

**WIEDZA PŁYNĄCA Z DOŚWIADCZENIA CHOROBY PSYCHICZNEJ  
A MOŻLIWOŚĆ WEJŚCIA W INNĄ ROLĘ SPOŁECZNĄ. PRZYKŁAD  
FUNKCJONOWANIA GRUP SAMOPOMOCOWYCH OSÓB CHORUJĄCYCH  
PSYCHICZNIE NA POZIOMIE PSYCHOLOGICZNYM I SPOŁECZNYM**

**Aleksandra Zadrożna**

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej  
ul. Szczęśliwicka 40, 02-353 Warszawa

**E-mail: a.m.zadrozna@wp.pl**

**ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9243-4716>**

**ABSTRAKT**

**Teza.** Osoba doświadczająca choroby psychicznej posiada wiedzę zdobytą z własnego doświadczenia, które może być zasobem używanym do pomocy innym oraz umocnienia własnej osoby.

**Omówione koncepcje.** Coraz częściej ludzie mają doświadczenia związane z chorobami psychicznymi oraz ich konsekwencjami psychologicznymi i społecznymi. Mimo to społeczeństwo nadal przejawia wiele negatywnych postaw względem osób doświadczających problemów ze zdrowiem psychicznym. Istotnym problemem jest także stygmatyzacja tej grupy oraz jej skutki. Doświadczanie choroby psychicznej wiąże się jednak z nabyciem osobistej wiedzy, która może posłużyć do pomagania np. innym chorującym oraz umożliwiać zmianę postaw społecznych. Taką możliwość daje uczestniczenie w grupach samopomocowych osób chorujących psychicznie, które są ogniwem procesu zdrowienia, umacniają jednostkę i pozwalają na przeciwdziałanie negatywnym skutkom choroby oraz umożliwiają wykorzystanie osobistego potencjału i doświadczenia płynącego z własnego procesu dochodzenia do zdrowia.

**Wyniki i wnioski.** Działania oparte na własnej wiedzy zdobytej podczas doświadczenia choroby dają możliwość wykorzystania trudnej sytuacji choroby.

**Oryginalność.** Choroby psychiczne oraz ich konsekwencje są istotnym problemem, ich skutki dotyczą jednostki oraz całe społeczeństwo. Tematyka grup samopomocowych osób chorujących psychicznie dopiero rozwija się na polskim gruncie nauki.

**Słowa kluczowe:** grupy samopomocowe osób chorujących psychicznie, stygmatyzacja, umocnienie

**Knowledge from the experience of mental illness as an opportunity to take on a different social role. An example of the psychological and social functioning of self-help groups for people with mental illness**

## ABSTRACT

**Thesis.** A person experiencing a mental illness has knowledge gained from their own experience, which can be used as a resource to help others and strengthen themselves.

**Concepts discussed.** Increasingly, people have experiences related to mental illness and its psychological and social consequences. Nevertheless, society still presents a mostly negative attitude towards people experiencing mental health problems. An important problem is also the stigmatization of this group and its effects. Experiencing mental illness, however, is associated with the acquisition of personal knowledge, which can be used to help, for example, other people who are ill. Such a possibility is provided by participation in self-help groups for mentally ill people. These groups support the recovery process, and they can also empower the individual and allow them to counteract the negative effects of the illness and use the personal potential and experience of their own recovery process.

**Results and conclusions.** Activities based on a person's own knowledge gained during the mental illness experience make it possible to take advantage of the difficult situation connected with the disease.

**Originality.** Mental illnesses and their consequences are an important problem, their effects affect individuals and the whole of society. The subject of self-help groups of people suffering from mental illness is still developing on the Polish science.

