

ZADANIA

PSYCHOLOGA-PRAKTYKA

Redakcja: Bożena Gulla

Edycja: Magda Gawłowska

Instytut Psychologii Stosowanej
Wydział Zarządzania i Komunikacji Społecznej
Uniwersytet Jagielloński
Kraków 2019

SPIS TREŚCI:

Zawód: psycholog.....	3
Bożena Gulla (red.)	
Zadania psychologa w psychoterapii nerwic i zaburzeń osobowości realizowanej w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (Poradniach Zdrowia Psychicznego i Oddziałach Dziennych Leczenia Nerwic).....	16
Bernadetta Izydorczyk	
Zadania psychologa-praktyka w terapii rodzin i par w gabinecie prywatnym.....	31
Monika Wasilewska	
Wybrane aspekty diagnozy i relacji terapeutycznej z osobami z niepełnosprawnością..	47
Krzysztof Gerc	
Psycholog w pracy z dzieckiem i adolescentem	70
Iwona Sikorska	
Psycholog-praktyk wobec kryzysów indywidualnych i społecznych	87
Katarzyna Sitnik-Warchulska	
Proces rekrutacji pracowników jako etap wstępny efektywnej selekcji.....	108
Antoni Wontorczyk	
Wypalenia zawodowe – przyczyny, konsekwencje, sposoby przeciwdziałania	121
Krystyna Golonka	
Zadania psychologa praktyka – biegły sądowy	144
Bartosz W. Wojciechowski	
Ścieżka Naukowa.....	153
Magda Gawłowska	
Od Redaktora:	171
Informacje o Autorach:	172

Zawód: psycholog

Zamierzeniem przedstawianej publikacji jest prezentacja warsztatu pracy psychologów-praktyków w różnych obszarach uprawiania zawodu psychologa. Autorzy poszczególnych rozdziałów, to specjaliści w swojej dziedzinie z bogatym doświadczeniem profesjonalnym. Równocześnie, będąc nauczycielami akademickimi, potrafią pogodzić aplikacyjne aspekty stosowanej psychologii z wiedzą teoretyczną oraz umiejętnością przekazu, mającego wysokie walory edukacyjne. Publikacja może zatem być wartościowa dla studentów psychologii, kandydatów na studia psychologiczne oraz adeptów studiów psychologicznych, rozpoczynających pracę zawodową.

Uregulowania prawne

Zawód psychologa jest zawodem zaufania publicznego. Jak stwierdził Krasnowolski (2013), pojęcie zawodu zaufania publicznego jest pojęciem specyficznie polskim, nie znanym na gruncie europejskim. Nie jest też w sposób jednoznaczny zdefiniowane. Do grupy zawodów zaufania publicznego zalicza się zawody, mające szczególne znaczenie społeczne, których prawidłowe wykonanie jest ważne z punktu widzenia ochrony interesu publicznego. Są to (ibidem) niektóre zawody prawnicze (adwokatów, radców prawnych, notariuszy, komorników, kuratorów sądowych), zawody medyczne i pokrewne (lekarzy, pielęgniarów, położnych, aptekarzy, diagnostów laboratoryjnych, lekarzy weterynarii oraz psychologów), zawody powstałe w wyniku gospodarki rynkowej (biegłych rewidentów, doradców podatkowych, rzeczników patentowych) oraz zawody związane z budownictwem i projektowaniem przestrzeni (architektów, inżynierów budownictwa, urbanistów). Pojęcie zawodu zaufania publicznego jest nieodłącznie związane z tworzeniem samorządów

zawodowych. Artykuł 17, punkt 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2. 04. 1997 r.¹ brzmi następująco:

„W drodze ustawy można tworzyć samorządy zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony”.

Osobom wykonującym zawody zaufania publicznego stawia się wysokie wymagania, nie tylko związane z ich wykształceniem, przygotowaniem profesjonalnym i wysokimi kwalifikacjami, ale również prawidłowym postępowaniem moralnym, dającym gwarancję poprawnego wykonywania zadań na rzecz społeczeństwa. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 maja 2002 r. (Sygn. akt SK 20/00)² określa zawód zaufania publicznego jako:

„zawód polegający na obsłudze osobistych potrzeb ludzkich, wiążący się z przyjmowaniem informacji dotyczących życia osobistego i zorganizowany w sposób uzasadniający przekonanie społeczne o właściwym dla interesów jednostki wykorzystywaniu tych informacji przez świadczących usługi. Wykonywanie zawodu zaufania publicznego określane jest dodatkowo normami etyki zawodowej, szczególnie treścią ślubowania, tradycją korporacji zawodowej czy szczególnym charakterem wykształcenia wyższego i uzyskanej specjalizacji (aplikacja)” (P. Sarnecki: Pojęcie zawodu zaufania publicznego (art.17 ust. 1 Konstytucji) na przykładzie adwokatury, w: L. Garlicki (red.), Konstytucja-Wybory-Parlament. Studia ofiarowane Zdzisławowi Jaroszowi, Warszawa 2000, Liber, s.155 i nast.).

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 2 lipca 2007 r. (Sygn. akt K 41/05)³ w punkcie 6.1 doprecyzowuje warunki wykonywania zawodów zaufania publicznego:

Po drugie (...), Ustawodawca ma prawo uzależniać prawo wykonywania zawodu zaufania publicznego od spełnienia przez zainteresowanego określonych warunków dotyczących np. jego kwalifikacji zawodowych i moralnych, w tym wymagania cechy „nieskazitelного charakteru” i „rękojmi prawidłowego wykonywania zawodu”.

Po trzecie, przymiot zawodu „zaufania publicznego”, jaki charakteryzuje zawody poddane unormowaniom art. 17 ust. 1 Konstytucji, polega nie tylko na objęciu zakresem ich wykonywania pieczy nad prowadzeniem spraw lub ochroną wartości

¹ <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970780483/O/D19970483.pdf>, data dostępu 20.07. 2019 r.

² <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20020660611/T/D20020611TK.pdf>, data dostępu 20.07. 2019 r.

³ <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20071240871>, data dostępu 20.07. 2019 r.

(dóbr) o zasadniczym i (najczęściej) osobistym znaczeniu dla osób korzystających z usług w sferze zawodów zaufania publicznego. Nie wyczerpuje się też w podejmowaniu ważnych – w wymiarze publicznym – czynności zawodowych, wymagających profesjonalnego przygotowania, doświadczenia, dyskrecji oraz taktu i kultury osobistej.

„Zawody zaufania publicznego” wykonywane są – zgodnie z ich konstytucyjnym określeniem – w sposób założony i społecznie aprobowany, o ile ich wykonywaniu towarzyszy realne „zaufanie publiczne”. Na zaufanie to składa się szereg czynników, wśród których na pierwszy plan wysuwają się: przekonanie o zachowaniu przez wykonującego ten zawód dobrej woli, właściwych motywacji, należytej staranności zawodowej oraz wiara w przestrzeganie wartości istotnych dla profilu danego zawodu (...).

Wymieniając właściwości zawodów zaufania publicznego, Kardas (2014) cytuje przywoływany wcześniej Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 2 lipca 2007 r. (Sygn. akt K 41/05 oraz inne źródła, wskazując na następujące cechy:

*Najczęściej w literaturze przedmiotu do cech tych zalicza się: a) szczególną doniosłość prawidłowego i zgodnego z interesem publicznym wykonywania – istotnego z racji znaczenia, jaką dana dziedzina społecznej aktywności zawodowej odgrywa w społeczeństwie, oraz z racji konieczności zapewnienia ochrony gwarantowanych Konstytucją praw podmiotowych jednostki; b) powierzanie w warunkach wysokiego zaufania uprawiającym taki zawód informacji osobistych i dotyczących życia prywatnego osób korzystających z ich usług; c) uznawanie tych informacji za tajemnicę zawodową, która nie może być ujawniona; d) objęcia osób dysponujących taką tajemnicą – w wypadku możliwości naruszenia istotnych dóbr jednostki w razie jej ujawnienia – immunitetem zwalniającym je od odpowiedzialności karnej za nieujawnienie informacji; e) korzystanie ze świadczeń tych zawodów często w razie nastąpienia realnego albo choćby potencjalnego niebezpieczeństwa dla dóbr jednostki o szczególnym charakterze (np. życie, zdrowie, wolność, godność, dobre imię); f) niepodleganie regułom hierarchii urzędniczej; g) występowanie sformalizowanej deontologii zawodowej oraz rękojmnia należytego i zgodnego z interesem publicznym wykonywania zawodu, gwarantowana z jednej strony przez wysokie bariery dostępu do wykonywania każdego z zawodów zaufania publicznego, obejmujące nie tylko wymóg ukończenia odpowiedniego szkolenia, lecz również reprezentowanie odpowiedniego poziomu etycznego, z drugiej – sprawowaną w interesie publicznym pieczęć organów samorządu zawodowego”.*⁴

⁴ Uzasadnienie wyroku TK z 2 VII 2007 r., K 41/05, OTK-A 2007, nr 7, poz. 72. Por. też J. Hausner, D. Długosz, Tezy w sprawie zawodu zaufania publicznego, w: Kancelaria Senatu..., Zawody zaufania..., op. cit., s. 119 i n.; M. Tabanecka, Pojęcie zawodu zaufania publicznego, „Acta Universitatis Wratislaviensis”, nr 2663, s. 302 i n.; P. Sarnecki, Opinia w sprawie wykładni art. 17 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, „Przegląd Sejmowy” 2001, nr 2, s. 75 i n.

Zatem, przygotowując się do wykonywania roli zawodowej psychologa, należy mieć w pamięci znaczenie przyszłych działań zawodowych dla konkretnych osób oraz dla społeczeństwa i realizować je zgodnie z wymaganiami zawodu zaufania publicznego.

Możliwości zawodowe psychologa

Psychologia to dziedzina niezwykle obszerna, ponieważ zajmuje się człowiekiem we wszelkich możliwych kontekstach i uwarunkowaniach. Jest też niezbędna dla rozwiązywania problemów z pogranicza innych dziedzin (prawa, pedagogiki, socjologii, ekonomii, polityki i wielu innych). Dlatego absolwenci psychologii, zwłaszcza wykształceni w profilu praktycznym, aplikacyjnym, mają bardzo dobre statystyki zatrudnienia po ukończeniu studiów. Większość studiów uniwersyteckich w zakresie psychologii daje już w czasie studiów możliwość wyboru ścieżek specjalizacyjnych, pozwalających w pogłębiony sposób zapoznać się z interesującym działem psychologii. W Instytucie Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie są to na przykład takie działy, jak psychologia zaburzeń zachowania i pomoc psychologiczna; psychologia sądowa i penitencjarna; neuronauka i neuropsychologia; psychologia społeczna i komunikowania się; psychologia pracy, organizacji i zarządzania; rodzina, wychowanie i kształcenie oraz psychologia zdrowia i choroby. Poza tym, w trakcie edukacji, studenci są włączani w prowadzone w jednostce badania naukowe, realizują także empiryczne prace magisterskie, zapoznając się z rolą badacza w psychologii. W Instytucie Psychologii Stosowanej inicjatywy Koła Naukowego Pragma, wspierane przez pracowników naukowo-dydaktycznych, pozwalają na nabycie pierwszych doświadczeń związanych z oddziaływaniami psychologicznymi, na przykład w zakresie psychoedukacji.

Wydaje się, że preorientacja zawodowa oraz przekazywanie informacji dotyczących rozwijania przedsiębiorczości pozwalają każdemu absolwentowi odnaleźć się po studiach na rynku pracy. Warto jednak dodać kilka uwag. Przy podjęciu decyzji o wyborze obszaru pracy zawodowej (szczegółowego, jednak w dziedzinie psychologii), można dodatkowo uwzględnić chęci i możliwości (w tym także finansowe, czasowe), nie tylko osobistego doskonalenia się, ale podjęcia formalnego, wieloletniego szkolenia (na przykład w zakresie psychoterapii). Innym istotnym składnikiem podejmowanych decyzji może być gotowość do pracy samodzielnej (własna działalność, gabinet – również wymagający odpowiedniego przygotowania merytorycznego) lub w zespole. Trzeba rozważyć, co jest dla absolwenta

bardziej interesujące – poświęcenie się badaniom i rozwijanie nauki czy praktyka, a może połączenie jednego z drugim. Można skupić się między innymi na swoich uwarunkowaniach temperamentalnych, gdyż praca psychologa może wymagać kontaktu jeden- na - jeden z pacjentem/klientem lub jest pracą z grupą, a szczególnie z grupą dzieci, która ma bardziej aktywny charakter. Warto zastanowić się nad własną potrzebą stabilizacji, bo nieco innych predyspozycji wymaga praca stacjonarna, na przykład w poradni, o określonych godzinach pracy i stabilnej pensji, niż dające więcej nowych wyzwań, ale mniej stabilne, zatrudnienie poprzez projekty. Jeśli trudno dokonać wyboru, pomocny dla absolwenta może być starszy, bardziej doświadczony psycholog.

W karierze zawodowej oczywiście zdarzają się zmiany pracy, w dzisiejszych czasach są one nawet bardziej powszechne niż niegdyś, wynikają z wielu przyczyn, nie tylko związanych z charakterem pracy, ale z życiem osobistym, zmianami miejsca zamieszkania itd. Pozytywnym aspektem owych zmian jest niewątpliwie nabywanie nowych doświadczeń. Psychologia jako dziedzina nauki i praktyki ma charakter addytywny, kolejne doświadczenia sumują się z dotychczasowymi, wzbogacając wiedzę i kompetencję psychologa. Zmiany mogą również zapobiegać wypaleniu zawodowemu. Byłoby jednak korzystne, aby wówczas, gdy zmiany pracy nie są wymuszone sytuacją życiową, lecz wynikają ze zniechęcenia psychologa czy jego niepowodzeń w jakimś obszarze, aby motywacje tych zmian zostały omówione z innym psychologiem i poddane refleksji.

Kształcenie przez całe życie zawodowe

Artykuł 12. Kodeksu Etycznego Psychologa Polskiego Towarzystwa Psychologicznego⁵, uchwalonego 2 grudnia 2018 roku wskazuje na konieczność nieustannego podnoszenia kwalifikacji zawodowych psychologa w trakcie jego kariery. Formułuje to następująco: „*Punkt 12.2.Ciągłe kształcenie i rozwój osobisty; 12.2.a. Psycholog posiada niezbędne kwalifikacje umożliwiające wykonywanie zawodu w świetle istniejącego prawa. Posiada kwalifikacje zawodowe w obszarze swojej praktyki zawodowej, a w szczególności w zakresie metod i technik, których użycie wiąże się z dodatkowym przeszkoleniem. Aktywnie zdobywa nową i aktualną wiedzę z dziedziny i specjalności, w której pracuje, a w razie potrzeby jest gotowy poszerzać również swoją wiedzę pozapsychologiczną w obszarze, którym się zajmuje.*12.2.b. Psycholog dba o rozwój osobisty w obszarze kompetencji osobowych,

⁵ http://www.ptp.org.pl/teksty/NOWY_KODEKS_PTP.pdf, data dostępu: 04.08. 2019 r.

wspierających praktykę zawodową. Dbą również o własny dobrostan psychiczny, stara się zapobiegać zrutynizowaniu czynności profesjonalnych i aktywnie przeciwdziałać wypaleniu zawodowemu”.

Istnieją dwie koncepcje dotyczące przygotowania do pracy zawodowej. Zgodnie z pierwszą, studia psychologiczne powinny w pełni wyposażać adepta w wiedzę i wszelkie umiejętności niezbędne dla realizacji zadań zawodowych. Zgodnie z drugą, przez całe życie zawodowe psycholog winien wzbogacać wiedzę, nabywać dodatkowe kompetencje i doskonalić już posiadane, gdyż studia dają mu jedynie dobrą podstawę do dalszego rozwoju zawodowego. W obliczu nieustannego rozwoju psychologii jako nauki, wydaje się niemożliwe bazowanie jedynie na wiedzy wyniesionej ze studiów. Pojawiają się nowe teorie, także interdyscyplinarne (jak psychoneuroimmunologia), nowe możliwości diagnostyczne (jak neuroobrazowanie), nowe narzędzia oddziaływań psychologicznych (jak wykorzystanie rzeczywistości wirtualnej w praktyce psychologicznej) i psycholog, który nie nabywa nowej wiedzy, zostaje w tyle. Oznacza to jednak niestety, że klientowi/pacjentowi korzystającemu z jego wiedzy, nie może zaoferować wszystkiego, co na danym etapie rozwoju psychologii jako nauki mogłoby być dla niego przydatne. Ciekawość i otwartość poznawcza, prawdziwe głębokie zainteresowanie psychologią, nie powinny pozwolić na zasklepienie się w dotychczasowej formule uprawiania zawodu. Cenniejsze byłoby postrzeganie zawodu psychologa jako pasma nowych interesujących wyzwań, wymagających kształcenia, dociekania i praktykowania.

Oprócz nabywania wiedzy przez zapoznawanie się z najnowszą literaturą naukową, uczestniczeniu w szkoleniach i kursach, a także udziałowi w konferencjach naukowych, kształcenie obejmuje pracę profesjonalną nadzorowaną przez supervizora. To niezwykle ważna forma kształcenia, która pomaga głębiej zrozumieć relację z osobą objętą działaniami psychologicznymi, dostrzec wcześniej nie rozpoznane mechanizmy psychologiczne w relacji, pewne rutynowe schematy postępowania psychologa i w efekcie ustrzec się od błędów i udoskonalić warsztat pracy. Supervizor, doświadczony psycholog z odpowiednimi uprawnieniami, daje superwizantowi niezależne spojrzenie na analizę omawianej sytuacji, kształtuje jego postawę szacunku wobec osoby objętej działaniami psychologicznymi, wspiera superwizanta i pomaga w ukształtowaniu postawy nieustannej obserwacji własnej pracy i autorefleksji. Supervizja obowiązuje psychologów zajmujących się psychoterapią, jednak wydaje się, że w każdym obszarze działań psychologicznych może być niezwykle pomocna.

Kolejnym sposobem na znaczące wzbogacenie wiedzy i kompetencji młodego psychologa jest udział w kształceniu w ramach specjalizacji w psychologii klinicznej, pozwalający dzięki programowi szkoleń i staży zyskać i udoskonalić umiejętności diagnostyczne i kompetencje w zakresie oddziaływań psychologicznych oraz w zakresie psychoprophylaktyki. Kształcenie specjalizacyjne jest dwustopniowe, obejmuje program podstawowy w zakresie psychologii klinicznej dla magistrów psychologii (I stopień specjalizacji) oraz program uzupełniający dla osób posiadających I stopień specjalizacji, pozwalający na uzyskanie II stopnia w jednym z wybranych bloków szczegółowych - w obszarze psychologii klinicznej zaburzeń psychicznych, psychologii klinicznej chorób somatycznych, neuropsychologii klinicznej, psychologii klinicznej dzieci i młodzieży. Można również podjąć specjalizację w zakresie psychoseksuologii oraz psychoterapii dzieci i młodzieży.

W kształceniu psychologów ważną rolę odgrywają również studia podyplomowe, szczególnie te prowadzące do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty, ale także pozyskania innych kwalifikacji – na przykład w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi czy uprawnień do badania kierowców. Wybór obszaru kształcenia podyktowany powinien być zainteresowaniami zawodowymi oraz uwzględniać potrzeby i specyfikę charakteru pracy/rodzaju instytucji.

Rozwój osobisty psychologa

W trakcie studiów psychologicznych dogłębnie poznawane są intrapsychiczne i interpersonalne mechanizmy ludzkiego funkcjonowania. Poza teoretycznymi rozważaniami, nauczyciele akademicy odnoszą teorię do przykładów, kasusów, rzeczywistych sytuacji społecznych, będących ilustracją i egzemplifikacją teorii. Osoby studiujące psychologię mają także możliwość uczestniczenia w zajęciach praktycznych, rozwijających umiejętności kontaktu z drugim człowiekiem. Poznają dynamikę grupy, przyglądają się zachowaniom innych i przeżywają refleksję nad własnym postępowaniem. Wszystkie te doświadczenia wzbogacają ich wiedzę o człowieku, ale także o samym sobie. Trudno byłoby uniknąć refleksji nad własnymi doświadczeniami autobiograficznymi, gdy omawiane są podczas zajęć i zawarte w studiowanej literaturze zagadnienia z nimi korespondujące. Praktyki na starszych latach studiów tworzą okazje do spotkania z pacjentami lub klientami, z którymi później magister psychologii podejmie pracę. Każdy pacjent, klient czy inny odbiorca działań

przyszłego psychologa lub młodego absolwenta, wzbogaca go o doświadczenie spotkania. Uczy i pozwala zrozumieć drugiego człowieka i przyjrzeć się sobie w spotkaniu z nim. Dlatego poza stałym dokształcaniem, psycholog musi rozwijać tzw. kompetencje miękkie, zwłaszcza umiejętności interpersonalne i komunikacyjne.

