wyjątek stanowią sytuacje, kiedy potrzeby osoby w kryzysie odczytywane były w kategoriach konieczności podjęcia konkretnego, zdecydowanego działania czy poinstruowania na jego temat, np.: *I matka, jak zobaczyła, w jakim jestem stanie, powiedziała koniec dyskusji i wzięła mnie za chabety, zamówiła taksówkę i zawiozła mnie do lekarza* [Karolina, 22 lata].

Inna z narratorek powiedziała, że w pewnym momencie nie miała już siły żyć i otrzymała natychmiastową pomoc od swojej matki, która

*po prostu baaardzo zaopiekowała się mną, jeszcze raz yyy stwierdziłyśmy, że... że da się mi pomóc, żeby znowu się zapisać do psychologa, żeby znowu zacząć brać leki, że no no jest rozwiązanie, no dostałam od niej naprawdę bardzo, bardzo dużo wsparcia (...).* [Lena, 25 lat]

Celem wsparcia instrumentalnego w rodzinach ukierunkowanych na osobę było zmotywowanie osoby w kryzysie do rozpoczęcia leczenia farmakologicznego lub zgłoszenia się na terapię. Jak wspomniała jedna z narratorek, siostra poszła z nią do psychiatry: *Wsparcie było zawsze... i i myślę, że to jest bardzo ważne, że bez tego naprawdę jest ciężko i i mi osobiście byłoby ogromnie ciężko, więc jestem bardzo wdzięczna, że że takie wsparcie miałam* [Martyzna, 22 lata]. Inna narratorka (Lena, 25 lat) opowiedziała, że sama poprosiła matkę o pomoc w załatwieniu dla niej terapii.

Wielu z badanych zwróciło uwagę na to, że członkowie ich rodzin, w wielu momentach ich walki o powrót do zdrowia, sami potrzebowali wsparcia. Jako jedna z największych potrzeb było wymieniane zdobycie wiedzy. W tym celu korzystali z pomocy swoich znajomych lub poszukiwali informacji w internecie. Przykładem może być wypowiedź jednej z narratorek, która stwierdziła, że jej matka

*oczywiście interweniowała, zaprowadzała mnie czy do psychologów, czy na jakieś rozmowy do pedagogów, jakoś i sama ze mną też rozmawiała, starała się pomóc. (...) Ona się naprawdę yyy starała bardzo, bardzo się starała i próbowała jakoś... jakoś też mi pomóc na tyle, na ile potrafiła. (...) Często widziałam nawet, że ona, że ona czyta na ten temat.*

## ZAKOŃCZENIE

Celem niniejszego opracowania było zaprezentowanie z oddolnej perspektywy osób cierpiących na zaburzenie psychiczne, jakie znaczenie w doświadczeniach przez nich problemach ze zdrowiem psychicznym ma dla nich instytucja rodziny

i udzielane w jej ramach wsparcie. Poprzez analizę materiału empirycznego z wykorzystaniem typologii Bernsteina jako ramy analitycznej udało się zrekonstruować typy rodzin naszych narratorów oraz uporządkować rodzaje wsparcia, które w danym typie dominują. W trakcie definiowania terminu „wsparcie” oraz jego rodzajów punktem odniesienia były propozycje Sęk i Cieślaka (2004) oraz Grovera i współpracowników (Kate i in., 2013). Uzasadnieniem do ich wykorzystania była zbieżność z rozumieniem wsparcia i jego mechaniki z perspektywą naszych badanych, która zrekonstruowana została na podstawie ich swobodnych opowieści o swojej biografii. Należy podkreślić, że rozszerzyliśmy nieco zakres konotacyjny pojęcia wsparcia o działania, które mogą w opinii niektórych specjalistów być uznane za szkodliwe, np. zakaz mówienia o zaburzeniu psychicznym innym osobom zaliczyliśmy jako wsparcie instrumentalne.

Nasze badanie potwierdziło znaczenie rodziny w procesie zmagania się z kryzysem psychicznym, na co zwracali uwagę również inni badacze (zob. np. Boydell, Gladstone, Crawford, 2002; Bracke, Christiaens, Verhaeghe, 2008; Combs, Mueser, 2007).

Na podstawie przeprowadzonego badania udało się również zrekonstruować rodzaje potrzeb i przypisywane im znaczenie przez osoby z zaburzeniem psychicznym. Potwierdziło się też to, że brak występowania lub niewłaściwe udzielenie wsparcia człowiekowi w kryzysie może oddziaływać na proces jego zdrowienia (por. Kate i in., 2013). Mamy nadzieję, że wyniki naszych badań będą przydatne nie tylko badaczom podczas pracy nad koncepcją badań, lecz także praktykom, w tym w szczególności pracownikom socjalnym i pedagogom. Identyfikacja typu rodziny, panującej w niej dynamiki i relacji oraz przełożenie tych elementów na możliwe warianty wsparcia występujące w rodzinie naszym zdaniem w istotny sposób mogą usprawnić profesjonalne projektowanie działań.