**Key words:** self-help groups for people suffering from mental illness, stigmatization, empowerment

## CHOROBY PSYCHICZNE – ROZPOWSZECHNIENIE I POSTAWY SPOŁECZNE

Mimo dużego rozpowszechnienia chorób psychicznych postawy społeczne wciąż w pełni nie sprzyjają zdrowieniu. Według GUS-u (2017) ponad 1,6 mln Polaków korzysta z leczenia w warunkach ambulatoryjnych, a – jak dodaje Ewa Kasperek-Golimowska (2016) – co trzecia rodzina w Polsce ma własne doświadczenia z chorobą psychiczną. Doniesienia sugerują, że w ciągu całego życia można rozpoznać przynajmniej jedną chorobę psychiczną u 23,4% osób badanych (EPZOP). Mimo tak znaczącego rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych nadal przeważającymi postawami w stosunku do osób chorujących są strach i współczucie (76%), bezradność (70%), obojętność (38%) (Mroczek, Wróblewska, Kędzińska, Kurpas, 2014). Społeczeństwo wyraża także sprzeciw wobec pełnienia wielu ról społecznych przez osoby chorujące psychicznie (CBOS, 2012). Ponad 1/3 osób badanych uważa, że osoby chorujące powinny być odizolowane (Mroczek i in. 2014), a prawie trzy czwarte respondentów twierdzi, że choroba psychiczna jest powodem do wstydu. CBOS (2012) podaje, że postawa szacunku wobec osób chorujących psychicznie jest w znacznym stopniu jedynie deklaratywna. W społeczeństwie nadal istnieje wiele stereotypów dotyczących chorób psychicznych. Do najczęstszych z nich należą przekonania, że chorujący odpowiada za swój stan, jest niebezpieczny, nieprzewidywalny i nie może wypełniać ról społecznych, a także, że choroba psychiczna jest bardzo trudna do leczenia lub nieuleczalna. Badania Andrzeja Cechnickiego, Anny Bielańskiej i Joanny Franczyk (2007) pokazują, że osoby chorujące psychicznie wyraźnie zauważają negatywne postawy

społeczne i przejawy wykluczania z ważnych ról, co więcej – spodziewają się takich opinii i traktowania.

### **STYGMATYZACJA OSÓB CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE I JEJ SKUTKI**

Negatywne postawy społeczne, lęk przed nieznanymi rzeczami wraz z pewnymi psychologicznymi zjawiskami, takimi jak samospełniające się proroctwo, dysonans poznawczy i grupowanie „my vs oni” są jednymi z przyczyn stygmatyzacji osób chorujących psychicznie (Jackowska, 2009). Stygmatyzacja wiąże się z wystąpieniem negatywnych postaw w stosunku do jakiejś grupy społecznej ze względu na pewne jej atrybuty. Stygmatyzacja składa się z wielu powiązanych ze sobą procesów, w skład których wchodzi: etykietowanie (*labelling*), stereotypizowanie (*stereotyping*), separowanie (oddzielanie, *separation*), reakcja emocjonalna (*emotional reaction*), dyskryminacja (*discrimination*) i różnica władzy (*power differential*) (Abbey i in. 2011). Klasyfikowanie i nakładanie etykiet są naturalne dla człowieka. Stereotypizowanie następuje wtedy, kiedy jednostka łączy osobę z nałożoną etykietą ze stereotypową i niepożądaną charakterystyką. Kolejnym etapem stygmatyzacji może być uznanie osoby stereotypizowanej za „inną” i oddzielenie jej od własnej grupy społecznej. Te poznawcze procesy następnie łączą się z wystąpieniem reakcji emocjonalnej – zazwyczaj pojawiają się uczucia: gniewu, strachu, obrzydzenia, współczucia, poczucia winy lub obowiązku. Dyskryminacja polega z kolei na połączeniu stygmatyzacji z konkretnym zachowaniem, np. odrzuceniem, wykluczeniem, dewaluacją. Kolejnym aspektem jest przewaga siły nad osobą stygmatyzowaną. Przewaga ta może mieć aspekt socjoekonomiczny, psychologiczny czy kulturowy. Utrudnia to znacząco sytuację osoby stygmatyzowanej, a przejawy dyskryminacji względem niej mają wtedy bardzo negatywne skutki. Badania wskazują, że osoby chorujące raportują doświadczanie piętna, szczególnie w zakresie relacji z innymi osobami i w pracy (Cechnicki, Bielańska i Franczyk, 2007).