Dla prawidłowej realizacji zadań zawodowych, ważne jest unikanie tzw. błędu maski (Kępiński, 1989). Psycholog w kontakcie z pacjentem/klientem nie musi, a nawet nie powinien, ujawniać sfery prywatnej swojego życia, jednak równocześnie powinien być naturalny, otwarty, autentyczny, musi umieć dzielić się sobą z drugim człowiekiem. Dlatego jego narzędziem pracy jest w dużej mierze – poza nabytą wiedzą i umiejętnościami – własna osobowość i postawy, jakie przejawia wobec innych ludzi. Stąd płynie konieczność stałego rozwoju osobistego, rozwiązywania własnych problemów emocjonalnych, refleksji nad swoim postępowaniem, świadomość trudności osobistych, ograniczeń i obciążeń emocjonalnych. Problemy natury emocjonalnej dotyczą wszystkich, nikt nie jest całkowicie od nich wolny, chociaż oczywiście mogą mieć różny charakter i nasilenie. Warto pamiętać, że nawet gdy psycholog doskonale potrafi rozpoznać i zrozumieć trudności psychiczne innych osób, najczęściej nie do końca jest świadomy własnych lub, będąc ich świadomym, nie w pełni potrafi sobie sam z nimi poradzić. Sama „autoanaliza” nie jest wystarczająca dla rozwiązania trudności. Dlatego tak ważna jest własna psychoterapia, gdyż bagaż emocjonalny psychologa, jeśli nie upora się z nim, prędzej czy później zacznie stanowić przeszkodę w efektywnej pracy zawodowej. Psychoterapia własna jest elementem szkolenia w zakresie psychoterapii, ale nawet psycholog zajmujący się innym obszarem, może i powinien zwrócić się do innego psychologa-psychoterapeuty (ale nie kolegi, z którym pozostaje w relacjach zawodowych czy towarzyskich) i z jego pomocą rozwiązać własne problemy. Warto zatem także w życiu osobistym ufać sile psychologii i kompetencjom psychologów.

Studia psychologiczne wybierają najczęściej osoby, które chcą pomagać innym ludziom. To prospołeczne nastawienie jest kapitałem każdego przyszłego psychologa. Oczywiście, życie zmusza także do troski o bardziej przyziemne sprawy, niekiedy konfrontuje również z sytuacjami międzyludzkimi o konfliktowym czy obciążającym charakterze. Jeśli jednak w dorosłym życiu, w tym również zawodowym, uda się nie zagubić tych prospołecznych motywacji, a równocześnie zbalansować je z odrobiną tzw. zdrowego egoizmu, równowaga pozwalająca na osiągnięcie udanego życia zawodowego i prywatnego, zostaje zachowana. W życiu osobistym, zawód psychologa pozwala na uzyskanie dodatkowych bonusów - zysków osobistych, które są nie do przecenienia: na przykład

umiejętności postępowania z własnymi dziećmi, rozwiązywania konfliktów międzyludzkich czy podejmowania starań na rzecz satysfakcjonującej jakości życia własnego i rodzinnego.

Zasady etyczne

W Preambule Kodeksu Etycznego Psychologa Polskiego Towarzystwa Psychologicznego⁶, znajduje się Artykuł 2, który wskazuje na ogromną odpowiedzialność związaną z wykonywaniem roli zawodowej psychologa. Brzmi on następująco: *„Rola zawodowa psychologów, niezależnie od rodzaju intencjonalnie podejmowanych przez nich czynności, obejmuje ingerencję w funkcjonowanie człowieka jako indywidualnej i niepowtarzalnej osoby. Ingerencja ta może nieść za sobą znaczące skutki. Relacja profesjonalna łącząca go z odbiorcą jego działań zawodowych ma szczególny charakter. Powyższe okoliczności wymagają przestrzegania zasad etyki zawodowej w działalności psychologów i uzasadniają stawianie im wysokich wymagań etycznych”*. Psychika człowieka, decydująca nie tylko o jego samopoczuciu, lecz także o funkcjonowaniu w życiu, rodzinie, pracy, relacjach towarzyskich, jest niezwykle delikatną materią, dlatego każda ingerencja musi nie tylko być rozważna, ostrożna i przemyślana, ale przede wszystkim oparta na rzetelnej i pewnej wiedzy, na dowodach naukowych, doskonale opanowanych kompetencjach profesjonalnych i nienagannych postawach obejmujących poszanowanie autonomii i godności człowieka, będącego podmiotem oddziaływań psychologicznych. Psycholog, podobnie jak lekarz, powinien zawsze kierować się zasadą *„primum non nocere”* (z łac., po pierwsze, nie szkodzić), a działania, które podejmuje, winny mieć na celu jedynie dobro osoby, która rozpoczynając tę współpracę, zaufała mu i uwierzyła w jego czyste intencje i profesjonalizm.

Wśród najistotniejszych zasad etyki zawodu psychologa wymienić należy:

- zasadę zachowania tajemnicy zawodowej, obejmującej poufne dane uzyskane od osoby objętej oddziaływaniami psychologicznymi, która obowiązuje nawet po śmierci tej osoby. Z tajemnicy zawodowej psychologa może zwolnić jedynie sąd, w rzeczywistości uzasadnionych sytuacjach, gdy życie i zdrowie tej osoby lub innych osób jest zagrożone, co stanowi wartość nadrzędną,

⁶ http://www.ptp.org.pl/teksty/NOWY_KODEKS_PTP.pdf, data dostępu: 04.08. 2019 r.

-zasadę poszanowania autonomii i podmiotowości osoby objętej oddziaływaniami psychologicznymi, troskę o poszanowanie jej godności, nawet wówczas, gdy badanie psychologiczne ma charakter obligatoryjny, odbywa się w warunkach przymusu (np. w zakładzie karnym) lub dotyczy osoby niezdolnej do samodzielnego wyrażenia woli i podejmowania decyzji,

-zasadę bezwarunkowej akceptacji człowieka, jednak bez akceptacji niektórych jego zachowań, jeśli są one krzywdzące dla innych,

-zasadę bezstronności i neutralności wobec systemu wartości jednostki, postaw i poglądów światopoglądowych i politycznych, odmienności kulturowej, wyznawanej religii i duchowej identyfikacji czy orientacji seksualnej,

-w wykonywaniu obowiązków zawodowych zasadę staranności, sumienności, dobrego przygotowania profesjonalnego, dbania o wysoką jakość działań psychologicznych,

-zasadę dobrze pojętej solidarności zawodowej i wzajemnej pomocy w środowisku psychologów,

-zasadę dążenia do prawdy w badaniach naukowych,

-zasadę zgodności funkcjonowania zawodowego psychologa i jego funkcjonowania w życiu osobistym, jako że funkcjonowanie środowisku społecznym poza pracą zawodową, opiera się tych samych wartościach i stosunku do innych ludzi, które decydują o funkcjonowaniu w roli profesjonalnej.

Szerokiej i szczegółowej analizy etycznych aspektów roli zawodowej psychologa dokonał Brzeziński i wsp. (2008). W szczególnych sytuacjach nasuwających wątpliwości etyczne, pomocy mogą udzielić doświadczeni psychologowie, pracujący w danym obszarze działań psychologicznych i warto, by młodzi adepci psychologii mieli świadomość możliwości skorzystania z takiej rady i wsparcia.

Prezentacja publikacji

Przedstawiana publikacja ma na celu odniesienie się do praktycznej realizacji zadań zawodowych psychologa, ze szczególnym uwzględnieniem zasygnalizowanych powyżej wątków (kwestii odpowiedzialności zawodowej, etyki oddziaływań, rozwijania kompetencji i umiejętności zawodowych). Zawiera materiały, w których psychologowie, zajmujący się różnymi obszarami psychologii, w uporządkowany sposób przekazują swą wiedzę i

doświadczenie. Rozdziały można podzielić na kilka grup. Pierwsza dotyczy pracy psychologa w psychoterapii. Dr hab. Bernadetta Izydorczyk, prof. UJ, certyfikowany psychoterapeuta i superwizor psychoterapii, Krajowy Konsultant ds. Psychologii klinicznej, omawia zadania psychologa oraz problemy, na jakie napotyka w pracy z pacjentami z rozpoznaniem nerwicy lub zaburzeń osobowości w otwartym leczeniu psychiatrycznym – poradniach zdrowia psychicznego i otwartych oddziałach dziennych. Na uwagę zasługuje podkreślenie posługiwania się psychoterapią jako metodą leczenia, opartą na dowodach naukowych. Dr Monika Wasilewska, praktykująca psychoterapię w gabinecie prywatnym, pokazuje specyfikę pracy z rodzinami i parami, a jej niezwykle praktyczne uwagi i przykłady pokazują ogromną wnikliwość terapeutyczną, refleksję nad własną pracą i troskę o dobro objętych oddziaływaniami osób. Drugi obszar dotyczy pracy psychologicznej z osobami z niepełnosprawnościami, a jego autor dr Krzysztof Gerc, koncentruje się w nim na pracy z dziećmi, czego dotyczy również kolejny rozdział dr Iwony Sikorskiej. W obydwu rozdziałach zawarte są szczegółowo opracowane przykłady, pozwalające w pełni zrozumieć omawianą problematykę na tle zasygnalizowanych podejść teoretycznych. Trzeci obszar, to problematyka kryzysów psychologicznych i interwencji kryzysowej, w którym dr Katarzyna Sitnik-Warchulska w uporządkowany sposób systematyzuje wiedzę o podłożu i rodzajach kryzysów, zasobach ułatwiających radzenie sobie z nimi i działaniach psychologa aktywizujących owe zasoby. W czwartym obszarze, pojawiają się zagadnienia związane z aplikacją psychologicznej wiedzy w zawodowym i społecznym funkcjonowaniu człowieka. Dr hab. Antoni Wontorczyk, prof. UJ dzieli się wiedzą dotyczącą procesów rekrutacji i związanymi z tym procesem dylematami, natomiast dr Krystyna Golonka omawia zagadnienie wypalenia zawodowego i wskazuje możliwe sposoby ochrony przed nim zarówno na poziomie profilaktyki, jak i pracy terapeutycznej z osobami, które dotknęło zjawisko wypalenia zawodowego. Praktykę psychologicznych zastosowań w odniesieniu do społecznego funkcjonowania człowieka ukazuje również rozdział dr Bartosza W. Wojciechowskiego, psychologa i prawnika, praktykującego adwokata, który analizuje rolę biegłego sądowego i zadania oraz problemy psychologa w tym obszarze. Piąty obszar dotyczy wyboru ścieżki naukowej, w którym dr Magda Gawłowska, wybitny młody naukowiec, dzieli się refleksjami nad urokami i trudnościami funkcjonowania w takiej roli, jak się jednak wydaje, mocno zachęcając studentów i absolwentów psychologii do jej wyboru i dając mnóstwo praktycznych wskazówek.

Warto podkreślić, że autorami publikacji są znakomici specjaliści w swoich dziedzinach, osoby o bogatym doświadczeniu, którym dzielą się nie tylko w prezentowanej książce, ale również podczas zajęć dydaktycznych w Instytucie Psychologii Stosowanej. Dlatego do wyboru różnych ścieżek zawodowych można dodać kolejną – dydaktyczną, która poza niewątpliwie inspirującym kontaktem z przyszłymi psychologami, wciąż zmusza do pogłębiania i systematyzowania wiedzy, refleksji nad własną pracą, w której godzenie roli nauczyciela akademickiego z praktyką oddziaływań psychologicznych w terenie czyni dydaktyka bardziej przekonującym i wiarygodnym.

Mam nadzieję, że publikacja okaże się pomocna dla dokonania wyboru drogi zawodowej i uczuli na istotne problemy, które będą napotykanie na tej drodze oraz pomoże je rozwiązywać. Powodzenia!

Konkluzje



Omawiaj problemy zawodowe w zespole placówki i z zachowaniem tajemnicy zawodowej korzystaj z pomocy koleżeńskiej i wsparcia innych psychologów. To udoskonali Twoją pracę i zapobiegnie wypaleniu zawodowemu.

Traktuj profesjonalną superwizję jako nieodzowny element rozwoju zawodowego.

We własnych problemach emocjonalnych zastanów się nad skorzystaniem z psychoterapii – wolny od napięć i niepokojów będziesz mógł skuteczniej pomagać innym.

Literatura polecana:

Kodeks Etyczny Psychologa Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

http://www.ptp.org.pl/teksty/NOWY_KODEKS_PTP.pdf, data dostępu 4.08.2019 r.

Literatura cytowana:

Brzeziński J., Chyrowicz B., Toeplitz-Winiewska M., Poznaniak W. (2008). Etyka zawodu psychologa. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Kardas P. (2014). Konstytucyjne i ustawowe aspekty ochrony tajemnicy zawodowej powierzonej przedstawicielom zawodów zaufania publicznego. *Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych*, 4, s. 5-51.

Kępiński A., 1989. Poznanie chorego. Warszawa: PZWL.

Krasnowolski A. (2013). Zawody zaufania publicznego, zawody regulowane oraz wolne zawody. Geneza, funkcjonowanie i aktualne problemy. Opracowania tematyczne OT-625. Warszawa: Kancelaria Senatu,
https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/56/plik/ot-625_.pdf, data dostępu 20.07. 2019 r

Zadania psychologa w psychoterapii nerwic i zaburzeń osobowości realizowanej w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (Poradniach Zdrowia Psychicznego i Oddziałach Dziennych Leczenia Nerwic)

Wprowadzenie - psychoterapia nerwic i zaburzeń osobowości jako metoda leczenia oparta na naukowych dowodach

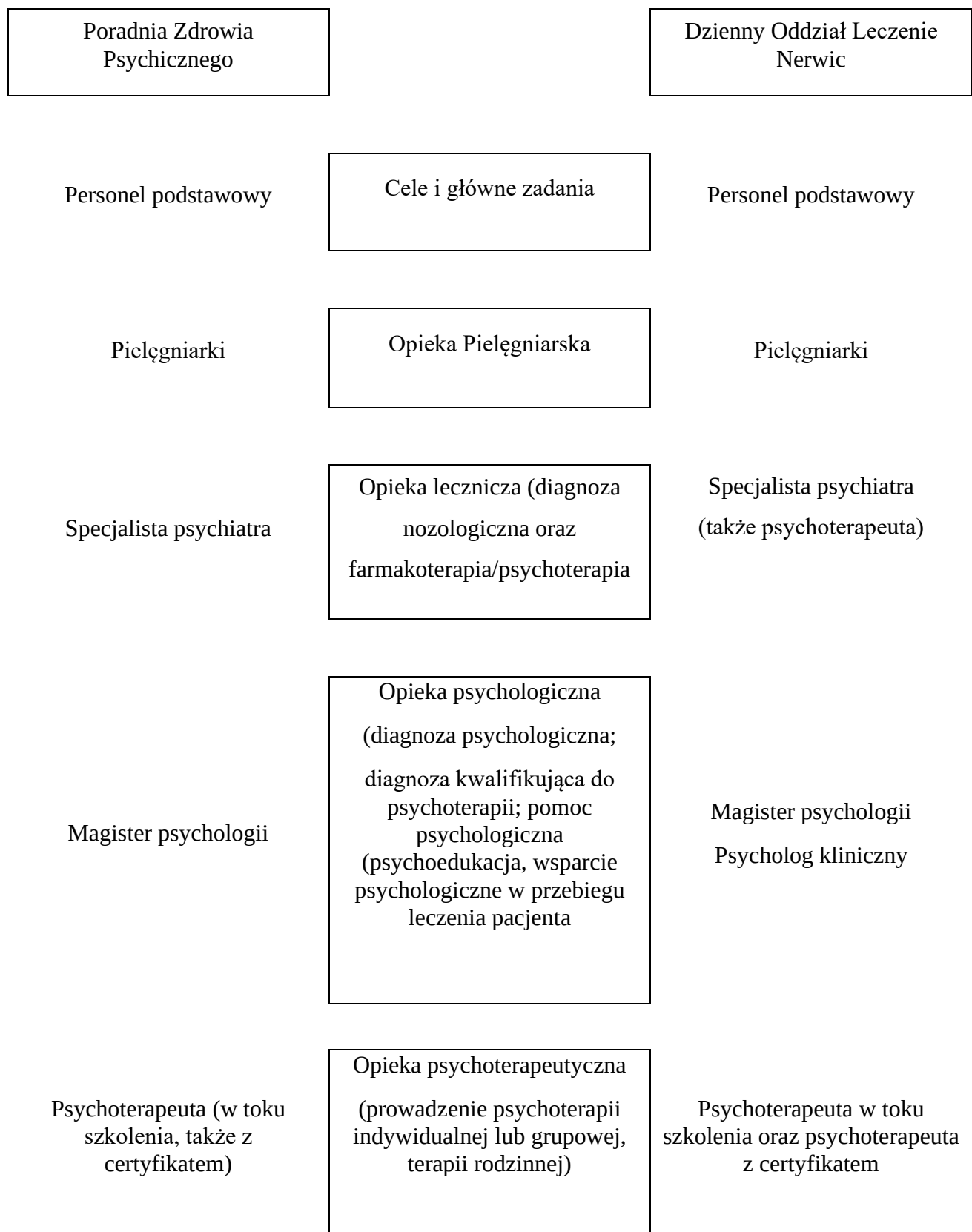
Założeniem prezentowanego rozdziału jest zapoznanie studentów z praktyczną stroną pracy psychologa realizującego zadania zawodowe polegające na prowadzeniu konsultacji psychologicznych oraz psychoterapii nerwic i zaburzeń osobowości w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (Poradni Zdrowia Psychicznego i Oddziałów Dziennych Leczenia Nerwic). Drugim celem jest urealnienie wyobrażeń studentów na temat specyfiki psychoterapii zaburzeń nerwicowych oraz różnych typów zaburzeń osobowości. Trzecim celem w przedstawianym rozdziale jest wskazanie studentom wiedzy wzbogacającej ich przyszły warsztat zawodowy o poznanie specyfiki procedur pozwalających stworzyć odpowiedni model pracy diagnostycznej i terapeutycznej w Poradni Zdrowia Psychicznego oraz zaznajomić studenta z modelem i strukturą pracy diagnostyczno-terapeutycznej realizowanych w Dziennym Oddziale Leczenia Nerwic. Ważnym założeniem jest także zwrócenie uwagi studentów na specyficzne trudności związane z realizacją zadań zawodowych psychologa w omawianych placówkach służby zdrowia oraz wskazanie na znaczenie współpracy i kooperacji w zespole leczącym pacjenta w Poradni Zdrowia Psychicznego oraz w Dziennym Oddziale Leczenia Nerwic. Psychoterapia nerwic i zaburzeń osobowości to metoda leczenia realizowana często w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej prowadzonej we wspomnianych powyżej placówkach służby zdrowia. Zarówno psychoterapia indywidualna, jak i psychoterapia grupowa to metody leczenia zwykle realizowane przez psychologów – praktyków, kształcących się podyplomowo w zakresie psychoterapii różnych paradygmatów teoretycznych (najczęściej: psychoanalityczno-psychodynamicznym, behawioralno-poznawczym, humanistyczno-egzystencjalnym i systemowym). Niezależnie od realizowanego w psychoterapii paradygmatu teoretycznego, zawsze realizowane leczenie pacjenta z zaburzeniami nerwicowymi czy osobowości winno

opierać się o tzw. praktykę opartą na dowodach (Cierpiałkowska, Sęk, 2016). Zarówno psychiatria, jak i psychologia kliniczna jako dziedziny nauki i praktyki klinicznej opartej na dowodach w bezpośredni sposób służą pacjentom Poradni Zdrowia Psychicznego oraz pacjentom Dziennych Oddziałów Leczenia Nerwic. Pacjenci wymienionych powyżej typów placówek psychiatrycznej służby zdrowia to osoby zgłaszające się po pomoc medyczną do psychiatry czy też bezpośrednio po pomoc psychologiczną do psychologa czy psychoterapeuty, albowiem (1) pojawiają się u nich różnorodne objawy np. lęku, depresji, rozdrażnienia, podenerwowania, nadmiernej drażliwości, napięcia, wybuchów niekontrolowanej złości z powodu doświadczania kryzysów emocjonalnych (w sytuacji żałoby, rozpadu związków, rozwodów i innych ważnych zmian życiowych), (2) ujawniają objawy tzw. syndromu stresu pourazowego, (3) posiadają wstępną diagnozę nozologiczną od lekarza rodzinnego, internisty czy też psychiatry różnorodnych kategorii wg. ICD10 zaburzeń psychicznych (nerwicowych, osobowości), uzależnień od środków psychoaktywnych, uzależnień behawioralnych, (4) ujawniają cechy i objawy zaburzeń psychotycznych (np. magiczne myślenie i inne zniekształcenia poznawcze, omamy, urojenia). Pracujący w Poradniach Zdrowia Psychicznego oraz w Dziennych Oddziałach Leczenia Nerwic lekarze psychiatrzy, jak i psychologowie realizują w procesie diagnozy i leczenia pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości wspólne cele zgodnie ze standardami naukowej wiedzy (Cierpiałkowska, Sęk 2016). Współczesne standardy praktyki klinicznej nawiązują do postulatów medycyny opartej na dowodach (*evidence-based medicine*, EBM) (Djulbegovic i Guyatt, 2017), a w konsekwencji postulują stosowanie praktyki psychologicznej opartej na dowodach (*evidence-based psychological practice*, EBPP) (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Przyjęte przez APA zasady promują skuteczne praktyki psychologiczne zmierzające do podnoszenia poziomu zdrowia przez wprowadzenie empirycznie udowodnionych zasad diagnozy psychologicznej, opisu przypadku, relacji terapeutycznej i interwencji psychologicznej (APA, 2006). Zawodowa praktyka psychologów w ambulatoryjnej psychiatrycznej służbie zdrowia (poradnie i dzienne oddziały psychiatryczne) obejmuje wiele różnych obszarów tematycznych (problemów), związanych nie tylko ze zdrowiem psychicznym, ale też z obszarem edukacji, pracy, relacji międzyludzkich, zdrowiem somatycznym i innymi dziedzinami życia (środowisko społeczne).

