

Gdzie osoby z zaburzeniami psychicznymi poszukują pomocy?

Where do people with mental disorders are looking for help?

Tomasz Pawłowski, Andrzej Kiejna

Z Kliniki Psychiatrii AM we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

Summary: This article presents and discusses the concept of “pathway to psychiatric care”. According to literature review, only few people, who meet criteria for mental disorders, reach psychiatrists. Therefore it is important to identify institutions where people with mental disorders look for help. On the basis of World Health Organization programme “Pathway study” authors present institutions in different countries all over the world, which are involved in helping people with mental disorders. In all European centers taken part in the “Pathway study” most of the people who reached psychiatrists had been consulted in primary healthcare first. Project “Pathway study” has been the first research programme related with this topic. It has initiated similar studies in different centers all over the world. Results of those studies show, where outside psychiatric institutions, it is possible to diagnose and treat mentally ill people.

Słowa klucze: „droga do psychiatrii”

Key words: “Pathway study”

Okolo jednej czwartej do jednej trzeciej pacjentów zgłaszających się do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii oraz w Stanach Zjednoczonych spełnia kryteria pozwalające rozpoznać zaburzenia psychiczne [1, 2], jednak tylko mała część z nich (od 7,5% do 15%) trafia do psychiatrii [3]. Także, pomimo tego, iż okolo 50% osób zgłaszających do instytucji pomocy społecznej cierpi z powodu zaburzeń psychicznych, tylko niewielki procent trafia do psychiatrii [4]. Badania Dohrenwenda i wsp. [5] oraz Kesslera i Cleary’ego [6], prowadzone w Stanach Zjednoczonych, pokazały, iż pomimo tego, że wśród najuboższych warstw społeczeństwa zaburzenia psychiczne występują nieproporcjonalnie częściej niż u osób z wyższych klas społecznych, to mniejsze jest prawdopodobieństwo, iż otrzymają one profesjonalną pomoc psychiatrii [7]. W latach osiemdziesiątych Ware i wsp. [8] przeprowadzili badania wśród 4444 osób wybranych losowo oraz przypisanych do różnych systemów ubezpieczeniowych. Zauważyli, iż: „znakomita większość osób cierpiących z powodu

zaburzeń psychicznych nie otrzymuje żadnej pomocy psychiatrycznej, nawet, jeżeli ta jest darmowa”.

Powyższe dane pokazują, że do psychiatri trafia tylko mała część osób, spełniających kryteria rozpoznania zaburzeń psychicznych. W związku z tym nasuwają się pytania: Dlaczego pewne osoby z zaburzeniami psychicznymi szukają profesjonalnej opieki psychiatrycznej, podczas gdy inne nigdy z niej nie korzystają? Czy część osób, która nie trafia do psychiatri, poszukuje pomocy gdzie indziej? Jeżeli tak, to gdzie jej szuka? Próbą odpowiedzi na te pytania było wprowadzenie pojęcia „drogi do psychiatri”.

Goldberg i Huxley [3] w latach siedemdziesiątych doszli do wniosku, iż wiedza na temat zaburzeń psychicznych oraz ich społecznych uwarunkowań w dużej mierze była dotychczas czerpana z obserwacji osób pozostających pod opieką psychiatryczną. Autorzy ci uważali, iż psychiatrzy wyrabiają swój pogląd na temat zaburzeń psychicznych na podstawie badań ściśle wyselekcjonowanej grupy chorych, z którymi spotykają się w swoich gabinetach. Jest to zrozumiałe w odniesieniu do psychoz, które nie występują często i prawdopodobieństwo kontaktu osób cierpiących na nie z psychiatrą jest wysokie. Inaczej wygląda to w przypadku osób z zaburzeniami nerwicowymi, osobowości czy uzależnieniami, które często nie docierają do psychiatrów. To, co społeczeństwo rozumie pod pojęciem zaburzenia psychicznego, jest pośrednio definiowane poprzez charakterystykę drogi chorego do lekarza psychiatry. Paradoksalnie psychiatra ma niewielki wpływ na decyzje pacjentów co do wyboru instytucji mogących udzielić im pomocy w zaburzeniach psychicznych. Oddziałuje tylko pośrednio poprzez wytworzenie odpowiedniego klimatu wpływającego na kierowanie do niego chorych przez lekarzy innych specjalności. Dla Goldberga i Huxleya proces selekcji, a więc opis czynników, które powodują, że niektóre osoby docierają do lekarza psychiatry, a inne nie, jest uzupełnieniem rozpoznania klinicznego, powiązanego z doświadczeniem psychiatry.