Stygmatyzacja osób chorujących psychicznie ma wiele konsekwencji. Wiąże się z odmawianiem możliwości pełnienia ról społecznych, ma znaczenie dla procesu izolacji społecznej oraz przyjmowania postawy bierności przez osoby chorujące. Zachowania dyskryminacyjne z kolei przejawiają się w pozbawianiu osób chorujących psychicznie wielu praw. Stygmatyzacja ma duże znaczenie dla struktury „ja” człowieka (Jackowska, 2009) i jego tożsamości. Może być powodem dużego stresu oraz negatywnie wpływać na proces oddziaływań terapeutycznych i leczenia. Wiąże się także z niekorzystnymi skutkami ekonomicznymi. Stygmatyzacja i dyskryminacja są także jednymi z czynników, które skracają oczekiwaną długość życia (Abbey i in. 2011). Kolejnym czynnikiem, który zagraża procesowi zdrowienia, jest autostygmatyzacja, czyli włączanie stereotypów i negatywnych przekonań, które istnieją w społeczeństwie, do własnego aparatu poznawczego. Autostygmatyzacja powoduje, że osoba chorująca psychicznie prezentuje postawę dezaprobaty w stosunku do samej siebie. Proces własnej stygmatyzacji wiąże się m.in. z obniżeniem samooceny (Corrigan, Watson i Barr, 2006).

## GRUPY SAMOPOMOCOWE OSÓB CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE

Doświadczanie choroby daje możliwość nabycia unikatowej i szerokiej wiedzy dotyczącej kryzysu psychicznego, która sprawia, że człowiek staje się ekspertem od własnej choroby. To chorujący jest źródłem informacji o swoim stanie i to on najlepiej wie, co i kto mu pomaga. Nabyta wiedza i własne doświadczenia dają możliwość wejścia w inne role społeczne, możliwość zmiany narracji dotyczącej własnej choroby. Doświadczanie kryzysu psychicznego daje kompetencje do dzielenia się wiedzą z innymi osobami, zarówno chorującymi, jak i profesjonalistami oraz całym społeczeństwem. Oprócz edukacji i wsparcia informacyjnego osoby chorujące psychicznie mają możliwość i zasoby, aby pomagać innym, którzy doświadczają podobnych trudności, m.in. poprzez dzielenie się własną historią i wskazówkami.

Tym, co może pomóc we wspieraniu procesu zdrowienia oraz pomaga wykorzystać doświadczenia choroby na wielu poziomach, jest działanie w grupie samopomocowej. Carol K. Oyster (2002), tworząc podział na grupy, wyłania grupę samopomocową obok innych, tj. terapeutycznych i treningowych. Opisuje ją jako niezależne od profesjonalistów (ale mogące korzystać z ich pomocy) zgrupowanie osób o podobnych trudnościach. Osoby te decydują się działać, aby poznać sposoby radzenia sobie.

Grupy samopomocowe osób chorujących psychicznie opisywane są jako zgrupowania osób mających podobny problem (doświadczenie choroby), spotykających się regularnie w celu wymiany informacji oraz udzielania i otrzymywania wsparcia psychologicznego (Davidson, Chinman, Sells, Rowe, 2002). Wymieniane są dwa wymiary funkcjonowania grup: zadaniowy (oparty na zadaniach do wykonania i ich realizacji) oraz społeczny (dotyczący relacji członków grupy). Przyjmuje się, że każda grupa na początku swojego formowania się w większym stopniu polega na wymiarze zadaniowym, później, wraz z nawiązywaniem bliższych znajomości, zaczyna działać w wymiarze społecznym. Według Barbary Bąbskiej (2005) w funkcjonowaniu grup samopomocowych zwykle przeważa wymiar społeczny nad zadaniowym.