Specyfika zadań diagnostyczno-terapeutycznych i struktura personelu w Poradni Zdrowia Psychicznego i Dziennym Oddziale Leczenia Nerwic

Zadania diagnostyczne i terapeutyczne psychologa w Poradni Zdrowia Psychicznego różnią się nieco od podstawowych zadań psychologa świadczącego usługi psychoterapeutyczne w Dziennym Oddziale Leczenia Nerwic. Z drugiej strony psychologowie obu omawianych w rozdziale placówek psychiatrycznych ze sobą ściśle współpracują w zakresie stawiania diagnozy psychologicznej (szczególnie diagnozy do psychoterapii) oraz współpracują w ustalaniu kierunków pomocy psychologicznej pacjentowi po wypisie z Dziennego Oddziału Leczenia Nerwic. Najczęściej pacjent wypisany z Dziennego Oddziału Leczenia Nerwic skierowany zostaje do Poradni Zdrowia Psychicznego w celu kontynuacji opieki lekarza psychiatry i opieki psychologicznej (np. kontynuacji psychoterapii indywidualnej czy też zapewnienia pacjentowi wsparcia psychologicznego). Osoba chora może zgłosić się do specjalisty psychiatry w Poradni Zdrowia Psychicznego bez skierowania, a lekarz, stawiając diagnozę nozologiczną stwierdzonych zaburzeń i oceniając stan psychofizyczny, ustala wstępne leczenie (w tym farmakoterapię) i kieruje do psychologa na konsultację celem dokonania diagnozy psychologicznej i ustalenia dalszych kierunków leczenia (np. włączenia psychoterapii grupowej lub indywidualnej). Psycholog dokonuje także diagnozy do psychoterapii (definiuje problem psychologiczny pacjenta pod względem zasadności zastosowania wobec niego psychoterapii, dokonuje diagnozy problematyki psychologicznej, celów i oczekiwań pacjenta wobec proponowanej mu psychoterapii, diagnozuje motywację pacjenta do podjęcia psychoterapii oraz określa potrzebne pacjentowi kierunki oddziaływań terapeutycznych). Natomiast personel medyczny i psychologiczny (psychoterapeuci) pracujący w Oddziale Dziennym Leczenia Nerwic realizują z jednej strony cele diagnostyczne, z drugiej strony kontynuują cele lecznicze (redukcja objawów i psychologicznych mechanizmów zaburzeń występujących u pacjentów). Cele i główne zadania personelu tworzącego podstawowy zespół leczniczy Poradni Zdrowia Psychicznego ora Dziennego Oddziału leczenia Nerwic zaprezentowano na ryc.1.

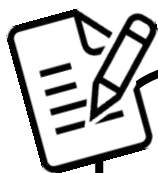
Ryc. 1. Główne zadania i struktura personelu w Poradni Zdrowia Psychicznego oraz Dziennym Oddziale Leczenia Nerwic



Reasumując, podstawowe zadania psychologa praktyka świadczącego usługi zdrowotne wobec pacjentów korzystających z usług leczniczych placówek psychiatrycznej i zarazem ambulatoryjnej służby zdrowia obejmują spektrum różnorodnych działań polegających na wykonywaniu w procesie leczenia (1) konsultacji psychologicznych, (2) udzielanych porad psychologicznych, (3) udzielaniu różnych form pomocy psychologicznej (np. interwencji w kryzysie i treningów funkcji poznawczych, społecznych, radzenia sobie ze stresem). Ponadto działania psychologiczne wobec pacjentów doświadczających różnorodnych zaburzeń psychicznych (jeśli psycholog posiada kwalifikacje psychoterapeuty oraz wymaga tego proces leczenia), działania zawodowe wobec pacjenta mogą posiadać charakter leczenia i zostać zdefiniowane jako psychoterapia indywidualna lub grupowa. Psycholog –psychoterapeuta pracujący w Poradni Zdrowia Psychicznego zwykle w procesie kwalifikacji do psychoterapii do Oddziału Dziennego Leczenia Nerwic na początku w ramach prowadzonej psychoedukacji omawia z pacjentem specyfikę i rozumienie przebiegu procesu psychoterapii a także zwraca uwagę i omawia wstępne warunki kontraktu terapeutycznego (zasady pracy np. znaczenie dla procesu terapii zasady tajemnicy, nie stosowania agresji), omawia główne założenia proponowanej pacjentowi terapii, specyfikę przebiegu faz procesu psychoterapii (szczególnie grupowej), mówi, na czym polega praca na sesjach terapeutycznych, czym są kryzysy w psychoterapii, jak wygląda specyfika emocji związanych z fazą kończenia psychoterapii. Podstawowe zadania psychologa w Poradni Zdrowia Psychicznego oraz świadczącego usługi psychoterapeutyczne w Oddziale Leczenia Nerwic przedstawiono w tabeli 1.

Tab.1. Zakres podstawowych zadań psychologa w zależności od miejsca udzielania świadczeń psychologicznych (Poradnia Zdrowia Psychicznego - Dzienny Oddział Leczenia Nerwic).

Poradnia Zdrowia Psychicznego	Dzienny Oddział Leczenia Nerwic
Zadania realizowane przez psychologa praktyka	
Konsultacje psychologiczne (porady psychologiczne) – wspieranie procesu leczenia pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości	Psychoterapia grupowa i indywidualna – kompleksowe leczenie pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości (sesje terapii indywidualnej i/lub grupowej)
Pacjenci jako odbiorcy świadczeń zdrowotnych - główne kategorie zaburzeń wg ICD10	
Zaburzenia lękowe (fobie, napady paniki, lęk uogólniony, z przewagą myśli czy ruminacji natrętnych, konwersyjne (dysocjacyjne), somatyzacyjne, depresyjne, ostry i przewlekły stres pourazowy, zaburzenia odżywiania, zaburzenia osobowości (np. osobowość paranoiczna, schizoidalna, chwiejna emocjonalnie, histrioniczna, anankastyczna, lękliwa, inne),patologiczny hazard, zaburzenia seksualne	
Rodzaje świadczeń zdrowotnych wobec pacjentów	
Diagnoza psychologiczna doświadczanych trudności emocjonalnych objawów psychopatologicznych, psychologicznych mechanizmów zaistniałych zaburzeń; diagnoza zasobów pacjenta, postawy wobec choroby, diagnoza wskazań do psychoterapii i kierunków pomocy psychologicznej	Diagnoza psychologiczna struktury osobowości; diagnoza do psychoterapii - wskazania celów i obszarów do pracy terapeutycznej, podmiotowych możliwości pacjenta do korzystania z różnych form psychoterapii oraz ocena motywacja do psychoterapii.
Poradnictwo psychologiczne (psychoedukacja i wsparcie psychologiczne w przebiegu leczenia pacjenta; Interwencja w kryzysie emocjonalnym, Terapia psychologiczna w przebiegu syndromu stresu pourazowego (np. różnorodne formy terapii behawioralno-poznawczej).	Prowadzenie przez psychologa –psychoterapeutę sesji terapii indywidualnej i/lub grupowej wg. założeń określonego paradygmatu teoretycznego (np. psychoanalityczno-psychodynamicznego). Prowadzenie terapii rodzinnej i/lub małżeńskiej.



Podsumowanie części pierwszej

Poradnia Zdrowia Psychicznego oraz Dzienny Oddział Leczenia Nerwic - prowadzi kompleksowe leczenie osób dorosłych doświadczających trudności emocjonalnych (stanów kryzysu psychologicznego) oraz proponuje pomoc psychologiczną i psychoterapię dla osób chorujących na różnorodne zaburzenia psychiczne m.in. zaburzenia neurotyczne oraz zaburzenia osobowości. Poradnia Zdrowia Psychicznego oraz Dzienny Oddział Leczenia Nerwic świadczą kompleksowe usługi lecznicze obejmujące: opiekę psychiatry oraz psychologa i psychoterapeuty. Obok możliwości leczenia z zastosowaniem farmakoterapii, pacjenci mogą korzystać z opieki psychologicznej oraz specjalistycznej pomocy psychoterapeuty świadczącego usługi lecznicze nazywane psychoterapią. Zespół Poradni Zdrowia Psychicznego obejmuje personel pielęgniarski oraz medyczny (lekarzy psychiatrów, psychologów i psychoterapeutów oraz pracownika socjalnego). Natomiast w skład podstawowego zespołu Dziennego Oddziału Nerwic najczęściej wchodzi: specjalista psychiatra, psychoterapeuta, mgr psychologii i/lub psycholog kliniczny, pielęgniarka oraz inni terapeuci realizujący program leczenia oferowany przez placówkę, dostosowany do specyfiki założeń leczniczych i planów terapeutycznych u poszczególnych pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości.

Model pracy w zespole terapeutycznym - rola psychologa w Poradni Zdrowia Psychicznego oraz Dziennego Oddziału Leczenia Nerwic

Aby leczenie pacjenta w Poradni Zdrowia Psychicznego i dziennym Oddziale Leczenia Nerwic przebiegało zgodnie ze standardami praktyki opartej na dowodach zarówno w medycynie, jak i psychologii klinicznej, psychologowie kliniczni winni uwzględniać w procesie leczenia pacjenta własną interdyscyplinarną współpracę z innymi specjalistami. Psychologowie świadcząc usługi zdrowotne w placówkach ambulatoryjnej i stacjonarnej służby zdrowia współpracują w sposób zróżnicowany z personelem medycznym (lekarzami, pielęgniarkami, psychoterapeutami). Jak wskazuje praktyka kliniczna, wśród personelu medycznego pracującego w ochronie zdrowia w placówkach ambulatoryjnych - np. w poradniach zdrowia psychicznego i dziennych oddziałach leczenia nerwic - największy zakres współpracy w zakresie leczenia pacjenta i jego rodziny pojawia się między psychologami specjalistami psychologii klinicznej, a lekarzami psychiatrami, ale także lekarzami

neurologami, internistami, onkologami, pielęgniarkami i innym personelem wspierającym proces leczenia (np. terapeutami zajęciowymi, pracownikami socjalnym).

Wśród działań zawodowych psychologów Poradni Zdrowia Psychicznego i Dziennych Oddziału Leczenia Nerwic dominuje psychoterapia indywidualna i grupowa (wtedy psycholog – psychoterapeuta często pracuje w teamie z innym psychoterapeutą). Trudności emocjonalne i problemy związane z psychologicznym funkcjonowaniem pacjenta (np. objawy lęku, depresji, impulsywność, wybuchy niekontrolowanej złości, objawy somatyczne) są często zgłaszane psychologom w Poradni Zdrowia Psychicznego i Dziennych Oddziałach Leczenia Nerwic. Stanowią podstawę do rozpoczęcia procesu kwalifikacji do różnych typów psychoterapii. Do najczęściej stosowanych paradygmatów teoretycznych, w których podejmowana jest psychoterapia indywidualna i/lub grupowa w Oddziale Dziennym Leczenia Nerwic zalicza się: paradygmat behawioralno-poznawczy (krótkoterminowa psychoterapia behawioralno-poznawcza praca z zaburzeniami lękowymi np. fobiami, zaburzeniami depresyjnymi) oraz paradygmat psychoanalityczno-psychodynamiczny (krótkoterminowa i długoterminowa psychoterapia psychodynamiczna). Definiując psychoterapię psychodynamiczną grupową w Oddziale Dziennym Leczenia Nerwic jako tę krótkoterminową, najczęściej należy rozumieć, że jest to terapia:

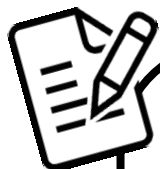
- trwająca zwykle 12 tygodni, w czasie których pacjent jako członek grupy terapeutycznej (liczącej maksymalnie 13 osób zakwalifikowanych zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz wskazań leczniczych), odbywa codziennie trzy lub dwie sesje terapeutyczne oraz uczestniczy w innych proponowanych przez personel psychologiczny i medyczny, formach pracy terapeutycznej (np. społeczność terapeutyczna, psychodrama, treningi relaksacyjne, psychorysunek)
- realizowana w paradygmacie teoretycznym uwzględniającym podstawowe założenia teorii psychoanalitycznych w rozumieniu psychopatologii zaburzeń pacjenta, podejście psychodynamiczne w prowadzeniu procesu terapii i używaniu technik terapeutycznych (klaryfikacji, konfrontacji i interpretacji),
- odwołująca się w rozumieniu przebiegu procesu terapeutycznego do zjawiska przeniesienia i przeciwprzeniesienia.

Zakłada się, że ze względu na krótki, bo tylko 12 tygodniowy czas leczenia w Oddziale Dziennym Leczenia Nerwic, pacjenci zakwalifikowani do psychoterapii grupowej winni posiadać potencjalne zdolności psychologiczne uzyskiwania poznawczego i emocjonalnego

wglądu w psychologiczne mechanizmy prezentowanych zaburzeń psychicznych. Podobnie jest w przypadku pacjentów korzystających z psychoterapii indywidualnej opartej o tzw. emocjonalny i poznawczy wgląd w psychologiczne mechanizmy zaburzeń - tutaj też pacjent musi prezentować pewien poziom sprawności mechanizmów psychologicznych pozwalających mu uzyskać uświadomienie sobie przez pacjenta psychologicznych źródeł prezentowanych przez niego objawów psychopatologicznych i doświadczanych emocjonalnych i społecznych trudności w relacjach z innymi ludźmi. Najczęściej do grupy pacjentów kwalifikowanych do psychoterapii wglądowej zalicza się osoby z diagnozą psychologiczną neurotycznej struktury osobowości posiadają prawidłową strukturę i siłę ego wraz z zachowaną prawidłową funkcją tzw. ego obserwującego (reflektującego), adekwatnie odczuwane przez osobę w stosunku do jej sytuacji poczucie winy, brak zaburzeń tożsamości oraz nasilonych zachowań nadmiernie impulsywnych i autodestruktywnych. Osoby o powyższych zasobach psychologicznych prezentują mechanizmy obronne zaliczane do grupy tzw. neurotycznych mechanizmów obronnych (np. wyparcie, tłumienie, racjonalizacja, intelektualizacja). Osoby z neurotyczną strukturą osobowości potrafią radzić sobie z nasiloną frustracją potrzeb i stanami emocjonalnymi podczas przebiegu procesu terapii psychodynamicznej i tym samym łatwiej i zwykle szybciej podlegają procesowi uzyskiwania wglądu, gdzie uświadamiają sobie własne konflikty wewnętrzne, tkwiące, jak się uważa zgodnie z teoriami psychoanalitycznymi, u źródeł różnych psychopatologicznych objawów (np. lękowych, depresyjnych, somatycznych, natręctw i obsesji). Z założeń psychopatologii zaburzeń psychicznych i teorii psychologicznych (szczególnie psychoanalitycznych) wynika, że nie jest możliwym, aby osoba posiadająca głęboko zdeorganizowaną strukturę osobowości (np. na poziomie borderline czy psychotycznym), tj. prezentująca prymitywne (narcystyczne) mechanizmy obronne, zaburzenia w dojrzałości struktury ego, deficyty w zakresie ego obserwującego, nie radząca sobie z frustracją stanów emocjonalnych i własnych potrzeb, ujawniającą się chwiejnością emocjonalną czy nadmierną impulsywnością była w stanie uzyskać wgląd w psychologiczne mechanizmy własnych emocjonalnych zaburzeń w ciągu 12 tygodni leczenia na Oddziale Dziennym Leczenia Nerwic. Dla takich osób zwykle bardziej wskazana jest terapia długoterminowa (np. realizowana 1 raz w tygodniu sesji terapeutycznej) oparta przede wszystkim o budowanie więzi uczuciowej z terapeutą a następnie praca nad wprowadzaniem i pogłębianiem wglądu – uświadomienia sobie przez pacjenta emocjonalnych powodów doświadczanych objawów psychopatologicznych i zaburzeń emocjonalno-społecznych.

Na początku procesu psychoterapii psycholog-psychoterapeuta ma obowiązek zawarcia z pacjentem kontraktu terapeutycznego, co jest zgodne z poszanowaniem zasady autonomii pacjenta. Terapeuta musi uzyskać od pacjenta świadomą zgodę na udział w procesie terapii. Aby zgoda pacjenta na podjęcie przez niego psychoterapii była świadoma, psycholog - psychoterapeuta musi przekazać pacjentowi podstawowe informacje, dotyczące opisu przebiegu procesu psychoterapii, jak i ustaleń formalnych (czas, miejsce prowadzenia psychoterapii). Psycholog-psychoterapeuta wspiera i pomaga pacjentowi w ustalaniu celów proponowanej psychoterapii oraz powinien też poinformować pacjenta o technikach terapeutycznych, które będą stosowane podczas kolejnych sesji, prawach przysługujących klientowi (np. prawo do zakończenia procesu psychoterapii w dowolnym momencie).

Podsumowanie części drugiej



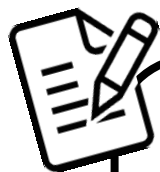
Zadania psychologa pracującego w zespole Poradni Zdrowia Psychicznego i Dziennym Oddziale Leczenia Nerwic obejmują:

- 1) diagnozę psychologiczną pacjenta ze zróżnicowanymi zaburzeniami nerwicowymi i osobowości, jego postawy wobec choroby, diagnoza sieci wsparcia społecznego
- 2) poradnictwo psychologiczne (psychoedukację i wsparcie psychologiczne dla pacjenta i jego rodziny w przebiegu leczenia i kwalifikacji do psychoterapii indywidualnej i grupowej podejmowanej w ośrodku)
- 3) wsparcie: informacyjne, edukacyjne i emocjonalne podczas prowadzonego leczenia w Poradniach Zdrowia Psychicznego oraz podczas pobytu w Oddziale Dziennym Leczenia Nerwic
- 4) pomoc pacjentowi w dostosowaniu do zaleceń lekarskich i pielęgniarских
- 5) pracę z rodzinami pacjentów obejmującą kształtowanie nawyków prozdrowotnych
- 6) psychoterapię indywidualną i grupową (długoterminową, średnioterminową i krótkoterminową) zmierzającą do redukcji objawów chorobowych oraz redukcji lub ograniczenia mechanizmów chorobowych. W uzasadnionych wypadkach motywowanie chorego do podjęcia psychoterapii rodzinnej i/lub małżeńskiej bądź interwencji kryzysowej

Problemy etyczne i sposoby ich rozwiązywania w leczeniu pacjentów Poradni Zdrowia Psychicznego i Dziennego Oddziału Leczenia Nerwic

Podstawowe zasady kodeksu etycznego postępowania psychologa czy też psychoterapeuty, będącego członkiem Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego oraz Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa psychiatrycznego zostały opracowane i zdefiniowane w oparciu o wieloletnie doświadczenia psychologów i psychoterapeutów oraz w oparciu o uwagi European Association of Psychotherapy. W preambułach kodeksów etycznych psychologa praktyka oraz psychoterapeuty w poradniach i oddziałach dziennych leczenia nerwic podkreśla się konieczność zachowania w relacji między psychologiem – psychoterapeutom takich zasad, jak: poszanowanie autonomii, godności i systemu wartości pacjenta oraz dbanie w każdym momencie relacji terapeutycznej o dobro pacjenta. Psycholog pracujący w kontakcie indywidualnym bądź z grupą terapeutyczną jest zobowiązany do poszerzania wiedzy dotyczącej zachowania człowieka i zarazem wykorzystania jej tylko dla dobra leczenia osoby, która podlega jego oddziaływaniom w trakcie stawiania diagnozy i prowadzenia procesu terapii. Psycholog nie zgadza się na niewłaściwe wykorzystanie swoich umiejętności przez inne osoby czy instytucje a w swoich działaniach wobec pacjenta stosuje także zasady: odpowiedzialności, kompetencji, standardów moralnych i prawnych, poufności, dobra klienta, oraz zasad, które dotyczą stosunków pomiędzy profesjonalistami, wystąpień publicznych, technik diagnostycznych itp.

Podsumowanie części trzeciej



Psychoterapia indywidualna czy grupowa to proces, w którym nawiązuje się szczególny rodzaj emocjonalnej i społecznej relacji między pacjentem a psychoterapeutą. Nawiązywany między nimi sojusz terapeutyczny to warunek poprawnego przebiegu leczenia pacjenta, ale też proces wymagający od psychologa-psychoterapeuty stosowania zasad etyki zawodowej. Kontakt terapeutyczny i budowane z pacjentem przymierze terapeutyczne zmierzają do zmian pozytywnych w procesie zdrowienia. Niemniej jednak należy unikać sytuacji nadużyć w procesie psychoterapii pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Aby zachować zasadę główną w procesie leczenia, „po pierwsze nie szkodzić” (tutaj w procesie psychoterapii), ważnym jest zdefiniowanie i przestrzeganie etycznej odpowiedzialności psychoterapeuty wobec osób uczestniczących w procesie psychoterapii. Ogólne zasady etyki, jakimi winien się kierować psycholog oraz psychoterapeuta, określają aktualne kodeksy etyczno-deontologiczne, w tym Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa i kodeksy zasad etycznych towarzystw i stowarzyszeń.