Koncepcja „drogi do psychiatri”

Pod pojęciem „drogi do psychiatri” rozumiemy kolejność (porządek) kontaktów podejmowanych przez osobę cierpiącą z osobami lub organizacjami mogącymi udzielić jej pomocy. Cierpienie psychiczne oznacza tutaj szeroki zakres doświadczeń, od pojawiających się w okresie adaptacji do istotnych zmian życiowych do tych związanych z osią I i II DSM-IV. „Drogę” charakteryzują dwie właściwości: kierunek i czas. Przez kierunek rozumiemy kolejność podejmowanych prób szukania pomocy u różnych osób i instytucji. Czas określa natomiast okres od podjęcia działań w celu uzyskania pomocy do wizyty u psychiatry. „Droga” ta podlega wpływom czynników społecznych i kulturowych, które rzutują na jej właściwości. Nie jest ona przypadkowa, lecz strukturalizowana. Angel i Thoits [9] uważają, iż, aby osoba chora podjęła działania w celu uzyskania pomocy, muszą być spełnione pewne warunki. Przede wszystkim musi istnieć skłonność jednostki do monitorowania własnych zmian w zakresie funkcji fizjologicznych i życia uczuciowego. W wyniku tego możliwe będzie ich zauważenie, interpretacja oraz podjęcie działań w zależności od objawów. W dalszym etapie następuje przewartościowanie objawów w kontakcie z ekspertem (np. lekarzem). W związku

z tym można powiedzieć, że kliniczne fakty dotyczące choroby prezentowane przez pacjenta są tylko niedoskonałym przekazem subiektywnego jej doświadczenia [9], przynajmniej częściowo z powodu oddziaływania czynników kulturowych. Według Kleinmana [10] doświadczenie choroby i cierpienia jest fenomenem kształtowanym kulturowo. Błędy zaczynają się pojawiać, gdy nie bierze się pod uwagę kulturowego otoczenia chorego. Na przykład nieudane rozważania na temat, jak kultura meksykańska kształtuje spostrzeganie objawów fizjologicznych przez obywateli Stanów Zjednoczonych pochodzenia meksykańskiego, spowodowały poważne zakłócenia w interpretacji wyników badań epidemiologicznych [9].

Wpływ czynników kulturowych, obcych z punktu widzenia obserwatora, na jego ocenę staje się istotną kwestią w badaniach epidemiologicznych w psychiatrii [11]. Ważną sprawą jest więc identyfikacja tych czynników, które oddziałują na oświadczenie przeżywane doświadczenie zmiany i początek poszukiwania pomocy. Na przykład wśród emigrantów pochodzenia latynoamerykańskiego mieszkających w Stanach Zjednoczonych jednym z takich czynników jest światopogląd fatalistyczny. Zakłada on nieefektywność działań jednostki w obliczu przeznaczenia [12]. Światopogląd ten w razie choroby likwiduje możliwość podejmowania działań mających na celu uzyskanie pomocy [13].

W roku 1966 Dohrenwend [14] zauważył, iż normy kulturowe mogą kształtować społeczne przyzwolenie na prezentowanie objawów zaburzeń psychicznych. Nieproporcjonalnie wysoki wskaźnik zaburzeń psychicznych wśród Portorykańczyków może mieć swoje źródło w braku definiowania objawów tych zaburzeń jako niepożądanych kulturowo. Jednak, jeżeli objawy nie są spostrzegane jako niepożądane, osoby chore są mniej skłonne, aby szukać fachowej pomocy lekarskiej [15].