Grupa samopomocowa zrzesza osoby o podobnych trudnościach np. osoby doświadczające choroby psychicznej (Kaczmarczyk, 2012). Wszelkie działania oparte są na zasadzie równości oraz swobodzie wymiany myśli i dzielenia się emocjami (Bąbska, 2005; Jacobs i Goodman, 1989). Grupa działa dzięki przekonaniu, że możliwa jest zmiana, mechanizmem zaś są wzajemne interakcje osób, które doświadczają podobnego problemu. W działaniach grup samopomocowych najczęściej biorą udział osoby, które chcą poradzić sobie z trudnościami własnymi lub członków swoich rodzin. Grupy samopomocowe prowadzone są głównie przez samych uczestników, a nie profesjonalistów, mimo że ci drudzy mogą świadczyć szeroką pomoc podczas powstawania grupy (Pistrang i in. 2008). Tradycyjnie grupy spotykają się twarzą w twarz, jednak w związku z rozwojem nowego medium grupy internetowe zyskały dużą popularność (Kondracka-Szala, 2015).

Grupy samopomocowe mogą pełnić wiele funkcji, w tym zapewniają wsparcie oraz pełne zrozumienie poprzez posługiwanie się tym samym językiem. Andrzej Juros (1999), inspirując się Murray Levine i Douglas D. Perkins, dzieli grupy samopomocowe na następujące rodzaje:

- grupy, których członkami są ludzie zdyskwalifikowani przez społeczeństwo,

- grupy, których członkowie na co dzień żyją z ludźmi, którzy są „naznaczeni” (doświadczają oni też piętna) – przykładem mogą być rodziny osób chorujących psychicznie, które doświadczają piętna przeniesionego (Świtaj, 2009),
- grupy, których członkowie nie są narażeni na „naznaczenie”, lecz ich problemy mogą być powodem do pewnej izolacji społecznej (samotny rodzic, wdowa/wdowiec, rodzic dziecka chorego np. na nowotwór, osoby chorujące psychicznie),
- grupy religijne, etniczne, rasowe.

Anna Izabela Brzezińska (2011) wśród specyficznych cech grupy samopomocowej wylicza m.in.: powstanie ze spontanicznej inicjatywy pojedynczych osób, diagnozę problemu, formułowanie priorytetów przez grupę, następnie realizację zamierzonych celów w ustalony przez grupę sposób. Marion K. Jacobs i Gerald Goodman (za: Juros 1999) porównują grupę samopomocową do zmniejszonego modelu społeczeństwa demokratycznego, gdzie wszelakie zaspokajanie potrzeb członków jest niezależne od zewnętrznych czynników. Cechą charakterystyczną grup samopomocowych jest niezależność względem działań rządowych oraz skupienie się na potencjale i zasobach każdego z członków grupy (Juros, 1999). Zaletami grup samopomocowych są także ich ekonomiczność oraz chęć do angażowania się w działania społeczności lokalnych (Kondracka-Szala, 2015). Grupy samopomocowe osób chorujących psychicznie odpowiadają na niewystarczające wsparcie instytucjonalne. Zaspokajają także potrzeby, których rodziny chorujących nie są w stanie zrealizować. Starając się umiejscowić grupy samopomocowe w koncepcjach teoretycznych, Nancy Pistrang, Chris Barker i Keith Humphreys (2008) stawiają tezę, że czerpią one z potencjalnych korzyści płynących ze wspierających interakcji społecznych. Wyjątkowość grup samopomocowych polega na tym, że uczestnicy korzystają z pomocy osób, które przeszły podobne trudności. Ta specyfika wsparcia ułatwia uczestnikom wczucie się we wzajemne interakcje. Członkowie grupy posiadają wiedzę zdobytą z doświadczenia – „wiedzę empiryczną” (Borkman, 1990) – w przeciwieństwie do osób świadczących profesjonalną pomoc.