Kwalifikacje zawodowe psychologów stosujących psychoterapię jako metodę leczenia

Aby pracować terapeutycznie zgodnie z zasadami prawa i etyki zawodowej praktykujący w psychoterapii psycholog musi doskonalić stale umiejętności zawodowe podejmując wymagane w tym kierunku szkolenia podyplomowe oraz uczestnicząc w stałej superwizji wykonywanej zawodowej pracy (prowadzonych procesów psychoterapii u swoich pacjentów). W wyniku ukończonych szkoleń w zakresie psychologii klinicznej i psychoterapii po zdaniu egzaminów przed odpowiednimi komisjami psycholog uzyskuje potwierdzenia posiadanych kompetencji poprzez dyplomy np. specjalisty psychologii klinicznej lub certyfikaty np. psychoterapeuty. Magister psychologii po zakończeniu kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychologii klinicznej i uzyskaniu zgody kierownika specjalizacji oraz ośrodka akredytacyjnego uzyskuje prawo do zdawania państwowego egzaminu specjalizacyjnego (teoretycznego i praktycznego) w Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi. Po zdaniu egzaminu państwowego przez komisją reprezentującą

Ministra Zdrowia- uzyskuje psycholog tytuł specjalisty psychologii klinicznej. W trakcie specjalizacji kandydat na specjalistę psychologii klinicznej powinien odbyć staż podstawowy w wysokości 1200 godzin wykonywania czynności zawodowych zgodnych z programem specjalizacji. W programie podstawowym specjalizacja dla osób posiadających tytuł zawodowy magistra psychologii trwa 4 lata, w tym 2 lata kształcenia specjalizacyjnego podstawowego i 2 lata kształcenia specjalizacyjnego szczegółowego w zakresie psychologii klinicznej dzieci i młodzieży. W bloku podstawowym psycholog zdobywa podstawową wiedzę i umiejętności dotyczące zastosowania psychologii klinicznej w obszarach medycyny: psychiatrii, pediatrii, neurologii, chorób somatycznych. W zależności od wybranej ścieżki kształcenia specjalizacyjnego szczegółowego magister psychologii po zakończonym szkoleniu specjalizacyjnym w dziedzinie psychologii klinicznej uzyska także dodatkowe kompetencje szczegółowe adekwatnie do zakończonej wybranej przez siebie subspecializacji z psychologii klinicznej człowieka dorosłego (zaburzenia psychiczne, psychosomatyka, neuropsychologia) lub psychologii klinicznej dzieci i młodzieży. Magister psychologii po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego uzyskuje podstawowe kwalifikacje umożliwiające: (1) samodzielne przeprowadzenie klinicznej diagnozy psychologicznej, (2) wskazywanie i planowanie postępowania terapeutycznego, doradczego i/lub rehabilitacyjnego w zakresie wyznaczonym psychologiczną diagnozą pacjenta; (3) stosowanie i ocenę skuteczności psychologicznych metod leczenia; (4) stosowanie i ocenę skuteczności psychologicznych metod rehabilitacji; (5) wydawanie zaświadczeń, opinii i orzeczeń psychologicznych; (6) projektowanie, prowadzenie i ewaluację programów profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego i somatycznego.

Psycholog kształcący się w zakresie psychoterapii najczęściej realizuje czteroletni cykl szkolenia w ramach wybranego przez siebie czteroletniego kursu psychoterapii rekomendowanego (atestowanego) np. Sekcję Naukową Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego lub Sekcję Naukową Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. W ramach kursu psychoterapii psycholog realizuje zgodnie z programem zarówno szkolenie teoretyczne (wykłady, seminaria, warsztaty, gdzie poznają teorie psychopatologii zaburzeń nerwicowych, osobowości, innych zaburzeń psychicznych), jak i doskonałą umiejętności praktyczne w zakresie prowadzenia psychoterapii grupowej i indywidualnej. Psychologowie po odbyciu kilkuletniego cyklu szkolenia, zanim zostaną dopuszczeni do egzaminu pozwalającego na uzyskanie certyfikatu psychoterapeuty, muszą otrzymać rekomendację prowadzących ich supervisorów psychoterapii. Rekomendacja

superwizora udzielona psychologowi- superwizantowi oznacza, że jest on gotowy do samodzielnego prowadzenia psychoterapii. Psycholog-psychoterapeuta w toku szkolenia uczestniczy we własnej psychoterapii, a także bierze udział w stażach klinicznych i psychoterapeutycznych, gdzie w roli czynnej współprowadzi pod superwizją grupy terapeutyczne. Realizując wieloletni program kształcenia w zakresie psychoterapii psychologowie przygotowujący się do roli psychoterapeuty pracują w Poradniach Zdrowia Psychicznego oraz Dziennych Oddziałach Leczenia Nerwic a w tym czasie prowadzą pod stałą superwizją pacjentów ze zróżnicowanymi zaburzeniami nerwicowymi i osobowości.

Podsumowanie części czwartej



Przygotowanie zawodowe psychologa do pracy w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych polegających na prowadzeniu procesu diagnozy psychologicznej, diagnozy do psychoterapii, wspieraniu motywacji do podjęcia leczenia i udziału w psychoterapii, prowadzenia różnych form pomocy psychologicznej (od wsparcia psychologicznego po interwencję w kryzysie i prowadzeniu indywidualnych czy grupowych sesji psychoterapii) wymaga od psychologa przede wszystkim zdobycia dodatkowego podyplomowego (medycznego) kształcenia. Aby uzyskać odpowiednie kwalifikacje do prowadzenia klinicznej diagnozy psychologicznej i ukierunkowania procesu pomocy psychologicznej człowiekowi dorosłemu, prezentującemu różnorodne objawy zaburzeń psychicznych (nerwicowych i osobowości), psycholog winien poza tytułem magistra psychologii posiadać udokumentowane wykształcenie w zakresie specjalizacji z psychologii klinicznej. Dobrze jest, jeśli posiada tytuł specjalisty psychologii klinicznej. Aby uzyskać uprawnienia do samodzielnego prowadzenia psychoterapii psycholog musi ukończyć wieloletnie szkolenie podyplomowe - kurs psychoterapii w ośrodku do tego akredytowanym, a następnie przystąpić do egzaminu pozwalającego na otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty.

Literatura:

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice: Evidence-based practice in psychology. (2006). American Psychological Association, 61, 4, 271–285.
- Brzeziński J. M. (2016). Etyka postępowania psychologa klinicznego w badaniach naukowych i praktyce. [w:] Cierpiałkowska L, Sęk H (red.): Psychologia kliniczna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 81–100.
- Cierpiałkowska L, Sęk H: (2016). Podstawy psychologii klinicznej.[w:] Psychologia kliniczna Cierpiałkowska L, Sęk H (red.): Psychologia kliniczna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 21-81.
- Djulbegovic B., Guyatt G.H: (2017). Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. Lancet, 390, 415–423.
- Program specjalizacji w Psychologii Klinicznej. Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (2017), Warszawa.

Zadania psychologa-praktyka w terapii rodzin i par w gabinecie prywatnym

Założenia ogólne i cel pracy z pacjentem

W dzisiejszych czasach coraz więcej osób znajdujących się w trudnych życiowych sytuacjach decyduje się na szukanie pomocy u psychologów i psychoterapeutów. Poza instytucjami w rodzaju ośrodków interwencji kryzysowej, poradni psychologiczno-pedagogicznych, szpitali psychiatrycznych czy innych ośrodków terapii, w których pracują zespoły psychologów i psychiatrów oferując terapię indywidualną bądź grupową, coraz częściej usługi psychoterapeutyczne świadczy się w prywatnych gabinetach. Ich zaletą jest to, że pacjent nie potrzebuje specjalnego skierowania, proces kwalifikacji do terapii jest dużo prostszy, a czas oczekiwania na rozpoczęcie terapii jest znacznie krótszy, co w wielu przypadkach ma kluczowe znaczenie dla osób będących w kryzysie, lub mających narastające dolegliwości psychosomatyczne.

Zadanie psychologów, pracujących z parami, rodzinami bądź pacjentami indywidualnymi w gabinetach prywatnych, są podobne do zadań psychologów pracujących w innych instytucjach pomocy. Zasadą naczelną (podobnie jak w przypadku lekarzy) powinno być „primum non nocere” – czyli przede wszystkim nie szkodzić. Nie zawsze jesteśmy w stanie pomóc, nie każdy problem, z którym zgłasza się pacjent można w pełni rozwiązać, nie wszyscy pacjenci poddają się oddziaływaniom terapeutycznym, nie wszyscy są na nie gotowi, ale naszą odpowiedzialnością jest, aby nie zaszkodzić osobie szukającej pomocy.

Co może zaszkodzić pacjentowi w kontakcie z psychologiem? To częste pytanie, które stawiają sobie osoby wkraczające na tę ścieżkę zawodową. Uważam, że jest to zasadne pytanie, które powinno raczej skłaniać terapeutę do uważności i autorefleksji, niż do paraliżującego lęku i sztywności w postępowaniu wobec pacjenta. Wymienię poniżej kilka przykładów działań psychologa, które mogą mieć szkodliwy charakter:

1. Lekceważący stosunek do pacjenta lub problemu, z którym przychodzi (psycholog/terapeuta nie słucha uważnie, rozprasza się, ziewa, przerywa pacjentowi, bagatelizuje to, o czym mówi pacjent).

Pamiętajmy, że pacjent zauważa każdą naszą reakcję, nawet jeśli o tym nie mówi.

Przykłady zaczerpnięte z wypowiedzi pacjentów; „*miałam wrażenie, że pani psycholog mnie nie słucha, że nudzi ją moja historia; ukradkiem spoglądała na zegarek (sądząc, że tego nie widzę)*”, „*pan terapeuta przerywał mi w pół zdania, sprawiał wrażenie jakby się gdzieś spieszył, czułam się ponaglana i niezrozumiana*”, „*po wizycie u tej pani czułam się fatalnie, miałam ochotę skoczyć z mostu do Wisły, powiedziała mi, że moje problemy to nic wielkiego, że nie powinnam się nimi przejmować, inni mają poważniejsze kłopoty ode mnie, więc o co mi chodzi?*”.

2. Zbyt pochopne udzielanie rad, wypowiedzianie się w sposób autorytatywny o życiu pacjenta (terapeuta wiedzący lepiej co jest dobre dla pacjenta, patrzący tylko z jednego punktu widzenia, albo przez pryzmat wyznawanego przez siebie światopoglądu).

Przykłady wypowiedzi; „*moja terapeutka powiedziała mi, że nigdy nie wyjdę za mąż, że z moimi cechami osobowości ciężko mi będzie znaleźć kogoś normalnego*”, „*kiedy terapeutka usłyszała, że w młodości dokonałam aborcji, to na kolejnej sesji stwierdziła, że nie może się dłużej ze mną spotykać, bo to kłóci się z jej światopoglądem*”, „*moja pani psycholog mówiła mi, że ona nie może powiedzieć czy mam rozwieść się z mężem, czy nie, ale ona na moim miejscu nie krzywdziłaby dzieci pozbawiając ich pełnej rodziny*”.

3. Uporczywe przywiązanie do jednej hipotezy, jednej diagnozy, niezdolność do szerszego widzenia problemu, brak umiejętności czy chęci spojrzenia na konkretną sytuację z różnych stron (terapeuta musi być gotowy do ciągłej weryfikacji swoich hipotez względem pacjenta, jest to szczególnie istotne na początku terapii).

Wyobraźmy sobie bowiem sytuację, w której przychodzi do nas pacjent skierowany przez lekarza ortopedę, z silnymi bólami kręgosłupa. Lekarz uznał, że z medycznego, to znaczy ortopedycznego punktu widzenia pacjent jest zdrowy, zakładamy więc, że objawy mają podłoże psychosomatyczne. Pracujemy z pacjentem przez kilka miesięcy, ale objawy nie ustępują. Może to oznaczać, że przyjęta przez nas forma pomocy jest nieskuteczna, ale też może oznaczać, że pacjent wymaga dalszej diagnozy medycznej, być może przyczyną jego bólów jest inna choroba. Krótko mówiąc przyjęcie – przy niepełnej diagnozie medycznej – hipotezy, że na pewno mamy do czynienia z psychosomatyką może być błędem.

4. Negatywny stosunek do pacjenta (będący wynikiem przeniesienia bądź wynikający z różnic światopoglądowych). W trakcie spotkań z pacjentem zawsze staram się szukać takiej

jego części, którą jestem w stanie „polubić”, której jestem w stanie współczuć i którą chcę wspierać przeciwko tej bardziej zaburzonej części. Jeżeli nam się to nie udaje, to powinniśmy skierować pacjenta do kogoś innego, tłumacząc to bardziej naszym brakiem kompetencji niż cechami osobowości pacjenta. Można to ująć w taki na przykład sposób: *„myślę, że w pana/pani problemie skuteczniejsza będzie pomoc... terapeuty X, to osoba, która ma większe ode mnie doświadczenie w pracy z takimi problemami”*.

5. Podejmowanie się terapii bez właściwych kompetencji, bez znajomości technik terapeutycznych czy też podstawowych zasad prowadzenia terapii. Przykład: osoby po ukończeniu studiów psychologicznych nie są w pełni przygotowane do prowadzenia terapii, mogą służyć pomocą psychologiczną, ale też w sytuacji, gdy mają swoją superwizję.

6. Nadmierna ortodoksyjność terapeuty, sztywne trzymanie się przezeń zasad określonych przez daną szkołę terapeutyczną i wynikający z tego brak elastyczności (w niektórych szkołach panuje zasada, że terapeuta nie może pomiędzy sesjami odebrać telefonu od pacjenta, osobiście uważam, że w niektórych przypadkach może to być ryzykowne, a niekiedy może być też po prostu niehumanitarne).

Przykład (mówi pacjent): *„Nie mogłem wejść na terapię, bo brama wejściowa była zamknięta, dzwoniłem kilkakrotnie do mojego terapeuty, ale on nie odbierał, chociaż czekał na mnie w gabinecie. W końcu poszedłem do domu, straciłem tę sesję, a terapeuta był zły na mnie, bo stracił godzinę (za którą zresztą musiałem zapłacić)”*.

Z drugiej strony zdarzają się i takie sytuacje (mówi terapeuta): *„Osobiście miałam sytuację, gdy pacjent dzwonił do mnie pół godziny przed sesją informując mnie, że miał wypadek samochodowy i właśnie jedzie do szpitala, był przerażony i pełen lęku. Potrzebował chwilę ze mną porozmawiać, żeby się uspokoić”*. Dużo bardziej sensowne wydaje mi się dostosowanie metod do potrzeb i osobowości pacjenta. Mamy przecież być skuteczni w pomocy danej osobie, a nie dostosowywać pacjenta do naszych teorii i metod pracy (hołdując przekonaniu, że jeśli ktoś nie umie się do naszych metod przystosować, to „jego problem”).

Przykład: *„bardzo się stresowałem za każdym razem, kiedy jechałem na spotkanie z moim terapeutą. Już tramwaju wymyślałem co mu powiem, jak zacznę. On zawsze milczał, nigdy nie zaczynał pierwszy spotkania, jak ja coś mówiłem, to zawsze to komentował i znów milczał. Fatalnie się wtedy czułem, byłem cały czas spięty, terapeuta wydawał mi się zimnym robotem, a nie człowiekiem. Trudno mi było przed kimś takim się otworzyć i poczuć bezpiecznie”*.

7. Brak superwizji. Jej znaczenie – zwłaszcza, gdy ktoś pracuje w prywatnym gabinecie – jest olbrzymie (więcej informacji na temat superwizji znajdzie się w ostatnim rozdziale).

Pierwsze spotkanie z pacjentem i zawarcie kontraktu

W procesie udzielania pomocy terapeutycznej osobom potrzebującym bardzo ważne jest pierwsze spotkanie z pacjentem. Co powinniśmy w jego trakcie ustalić? Przede wszystkim to, czy podejmiemy się w ogóle pracy z daną osobą. Po pierwszym spotkaniu możemy jeszcze zrezygnować z pracy z pacjentem, jeżeli uznamy, że nasze kompetencje nie są wystarczające, aby udzielić mu efektywnej pomocy. Dlatego tak ważne jest abyśmy w momencie, kiedy postanawiamy otworzyć gabinet psychologiczny dokładnie określili, jaki rodzaj pomocy jesteśmy w stanie zaoferować. Niekiedy już na etapie zgłoszenia się pacjenta możemy określić czy dana osoba mieści się w profilu oferowanej przez nas pomocy. Pamiętajmy jednak, że zgodne z etosem zawodu będzie skierowanie danego pacjenta w inne konkretne miejsce, a nie oznajmienie mu tylko, że my nie jesteśmy mu w stanie pomóc i pozostawienie go bez żadnych informacji odnośnie osób czy miejsc, gdzie niezbędną pomoc może uzyskać.

Omawiając model pracy psychologa w gabinecie prywatnym skupiłam się na pracy – z osobami dorosłymi bądź z parami – w nurcie systemowym. Poniżej omówię przykłady związane z takim właśnie rodzajem pracy.

Pierwszym zadaniem psychologa jest określenie problemu, z jakim przychodzi pacjent. Pomocne mogą być tu pytania w rodzaju: „*W czym mogę Panu/Pani pomóc?*”, „*Z jakim problemem Pan/Pani do mnie przychodzi?*”. Już samo nazwanie problemu i określenie oczekiwań pacjenta stanowi podstawę podjęcia przez psychologa decyzji w zakresie tego, czy i w jaki sposób udzielić zgłaszającemu się pomocy.

Ważne, żeby na początku określić, czy pacjent potrzebuje: pomocy psychologicznej, terapii, czy interwencji kryzysowej. Dopiero potem możemy przystąpić do opracowania strategii tej pomocy.

Istotnym momentem jest omówienie kontraktu terapeutycznego, zazwyczaj ma to miejsce pod koniec pierwszego spotkania. Kontraktem terapeutycznym nazywamy umowę pomiędzy terapeutą a pacjentem, zawartą według ściśle określonych zasad. Obejmuje on między innymi zdefiniowanie celu terapii (terapeuta powinien pomóc pacjentowi w jasnym i precyzyjnym określeniu tego celu); ważne jest także ustalenie motywacji pacjenta do odbywania terapii (czy pacjent przychodzi z własnej woli, dlaczego ma to miejsce akurat w tym momencie życia, co było czynnikiem bezpośrednio motywującym go do podjęcia terapii).

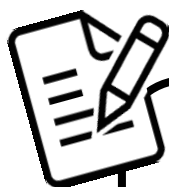
Pacjent powinien wówczas zostać poinformowany także o metodach pracy terapeuty. Nie musimy oczywiście wyklądać szczegółowo teorii, na której opiera się terapeuta, ale należy ogólnie powiedzieć pacjentowi coś na temat stosowanych przez nas technik, a także powiadomić go o naszych oczekiwaniach wobec pacjenta (np. ja sama informuję, że dla lepszego zrozumienia problemu pacjenta potrzebne jest zrobienie genogramu, czyli oznajmiam, że będę chciała dowiedzieć się czegoś o rodzinie generacyjnej pacjenta). Może się okazać, że pacjent nie będzie gotowy na proponowaną przez nas formę terapii (gdyż np. nie będzie miał ochoty ujawniać szczegółów z życia jego rodziny), tym sposobem dajemy mu więc szansę wycofania się jeszcze przed podjęciem przez nas pracy terapeutycznej.

Kolejnym krokiem na etapie zawierania kontraktu jest ustalenie podstawowych reguł, dotyczących częstotliwości spotkań, czasu trwania sesji, kosztów związanych z terapią oraz z formą, w jakiej pacjent będzie płacił za sesję (w formie gotówki czy przelewu). Nie muszę dodawać, że w gabinecie prywatnym terapeuta zobowiązany jest wystawić pacjentowi fakturę za każdą przeprowadzoną sesję. Należy wreszcie ustalić także to, w jakiej formie i z jakim wyprzedzeniem pacjent powinien odwoływać sesję i czy pacjent płaci za odwołaną przezeń sesję, a jeśli tak, to w jakiej sytuacji i w jakiej formie i wysokości.

Powinniśmy ustalić także formę komunikowania się pomiędzy sesjami: czy pacjent może do nas telefonować (jeżeli tak, to w jakich sytuacjach), czy porozumiewamy się mailowo, czy przy użyciu sms-ów?

Na zakończenie pierwszej sesji należy powiedzieć pacjentowi o obowiązującej nas – psychologów tajemnicy zawodowej i zasadzie poufności. Pamiętajmy, że kontrakt – określając jasne zasady uczestnictwa w procesie terapeutycznym – zabezpiecza nie tylko pacjenta, ale służy również terapii, kreując wyraźnie i niedwuznacznie określone zasady pracy.

Ramka 1. Co powinien zawierać kontrakt?