Mimo że w czterech wywiadach pojawił się wątek odwzajemnienia wsparcia w kierunku osoba z zaburzeniem psychicznym a rodzina, w naszej opinii należałoby na tę kwestię zwrócić większą uwagę, być może podjąć ją jako przedmiot kolejnych badań. Jak zauważa wielu autorów, zaburzenie psychiczne występujące u jednego z członków rodziny oddziałuje na funkcjonowanie całej rodziny (Przywarka, 2002). Zaburzenie psychiczne wpływa nie tylko osoby na nie cierpiące, lecz także na zdrowie i samopoczucie członków rodziny, przyjaciół, a niekiedy nawet na całe społeczności, w których osoba z zaburzeniem psychicznym żyje (WHO, 2019, s. 10). W sytuacji zdiagnozowania jednego z członków rodziny pozostali – jak wskazuje Przywarka (2002) – mają tendencję do dopasowywania się do sytuacji i przyjmowania na siebie roli wspierających. Tymczasem ich zdrowie psychiczne jest równie ważne. Dlatego wzmocnienie wsparcia odwzajemnionego (por. Clay, Schell, Corrigan, Ralph, 2005; Nelson, Lomotey, 2006) jest w tym kontekście niezwykle ważne.



## BIBLIOGRAFIA

- Berkman, L.F. (2000). Social Support, Social Network, Social Cohesion and Health. *Social Work in Health Care, 31*(2), 3–14. DOI: **10.1300/J010v31n02\_02**
- Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I., Seeman, T.E. (2000). From Social Integration to Health: Durkheim in the New Millennium. *Social Science & Medicine, 51*(6), 843–857. DOI: **10.1016/S0277-9536(00)00065-4**
- Bernstein, B. (1980). Socjolingwistyczne ujęcie procesu socjalizacji. Uwagi dotyczące podatności na oddziaływania szkoły. W: G. Shuger, M. Smoczyńska (red.), *Badania nad rozwojem języka dziecka* (s. 575–579). Warszawa: PWN.
- Białas, T. (2022). *Zdrowie psychiczne. Jaka jest nasza kondycja po pandemii COVID-19 i jak można ją poprawić?* Pobrane z: <https://www.gov.pl/web/wsse-warszawa/zdrowie-psychiczne>
- Boydell, K.M., Gladstone, B.M., Crawford, E.S. (2002). The Dialectic of Friendship for People with Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 26*(2), 123–131. DOI: **10.2975/26.2002.123.131**
- Bracke, P., Christiaens, W., Verhaeghe, M. (2008). Self-Esteem, Self-Efficacy, and the Balance of Peer Support among Persons with Chronic Mental Health Problems. *Journal of Applied Social Psychology, 38*(2), 436–459. DOI: **10.1111/j.1559-1816.2008.00312.x**
- Bronowski, P., Kaszyński, H., Maciejewska, O. (2019). *Kryzys psychiczny. Odzyskiwanie zdrowia, wsparcie społeczne, praca socjalna*. Warszawa: Difin.
- Bulska, J. (2017). Znaczenie systemów społecznych wspierających zdrowie i samopoczucie współczesnego człowieka. *Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie, 112*, 61–70.
- Clay, S., Schell, B., Corrigan, P.W., Ralph, R.O. (Eds.). (2005). *On Our Own, Together: Peer Programs for People with Mental Illness*. Nashville: Vanderbilt University Press.
- Combs, D.R., Mueser, K.T. (2007). Schizofrenia. W: M. Hersen, S.M. Turner, D.C. Beidel (Eds.), *Adult Psychopathology and Diagnosis* (s. 234–285). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Czechowska-Bieluga, M. (2021). Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi. *Niepelnosporność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej, 43*, 213–228.
- Davidson, L., Stayner, D. (1997). Loss, Loneliness, and Desire for Love: Perspectives on the Social Lives of People with Schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 20*(3), 3–12. DOI: **10.1037/h0095369**
- Goldberg, R.W., Rollins, A.L., Lehman, A.F. (2003). Social Network Correlates among People with Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 26*(4), 393–402. DOI: **10.2975/26.2003.393.402**
- Hammer, M. (1983). Core and Extended Social Networks in Relation to Health and Illness. *Social Science Medicine, 17*(7), 405–411. DOI: **10.1016/0277-9536(83)90344-1**
- Jackowska, E. (2009). Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne. *Psychiatria Polska, 43*(6), 655–670.
- Jarkiewicz, A.B. (2017). Zagrożona praca socjalna – o uwarunkowaniach orientowania działań pracowników socjalnych. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia, 30*(4), 63–74. DOI: **10.17951/j.2017.30.4.63**
- Kate, N., Grover, S., Kulhara P., Nehra, R. (2013). Relationship of Caregiver Burden with Coping Strategies, Social Support, Psychological Morbidity, and Quality of Life in the Caregivers of Schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry, 6*(5), 380–388. DOI: **10.1016/j.ajp.2013.03.014**
- Kózka, M. (2010). Wsparcie społeczne w chorobie. W: A. Kózka, L. Płaszewska-Żywko (red.), *Modele opieki pielęgniarstwiej nad chorym dorosłym* (s. 45–49). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- Kusumawaty, I., Surahmat, R., Martini, S., Muliyadi (2021). Family Support for Members in Taking Care of Mental Disordered Patients. W: W. Strielkowski (red.), *Proceedings of the First International Conference on Health, Social Sciences and Technology (ICoHSST 2020)* (s. 115–120). Indonesia: Atlantis Press. DOI: **10.2991/assehr.k.210415.026**