#### **GRUPY SAMOPOMOCOWE JAKO MOŻLIWOŚĆ PRZECIWDZIAŁANIA NEGATYWNYM SKUTKOM CHOROBY W ASPEKcie PSYCHOLOGICZNYM I SPOŁECZNYM**

Jedną z najistotniejszych cech grup samopomocowych jest to, że działają one wykorzystując potencjał, umiejętności i wszelkie zasoby członków grupy, co prowadzi do umocnienia jednostki (Juros, 1999). W grupie samopomocowej osób chorujących psychicznie jednym z zasobów jest doświadczenie płynące z choroby i procesu zdrowienia. Członkowie mogą dzielić się własną wiedzą i emocjami, co działa pozytywnie zarówno na nich, jak i innych. Dzielenie się swoją historią może wspomagać odreagowanie emocji. Andrzej Cechnicki i Anna Liberadzka (2012) podają, że w grupie samopomocowej można się pozbyć „maski choroby”, istnieje wtedy możliwość porozumiewania się tożsamym językiem bez obawy, że ktoś nie zrozumie aspektów związanych z chorobą. Sprzyja to dzieleniu się przeżyciami oraz własną wiedzą. Grupa samopomocowa umożliwia normalizację uczuć związanych z chorobą, obniżenie napięcia oraz podejmowanie nowych aktywności, co przeciwdziała bierności.

W grupie samopomocowej każdy jest biorcą i dawcą zasobów (Bąbska, 2005). Osoby mogą wspierać się na poziomie emocjonalnym, korzystając z własnych doświadczeń. Jak podkreślają Veronica Pitt, Dianne Lowe, Sophie Hill, Megan Pricor, Sarah E. Hetrick, Rebecca Ryan, Lynda Berends (2013), rolą osób chorujących psychicznie może być dawanie wsparcia, w tym informacyjnego (przekazywanie wiedzy, edukacja) oraz doradztwo i wiele innych. Z jednej strony ktoś otrzymuje szeroko rozumianą pomoc, z drugiej strony inna osoba, udzielając jej, może czuć się ważna, sprawcza oraz przekuwać trudne doświadczenia własnej choroby w wiedzę potrzebną w zdrowieniu innych. Zasada równości sprawia, że nie ma w grupie podziału na dawcę pomocy – „profesjonalistę”, który zaleca, i biorcę pomocy, czyli pacjenta, który powinien podporządkować się zaleceniom. Pozwala to na zwiększenie poczucia sprawczości oraz przyjęcie innej tożsamości niż kogoś „jedynie chorego” i będącego „tylko pacjentem”. Dzięki wzajemności członków grupy każdy może być ekspertem od swojego i wspólnego problemu, w tym wypadku choroby. Wspierające relacje w grupie samopomocowej mogą dawać poczucie lepszego zrozumienia oraz zwiększać poczucie własnej skuteczności. Do innych korzyści zalicza się nabywanie skuteczniejszych sposobów radzenia sobie (Pistrang i in. 2008).

Reguła terapeutycznego oddziaływania pomocy zakłada, że największe zyski z wszelkich działań pomocowych ma osoba, która jej udziela (Rissman, Carroll, 2000). Pokazuje to, jak wiele profitów mogą uzyskać osoby działające w grupie samopomocowej. Osoba chorująca może zyskać przeświadczenie o tym, że nie jest sama ze swoją chorobą i że są osoby, które ją rozumieją, a przyjęcie roli dawcy pomocy innym osobom może powodować zmianę myślenia o własnym życiu i chorobie oraz przeciwdziała internalizacji piętna społecznego. Badacze (Pistrang i in. 2008) podkreślają, że uczestnicy grup samopomocowych doświadczają zmian w aspektach tożsamości, narracji dotyczącej życia i choroby oraz duchowości. Dzięki uczestnictwie w grupie zyskują także poczucie, że ktoś się o nich troszczy. Wydaje się zatem, że działania w grupie samopomocowej, w której zasobem uczestników jest m.in. wiedza zdobyta w procesie zdrowienia, może wspomagać człowieka w wychodzeniu „poza chorobę”. Dzieje się to poprzez przesunięcie pełnionej roli z zależnego i biernego pacjenta na sprawczą jednostkę, która zmienia przeżywanie choroby na doświadczenie i zasób mogący pomóc jej i innym osobom. Dzięki wzajemności w grupie samopomocowej osoby zyskują przekonanie o wpływie na życie innych oraz własne. Działanie w grupie przeciwdziała poczuciu osamotnienia, może także mobilizować do wielu aktywności oraz przełamania izolacji (Pistrang i in. 2008).