Ustalenie celu pracy z pacjentem

Ustalenie rodzaju i form pracy w gabinecie

Ustalenie czasu, miejsca i częstotliwości spotkań oraz długości sesji

Ustalenie formy rozliczania się za sesję

Ustalenie warunków i konsekwencji odwoływania sesji

Ustalenie w jaki sposób pacjent może się kontaktować z terapeutą w okresie pomiędzy sesjami

Po zawarciu kontraktu psycholog powinien przejść do etapu diagnostycznego. Diagnoza jest w pewnym stopniu zależna od szkoły terapeutycznej, w jakiej pracuje psycholog. Pracując w ujęciu systemowym proponuję następujące kroki:

1. Zdiagnozowanie zaburzeń pacjenta w zależności od zgłaszanego przez niego problemu – można w tym celu posłużyć się różnego rodzaju testami psychologicznymi, np. testami badającymi cechy osobowości, poziom depresji czy poziom lęku. Jeżeli podejmujemy decyzję, że nie udzielamy doraźnej pomocy psychologicznej, lecz przystępujemy do pracy terapeutycznej, to sensowne jest wykorzystanie w diagnozie testów projekcyjnych, umożliwiających wgląd w obszary podświadomości.
2. W nurcie systemowym istotne jest określenie przekazów rodzinnych i dziedzictwa rodzinnego. Możemy to zrobić wykorzystując technikę genogramu wraz z poszerzonym wywiadem genogramowym.
3. Kolejnym etapem może być wywiad i poznanie historii życia pacjenta (to wówczas poznajemy jego najwcześniejsze wspomnienia, dowiadujemy się jak przebiegały poszczególne etapy rozwojowe w jego życiu).

Zawarcie kontraktu i przeprowadzenie diagnozy adekwatnej do zgłaszanego przez pacjenta problemu zamyka pierwszy, wstępny etap i rozpoczyna etap kolejny, który może przybrać formę albo terapii właściwej, albo pomocy psychologicznej, albo interwencji kryzysowej.

Współpraca z osobami z zewnątrz

Pracując w prywatnym gabinecie możemy współpracować z innymi specjalistami, ale tylko za zgodą bądź też na prośbę samego pacjenta. Może się zdarzyć, że konieczne jest wprowadzenie farmakoterapii. Warto wówczas wiedzieć przez jakiego lekarza-psychiatrę pacjent jest prowadzony i jakie leki zażywa. Bardzo pomocna jest współpraca i kontakt z psychiatrą w kwestii tego, w jakim okresie i jak długo pacjent stosuje zapisane mu leki, pamiętać bowiem należy, że leki mogą wspomagać proces terapeutyczny, bywa jednak i tak, że go utrudniają. Dzieje się tak w sytuacjach, gdy terapeutycznie ważne jest dotarcie do niełatwych, wypartych przez pacjenta emocji, co przy przyjmowaniu niektórych leków może być utrudnione.

U osób zgłaszających się po pomoc terapeuty coraz częściej spotykane są zaburzenia psychosomatyczne, wówczas wskazana i sensowna jest współpraca z lekarzami danej specjalności (kardiologami, ortopedami czy internistami). Wyobraźmy sobie na przykład, że

przychodzi do nas pacjent skarżący się na silne bóle w klatce piersiowej. Po zrobieniu wywiadu okazuje się, że został skierowany do nas przez kardiologa, lekarz stwierdził bowiem, że medycznie pacjentowi nic nie dolega. W takiej sytuacji możemy zaufać lekarzowi, zwłaszcza jeżeli diagnoza jego poparta jest wynikami badań. Możemy również zapytać pacjenta czy pozwala nam na kontakt z lekarzem w celu doprecyzowania ścieżki diagnostycznej. Z moich doświadczeń wynika, że bezpośrednia rozmowa ze specjalistą kierującym do nas pacjenta może wnieść wiele cennych informacji, które oczywiście przekazujemy potem pacjentowi. Istotne jest, aby pamiętać, że w przypadku pacjentów psychosomatycznych diagnoza powinna być poprzedzona wiarygodnymi wynikami badań lekarskich. Może się bowiem zdarzyć, że objawy somatyczne pacjenta mieć będą swoje podłoże w faktycznej chorobie; wówczas nasze oddziaływanie psychoterapeutyczne niewiele pomoże, a stan pacjenta może się nawet pogorszyć.

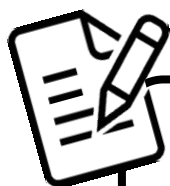
Kolejną wartą omówienia kwestią jest współpraca z innymi terapeutami w sytuacji, w której prowadzimy terapię jednej osoby, podczas gdy jej współpartner chodzi na terapię do innego specjalisty, albo gdy my prowadzimy terapię pary a jedno z partnerów jest w trakcie swojej indywidualnej terapii. W tego typu sytuacjach dopuszczalne są różne rozwiązania, zależne od wymagań sytuacji. Pamiętajmy jednak, że każdy kontakt z osobami z zewnątrz może mieć miejsce tylko za wiedzą i zgodą pacjenta.

Kiedy sensowne jest nawiązanie kontaktu z innymi terapeutami?

Przede wszystkim w przypadku, gdy nasz pacjent uczestniczy w innej terapii prowadzonej równolegle, np. w terapii indywidualnej (podczas gdy w naszym gabinecie jest na terapii małżeńskiej), albo w terapii małżeńskiej (gdy u nas jest na terapii indywidualnej), lub też w sytuacji, gdy np. żona jest u nas na terapii a mąż ma własnego terapeutę. W takich sytuacjach dopuszczalny jest kontakt z terapeutą prowadzącym współmałżonka, np. wtedy, gdy widzimy, że kryzys w małżeństwie nasila się i istnieje niebezpieczeństwo rozpadu związku. Przypominam sobie w tym kontekście, że kiedyś chodziła do mnie na terapię żona, podczas gdy jej mąż korzystał z pomocy innej terapeutki (każde z nich zgłosiło się po pomoc w związku z indywidualnymi problemami, niezwiązanymi z ich małżeństwem). W trakcie trwania tych indywidualnych spotkań terapeutycznych coraz bardziej nasilał się kryzys w ich związku. Każde z małżonków dostawało wsparcie od swojego terapeuty, zachętę do tego, żeby zadbać o siebie i zawalczyć o swoje prawa, a podążanie za tymi sugestiami zaczęło odbijać się negatywnie na ich wspólnym życiu. Pomocne dla ich małżeństwa okazały się dwa spotkania wspólne, w których uczestniczyli zarówno małżonkowie, jak i ich terapeuci. Dały

one okazję do wspólnego zastanowienia się nad tym, jak wesprzeć nie tylko żonę i męża w ich indywidualnym rozwoju, ale też co zrobić, by ich związek nie stanowił ograniczeń dla każdego z nich. Pomocne było w tym poznanie perspektywy każdej ze stron, zauważmy przy tym, że w myśl teorii systemowej rodzina stanowi system naczyń połączonych: jeżeli poznamy tylko jeden z elementów, to trudno nam będzie zorientować się w tym, jak funkcjonuje całość i tym samym trudno nam będzie określić jaką rolę w tym systemie odgrywa nasz pacjent (albo funkcję pełnią jego objawy). Jeżeli nasz pacjent jest w związku, to zawsze powinniśmy być wyczuleni na to, w jaki sposób prowadzona przez nas terapia na ten związek wpływa, co w nim się zmienia i w jaką stronę. Mogą to być zmiany pożądane, gdy wzajemne relacje małżonków poprawiają się; jednakże często niestety bywa i tak, jak we wspomnianym wyżej przykładzie: w związku narasta kryzys, bowiem terapeuci indywidualni zapominają o tym, że brak uważności na to, w jaki sposób zmiany w pacjencie wpływają na system rodzinny i jakie to może przynieść efekty dla związku. Czy na pewno pacjent jest gotowy na to, by w wyniku terapii indywidualnej rozpadło się jego małżeństwo? Rzecz jasna, nie mamy na to wpływu, ale możemy w sposób odpowiedzialny informować pacjenta o tym, co obserwujemy. Na przykład, jeżeli widzimy, że pacjent zaczyna skarżyć się na pogarszające się relacje ze współmałżonkiem, to przyglądamy się temu i doradzamy na przykład terapię wspólną. Możemy też zaprosić współmałżonka na jedną wspólną sesję w celu omówienia tego, co dzieje się w ich związku, również po to, żeby samemu zorientować się w sprzężeniach zwrotnych, które tam powstały, a być może po to, żeby zaproponować partnerowi indywidualną terapię (oczywiście u innego terapeuty). Osobiście uważam, że terapeuta systemowy, nawet, gdy pracuje indywidualnie z pacjentem, powinien mieć na uwadze cały system rodzinny (obejmujący nie tylko współmałżonka, ale również dzieci).

Ramka 2. Model działania systemu



Pamiętajmy: cały system wpływa na siebie wzajemnie i zmiany w jednym jego elemencie powodują zmiany w całości, zaś zmiany w całości wpływają na jednostkę. Aby pomóc jednostce należy zrozumieć, jak działa całość systemu.

Problemy etyczne i dylematy w pracy z pacjentami w gabinecie prywatnym.

Omówienie tego zagadnienia rozpocznę od przykładów.

Mówi terapeuta: *„Na terapię zgłosiła się do mnie para małżeńska X z prośbą o pomoc w trwającym od ponad roku kryzysie. Po pierwszym spotkaniu i zawarciu kontraktu rozpoczęliśmy spotkania. Na trzecią sesję przyszedł sam mąż; wszedł do gabinetu pytając czy może w nim poczekać na żonę, która pewnie się spóźni. Zgodziłem się, pan X zaczął ze mną rozmawiać „o pogodzie”, po czym odebrał telefon od żony, która zadzwoniła twierdząc, że coś jej wypadło w pracy i nie dotrze do gabinetu. Powiedziałem panu X, że w takim razie musimy zakończyć spotkanie, on natomiast uznał, że skorzysta z okazji i powie mi coś, co może mieć znaczenie dla terapii. Zanim zdążyłem zareagować poinformował mnie, że od roku ma romans, o którym żona nic nie wie. Oznaczało to, że okłamał mnie podczas pierwszej sesji, w trakcie której zawsze pytam pary, czy jest jakaś osoba trzecia, która może być przeszkodą w rozwiązywaniu kryzysu małżeńskiego. Poinformowawszy mnie o swojej zdradzie pan X poprosił, abym nic żonie o tym nie mówił na kolejnej sesji”.*

Co w takiej sytuacji powinien zrobić terapeuta? Otóż podstawowym błędem była zgoda na to, żeby pacjent wszedł do gabinetu i rozpoczął z terapeutą jakąkolwiek, nawet niewinną rozmowę. Jak widać z opisu zdarzenia trudno było go powstrzymać przed wyznaniem jego prawdy o sytuacji, która *de facto* uniemożliwiała dalsze efektywne wspólne spotkania. Terapeuta – mając taką wiedzę i będąc związanym tajemnicą z jedną ze stron, czyli będąc wciągniętym w koalicję z jednym z pacjentów – nie może nadal pracować z parą. Pracując bowiem z parą jesteśmy terapeutą ich związku, nie zaś każdego z nich z osobna i naszym zadaniem jest troska o ten związek. Zapewne podczas pierwszego spotkania para została o tym poinformowana, ale – jak widać – nie przeszkodziło to mężowi w podjęciu próby stworzenia sojuszu z terapeutą. Tym, co psycholog mógłby zrobić w tej sytuacji, to powiedzieć panu X, że oczywiście nie powie żonie o tym, co zostało zakomunikowane, gdyż to sam pacjent musi zrobić, i dopiero wówczas terapeuta może ponownie zaprosić ich na wspólną sesję. Jeśli małżonek obawia się reakcji żony, to może ewentualnie zrobić to w gabinecie w obecności terapeuty. W tym przypadku para X nie pojawiła się więcej na sesji.

Przedstawię dla kontrastu inny przykład, w którym koalicja z jednym z małżonków okazała się pomocna w rozwiązaniu problemu.

„Do gabinetu zgłosiła się para Y z 14 letnim stażem, posiadająca dwójkę dzieci (w wieku siedmiu i dziesięciu lat). Powodem przyjscia na terapię była depresja żony, spowodowana -

jak twierdził mąż – jego zdradą. Pan miał krótki romans, który zakończył pół roku temu. W trakcie spotkania żona prawie się nie odzywała, cały czas płakała kiwając tylko głową na potwierdzenie tego, co opowiadał mąż. Pan Y powiedział, że czuje się winny i odpowiedzialny za stan żony i będzie z nią przychodził na terapię, żeby jej pomóc. Sam, jak twierdził, czuje się dobrze, nie ma żadnych objawów a jego jedynym problemem jest depresja żony. Państwo zgodnie stwierdzili, że chcą wspólnie pracować nad odbudową zaufania w związku. Kilka dni po spotkaniu zadzwoniła do terapeuty żona prosząc o spotkanie i rozmowę bez obecności męża. Rodzi się pytanie: czy można na takie spotkanie się zgodzić? Odpowiedź zgodna z zasadami brzmi negatywnie. Bywają jednak sytuacje, w których ortodoksyjne przestrzeganie zasad może prowadzić do błędnych decyzji. Tak było w tym przypadku, okazało się bowiem, że mąż jest osobą bardzo przemocową: stosuje wobec żony przemoc zarówno psychiczną, jak i fizyczną. Żona w jego obecności bała się powiedzieć cokolwiek, była przerażona i zastraszona, podobnie zresztą dzieci, wobec których nie stosowano przemocy fizycznej, ale były one świadkami awantur rodziców i przemocy wobec matki. Po spotkaniu z żoną (na które żona uzyskała zgodę od męża) i ustaleniu faktów dotyczących sytuacji w domu, małżonkowie przyszli razem na sesję. Terapeuta zapytał pana Y czy w ich domu zdarzają się opisane przez żonę sytuacje, gdy potwierdził, zaproponował mu wizytę u psychiatry celem podjęcia indywidualnego leczenia, co dopiero umożliwiłoby późniejsze rozpoczęcie terapii wspólnej. Psycholog uświadomił mu, że agresja fizyczna wobec żony jest karalna, i terapeuta nie może się podjąć ich wspólnej terapii, dopóki pan Y nie poradzi sobie z brakiem kontroli nad swoją złością. A ponieważ te wybuchy agresji mają wymiar dość ekstremalny i powtarzają się od lat, to należy sądzić, że pan Y sam sobie z nimi nie poradzi i wymaga specjalistycznej pomocy. Reakcja pana Y była w sumie zgodna z oczekiwaniami, pan ten wypowiedział parę obraźliwych słów pod adresem terapeuty i wyszedł trzaskając drzwiami. Tak zakończyła się ta terapia małżeńska, dając jednak początek terapii indywidualnej, celem której było udzielenie pomocy pani Y w wyjściu z sytuacji ofiary, a także w ochronieniu jej dzieci, które wprawdzie biernie, ale jednak także uczestniczyły w domowych awanturach. U starszej dziesięcioletniej córki rozpoznano objawy depresji, młodsza była zaś bardzo niespokojna, drażliwa, obie dziewczynki zostały więc objęte pomocą psychologiczną.”

Przedstawiona powyżej sytuacja jest przykładem interwencji kryzysowej w sytuacji rodziny, w której występuje zjawisko przemocy. W momencie, gdy w trakcie spotkań terapeutycznych orientujemy się, że istnieje zagrożenie dla zdrowia lub życia pacjenta, mamy przede wszystkim obowiązek zapewnić bezpieczeństwo narażonemu na przemoc pacjentowi. Powinniśmy udzielić mu odpowiednich wskazówek dotyczących jego praw, ewentualnie –

jeżeli nie czujemy, że mamy wystarczające w tym względzie kompetencje – skierować go do ośrodków interwencji kryzysowej, w których oprócz psychologów pracują również prawnicy i psychiatrzy. Nie możemy prowadzić terapii, jeżeli jeden z partnerów jest aktywnie przemocowy; zapewnienia sprawcy, że na czas trwania terapii wspólnej będzie się powstrzymywał od aktów przemocy, nie mogą być dla nas wiarygodne. Możemy zgodzić się na kontynuację terapii tylko wtedy, gdy sprawca zostanie objęty indywidualną opieką psychiatryczną bądź psychoterapeutyczną.

Przytoczone powyżej przykłady konfrontują nas z dylematem lojalności wobec pacjentów. Podejmując się pracy z parą powinniśmy z zasady być obiektywni, nie wchodzić w koalicję z żadną ze stron, występując przeciwko drugiej. Wyjątkiem jest tu sytuacja taka, jak opisana powyżej, kiedy to spotykamy się nie tylko z naruszeniem dóbr osobistych drugiej osoby, ale również z naruszeniem prawa. Jako psycholodzy, jako terapeuci nie możemy lekceważyć tego zjawiska ani bagatelizować go, nawet jeśli zdajemy sobie sprawę, że jego przyczyną są dysfunkcje sprawcy przemocy.

Pierwszy z opisanych przypadków opisuje sytuację, w której zgłaszające się na terapię osoby nie są wobec nas szczere. Mówiąc wprost: kłamią, starając się ukryć niewygodną dla nich prawdę, czyniąc to z lęku przed konsekwencjami swoich działań. Nie jest jednak zadaniem psychologa wchodzenie w rolę detektywa; zakładamy, że jeżeli ktoś zwraca się do nas po pomoc, to jest z nami szczery. I osobiście uważam, że jest to założenie prawidłowe i dobre, aczkolwiek niekiedy możemy się zawieść. Pamiętajmy zawsze, że nie jesteśmy po to, by kogokolwiek oceniać, ale po to tylko, by pomagać. Dlatego nawet jeśli przyłapiemy pacjenta na kłamstwie, to nie powinniśmy się obrażać, tylko wspólnie zastanowić się nad tym, co za tym kłamstwem stoi? Po co pacjent kłamie i czy faktycznie ma z tego jakieś korzyści?

Kolejnym dylematem etycznym, z którym ostatnio spotykam się często w gabinecie jest problem przekonań religijnych. Co zrobić, gdy czyjaś wiara i wynikające z niej pewne dogmaty są sprzeczne z zasadami działania mechanizmów psychologicznych człowieka? Co, jeśli przekonania religijne naruszają prawa jednostki do swobodnego, sprzyjającego samorealizacji rozwoju? No i wreszcie co zrobić, jeśli rozpoznajemy, że to one właśnie są przyczyną objawów pacjenta?

Przed wszystkim psycholog w trakcie trwania spotkań z pacjentem nie powinien narzucać mu swoich poglądów na kwestię wiary, bez względu na to, jakie by one nie były. Wykonywanie zawodu psychologa oznacza, że w swojej pracy będziemy kierować się wiedzą, którą posiadliśmy w trakcie studiów, a także zdobywaną przez cały okres bycia czynnym zawodowo. Wiedza ta oparta jest na przesłankach naukowych, ufundowanych na obiektywnych

wynikach badań, a nie na jakiegokolwiek wierze czy religii. Wynika z tego, że nie możemy wspierać opierających się nierzadko na irracjonalnym lęku dysfunkcyjnych zachowań pacjenta, prowadzących do zaburzeń w całym systemie rodzinnym. Mamy prawo jasno komunikować pacjentowi, które z jego schematów poznawczych są dysfunkcyjne i jako takie mogą być przyczyną problemów, z którymi się on boryka. Nie mamy natomiast prawa zmuszać go do zmiany tych przekonań. Pacjent ma prawo wybrać sposób, w jaki będzie żył, a my powinniśmy mu pomóc w uzmysłowieniu sobie, że taki wybór posiada, innymi słowy: pomóc w nazwaniu dróg, którymi pacjent może przez życie podążać. Zdarzały mi się sytuacje, w których pacjent – w momencie, gdy doszliśmy do punktu, w którym mógł wybrać, czy chce iść dalej, pracując nad większym wglądem w swoje emocje, nad zdefiniowaniem swoich potrzeb i odrzuceniem lęków uniemożliwiających mu jego dalszy rozwój – rezygnował z terapii, twierdząc; *„wie pani ja w sumie lubię swoje lęki, nie mam siły nad nimi pracować, wiem już co tracę, ale tak właśnie wybieram”*. Nieetyczne byłoby jakiegokolwiek przekonywanie czy zmuszanie dorosłych, w pełni poczytalnych ludzi do dokonywania zmian w tym aspekcie ich życia, nawet takich zmian, które w naszym przeświadczeniu byłyby dla nich dobre. Oczywiście nieetyczne jest także odmawianie pomocy pacjentom, w sytuacji, gdy ich poglądy religijne czy polityczne kłócą się z naszymi. Psycholog powinien cechować się otwartością na innych, umiejętnością zaciekawienia tym, co mówi pacjent, życzliwością do ludzi, zdolnością do podważania własnych wcześniejszych hipotez i tworzenia nowych.

Przygotowanie psychologa do pracy

Z teoretycznego punktu widzenia gabinet psychologiczny może otworzyć osoba, która uzyskała tytuł magistra psychologii. Wiąże się to z ukończeniem pięcioletnich studiów, jako że psychologia jest kierunkiem jednostopniowym magisterskim, nie objętym systemem bolońskim (3+2). Ważne jest przy tym, aby osoba chcąca pracować w prywatnym gabinecie psychologicznym, poza obowiązkowym programem studiów miała ukończone także odpowiednie kursy, warsztaty oraz moduły, zapoznające z aspektami pracy i pomocy psychologicznej. Po ukończeniu studiów psycholog może przecież oferować pomoc psychologiczną, która nie musi być tożsama z pracą terapeutyczną; ale nie zapominajmy, że świadczenie usług interwenta kryzysowego również wymaga ukończenia odpowiednich kursów bądź studiów podyplomowych. Jeżeli psycholog chce pracować jako psychoterapeuta, powinien po studiach ukończyć czteroletni, całosciowy kurs terapeutyczny. Kursy takie organizowane są przez różne ośrodki. Warto jednak wybrać ośrodek, który posiada rekomendację Polskiego Towarzy-

stwa Psychologicznego bądź Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Przy zastanawianiu się nad dokonaniem wyborem szkoły terapeutycznej, w myśl założeń której mamy zamiar pracować, sugerowałabym, aby kierować się tym, który z paradygmatów, w ramach jakiego pracuje dana szkoła jest nam najbliższy, którego założenia wydają się nam przekonujące. Krótko mówiąc, zwracajmy uwagę na to, która szkoła terapeutyczna pozostaje najbardziej w zgodzie z naszymi cechami osobowości, pracując w której możemy być jak najbardziej sobą. Powinniśmy też określić i zdecydować komu chcemy nieść pomoc; zazwyczaj psycholodzy-terapeuci specjalizują się w konkretnych rodzajach terapii, np. zajmują się terapią dzieci i młodzieży albo terapią par i małżeństw, terapią rodzin, terapią osób dorosłych, czy terapią uzależnień bądź też terapią grupową.