Rodzina staje się początkowym punktem poszukiwania pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi. To ona pośredniczy w podjęciu decyzji o wizycie u osób lub instytucji mogących pomóc choremu członkowi rodziny, kierując się przy tym normami kulturowymi [16]. Proces szukania pomocy pociąga za sobą korzystanie z sieci potencjalnych konsultantów, począwszy od osób najbliższych, w granicy samego „jądra” rodziny, poprzez osoby spoza rodziny, będące autorytetami dla osoby chorej, aż do konsultacji lekarskiej [17]. Takie ujęcie wskazuje na wzajemne oddziaływanie na siebie 2 systemów: nieformalnego oraz instytucjonalnego. Nieformalny system pomocy oparty jest na sieci osobistych kontaktów, podczas gdy system instytucjonalny tworzą instytucje medyczne. Widzimy więc, że „droga” rozpoczyna się w pewnym możliwym do zidentyfikowania punkcie struktury społecznej w wyniku związków istniejących pomiędzy chorą osobą a mającymi dla niej znaczenie osobami z najbliższej rodziny. Jakość i uporczywość objawów dostarcza bodźca do zapoczątkowania „drogi do psychiatrii” [18, 19], natomiast jej kierunek i czas trwania kształtowane są poprzez oddziaływanie czynników psychospołecznych i kulturowych [7, 20, 21].

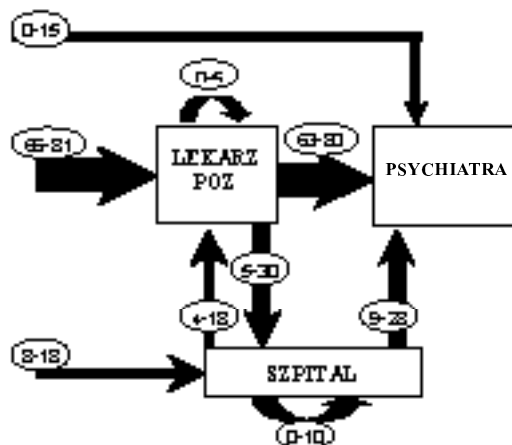
Badania nad „drogą do psychiatrii”

Shepherd i wsp. [22] jako pierwsi zwrócili uwagę, iż lekarze podstawowej opieki zdrowotnej odgrywają ważną rolę w „drodze pacjentów do psychiatrii”, jednak to Goldberg i Huxley [3] w 1980 roku zaproponowali model tej „drogi”, który zakładał, iż większość osób z zaburzeniami psychicznymi rozpoczyna poszukiwanie pomocy

od konsultacji u swojego lekarza rodzinnego. Opierał się on na założeniu, iż tylko niewielka część osób z zaburzeniami psychicznymi w populacji ogólnej otrzymuje specjalistyczną pomoc psychiatryczną. Większość pacjentów pomoc tę otrzymuje u lekarzy pierwszego kontaktu. Model ten opisywał sytuacje w krajach z dobrze rozwiniętą podstawową opieką zdrowotną, natomiast nie miał zastosowania tam, gdzie opieka ta była słabo rozwinięta.

W 1988 roku Światowa Organizacja Zdrowia wdrożyła program, którego celem była poprawa diagnozowania i leczenia zaburzeń psychicznych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Pierwszym etapem realizacji tego programu był projekt „Pathway study” [23]. Jego celem było nakreślenie dróg, jakimi osoby z zaburzeniami psychicznymi trafiają do psychiatry w różnych krajach. Chodziło o zidentyfikowanie osób lub instytucji włączonych w proces udzielania pomocy. W badaniu uczestniczyło 11 ośrodków z następujących państw: Kuby, Meksyku, Indii, Pakistanu, Jemenu, Indonezji, Kenii, Hiszpanii, Portugalii, Wielkiej Brytanii oraz Czechosłowacji. Wyniki tego badania pokazały, jak różni się „droga do psychiatry” w zależności od położenia geograficznego oraz kontekstu kulturowego.

We wszystkich państwach europejskich oraz na Kubie „droga do psychiatry”



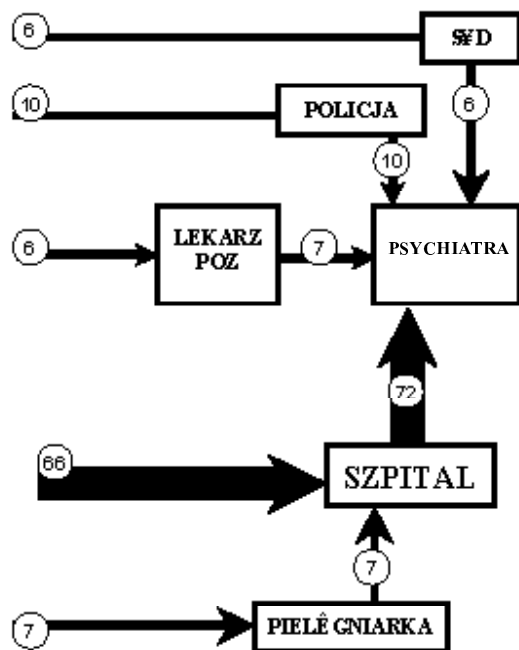
Rys. 1 „Droga do psychiatry” wyznaczona dla ośrodków w Wielkiej Brytanii, Hiszpanii, Portugalii, Czechosłowacji oraz na Kubie. Liczby w kółkach oznaczają procentowy udział osób w każdym etapie „drogi”