- Leszto, S., Witusik, A., Pietras, T. (2013). *Terapia pedagogiczna dorosłych w psychiatrii i w medycynie somatycznej. Ujęcie psychologiczne, biomedyczne i aksjologiczne*. Piotrków Trybunalski: Naukowe Wydawnictwo Piotrkowskie.
- Milardo, R.M. (1988). Families and Social Networks: An Overview of Theory and Methodology. W: R.M. Milardo (Ed.), *Families and Social Networks* (s. 13–47). Newbury Park: Sage.
- Moskalewicz, J., Kiejna, A., Wojtyniak, B. (red.). (2012). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Nelson, G., Lomotey, J. (2006). Quantity and Quality of Participation and Outcomes of Participation in Mental Health Consumer-Run Organizations. *Journal of Mental Health*, 15(1), 63–74. DOI: **10.1080/09638230500512524**
- OECD, European Union (2018). *Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle*. Paris–Brussels: OECD Publishing. DOI: **10.1787/health\_glance\_eur-2018-en**
- Pernice-Duca, F. (2010). Family Network Support and Mental Health Recovery. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(1), 13–27. DOI: **10.1111/j.1752-0606.2009.00182.x**
- Podgórska-Jachnik, D., Stecz, P. (2017). Zdrowie psychiczne (także) studentów. Komentarz do raportu EZOP Polska. *Aion*, (9), 24–28.
- Przywarka, I. (2002). Rodzina w sytuacji choroby. Wpływ choroby psychicznej na funkcjonowanie rodziny w wielkim mieście (na przykładzie Chorzowa). W: Z. Tyszka (red.), *Życie rodzinne – uwarunkowania makro- i mikrostrukturalne* (s. 153–172). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Resnick, S.G., Rosenheck, R.A., Lehman, A.F. (2004). An Exploratory Analysis of Correlates of Recovery. *Psychiatric Services*, 55(5), 540–547. DOI: **10.1176/appi.ps.55.5.540**
- Schütze, F. (2008a). *Biography Analysis on the Empirical Base of the Autobiographical Narratives: How to Analyse Autobiographical Narrative Interviews*. Part I: INVITE – Biographical Counselling in Rehabilitative Vocational Training. Further Educational Curriculum. EU Leonardo da Vinci Programme.
- Schütze, F. (2008b). *Biography Analysis on the Empirical Base of the Autobiographical Narratives: How to Analyse Autobiographical Narrative Interviews*. Part II: INVITE – Biographical Counselling in Rehabilitative Vocational Training. Further Educational Curriculum. EU Leonardo da Vinci Programme.
- Sęk, H., Cieślak, R. (red.). (2004). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: PWN.
- Tempier, R., Caron, J., Mercier, C., Leouffre, P. (1998). Quality of Life of Severely Mentally Ill Individuals: A Comparative Study. *Community Mental Health Journal*, 34, 477–485. DOI: **10.1023/A:1018738312734**
- Tracz-Drał, J. (2019). *Zdrowie psychiczne w Unii Europejskiej. Opracowanie tematyczne OT-674*. Warszawa: Kancelaria Senatu.
- Trojańska, M. (2018). „Otwarty dialog” – środowiskowy model wsparcia osób w kryzysach psychicznych i ich rodzinie. *Niepelnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej*, (30), 222–233. DOI: **10.4467/25439561.NP.18.026.9864**
- Wilson, T. (1973). Normative and Interpretive Paradigms in Sociology. W: J.D. Douglas (Ed.), *Understanding Everyday Life: Toward the Reconstruction of Sociological Knowledge*. London: Routledge & Kegan Paul.
- World Health Organization (WTO). (2019). *mhGAP Community Toolkit: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)*. Pobrane z: <https://www.who.int/publications/i/item/the-mhgap-community-toolkit-field-test-version>

---

Wright, E.R., Gronfein, W.P., Owens, T.J. (2000). Deinstitutionalization, Social Rejection, and the Self-Esteem of Former Mental Patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(1), 68–90.  
**DOI: 10.2307/2676361**

### ABSTRACT

The article presents the importance of the family and its support from the perspective of a person diagnosed with a mental disorder. The given fragment of findings comes from a study whose primary subject was the socio-biographical experiences of people with a mental disorder who benefited from various forms of institutional support. The article focuses on the impact of an institution such as the family, in particular on the importance of its support for people experiencing a mental disorder. The study was conducted in an interpretative paradigm using qualitative methods – an autobiographical narrative interview. A total of 60 narratives were collected with narrators of both genders between 2019 and 2023; the youngest interviewee was 19 years old and the oldest was 65. The analysis of the material allowed us to generate the basic types of families and the type of support present in them.

**Keywords:** family; mental disorder; support; autobiographical narrative interview; institutional support