Wydaje mi się, że pracując indywidualnie w gabinecie prywatnym najtrudniej przychodzi podjęcie się zadań terapeuty rodzinnego, gdyż w tym rodzaju terapii pomocna jest obecność dodatkowego terapeuty bądź terapeutów (tzw. ko-terapeutów), którzy w trakcie naszej pracy z rodziną wspomogą nas dodatkowymi obserwacjami przedstawią swoje hipotezy, mogą zwracać uwagę na pewne aspekty, które nam umknęły. Również w terapii par i małżeństw stosuje się często formę pracy terapeutów w parach (parę taką tworzą mężczyzna i kobieta), co znacząco ułatwia śledzenie procesu przebiegu terapii, dając zarazem pacjentom, ale również terapeutom/terapeutom większy komfort pracy. Pod koniec sesji można zrobić przerwę, przedyskutować z kolegą terapeutą najważniejsze jej wątki (z pewnością każdy z terapeutów mieć będzie własne obserwacje w tym względzie), wreszcie podjąć wspólną decyzję co do dalszych kroków i propozycji dla pary czy rodziny, z którą pracujemy. Prywatny gabinet nie wyklucza takiej formy pracy zespołowej, wymaga jedynie lepszej organizacji czasowo-przestrzennej.

Bardzo ważnym elementem edukacji w zawodzie psychologa-terapeuty jest wspomniana już wyżej przeze mnie superwizja. Superwizja jest to wieloaspektowy ogląd pracy terapeutycznej, prowadzący do rozwiązania problemów emocjonalnych i merytorycznych, związanych z wykonywaną pracą.

Jak to wygląda w praktyce? Otóż każdy psycholog wcześniej czy później napotka na poważny problem w pracy z pacjentem. Jakiego rodzaju może to być problem? Najczęściej jest to doświadczenie własnej bezradności w procesie terapeutycznym, brak pomysłu na to, jak dalej prowadzić terapię lub jak pokonać opór pacjenta. Terapeuta może mieć wątpliwości czy proponowany przez niego sposób pracy z pacjentem jest skuteczny i pomocny; dzieje się tak wtedy, gdy przez dłuższy czas nie odnotowujemy postępu w terapii. Superwizor może wówczas nie tylko pomóc spojrzeć z zewnątrz na zaistniałą sytuację, na powstały impas

terapeutyczny, ale także wskazać kierunki dalszej pracy. Superwizja jest bez wątpienia procesem dającym szansę na poszerzenie świadomości, rozwijanie umiejętności i kompetencji, osiąganie lepszych rezultatów terapeutycznych., „*Warunkiem powodzenia tak zaplanowanego przedsięwzięcia jest zgoda osoby superwizowanej na ujawnienie swoich problemów zawodowych w pracy z ludźmi i wspólna analiza tych problemów. Osoba superwizowana uzyskuje swój cel przy pomocy superwizora poprzez refleksję nad prowadzonymi przez siebie terapiami, a przedmiotem dialogu są konkretne przypadki terapii, działania terapeuty oraz osobiste tło i przesłanki tych działań*”. B. de Barbaro (1998).

Autorzy opracowania na temat superwizji w psychoterapii twierdzą, że bez odkrycia prawdy o samych sobie, mimo iż bywa ona czasami bolesna, nie będziemy w stanie być dobrymi profesjonalistami. Dobry terapeuta oprócz koniecznej wiedzy musi także dobrze rozumieć siebie, żyć w zgodzie z samym sobą. W przeciwnym razie jego skuteczność w pomocy innym będzie ograniczona. (Maria C. Gilbert, Kenneth Evans, 2004)

Pracując w ujęciu systemowym, które to podejście w pracy z parami i rodzinami postrzegam jako dość skuteczne, uważam, że najbardziej pomocnym i rozwijającym jest konstruktywistyczne podejście do superwizji.

Ramka 3. Cechy superwizora



wykazywać się postawą zaciekawienia

(nie powinien wiedzieć „zbyt szybko” i przywiązywać się za bardzo do pierwszej postawionej przez siebie hipotezy – ważne jest bowiem, aby umieć być otwartym na weryfikację różnych własnych hipotez).

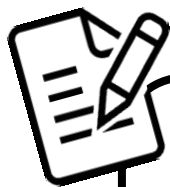
umieć spojrzeć na omawiane zagadnienie w sposób systemowy

(postrzegać omawiany problem w sposób cyrkularny, nie zaś linearny).

dbać o to, by jego „mapa” nie różniła się zbytnio od „mapy” osoby superwizowanej (powinien posługiwać się językiem zrozumiałym, wskazane byłoby, żeby pracował w tym samym paradygmacie, w którym szkoli się i pracuje osoba superwizowana).

unikać ferowania ocen wobec szkolącego się terapeuty, stronniczości, bycia ekspertem na rzecz wspólnego poszukiwania, którego efektem jest stworzenie wieloaspektowego obrazu, dochodzenie do nowych rozwiązań i hipotez.

Ramka 4. Zadania superwizora



- zbudowanie kształcącej relacji opartej na sojuszu superwizyjnym: „JA jestem w porządku i TY jesteś w porządku”,
- konsultacja, sprowadzająca się do wspólnej, rzetelnej refleksji,
- służenie radą oraz uczenie konkretnych umiejętności i strategii interwencyjnych,
- kontrolowanie kwestii zawodowych i etycznych,
- wspieranie rozwoju osobistego superwizanta

Celem superwizji jest odnalezienie takiej wersji omawianego problemu, która pomoże generować „zmianę korzystne zmiany”, pomoże osobie superwizowanej wyjść z impasu i wskaże jej nowe możliwości w pracy z pacjentem. Do superwizji należy podejść ze świadomością, że ma ona wspierać terapeutę w jego pracy, pomagać mu, ale nie kontrolować i poddawać krytyce; słowem superwizja ma służyć rozwojowi, nie zaś zastraszaniu i stresowaniu osoby superwizowanej.

Podsumowując chciałabym jeszcze podkreślić, że w trakcie całej kariery zawodowej powinniśmy ponadto śledzić na bieżąco najnowsze osiągnięcia w naszej dyscyplinie i dziedzinie wiedzy, zapoznawać się z wydawaną literaturą przedmiotu, od czasu do czasu zdecydować się na udział w warsztatach, szkoleniach, czy też konferencjach naukowych. Psychologia i psychoterapia to dyscyplina, która rozwija się szybko i intensywnie, w ostatnich latach, zwłaszcza neuronauka poczyniła ogromne postępy, jeśli chodzi o poszerzanie naszej wiedzy z zakresu funkcjonowania mózgu; także epigenetyka wnosi tutaj swój olbrzymi wkład, np. w wyjaśnianie procesów dziedzictwa rodzinnego, pozwalając nam lepiej zrozumieć specyfikę procesu transmisji międzypokoleniowej. Argumentem przemawiającym za koniecznością stałego aktualizowania naszej wiedzy psychologicznej jest także fakt, że psychologia jest nauką o psychice ludzi, na którą wpływają określone warunki środowiskowe. Nasz świat zmienia się dużo szybciej, niż miało to miejsce kiedykolwiek w przeszłości; przemiany te wpływają na zmianę sposobu myślenia, funkcjonowania kolejnych pokoleń, a ponieważ zmiany te zachodzą bardzo szybko, to dzisiaj o wkraczaniu nowego pokolenia możemy mówić już co 12-15 lat. Wiedza na temat mechanizmów działania człowieka szybko się zatem dezaktualizuje, z każdym rokiem pojawia się bowiem tyle zmiennych, oddziałujących na nasz mózg, że nadążanie za tymi procesami jest dla psychologów

prawdziwym wyzwaniem. Uważam ponadto, że psycholog powinien również śledzić na bieżąco aktualne wydarzenia mające miejsce w świecie, w którym terapeuta przecież żyje i pracuje; powinien też posiadać znajomość historii i wydarzeń z przeszłości, które miały wpływ na kształtowanie się poprzednich pokoleń. Miejmy na względzie, że przekazy, które zawdzięczamy naszym przodkom, konstytuują w jakimś sensie również nasze spojrzenie na świat i naszą interpretację zjawisk w nim zachodzących.

Literatura:

- De Barbaro B. (red.). (2006). Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. Kraków: Wydawnictwo UJ
- De Barbaro B. (1998). Superwizja w terapii rodzin: podejście konstrukcjonistyczne. *Psychoterapia*, 4 (107): 77–85.
- Gilbert MC, Evans K. (2004). Superwizja w psychoterapii. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Goldenberg I. Goldenberg H. (2006), *Terapia rodzin*, Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Józefik B. (2010). Superwizja — perspektywa systemowa. *Psychoterapia*, 3, 154, ss.11-22.
- Kubitsky J. (2010). *Vademecum terapeuty rodzinnego*, Warszawa: PZWL.
- Yalom, I. (2003). *Dar terapii List otwarty do nowego pokolenia terapeutów i ich pacjentów*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.

Wybrane aspekty diagnozy i relacji terapeutycznej z osobami z niepełnosprawnością

Wprowadzenie

Psychologia rehabilitacji jest dynamicznie rozwijającą się subdyscypliną psychologii, która swój początek wiązała najpierw z próbami nieprofesjonalnego włączania aspektów diagnozy i pomocy psychologicznej do praktyki rehabilitacyjnej i rewalidacyjnej, a następnie z implementacją podstawowych rozstrzygnięć psychologii klinicznej. Dostrzeżenie znaczenia wsparcia psychologicznego w procesie rehabilitacji oraz kompensacji zaburzeń zaowocowało m.in. podjęciem badań nad osobowością osób z niepełnosprawnością oraz analizą skuteczności oddziaływań rehabilitacyjnych. Współcześnie psychologia rehabilitacji, czerpiąc z różnych subdyscyplin psychologii jest ukierunkowana na wspomaganie rozwoju osób z różnego uszkodzeniami, implikującymi odmienność ich potrzeb. Z psychologii klinicznej oraz psychologii zdrowia - psychologia rehabilitacji czerpała pierwotnie wiedzę o stosowaniu określonych metod diagnostycznych, a także technik udzielania skutecznej pomocy w sytuacji zaistnienia negatywnych następstw, związanych z procesem leczenia. Ważne dla psychologii rehabilitacji są również rozstrzygnięcia związane z rozwojem psychologii społecznej, podejmującej charakterystykę relacji i doświadczeń społecznych osób z niepełnosprawnością, w tym analizę zjawiska kontekstu stygmatyzacji osób z uszkodzeniem. Do niedawna przedmiotem analiz empirycznych dotyczących zagadnienia niepełnosprawności było przede wszystkim określenie możliwie precyzyjnych kategorii charakteryzujących różne jej typy (Thomas, Chan, 2000; Thomas, Rosenthal, 2004; Świtaj, 2010). Ostatnio zainteresowano się również czynnikami modyfikującymi funkcjonowanie osób niepełnosprawnych w otaczającym je świecie, nie koncentrując się wyłącznie na zewnętrznych aspektach uszkodzeń (Kowalik, 2018).

Psychologia rehabilitacji, w wymiarze badawczym, podejmuje również analizę kontekstu różnic w zakresie procesów poznawczych, zmieniających się w związku z określonym uszkodzeniem czy niepełnosprawnością (Tomaszewski, 2014; Pał, Gerc 2017; Gerc, 2018).

Niepełnosprawność definiowana jest współcześnie z wykorzystaniem pojęć i kategorii semantycznych, określanych mianem ogólnych, nawiązujących do rozstrzygnięć Światowej

Organizacji Zdrowia (WHO, 2011), która opracowała i zaleciła wdrożenie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF, 2001; 2009), dostępnej w wersji polskojęzycznej od 2009 roku. Definicja WHO (2011) odwołuje się do modelu biopsychospołecznego, interpretującego niepełnosprawność w perspektywie relacyjnej, czy też interakcyjnej, którą z jednej strony stanowią czynniki związane z osobą, z drugiej zaś - ze środowiskiem, w którym ona funkcjonuje.

Zasadniczym celem stosowania (choćby w formie ograniczonej jedynie do charakterystyki funkcjonalnej bez szczegółowego kodowania symbolicznego) przywołanej klasyfikacji ICF jest posługiwanie się ujednoliconym, częściowo wystandaryzowanym systemem definiowania i charakteryzowania zdrowia oraz stanów, które pośrednio lub bezpośrednio są związane ze zdrowiem lub sprawnością człowieka. ICF, stanowiąc współcześnie – obok adekwatnych testów i skal psychologicznych - jedno z ważniejszych narzędzi psychologa rehabilitacji, określa różne aspekty zdrowia, ujmując je jako swego rodzaju kontekst jakości życia i dobrostanu człowieka. ICF wyodrębnia dziedziny odnoszące się do powszechnego w społeczeństwie rozumienia zdrowia, interpretowane z perspektywy sprawności i funkcjonalności organizmu, a oceniane z uwzględnieniem doświadczenia konkretnej osoby oraz jej otoczenia społecznego. Sklasyfikowano je w ramach dwóch obszarów, określonych jako: „Funkcje i struktury ciała ludzkiego” oraz „Aktywność i uczestniczenie” (por. Wilmowska-Pietruszyńska, Bilski, 2013).

Klasyfikacja ICF w uporządkowany sposób ujmuje różne zagadnienia odnoszące się do stanu zdrowia lub sprawności człowieka, integrując je z jego aktywnością (realną lub potencjalną) w określonym miejscu i czasie jego życia z różnych perspektyw diagnostycznych. Funkcjonowanie w przywołanej klasyfikacji jest zatem zoperacjonalizowane jako pojęcie, zawierające odniesienia do wszystkich aspektów aktywności organizmu (wymiar fizjologiczny), aktywności osoby (wymiar psychologiczny) oraz partycypacji człowieka w różnych przejawach aktywności życiowej, adekwatnej do etapu rozwoju.

Pojęciem niepełnosprawności określa się natomiast te aspekty, które stanowią o ograniczeniu funkcjonowania osoby. Mogą one mieć związek z czynnikami uwarunkowanymi podmiotowo lub środowiskowo. Posługując się takim rozróżnieniem specjalista dokonujący charakterystyki funkcjonowania osoby, ujawniającej uszkodzenie, tworząc profil jej sprawności *versus* niepełnosprawności, zdrowia lub jego ograniczenia może zaproponować adekwatne dla danej jednostki propozycje usprawnienia lub aktywizacji (również o charakterze zawodowym). Warto w tym kontekście przywołać opinię jednego z najwybitniejszych polskich psychologów rehabilitacji – prof. Stanisława Kowalika (2007), który uszkodzenie

ciała określa jako czynnik zwiększający prawdopodobieństwo wystąpienia dysfunkcji u osoby: „Wniosek, jaki nasuwa się z tej analizy jest następujący: uszkodzenie organizmu nie oznacza jeszcze, że ktoś staje się osobą niepełnosprawną. W innej pracy nazwałem niepełnosprawność dyspozycją jednostki do doświadczania określonych trudności w przyszłym życiu. Teraz powiedziałbym precyzyjniej, że tą dyspozycją jest uszkodzenie organizmu. Można je traktować jako czynnik zwiększający ryzyko bycia dysfunkcyjnym” (Kowalik, 2007, s. 47). Konkluzja Kowalika w jakiejś mierze pośrednio wyznacza zakres oczekiwań społeczeństwa wobec aktywności zawodowej psychologa rehabilitacji: minimalizowanie ryzyka zaistnienia dysfunkcyjności.

Stucki, Cieza i Melvin (2007) przyjmują niezwykle syntetyczną definicję rehabilitacji, nawiązującą do założeń Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF, 2001; 2009). Według wymienionych autorów: „rehabilitacja stanowi strategię zdrowia stosowaną przez [...] specjalistów opieki zdrowotnej i innych sektorów, której celem jest umożliwienie ludziom z problemami zdrowotnymi i doświadczającym lub zagrożonym niepełnosprawnością osiągnięcia oraz utrzymania optymalnego funkcjonowania w interakcji ze środowiskiem” (Stucki, Cieza, Melvin, 2007, s. 279).

Współczesne definicje niepełnosprawności postulują dostrzeżenie faktu, że poziom funkcjonowania człowieka powinien być rozpatrywany w relacji do środowiska. Środowisko zaś może być charakteryzowane jako swoisty moderator między fizjologicznymi aspektami uszkodzenia ciała a doświadczeniem niepełnosprawności oraz ważny obszar odniesienia dla działań rehabilitacyjnych i ich ewaluacji.

Przedstawiony kontekst ICF wyraźnie pokazuje, iż postulat tolerancji i akceptacji, choć ważny i wartościowy – pojmowany deklaratywnie w różnych środowiskach – *implicit* nie zlikwiduje trudności osób z niepełnosprawnością w relacjach społecznych czy komunikacji ani także nie spowoduje ich swobodnego – bez *stigmy* deficytu – funkcjonowania w środowisku społecznym.

Istotne w pokonaniu tego paradoksu wydaje się być analizowanie przez psychologa rehabilitacji potencjalnych przyczyn marginalizacji osób z niepełnosprawnością, przekroczenie tradycyjnego myślenia o uszkodzeniu oraz niepełnosprawności i adekwatne określenie przestrzeni normalizacji. Konkluzję tę dobrze ilustrują słowa J. Konarskiej:

„Nie ma różnicy między potrzebami osób pełnosprawnych i niepełnosprawnych, ale jest różnica w możliwościach i sposobach ich realizacji. Zdarza się, że niektóre potrzeby u osób z różnym rodzajem niepełnosprawności się nie wykształcają, ponieważ nie mogły być zrealizowane potrzeby, na których bazie tworzą się te nowe, niewykształcone. Tak zresztą dzieje się ze wszystkimi potrzebami u wszystkich ludzi, tyle

tylko, że osoby niepełnosprawne częściej doświadczają deprywacji potrzeb z racji niemożności ich realizacji albo niemożności ich rozbudzenia wskutek deprywacji bodźców, które wywołują te potrzeby” (Konarska, 2012, s. 49).

Placówka zatrudniająca psychologa rehabilitacji – misja, cel, zespół placówki

Psychologowie rehabilitacji są zatrudniani zarówno w placówkach służby zdrowia (oczekiwane jest podjęcie specjalizacji z psychologii klinicznej), jak też w instytucjach oświaty, zwłaszcza w poradniach psychologiczno – pedagogicznych i szkołach specjalnych (w tych placówkach wymagane jest posiadanie przez psychologa przygotowania pedagogicznego oraz ukończenie studiów podyplomowych w zakresie adekwatnym do niepełnosprawności osób, którym wsparcia diagnostyczno - terapeutycznego udziela psycholog, np. w zakresie oligofrenopedagogiki, tyflopedagogiki, surdopedagogiki, edukacji i wspomagania osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu.

Placówkami aktywności zawodowej psychologów rehabilitacji są również: domy pomocy społecznej, warsztaty terapii zajęciowej oraz środowiskowe domy samopomocy.

Współcześnie coraz częściej psychologowie rehabilitacji są poszukiwani jako specjaliści włączający się w pracę rehabilitacyjną prowadzoną z małym dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością, prowadzoną w ramach tzw. wczesnej interwencji lub wczesnego wspomagania rozwoju dziecka (por. Bieleninik, 2016).

We wskazanych instytucjach psycholog współpracuje z innymi specjalistami w zespole terapeutycznym lub rehabilitacyjnym. Stosownie do specyfiki instytucji zespół ten tworzą odpowiednio: lekarze różnych specjalizacji, w tym zwłaszcza specjaliści rehabilitacji medycznej, neurologii, ortopedii i psychiatrii oraz fizjoterapeuci, personel pielęgniarski, logopedzi/neurologopedzi, terapeuci zajęciowi lub też - w systemie oświaty: pedagodzy specjaliści, psychologowie szkolni, nauczyciele czy pracownicy socjalni.

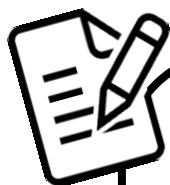
Zakres zadań podejmowanych przez psychologa w tych instytucjach sprowadza się przede wszystkim do realizacji wieloaspektowej diagnozy psychologicznej, współcześnie uwzględniającej perspektywę ICF oraz wiąże się z potrzebą udziału w planowaniu oddziaływań terapeutycznych oraz w zespołowym dokonywaniu ich ewaluacji.

Psychologowie posiadający stosowne przeszkolenie specjalistyczne, realizowane w ramach systemu certyfikacyjnego przez różne podmioty do tego uprawnione, prowadzą również oddziaływania terapeutyczne (o charakterze neurorehabilitacyjnym) oraz realizują specjalne zajęcia stymulujące rozwój osób z niepełnosprawnością (np. terapię widzenia).