rozpocząła się od lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzy pracujących w szpitalach. Rysunek 1 ukazuje szczegółowe dane. Od 66% do 81% badanych wybrało, jako pierwszą instytucję, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, natomiast od 8% do 18% zgłosiło się do lekarzy pracujących w szpitalach. Tylko od 0 do 15% badanych bezpośrednio zwróciło się o pomoc do psychiatry. „Droga do psychiatry” w wymienionych na rysunku pięciu ośrodkach zdominowana była przez instytucje medyczne. Wyniki te potwierdziły założenia modelu Goldberga i Huxleya – większość

osób, które trafiły do psychiatrii, była wcześniej konsultowana u lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Osoby, które trafiły do psychiatrii w ośrodku w Kenii, także w większości zwracały się o pomoc do instytucji medycznych (rysunek 2). Jednak lekarze podstawowej opieki zdrowotnej odgrywają tam mało znaczącą rolę. Prawdopodobnie związane jest to z organizacją opieki zdrowotnej, która oparta jest na sieci szpitali. Zwraca uwagę fakt, że aż 16% osób z zaburzeniami psychicznymi trafiło do psychiatrii przez sąd i policję.

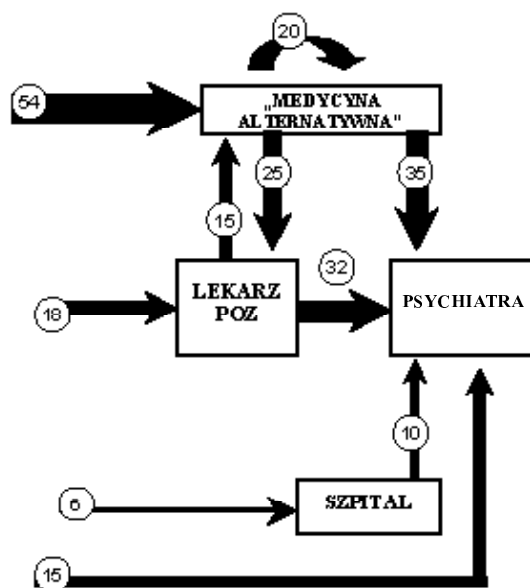
„Droga” wyznaczona dla pacjentów w Pakistanie i Indiach prezentuje model, w którym coraz większe znaczenie odgrywają instytucje niemedyczne. Od 12% do



Rys. 2 „Droga do psychiatrii” wyznaczona dla ośrodka w Kenii.
Liczby w kółkach oznaczają procentowy udział osób w każdym etapie „drogi”

13% badanych zwróciło się do osób zajmujących się „medycyną alternatywną”, 24% do 29% wybrało, jako pierwszą instytucję, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a 17% do 25% trafiło do lekarzy pracujących w szpitalach. W ośrodkach tych zwraca uwagę wysoki odsetek osób, które bezpośrednio zwróciły się o pomoc do psychiatrii (33% do 39%). Krańcowo różny jest diagram „drogi” wyznaczony dla ośrodka w Indonezji (rysunek 3).

Widać na nim, że instytucje medyczne odgrywają tam mało znaczącą rolę. Ponad połowa badanych (54%) zwróciła się o pomoc do osób zajmujących się „medycyną



Rys. 3 „Droga do psychiatrii” wyznaczona dla ośrodka w Indonezji.
Liczby w kółkach oznaczają procentowy udział osób w każdym etapie „drogi”

alternatywną”. Tylko 18% rozpoczęło szukanie pomocy od zwrócenia się do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, a 6% trafiło do lekarzy pracujących w szpitalach. 15% badanych bezpośrednio zwróciło się o pomoc do psychiatrii.