Uczestnicy grupy samopomocowej mogą także aktywnie działać na rzecz zmiany własnej sytuacji społecznej poprzez edukowanie innych oraz różne działania społeczne. Działanie wspólnotowe grupy pokazuje jej siłę oraz może wywierać wpływ na społeczeństwo. Zmiany w systemie wsparcia sprawiły, że osoby chorujące psychicznie zyskują możliwość uczestniczenia w życiu społecznym. Odejście od podejścia jedynie biomedycznego na rzecz holistycznego ujmowania człowieka oraz szukania jego zasobów daje nowe szanse dla osób chorujących psychicznie. Częściej osoby mające problemy ze zdrowiem psychicznym mają możliwość podejmowania pracy chronionej i na wolnym rynku oraz współpracy ze specjalistami zajmującymi się zdrowiem psychicznym. Upowszechnia się zjawisko zatrudniania lub angażowania osób choru-

jących psychicznie w uzupełnianie usług profesjonalistów. Larry Davidson, Chyrell Bellamy, Kimberly Guy i Rebecca Miller (2012) podkreślają, że wspieranie osób chorujących psychicznie przez osoby w procesie zdrowienia stanowi ważne i użyteczne uzupełnienie istniejących usług systemów pomocowych. Osoby doświadczające kryzysów psychicznych dzięki własnym doświadczeniom mogą odgrywać znaczącą rolę w procesie zdrowienia innych chorujących (Davidson, Chinman, Sells, Rowe, 2006). Zatrudnianie byłych pacjentów psychiatrycznych może być szczególnie skutecznie w aspekcie angażowania w opiekę oraz pomoc w poprawianiu relacji między klientami a innymi pracownikami (Davidson i in. 2012).

Badania porównujące skuteczność wsparcia i usług dostarczanych przez osoby doświadczające chorób psychicznych ze standardowym wsparciem pokazują brak różnic w skuteczności lub lepszą skuteczność usług osób, które doznawały podobnej do klientów trudności (Davidson i in. 2006). Z kolei inne doniesienia potwierdzają, że efektywna jest również edukacja prowadzona przez osoby chorujące psychicznie (Happell, Roper, 2003; Wood Wahl, 2006). Jak podkreślają Susan Abbey i in. (2011), jednymi z możliwości przeciwdziałania stygmatyzacji i dyskryminacji osób chorujących psychicznie są edukacja oraz bezpośredni kontakt ze stygmatyzowaną grupą. Takie działania mogą zapewnić właśnie grupy samopomocowe osób chorujących psychicznie, poprzez osobistą edukację na temat kryzysu psychicznego i możliwość wspierania osób chorujących.

## ZAKOŃCZENIE

Grupa samopomocowa osób chorujących psychicznie wykorzystuje zasoby każdego z uczestników, w tym wiedzę zdobytą podczas doświadczania choroby psychicznej. Działanie w takiej grupie może prowadzić do umocnienia jednostki oraz sprzyja przeciwdziałaniu negatywnych konsekwencji stygmatyzacji. Wydaje się zatem, że należy rozwijać obszar grup samopomocowych osób chorujących psychicznie oraz rozpoznać, jakie mechanizmy ich działania mogą przynosić korzyści dla zdrowienia z kryzysu psychicznego.