Instytucje zatrudniające psychologów rehabilitacji odwołują się w swojej misji do prekursorskich założeń tzw. Polskiej Szkoły Rehabilitacji, opracowanych w drugiej połowie XX wieku przez profesorów: W. Degę i M. Waissa (Karwat, Skwarcz, 2000), propagowanych zaś i nowatorsko rozwijanych w środowisku psychologicznym przez prof. R. Ossowskiego (1999). Podstawowymi celami rehabilitacji, wedle tych założeń są: wczesność zapoczątkowania, powszechność, ciągłość oraz kompleksowość. Rehabilitacja inicjowana jest zatem już w momencie rozpoznania choroby i wiąże się z potrzebą konstrukcji planu terapii, który następnie poddawany jest ewaluacji.

Celem tak pojmowanej rehabilitacji jest relatywnie szybkie i skuteczne przywrócenie wydolności psychofizjologicznej osoby w zakresie adekwatnym do jej sytuacji, interpretowanej w kontekście podmiotowym i społecznym lub też ograniczanie skutków faktu niepełnosprawności.

Rola psychologa w zespole terapeutycznym



Zadania psychologa rehabilitacji obejmują:

- realizację diagnozy psychologicznej oraz diagnozy funkcjonalnej we współpracy ze specjalistami innych dyscyplin;
- charakterystykę postawy osoby oraz jej otoczenia społecznego wobec niepełnosprawności;
- rozpoznanie oraz opis zasadniczych aspektów i uwarunkowań adaptacji osoby do niepełnosprawności;
- dokonywanie diagnozy konstatacyjnej, prognostycznej oraz ewaluatywnej u osoby, u której rozpoznano objawy niepełnosprawności progresującej lub też przeprowadzenie obserwacji i badania w celu określenia skuteczności podejmowanych dotychczas oddziaływań rehabilitacyjnych i terapeutycznych;
- udzielanie wsparcia emocjonalnego oraz edukacyjno – informacyjnego osobie z niepełnosprawnością w okresie rehabilitacji oraz współdziałanie z jej rodziną;

- kreowanie warunków ułatwiających adaptację do niepełnosprawności nabytej w toku życia oraz wspieranie rozwoju osoby ze zdiagnozowanym uszkodzeniem poprzez określenie tzw. obszarów deficytowych;
- aktywne włączanie się w pracę „teamu rehabilitacyjnego”, zwłaszcza w aspekcie podejmowania działań związanych z ukierunkowaniem postępowania optymalizującego stan emocjonalny osoby z niepełnosprawnością oraz poprawiającego jakość jej życia;
- realizację badań naukowych, podejmujących problematykę psychopatologii rozwojowej oraz tzw. kontekstualnego modelu niepełnosprawności w odniesieniu do osób z dysfunkcjami wrodzonymi, nabytymi w dzieciństwie oraz powstałymi na skutek schorzeń, urazów czy procesów degeneracyjnych;
- charakterystykę aktualnych potrzeb rozwojowych osób z uszkodzeniem oraz określenie roli instytucjonalnych oraz pozainstytucjonalnych form oddziaływań i wpływów otoczenia;
- kreowanie kontekstu przeciwdziałania dyskryminacji i stygmatyzacji osób z uszkodzeniami.

Z przedstawionego zestawienia zadań psychologa rehabilitacyjnego wynika, iż z jego pomocy mogą skorzystać osoby w różnym wieku, które:

- doświadczyły nieodwracalnej kontuzji i zmagają się z problemem adaptacji do niepełnosprawności;
- są niepełnosprawne od urodzenia i pragną w istotniejszym stopniu rozwijać swoje osobiste zasoby i adekwatnie do posiadanych kompetencji i możliwości zintensyfikować swoje relacje społeczne i zawodowe;
- poszukują adekwatnej charakterystyki swojego potencjału rozwojowego;
- są rodzicami dziecka z uszkodzeniem i zmagają się z trudem akceptacji różnic w jego rozwoju i funkcjonowaniu stosunku do większości dzieci w podobnym wieku oraz doświadczają żałoby związanej z obserwowaną odmiennością jego rozwoju w stosunku do tej, która była upragniona i oczekiwana przed jego urodzeniem.

Współpraca w zespole placówki



Psycholog rehabilitacyjny, stosownie do kontekstu i miejsca zatrudnienia oraz wynikających z tego zadań szczegółowych współpracuje ze specjalistami różnych dyscyplin wiedzy, reprezentującymi najczęściej: środowisko medyczne, placówki oświatowe lub sektor pomocy społecznej. W zakresie sformułowanych zadań zawodowych oczekuje się od niego przede wszystkim określenia potencjału rozwojowego człowieka, ujawniającego zakłócenie sprawności lub widoczną niepełnosprawność, czyli tzw. diagnozy konstatającej i prognozującej.

Ważnym aspektem pracy psychologa rehabilitacji jest współpraca przy formułowaniu celów terapeutycznych i rozwojowych, które są następnie realizowane przez zespół specjalistów w stosownie zaplanowanych cyklach terapeutycznych. Od ich precyzji i prawidłowości ich ukierunkowania i podziału zadań w zespole specjalistów zależy pośrednio efektywność procesu rehabilitacji.

Psychologowie rehabilitacji, posiadający stosowne uprawnienia, doświadczenie zawodowe i kompetencje uczestniczyć mogą w procesie neurorehabilitacji oraz prowadzić zajęcia stymulujące rozwój osób z niepełnosprawnością sensoryczną, niepełnosprawnością ruchową, zaburzeniami ze spektrum autyzmu lub z niepełnosprawnością intelektualną określonego stopnia.

Od tych specjalistów oczekuje się, że będą koordynować współpracę z rodzinami osób z niepełnosprawnością, komunikując środowisku społecznemu prognozy rozwojowe, efekty terapeutyczne oraz warunki optymalnego radzenia sobie z konsekwencjami niepełnosprawności.

Przykładem praktycznego włączania się psychologa rehabilitacyjnego w planowanie stosownych oddziaływań terapeutycznych zespołu rehabilitacyjnego jest poniższa, przykładowa charakterystyka postępowania diagnostycznego (zgodnego z ICD 10 oraz ICF, zatem zaleconego przez WHO) 7 letniej dziewczynki z rozpoznaniem medycznym autyzmu atypowego, a następnie przedstawiona propozycja zaleceń oraz celów terapeutycznych i rozwojowych.

Analiza przykładu: Dziewczynka, I. lat 7, mieszkająca w niewielkiej miejscowości w południowej Polsce

Lekarz specjalista neurologii dziecięcej i psychiatrii dzieci i młodzieży rozpoznał u dziewczynki występowanie całościowych zaburzeń rozwojowych (autyzm atypowy) (F 84.1). Stwierdzono, że z wiodącym rozpoznaniem współwystępują u dziecka deficyty uwagi. Odnotowano, że od pięciu lat dziewczynka pozostaje pod stałą opieką specjalistyczną.

Krótki opis wyników badania psychometrycznego:

Podczas badania psychologicznego I. pracowała w wolnym tempie, posługiwała się przede wszystkim prawą ręką. Dominował u niej pogodny nastrój. Zadania wykonywała metodą prób i błędów, bardzo sprawnie, ale w niektórych momentach badania jej odpowiedzi udzielane były bez głębszego namysłu. W sytuacji trudności z realizacją określonego zadania testowego pojawiały się u dziewczynki gwałtowniejsze reakcje werbalne. Nie poszukiwała ona informacji zwrotnych odnoszących się do realizowanych zadań ani także nie oczekiwała aprobaty ich wykonania. W sytuacji doświadczania trudności – szybko zniechęcała się, wymagała motywowania do kontynuacji rozwiązywania zadań.

Z przeprowadzonych badań wynika, iż rozwój poznawczy I. przebiega w sposób nieharmonijny. Badanie skalą bezsłowną (test homogeniczny) wykazało zdecydowanie niższy niż przeciętny dla wieku metrykalnego - poziom rozwoju intelektualnego dziecka. Z uwagi na zmienną motywację zadaniową dziecka trudno jednak rzetelnie ocenić uzyskany w teście psychometrycznym rezultat, co wymaga weryfikacji w przyszłych badaniach.

I. relatywnie poprawnie rozwiązała część zadań testowych, związanych z analizą i syntezą wzrokową materiału tematycznego i atematycznego, np. układanie klocków wg koloru, czy też kształtów. Nie przeprowadziła kategoryzacji przedmiotów według ich lokalizacji; ujawniła problem z prawidłowym porządkowaniem przedstawionych elementów.

Nie wykonała zadań opartych na myśleniu indukcyjnym: ustalaniu relacji pomiędzy obiektami, wykrywaniu serii, wykrywaniu cech wspólnych (np. dobieranie klocków według określonego algorytmu). Korzystniejsze rezultaty odnotowano w zadaniach, opartych na materiale atematycznym niż tematycznym, I. nie wykonała zadań weryfikujących proste operacje dotyczące materiału symbolicznego. Dziewczynce nie udało się również wykonać podtestów odnoszących się do rozumienia symboli oraz zadań angażujących pamięć bezpośrednią wzoru.

Obserwacja ustrukturyzowana zachowania dziecka:

W sferze kontaktu społecznego dziewczynka:

- *krótkotrwale nawiązuje kontakt wzrokowy lub werbalny z diagnostą;*
- *prawidłowo (adekwatnie do kryteriów dla wieku metrykalnego) reaguje na głos diagnosty, w sposób werbalny lub gestem potwierdza zrozumienie polecenia;*
- *reakcje emocjonalne dziecka w niektórych momentach badania nie są adekwatne do oczekiwanych, np. stwierdzono brak reakcji na niektóre bodźce o charakterze społecznym;*
- *adekwatnie do norm dla wieku metrykalnego poszukuje pomocy diagnosty - wykonuje w tym celu jednoznaczne gesty, potwierdzające oczekiwanie wsparcia lub werbalnie prosi o pomoc;*
- *rozumie i potrafi wykonać polecenia badającego, realizuje je i próbuje współpracować, sygnalizując przy zaistnieniu trudności, że polecenia są niejasne lub, że doświadcza trudności z ich wykonaniem;*
- *w sytuacji realizacji zadań, które nie sprawiają jej istotnych trudności, lub takich, które budzą szczególne zainteresowanie dziecka, ujawnia poważne opory w podjęciu kolejnego zadania lub rezygnacji z przedmiotu, którym aktualnie manipuluje;*
- *pozytywnie reaguje na pochwały, które – jak można zaobserwować - motywują dziecko do działania;*
- *adekwatnie reaguje na większość gestów diagnosty;*
- *realizuje proste polecenia ustne.*

Pozostałe obserwacje: Dziecko wskazuje palcem i prosi o zabawki, których otrzymania oczekuje. Mowa czynna dziewczynki jest zrozumiała. Dziecko jest wyraźnie zmotywowane do komunikacji, próbuje wyrażać swoje potrzeby (np. deklaruje, co chciałoby aktualnie robić). Występuje dzielenie wspólnego pola uwagi, kierowanie uwagą diagnosty.

Rozwój społeczno-emocjonalny i zabawy dziecka:

- *Podczas zabawy swobodnej dziewczynka mówi do siebie i śpiewa piosenkę, którą usłyszała dziś podczas podróży z rodzicami do gabinetu psychologicznego.*

- *Zabawa swobodna dziecka jest zróżnicowana: czasem bawi się samodzielnie i posługuje się przedmiotami odpowiednio do swojego wieku (np. zabawa tematyczna w karmienie lalki). Niekiedy jednak bardzo głośno i ekspresyjnie się zachowuje (niezgodnie z zasadami, panującymi na ogół w miejscach publicznych).*
- *Opisuje zdarzenia przedstawione na obrazkach i krótko charakteryzuje emocje je wywołujące, poprawnie nazywa emocje i intencje osób.*
- *Zauważa się pewną sztywność w preferencjach zabawy (dziecko bardzo często zadaje pytania o gry z pionkami, domagając się ich przyniesienia).*
- *Wymienia adaptacyjne strategie regulacji emocji.*
- *Prezentuje umiejętność podstawowego rozumienia stanów emocjonalnych innych osób („lalka jest niezadowolona, bo jej nie smakuje to, co je”).*
- *Bada otoczenie nadmiernie długo i wnikliwie (zważywszy na kryteria dla wieku metrykalnego).*
- *Dziecko używa przedmiotów prawidłowo (zgodnie z ich przeznaczeniem), jest nimi zainteresowane, ogląda je i dotyka.*
- *Dziecko wykazuje słabą motywację wewnętrzną do wykonywania zadań poznawczych.*
- *Współdziała podczas zabawy z lalką (krótkotrwale).*

Reakcje na bodźce, uwaga, motywacja:

- *Dziecko właściwie reaguje na przedmioty;*
- *Występują wyraźne przejawy nadpobudliwości psychoruchowej;*
- *Występują deficyty uwagi;*
- *Podczas konsultacji dziewczynka jest bardzo ekspresyjna i pobudzona emocjonalnie;*
- *Dziecko wykazuje niską wytrwałość (umiejętność kontynuowania aktywności, mimo przeszkód czy spadku zainteresowania zadaniem, motywacja zadaniowa, gotowość do wysiłku i pokonywania przeszkód jest relatywnie niska).*

- *Nisko kształtuje się satysfakcja z osiągnięć (zdolność do czerpania radości z wykonywanych zadań, gotowość do podejmowania wysiłku, ciekawość).*
- *Niekorzystnie rozwojowo ukształtowana jest umiejętność odraczania nagrody (gotowość do rezygnowania z natychmiastowej gratyfikacji, umiejętność samokontroli i samoregulacji zachowania, hamowanie reakcji, cierpliwość);*

W podsumowaniu obserwacji i diagnozy psychologicznej ukierunkowanej rehabilitacyjnie można uznać, iż dziecko ujawnia ograniczone i charakterystyczne dla wieku niższego metrykalnie możliwości skupienia uwagi, co znacznie utrudnia przeprowadzenie rzetelnej diagnozy przez psychologa. Wyniki badania procesów funkcjonowania poznawczego I. są zatem niejednoznaczne, gdyż w niektórych aspektach badania trudno jednoznacznie ocenić czy dziewczynka nie zna prawidłowej odpowiedzi na pytania, czy też udziela niewłaściwej odpowiedzi z uwagi na trudność z doprowadzeniem rozpoczętego działania i zadania do końca. Niewątpliwie jednak trudności w zakresie koncentracji i podtrzymania procesów uwagi wpływają niekorzystnie na funkcjonowanie dziecka w sferze poznawczej. Dziecko ujawnia ponadto wzmożony odruch orientacyjny (rozpraszają ją nawet mało intensywne bodźce). I. często popełnia błędy wynikające z braku staranności, nie zwraca uwagi na szczegóły zadania, ma trudność z systematyczną zabawą lub rozmową z innymi, ponieważ nie percepuje wszystkich, docierających do niej komunikatów. W niektórych momentach badania wydaje się, że ich nie słyszy. Dziecko ujawnia niski próg pobudzenia, co oznacza, że łatwo jest wywołać różne jej reakcje. Ekspresja emocji dziecka jest bardzo żywa. Zdolność do hamowania niepożądanych reakcji jest natomiast wyraźnie ograniczona. Zauważalna jest nadruchliwość. Równowaga procesów nerwowych I. jest zaburzona (pobudzenie „dominuje” nad hamowaniem, występuje też częściej). Ruchliwość procesów nerwowych jest nieprawidłowa (występuje w tym aspekcie duża zmienność).

W tych okolicznościach realizacji diagnozy psychometrycznej, nawiązującej do ICF, bardzo cenne jest pozyskanie przez psychologa informacji o funkcjonowaniu dziecka w środowisku pozaeksperymentalnym (pozagabinetowym), np. w warunkach przedszkola, czy też szkoły.

Z wywiadu przeprowadzonego z zespołem nauczycieli dziewczynki wynika, iż I. wymaga znacznego wsparcia w zakresie rozwijania umiejętności społecznych, komunikacyjnych, wzorców zachowania. Zauważono wyraźną potrzebę stymulowania w obszarze poznawczym, ze szczególnym wskazaniem na rozwój myślenia logicznego dziecka. Nauczyciele zauważają, ujawniające się w rozwoju dziewczynki, trudności w obszarze

rozwoju poznawczego i emocjonalnego, związane z umiejętnością rozumienia własnych stanów emocjonalnych, jak również emocji innych osób. Implikacje zaburzeń ujawnianych przez I. w tej sferze wpływają na relacje interpersonalne dziewczynki w grupie rówieśniczej – jest raczej dzieckiem odrzucanym i izolowanym w grupie społecznej.

Psycholog diagnozujący, co ważne w perspektywie diagnozy dla potrzeb rehabilitacji, pozyskał również informacje o działaniach podjętych przez nauczycieli w celu poprawy funkcjonowania dziewczynki: potwierdzono, iż I. została objęta, przewidzianą w przepisach prawa oświatowego, pomocą psychologiczno- pedagogiczną. Opracowano dla niej Indywidualny Program Edukacyjno- Terapeutyczny. Roczne przygotowanie przedszkolne dziewczynka realizowała w grupie integracyjnej, gdzie na co dzień korzystała ze wsparcia nauczyciela wspomagającego. Rodzice mieli możliwość spontanicznego korzystania z porad i konsultacji ze wszystkimi specjalistami, zatrudnionymi w przedszkolu i poradni. W ramach wymienionej pomocy I. udzielano pomocy w ramach rewalidacji, terapii psychologicznej, logopedycznej, treningu umiejętności społecznych.

Następnie, formułując rezultaty diagnozy konstatającej psycholog podsumował efekty podjętych działań i udzielonej pomocy:

U I. zauważalna jest poprawa w zakresie koncentracji uwagi na wykonywanym zadaniu (wydłużony czas), umiejętności społecznych, kompetencji związanych z inicjowaniem zabawy, współdziałaniem w grupie, wchodzeniem w wybrane role społeczne. Dziecko wykazuje też duże zainteresowanie literami i aktywnościami związanymi z analizą i syntezą głoskową wyrazu. Ujawnia zauważalne zdolności muzyczne i charakteryzuje się wyjątkowym poczuciem rytmu. Wobec przedstawionych okoliczności rozpoznania medycznego (autyzm atypowy) oraz charakterystyki funkcjonowania dziewczynki w warunkach eksperymentalnych (badanie psychometryczne) oraz w środowisku wychowawczym w zespole rehabilitacyjnym uznano, iż w celu dalszego stymulowania rozwoju dziecka niezbędne jest kontynuowanie zainicjowanych oddziaływań terapeutycznych oraz wzbogacenie ich o elementy, rozwijające zwłaszcza kompetencje emocjonalno – społeczne oraz werbalne dziecka.

Uwzględniając sytuację dziecka, wyniki badania psychologicznego oraz przewidziane m.in. w prawie oświatowym możliwości terapii, przedstawiono następujące zalecenia:

- kształcenie specjalne realizowane z uwagi na autyzm, w szkole ogólnodostępnej, lub w szkole ogólnodostępnej z oddziałami integracyjnymi lub specjalnymi z jednoczesną realizacją oddziaływań rewalidacyjnych (tak określana jest w prawie oświatowym rehabilitacja dedykowana dziecku z niepełnosprawnością, prowadzona w środowisku pedagogicznym);

- realizację zajęć terapii logopedycznej/neurologopedycznej, zajęć terapii psychologicznej i/ lub pedagogicznej w ramach zespołu rehabilitacyjnego/rewalidacyjnego oraz dodatkowej pomocy udzielanej w szkole (zajęcia korekcyjno - kompensacyjne, zajęcia dydaktyczno - wychowawcze);

- dostosowanie form i metod pracy pedagogicznej do indywidualnych możliwości i umiejętności dziecka;

- przedstawienie ramowego planu dnia (struktury codziennych zadań I.), zwizualizowanie zrehabilitowanego planu, codzienne przypominanie, jakie czynności będą następowały po sobie. W sytuacjach trudnych psycholog rehabilitacyjny zalecił powracanie do schematycznego planu, przypominanie dziecku o kolejności zaplanowanych zajęć;

- uporządkowanie przestrzeni fizycznej dziecka – opisanie (zilustrowanie obrazkami), pudełek z przedmiotami/ zabawkami, posegregowanie pomocy (każdy rodzaj przedmiotów powinien zostać umieszczony w odrębnym pudełku);

- utworzenie kącika relaksacyjnego (miejsca wyciszenia), w którym dziecko będzie mogło w razie potrzeby uspokoić się oraz odizolować od nadmiaru otaczających je bodźców;

Zalecono, by w procesie terapii opierać się w istotniejszym stopniu na mocnych stronach dziewczynki, czyli przede wszystkim na: ujawnianej sprawności motorycznej, funkcjonalności mowy czynnej dziecka, dużej motywacji I. do komunikowania się z innymi osobami, występowaniu symptomów kontaktu emocjonalnego z osobami z otoczenia społecznego.

Zalecenia zespołu rehabilitacyjnego, koordynowanego przez psychologa obejmują również sugestię:

- stałej współpracy nauczycieli i terapeutów dziecka z jego rodzicami, regularnego informowania o postępach rozwojowych dziewczynki i sytuacjach trudnych, których doświadcza, konieczności tworzenia planów codziennego działania dziecka;

- udzielania stałego wsparcia rodzicom przez terapeutów I.: emocjonalnego, jak również instrumentalnego (na przykład w formie cyklicznej prezentacji zestawów konkretnych ćwiczeń, proponowanych do pracy z dzieckiem w domu).