Projekt „Pathway study”, oprócz wykreślenia dróg, jakimi osoby z zaburzeniami psychicznymi trafiają do psychiatrii, analizował również 2 czasy: czas, który upłynął od momentu zauważenia przez pacjenta objawów do momentu zwrócenia się do pierwszej instytucji oraz czas od zgłoszenia się do pierwszej instytucji do wizyty u psychiatrii. Pierwszy z czasów może w pewnym stopniu opisywać, jak nieformalny system pomocy mobilizuje osobę chorą do zwrócenia się o pomoc do instytucji, podczas gdy drugi pokazuje, jak instytucje radzą sobie z diagnozowaniem i leczeniem zaburzeń psychicznych. Mediana czasu pomiędzy wystąpieniem objawów a zgłoszeniem się do pierwszej instytucji zawierała się w bardzo szerokich ramach – od 32 tygodni dla ośrodka w Meksyku do mniej niż 1 tygodnia w Kenii. Mniejsze zróżnicowanie wykazała mediana czasu od zgłoszenia się do pierwszej instytucji do wizyty u psychiatrii. We wszystkich ośrodkach, z wyjątkiem Indonezji, wyniosła ona poniżej 8 tygodni. W Indonezji wynosiła prawie 20 tygodni, co wiąże się z faktem, iż 54% pacjentów trafiło tam do osób związanych z „medycyną alternatywną”, a 20% badanych odwiedziło przynajmniej dwie różne tego typu instytucje lub osoby.

Badanie „Pathway study” było pierwszym tego typu projektem badawczym. Zaczęło ono podobne badania w różnych ośrodkach na całym świecie [24–27]. Wyniki tych badań pozwalają na ujawnienie instytucji, poza psychiatrią, w których tkwią potencjalne możliwości szybkiego diagnozowania i rozpoczęcia leczenia osób

z zaburzeniami psychicznymi. Z badań tych można również uzyskać dane na temat objawów, jakie pacjenci prezentowali na różnych etapach „drogi”, oraz stosowanego u nich leczenia.

Podsumowanie

Analizując wyniki projektu „Pathway study” oraz innych badań przeprowadzonych za pomocą metodologii Światowej Organizacji Zdrowia należy zwrócić uwagę na pewne ograniczenia. Wyznaczone „drogi do psychiatriy” dla różnych ośrodków uwzględniają tylko te osoby, które zgłosiły się do psychiatriy, nie dają nam natomiast żadnych informacji o osobach z zaburzeniami psychicznymi, które z różnych powodów nie otrzymały profesjonalnej pomocy psychiatrycznej. Z drugiej strony dotarcie do psychiatriy nie zawsze oznacza zakończenie poszukiwania pomocy przez pacjenta. W wielu przypadkach brak jest ciągłości pomiędzy pierwszym kontaktem a kontynuacją leczenia. Biorąc pod uwagę jedną z metod leczenia, jaką jest psychoterapia, Mitchell [28] szacuje, iż od 20% do 57% pacjentów rezygnuje po pierwszej sesji, a wśród mniejszości etnicznych odsetek ten z reguły kształtuje się na poziomie 50% [29].

W Polsce nie przeprowadzano dotychczas podobnych badań. Do jakich instytucji zwracają się osoby z zaburzeniami psychicznymi o pomoc? Ile czasu mija od pojawienia się objawów do rozpoczęcia poszukiwania pomocy? Odpowiedzieć na te pytania będzie można po zakończeniu badań prowadzonych w dwóch ośrodkach na terenie województwa dolnośląskiego przez autorów tej pracy.

Ääí ëtäč ñ d'ñčöč=lnęččč írdórlíč' ëč čuõñ d'řěiüč?