## BIBLIOGRAFIA

1. Abbey, S., Charbonneau, M., Tranulis, C., Moss, P., Baici, W., Dabby, L. i wsp. (2011) Stigma and discrimination. *Canadian Journal of Psychiatry*; 56 (10), 1–9.
2. Bąbska, B. (2005). *Samopomoc*, Warszawa: CAL.
3. Brzezińska, A. I. (2011). Samoorganizacja i samopomoc jako warunki i skutki aktywności społeczności lokalnych. *Polityka Społeczna, numer specjalny pt.: Aktywizacja społeczna a rozwój społeczności. Zasoby, kompetencje, partnerstwo*, 10-14.
4. CBOS (2012). Komunikat z badan. Stosunek do osób chorych psychicznie. Warszawa: Fundacja Centrum Badań Opinii Publicznej. Pobrano z: [https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K\\_147\\_12.PDF](https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_147_12.PDF).
5. Cechnicki, A., Bielańska, A., Franczyk, J. (2007). Piętno choroby psychicznej: antycypacja i doświadczanie. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 16 (2), 113-121.
6. Cechnicki, A., Liberadzka, A. (2012). Nowe role osób chorujących psychicznie w procesie leczenia i zdrowienia, *Psychiatria Polska*, 16 (6), 995-1005.
7. Chinman, M., Kloos, B., O'Connell, M., Davidson, L. (2002). Service providers' views of psychiatric mutual support groups. *Journal of Community Psychology*, 30, 349-366.
8. Corrigan, P. W., Watson, A. C., Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25 (9), 875–884.

9. Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World psychiatry*, 11 (2), 123-128.
10. Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., Rowe, M. (2006). Peer Support Among Adults With Serious Mental Illness: A Report From the Field, *Schizophrenia Bulletin*, 32 (3), 443-450.
11. Happell, B., Roper, C. (2003). The role of a mental Health consumer in the education of postgraduate psychiatric nursing students: The students' evaluation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10 (3), 343-350.
12. Jackowska, E. (2009). Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne. *Psychiatria Polska*, 43 (6), 655-670.
13. Juros, A. (1999). Psychospołeczne uwarunkowania aktywności samopomocowej: umacnianie osoby, grupy i wspólnoty, *Roczniki Psychologiczne*, 1 (2), s. 125-148.
14. Kasperek-Golimowska, E. (2016). Stan zdrowia psychicznego i samopoczucie Polaków. W: K. Waszyńska, M. Filipiak (red.), *Współczesne konteksty psychoterapii i socjoterapii* (ss. 165 – 188). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza.
15. Kondracka-Szala, M. (2015). *Wsparcie społeczne osób stygmatyzowanych. Wirtualne grupy samopomocowe*. Warszawa: Difin.
16. Mroczek, B., Wróblewska, I., Kędzierska, A., Kurpas, D. (2014). Postawy dorosłych Polaków wobec osób chorych psychicznie. *Family Medicine & Primary Care Review*, (3), 263-265.
17. Oyster, C. K. (2002). *Grupy* Poznań: Zysk i Spółka.
18. Pistrang, N., Barker, C., Humphreys, K. (2008). Mutual help groups for mental health problems: A review of effectiveness studies. *American journal of community psychology*, 42 (1-2), 110-121.
19. Pitt, W., Lowe D., Hill, S., Pricor M., Hetrick S. E., Ryan R., Berends L. (2013). Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services, 3, 1-108. DOI: 10.1002/14651858.CD004807.pub2.
20. Świtaj, P. (2009). Rola diagnozy psychiatrycznej w procesie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi. *Postępy psychiatrii i neurologii*, 18 (4), 277-386.
21. Wood, A. L., Wahl O. F. (2006). Evaluating the effectiveness of a consumer-provided mental health recovery education presentation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30 (1), 46-53.