Ññäíäéříčí

Ddläëičliír' d'raínr' d'řęčúárlñ č íánočárlñ ëiiođ'öčť «äiđiäč ë d'ñčöčřndó». Dì ëčñídrñódiüë äriüë ç ädr'-ó d'ñčöčřndó d'đčóřäčñ ñiëüçí íläiëüríí -čñëí ëtälé, čnd'řei' řúčó çđčñíđčč đřnd'čříříč' d'ñčöč=lnęččó írdórlíčé. Dřýñiëó ñřę nóúlnñäliüë ññříäčëññ' čäliñčóčęřřóč' ó=đlčäličé, ä çimídúö ëčöř ñ d'ñčöč=lnęččč írdórlíč' ëč čuõñ d'řěiüč. Íř imiäříčé čññéläiäříčé, d'đialäliüö ÄIČ ä đřęčřó d'điädrëčú «Pathway study» Řäñidú d'đlänñřäë' řñ ó=đlčälič', äęęť=liüü ä d'điölnñ íęřčříč' d'řěiüč äi äñlé ëčđí. Äi äñló íadř'lnęččó öliñdró d'řěiüč, d'đčiččřřúčó ó=řññčí ä čññéläiäříčé, äiëüříäññäi ëtälé, çimídúí d'đčřëč ç d'ñčöčřndřé, äüëč çíiñóëüñčđiäříü ädr'-řëč ä íäüčó řéäó-ëřñíč' ö. Čññéläiäříčí «Pathway study» äüëí d'ldäüë ñřęiäi ñčđ'ř' d'đilęñië. Íií d'řěiüčëi íř=řei číüë čññéläiäříčé è ä đřęčë=íüö öliñdró äi äñ, è ëčđí. Đlčóëüñřñü ñřęččó čññéläiäříčé öęřčúäřřñ íř öřęñü ä çřęčó ó=đlčälič' ö, çđiël d'ñčöčřndč=lnęččó, ířóíä' ññ' d'ñliöčřěüüíü äiçëičíññč äčřäíññčëč č ëí=lič' d'ñčöčřndč=lnęččó äiëüüüö.

Wo die Personen mit Störungen Hilfe suchen?

Zusammenfassung

Dieser Artikel schildert und bespricht die Idee des „Weges zum Psychiater”. Nach den Angaben aus der Literatur kommt zu den Psychiatern nur ein Teil der Personen, die die Kriterien der Diagnose der psychischen Störungen erfüllen. Deshalb ist es so wichtig, die Zentren zu nennen, in denen die Personen mit psychischen Störungen Hilfe suchen. Aufgrund der Untersuchungen, die von der Weltgesundheitsorganisation im Rahmen des Programms „Pathway study” geführt

werden, beschreiben die Autoren die Zentren, die in den Prozess der Hilfeleistung der Personen mit psychischen Störungen in verschiedenen Zentren auf der ganzen Welt eingeschlossen werden. In allen europäischen Zentren, die an der Untersuchung teilnehmen, wurden die meisten Personen, die zum Psychiater kamen, durch die Ärzte der Grundgesundheitsbetreuung konsultiert. Die Untersuchung „Pathway study“ war der erste Vorschlag in mehreren Zentren auf der ganzen Welt. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen zeigen, in welchen Zentren außer der Psychiatrie die potentiellen Möglichkeiten der Diagnosestellung und Behandlung der psychisch kranken Personen stecken.

Où les personnes souffrant des troubles mentaux sollicitent l'aide?

Résumé

Ce travail présente et discute la conception «de la route vers le psychiatre». D'après la revue de littérature en question seulement la petite partie des malades, diagnostiqués selon les critères convenables, profitent de l'assistance psychiatrique. Il est donc très important d'identifier les institutions où les malades peuvent solliciter l'aide. En basant sur les recherches de l'Organisation Mondiale de la Santé du programme «Pathway study» les auteurs présentent les institutions de divers pays du monde qui viennent en aide aux personnes souffrant des troubles psychiques. La plupart des patients des centres européens qui participent à ce programme est consultée d'abord par le médecin de famille. Le programme «Pathway study» est le premier programme de ce genre-là et il a initié des recherches en question dans les divers centres du monde entier. Les résultats de ces recherches indiquent que, sauf les psychiatres, les autres institutions ont les possibilités de diagnostiquer et de traiter les personnes souffrant des troubles psychiques.

Piśmiennictwo

1. Shepherd M. *Mental disorder and primary care in the United Kingdom*. J. Public Health Policy 1983; 4: 83–88.
2. Burvill PW. *The epidemiology of psychological disorders in general medical settings*. W: Sartorius N, Goldberg D, de Giralomo G, Costa e Silva JA, Lecrubier Y, Wittchen HU, red. *Psychological disorders in general medical settings*. Toronto: Huber; 1990, s. 9–20.
3. Goldberg DP, Huxley P. *Mental illness in the community: The pathway to psychiatric care*. London: Tavistock; 1980.
4. Huxley P, Raval H, Korner J, Jacob C. *Psychiatric morbidity in the clients of social workers*. Psychol. Med. 1989; 19: 189–198.
5. Dohrenwend BP, Dohrenwend BS, Gould MS, Link B, Neugebauer R, Wunsch-Hitzing R. *Mental illness in the United States: Epidemiological estimates*. New York: Preager; 1980.
6. Kessler RC, Cleary PD. *Social class and psychological distress*. Am. Soc. Rev. 1980; 45: 463–478.
7. Link B, Dohrenwend BP. *Formulation of hypothesis about the ratio of untreated cases in the true prevalence studies of functional disorders in adults in the United States*. W: Dohrenwend BP, Dohrenwend BS, Gould MS, Link B, Neugebauer R, Wunsch-Hitzing R, red. *Mental illness in the United States: Epidemiological estimates*. New York: Preager; 1980.
8. Ware JE, Manning WG, Duan N, Wells KB, Newhouse JP. *Health status and the use of outpatients mental health services*. Am. Psychol. 1984; 39: 1090–1010.
9. Angel R, Thoits P. *The impact of culture on the cognitive structure of illness*. Cult. Med. Psych. 1987; 11: 465–494.
10. Kleinman A. *Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experiences*. New York: Free Press; 1988.

11. Rogler LH. *The meaning of culturally sensitive research in mental health*. Am. J. Psychiatry 1989; 146: 296–303.
12. Rogler LH, Cooney RS. *Puerto Rican families in New York City: Intergenerational process*. New York: Hispanic Research Center, Fordham University; 1984.
13. Rogler LH. *Migrant in the City*. Maplewood, New York: Waterfront Press; 1984.
14. Dohrenwend BP. *Social status and psychological disorders: an issue of substance and an issue of method*. Am. Soc. Rev. 1966; 31: 14–44.
15. Haberman P. *Psychiatric symptoms among Puerto Ricans in Puerto Rico and New York City*. Ethnicity 1976; 3: 133–144.
16. Horowitz AV. *Family, kin, and friend networks in psychiatric help-seeking* Soc. Sc. Med. 1978; 12: 297–304.
17. Freidson E. *Client control and medical practise*. Am. J. Soc. 1960; 65: 347–382.
18. Horowitz AV. *Social networks and pathways to psychiatric treatment*. Soc. Forces 1977; 56: 86–105.
19. Greenley JR, Mechanic D. *Social selection in seeking help for psychological problems*. J. Health Soc. Behav. 1976; 17: 249–262.
20. Lin TY, Tardiff K, Donetz G, Goresky W. *Ethnicity and patterns of help-seeking*. Cult. Med. Psychiatry 1978; 2: 3–14.
21. Horowitz AV. *The pathways into psychiatric treatment: some differences between men and women*. J. Health Soc. Behav. 1977; 18: 169–178.
22. Shepherd M, Cooper B, Brown AC, Kalton G. *Psychiatric illness in general practise*. London: Oxford University Press; 1966.
23. Gater R, De Almeida e Sousa B, Barrientos G, Caraveo J, Chandrashekar CR, Dhadphale M, Goldberg D, Al Kathiri AH, Mubbashar M, Silhan K, Thong D, Torres-Gonzales F, Sartorius N. *The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study*. Psychiatr. Med. 1991; 21: 761–774.
24. Vázquez Barquero JL, Herrera Castanedo S, Artal JA, Cuesta Nuñez J, Gaité L, Goldberg D, Sartorius N. *Pathways to psychiatric care in Cantabria*. Acta Psychiatr. Scand. 1993; 88: 229–234.
25. Balestrieri M, Bon MG, Rodriguez-Sacristan A, Tansella M. *Pathways to psychiatric care in south-Verona, Italy*. Psychiatr. Med. 1994; 24: 641–649.
26. Abiodun OA. *Pathways to mental health care in Nigeria*. Psychiatr. Serv. 1995; 46: 823–826.
27. Kiliç C, Rezaki M., Ustün TB, Gater RA. *Pathways to psychiatric care in Ankara*. Soc. Psychiatr. Epidemiol. 1994; 29:131–136.
28. Mitchell ME. *The relationship between social network variables and the utilization of mental health services*. Am. J. Community Psychol. 1989; 17: 258–266.
29. Sue S, Zane N. *The role of culture and cultural techniques in psychotherapy: a critique and reformulation*. Am. Psychol. 1987; 42: 37–45.

Otrzymano: 22.10.2002

Zrecenzowano: 27.12.2002

Przyjęto do druku: 31.03.2003

Adres: Tomasz Pawłowski
Klinika Psychiatrii AM
50-367 Wrocław, ul. Pasteura 10
tpawlow@psych.am.wroc.pl