W związku z całościowym zaburzeniem rozwoju dziecka (w postaci zdiagnozowanego medycznie autyzmu atypowego), przejawiającym się u opisywanego dziecka m.in. zaburzeniami komunikacji opartej na wymianie, manifestacją zachowań niezgodnych z ogólnie przyjętymi normami rozwojowymi, występowaniem objawów nadpobudliwości i deficytów uwagi podkreślono, iż I. w oddziale ogólnodostępnym wymaga obecności pomocy nauczyciela lub wsparcia nauczyciela - specjalisty, wspomagającego dziecko w zakresie: umiejętności radzenia sobie w sytuacji zadaniowej, wzbudzania motywacji do wykonywania czynności poznawczych oraz kształtowania umiejętności współpracy w trakcie zajęć dydaktyczno-wychowawczych. Psycholog, uwzględniając rezultaty diagnozy funkcjonalnej I. wskazał ponadto, iż:

- podczas zajęć edukacyjnych niezbędne jest wizualizowanie omawianych treści (modele, rekwizyty, obrazki itp.);

- nagradzanie dziecka za czynione postępy edukacyjne (nawet te, które są mało istotne) metodami behawioralnymi np. tablica punktowa, tablica nagród;

Zalecono także kontynuację dynamicznej diagnozy dziecka w celu bardziej precyzyjnego określenia funkcjonowania I. w poszczególnych sferach rozwojowych, w szczególności ponowienie diagnozy funkcjonowania poznawczego (np. za ok.).

Sformułowano także najistotniejsze cele rozwojowe i terapeutyczne. Wskazano, iż należy położyć szczególny nacisk na stymulację społeczno- emocjonalnej sfery rozwoju, w tym umiejętności współpracy z osobami dorosłymi oraz z rówieśnikami, wymiany komunikacyjnej, tworzenia więzi emocjonalnych z innymi, wzbudzania motywacji do wykonywania zadań i motywacji osiągnięć, tworzenia syntonii emocjonalnej, modulowania zachowania w zależności od kontekstu społecznego, wykorzystywania kontaktu wzrokowego, gestów i wyrazów twarzy do regulowania interakcji społecznych, odzwierciedlania społeczno- emocjonalnego.

Za istotny cel rozwojowy przyjęto:

- ogólne uprawnianie psychomotoryczne dziecka, motoryki małej i dużej, koordynacji wzrokowo- ruchowej;

- stymulację ogólnorozwojową, zwłaszcza w aspekcie umiejętności poznawczych, spostrzegania zmysłowego, uwagi, pamięci, myślenia, rozwoju zabawy.

W terapii (cele terapeutyczne) - poza koniecznymi działaniami dyrektywnymi – uznano, iż warto wykorzystać spontaniczną aktywność dziecka, podążać za potrzebami rozwojowymi dziecka, przekształcać jego aktywność w działania ukierunkowane.

Celem terapeutycznym określono również:

- wydłużenie czasu koncentracji uwagi dziecka na zadaniu poprzez zastosowanie elementów metod behawioralnych (tablica punktowa, wizualizowanie aktywności, tworzenie planów działania);

- uczenie stosowania wiedzy poprzez jej wizualizowanie, utrwalanie w kolejnych dniach po konkretnych zajęciach;

- pomoc w nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami poprzez indywidualne wsparcie w czasie zabawy swobodnej prowadzonej w grupie, tworzenie relacji diadycznej I. z pojedynczym dzieckiem, a następnie relacji w grupach trzy- i czteroosobowych, w których dziewczynka będzie mogła swobodnie i bez lęku wchodzić w interakcje;

Uznano, że słusznym jest, by podczas zajęć indywidualnych terapeuci przedstawiali i omawiali różne sytuacje społeczne i możliwe sposoby zachowania się dziecka, by przedstawiali i omawiali zasady jego zachowania się w różnych miejscach.

Ważnym w aspekcie podejścia zgodnego z ICF jest wzmacnianie aktywności i uczestnictwa dziecka w życiu najbliższego środowiska społecznego, poprzez każdorazowe próby włączenia dziewczynki do grupy rówieśniczej podczas uroczystości, wycieczek, imprez organizowanych w szkole. Włączanie takie powinno odbywać się przy indywidualnym wsparciu wykwalifikowanej pomocy nauczyciela lub nauczyciela wspomagającego lub nauczyciela specjalisty, w ilości czasu akceptowanej przez dziecko, przy wcześniejszym wyjaśnieniu i zwizualizowaniu antycypowanej aktywności. Zastrzeżono, że dziecko powinno mieć możliwość chwilowego odizolowania się od grupy w nowych dla niego sytuacjach, gdyby okazały się zbyt obciążające.

Diagnoza funkcjonalna koordynowana przez psychologa rehabilitacji doprowadziła w analizowanym przypadku do sformułowania również innych, ważnych zaleceń i zastrzeżeń, ułatwiających adaptację dziecka z autyzmem do warunków, w których stanie ono przed

koniecznością współpracy zadaniowej oraz nawiązania relacji z innymi osobami. Zalecono zatem:

- dostosowanie form i metod pracy oraz narzędzi dydaktycznych do indywidualnych potrzeb rozwojowych dziecka, wynikających ze specyfiki niepełnosprawności, w tym w szczególności: umożliwianie zaspokajania wzmożonej potrzeby ruchu i aktywności w sposób konstruktywny, celowy i w warunkach zapewniających bezpieczeństwo dziecku i innym osobom (odrębne pomieszczenie lub specjalne miejsce w sali);

- strukturalizację czasu, przestrzeni, działania i osób. W tym celu można zastosować graficzne plany dnia, zawierające opisy kolejnych zaplanowanych w ciągu dnia czynności.

- dbanie o to, żeby przestrzeń, w której I. się bawi i uczy było uporządkowana. Z dzieckiem powinny pracować niemal zawsze te same osoby;

- psychoedukację rodziców w zakresie postępowania z dzieckiem z autyzmem, zachowania w sytuacji występowania zachowań trudnych, udzielanie wskazówek mających na celu poprawę kontaktu i syntonii emocjonalnej z dzieckiem, pomoc w aranżacji przestrzeni domowej dziecka (wskazówki, może być to pomoc udzielona werbalnie), udzielanie instruktarzu dotyczącego realizacji konkretnych ćwiczeń/zadań z dzieckiem w domu.

Warto wymienić sposoby realizacji przedstawionych celów. Są nimi na przykład:

- trening umiejętności społecznych;*
- zajęcia higieniczno-porządkowe;*
- elementy metody TEACCH;*
- elementy metod poznawczo-behawioralnych (szczególnie w zakresie motywowania, koncentracji uwagi);*
- elementy muzykoterapii z zastosowaniem instrumentarium Carla Orffa;*
- elementy metody M. Montessori;*
- elementy metody zabawy niedyrektywnej V. Axline;*
- pracę w oparciu o plan, wizualizowanie aktywności.*

Przedstawiony opis przypadku siedmioletniej dziewczynki z rozpoznaniem autyzmu atypowego odzwierciedla zasadnicze ramy i założenia diagnozy funkcjonalnej, realizowanej dla potrzeb środowiska edukacyjnego, w którym dziecko korzysta ze wsparcia rehabilitacyjnego, przewidzianego w przepisach prawa oświatowego. Szczegółowość zaleceń umożliwia przygotowanie planu rehabilitacyjnego/planu rewalidacji, który następnie po okresie około pół roku powinien zostać poddany ewaluacji.

Problemy etyczne i sposoby ich rozwiązywania

Problemy etyczne związane z aktywnością zawodową psychologów rehabilitacyjnych dotyczą najczęściej następujących obszarów: nawiązania relacji diagnostycznej i przeprowadzenia badania psychologicznego w warunkach różniących się od spotykanych w odniesieniu do populacji osób zdrowych, zarówno w aspekcie przyjętej i stosowanej procedury, jak też doboru narzędzi badawczych, adekwatnych do stwierdzonego u badanej osoby uszkodzenia; kwestii związanych z opiniowaniem i orzecznictwem dla potrzeb różnych instytucji; udzielania pomocy psychologicznej (w tym prowadzenia psychoterapii) oraz planowania i realizacji badań naukowych, uwzględniających odmiennosć funkcjonowania osób z niepełnosprawnością.

Wymienione obszary potencjalnych trudności etycznych sprowadzają się do czynnika nadrzędnego, jakim są jego kompetencje zawodowe i kwalifikacje psychologa (por. Brzezińska, Appelt, 2000).

I tak, na przykład, psycholog podejmujący się badania osoby słabosłyszącej lub niesłyszącej powinien przestrzegać wymagań metodologicznych, dotyczących diagnozy psychologicznej tej grupy osób.

Sprowadzają się one do następujących konstatacji:

1. w ocenie rozwoju intelektualnego oraz zdolności poznawczych osób głuchych i słabosłyszących należy posługiwać się metodami niewerbalnymi (por. Braden, 2001);
2. jeśli to okaże się konieczne i potrzebne - w procedurze badawczej należy zadbać o przekazywanie instrukcji testowych i formułowanie zadań w języku migowym, a w każdych okolicznościach należy weryfikować rozumienie treści poleceń (por. Maller, Braden, 2011);

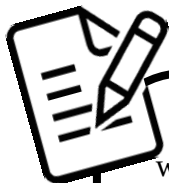
3. badając osoby niesłyszące należy mieć świadomość złożoności grupy osób głuchych i odmienności sytuacji rozwojowej dzieci głuchych rodziców słyszących oraz dzieci głuchych rodziców niesłyszących (Tomaszewski, 2014).

Przestrzeganie powyższych zasad, a także wiedza o tym, iż osoby niesłyszące, charakteryzując siebie współcześnie w kategoriach mniejszości kulturowej *Głuchych* oczekują, by nie określać ich mianem osób niepełnosprawnych pozwoli psychologowi uniknąć błędów diagnostycznych oraz trudności w relacji diagnostycznej o poważnych konotacjach.

W analizowanym kontekście warto podkreślić, iż uznani badacze (np. Spencer, Marschark, 2010; Tomaszewski, 2014) podkreślają różnice indywidualne pomiędzy osobami słyszącymi i głuchymi w aspekcie rozwoju i ujawniania się procesów poznawczych, nie koncentrują się natomiast na perspektywie analizowania istotnych deficytów. Znajduje to zastosowanie w praktyce terapeutycznej i konkluzjach, iż dzieci głuche wymagają odmiennego modelu kształcenia niż dzieci słyszące, ponieważ w odmienny sposób rozwiązują zadania poznawcze oraz preferują różne do standardowych środki komunikacji i styl dydaktyczny (Marschark, Wauters, 2011; Domagała-Zyśk, 2016).

Kolejną kwestią, ważną w aspekcie etyki zawodowej psychologa rehabilitacji, jest zastrzeżenie, iż w procesie opiniowania i orzecznictwa należy wystrzegać się posługiwania terminologią o jednoznacznie pejoratywnym znaczeniu, lub takiej, która może stygmatyzować, np.: *infantylny, niedojrzały, upośledzony, zaburzony*. Cenną pomocą, umożliwiającą uniknięcie podobnych błędów jest treść Kodeksu Etycznego Zawodu Psychologa, zwłaszcza zaś wstęp do tego dokumentu oraz Art. 3 wspomnianego kodeksu (por. Staniszevska, 2000; Bidzan i in., 2013).

Przygotowanie psychologa do pracy w placówce



Jak wspomniano, psychologowie rehabilitacji podejmują pracę, zarówno w środowisku oświatowym, gdzie do najistotniejszych ich zadań należy realizacja diagnozy oraz podjęcie współpracy w procesie usprawniania funkcjonowania dzieci i młodzieży z różnego rodzaju niepełnosprawnością: intelektualną, sensoryczną (uszkodzenie narządu wzroku lub słuchu), zaburzeniami ze spektrum autyzmu, niepełnosprawnością ruchową, afazją rozwojową lub niepełnosprawnością sprzężoną oraz w placówkach służby zdrowia i pomocy społecznej.

W instytucjach resortu oświaty wymaganiem koniecznym do zatrudnienia psychologa jest ukończenie studiów psychologicznych oraz uzyskanie przygotowania pedagogicznego, a także dodatkowych kwalifikacji do pracy z dziećmi i młodzieżą z określonym rodzajem niepełnosprawności. Kwestie wymagań kwalifikacyjnych reguluje stosowne rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej (w czasie redakcji niniejszego rozdziału jest to Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 sierpnia 2017 r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli (Dz.U. 2017 poz. 1575 ze zmianami).

Psychologowie rehabilitacji zainteresowani pracą w sektorze służby zdrowia i pomocy społecznej podlegają odrębnym przepisom i wymaganiom kwalifikacyjnym. Zasadniczo reguluje je Art. 15 Ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym (Dz. U. z 2001 r. Nr 73, poz. 763) z uszczegółowieniami przygotowanymi przez ministrów właściwych resortów.

W każdym z wymienionych miejsc zatrudnienia od psychologa rehabilitacyjnego wymaga się często dodatkowych uprawnień, związanych np. ze sprawnością posługiwania się językiem migowym, kompetencji w zakresie stosowania określonych technik terapeutycznych (np. umiejętności prowadzenia treningu umiejętności społecznych wobec osób z ASD, ukończenia szkolenia w zakresie stosowania terapii behawioralno- poznawczej, czy też całościowego kursu psychoterapii).

Ponadto odrębnym i bardzo istotnym warunkiem pomyślnego rozwoju zawodowego jest autorefleksja odnosząca się do własnej pracy oraz systematyczna lektura aktualnych publikacji naukowych z zakresu obszaru aktywności zawodowej i specjalizacji zawodowej psychologa.

Podsumowanie

Współczesna psychologia rehabilitacji analizuje zagadnienie niepełnosprawności człowieka, przyjmując w opisie zmian w jego funkcjonowaniu m.in. perspektywę rozwojową oraz charakteryzując zakresy, w których w modyfikacji rozwoju współwystępują czynniki biologiczne (np. wada/uszkodzenie) ze zmiennymi społecznymi (niepełnosprawność, stygmatyzacja, wykluczenie itp.). Są to one traktowane w psychologii jako nauce empirycznej jako zmienne niezależne, które inicjują i/lub podtrzymują zmiany rozwojowe (Brzezińska, Trempała, 2007).

Implikują one ponadto dwa obszary zaistnienia odmienności perspektyw manifestacji zmian rozwojowych. Pierwszym jest biologicznie determinowana reaktywność organizmu, drugim - aktywność własna człowieka. Dlatego też badania zmian rozwojowych, podejmowane w paradygmacie mechanistycznym koncentrują się na opisie przyczyn zmian (pod uwagę bierze się w tym aspekcie np. „zdarzenia życiowe”), natomiast badania zaliczane do nurtu organizmicznego skupiają się na precyzyjnym opisie, analizie i wyjaśnianiu kontekstualnych cech rozwoju osoby z niepełnosprawnością, czyli: „sekwencji całościowych zmian w strukturze psychicznej i ich funkcjonowaniu (...)” (Brzezińska, Trempała, 2007, s. 278).

Spostrzeżenia te nawiązują również do konstatacji Marii Przetacznik-Gierowskiej (2009), która przyjmuje, iż zmiany psychologiczne i behawioralne, wynikające z niepełnosprawności wrodzonej lub nabytej mają charakter ontogenetyczny (Przetacznik-Gierowska, 2000, s. 63), co jest ważną inspiracją dla praktyki psychologów rehabilitacyjnych, zwłaszcza tych specjalistów, którzy pracują z osobami z niepełnosprawnością w dłuższej jednostce czasu, obserwując ujawniające się zmiany rozwojowe. Oznacza to bowiem, iż zmiany pojawiają się „w toku i cyklu indywidualnego życia” i można je przedstawiać oraz interpretować w kategoriach: ilościowych, jakościowych, progresywnych (postępujących) i regresywnych. Mogą one mieć również charakter kumulatywny i być charakteryzowane poprzez różne, szczegółowo operacjonalizowane w psychologii terminy, np.: uczenie się, dojrzewanie czy socjalizację.

Przydatną dla psychologów rehabilitacyjnych jest również w tym kontekście koncepcja zmian wieloczynnikowych Jeana Piageta (2006), wyróżniającego cztery grupy czynników: biologiczne (dziedziczenie i dojrzewanie), uczenie się (doświadczenie),

środowisko (społeczne i wychowawcze) oraz równoważenie (rozumiane jako aktywna samoregulacja).

Stanisław Kowalik (2000) proponuje rozumienie rehabilitacji w szerokiej perspektywie - jako udzielanie wieloaspektowego wsparcia w rozwiązywaniu problemów życiowych, implikowanych wprost lub pośrednio przez niepełnosprawność. W praktyce psychologicznej sprowadza się to najpierw do możliwie precyzyjnego zdefiniowania kontekstu sytuacji problemowych i określenia potencjalnych problemów życiowych osoby, które wynikają z niepełnosprawności (Kowalik, 2000, s. 811-816), następnie zaś do zaplanowania oraz podjęcia skutecznej, zespołowej interwencji terapeutycznej.

Pytania sprawdzające:

1. Scharakteryzuj zasadnicze aspekty diagnozy funkcjonalnej osoby z niepełnosprawnością.
2. Podaj przykłady celów rozwojowych i terapeutycznych, które mogą okazać się przydatne w planowaniu oddziaływań rehabilitacyjnych wobec dziecka z rozpoznanym autyzmem atypowym.
3. Wskaż podstawowe zadania psychologa rehabilitacji, podejmowane w różnych instytucjach, świadczących pomoc osobom z niepełnosprawnością.
4. Przedstaw krótko związki psychologii rehabilitacji z innymi subdyscyplinami psychologii

Literatura polecana:

Gałkowski, T., Pisula, E. (red.) (2006). Psychologia rehabilitacyjna. Wybrane zagadnienia. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Sikorska, I., Gerc, K., & Pawłowski, L. (2017). (red.), Sportowcy z niepełnosprawnością: aspekty psychologiczne i społeczne. Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM.

Kowalik, S. (2018). Stosowana psychologia rehabilitacji. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.

Literatura cytowana:

Bieleninik, Ł. (2016). Wczesna interwencja wobec dziecka z grupy ryzyka i jego rodziny na oddziale noworodkowym i niemowlęcym. W: Kaczorowska-Bray, K., Milewski S. (red.).

Wczesna interwencja logopedyczna. Seria Logopedia XXI Wieku (s. 676 – 702). Gdańsk, Harmonia.

Bidzan, M., Bieleninik, Ł. Bogucka, D., & Szulman-Wardal, A. (2013). Problemy etyczne w naukach o zdrowiu na przykładzie psychologii klinicznej i psychologii rehabilitacji. *Polskie Forum Psychologiczne*, 18(3): 363-374.

Braden, J.P. (2001). The clinical assessment of deaf people's cognitive abilities. W: M.D. Clark, M. Marschark, M. Karchmer (ed.s), *Context, cognition, and deafness* (p. 14-37). Washington, D.C: Gallaudet University Press.

Brzezińska, A., Appelt, K. (2000). Tożsamość zawodowa psychologa. W: J. Brzeziński, M. Toeplitz-Winiewska (red.), *Etyczne dylematy psychologii* (s. 13-44). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Brzezińska, A., Trempała, J. (2007). Wprowadzenie do psychologii rozwoju. W: J. Strelau (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 1 (s. 229–283). Gdańsk: GWP.

Domagała-Zyśk, E. (2016). Napisy jako forma wspierania edukacji i funkcjonowania społecznego osób niesłyszących i słabosłyszących. W: W. Otrębski, K. Maryniarczyk (red.), *Przepis na rehabilitację. Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością* (s. 41–53). Gdańsk: Harmonia Universalis.

Gerc, K. (2018). Self-Image and Body Image Characteristics in Blind People: an Empirical Study. In T. Ostrowski, B. Piasecka, & K. Gerc (Eds.), *Resilience and health: challenges for an individual, family and community* (pp. 107–123). Kraków: Jagiellonian University Press.

ICF (2001, 2009). Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. Genewa: WHO; Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Karwat, I., D., Skwarcz, A. (2000), Rehabilitacja medyczna – jej cele, założenia i znaczenie praktyczne. *Postępy Nauk Medycznych* 3: 61-69.

Konarska J. (2013). Formy wsparcia rehabilitacji osób z niesprawnością wzrokową [w:] B. Grochmal-Bach, M. Alberska, A. Grzebinoga (red.). *Wspomaganie funkcjonowania psychospołecznego osób z niepełnosprawnością* (s. 47 – 72). Kraków: Wydawnictwo WAM.

Kowalik, S. (2000). Psychologiczne podstawy niepełnosprawności i rehabilitacji.

W: J. Strelau (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 3 (s. 797-820). Gdańsk: GWP.

Kowalik, S. (2007). *Psychologia rehabilitacji*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.

Kowalik, S. (2018). *Stosowana psychologia rehabilitacji*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.

Maller, S. J., Braden, J. P. (2011). Intellectual assessment of deaf people: A critical review of core concepts and issues, [w:] Marschark M., Spencer P. E. (red.), *The Oxford Handbook of Deaf Studies, Language and Education, Volume 1* (2 ed.) (p. 473–485). New York: Oxford University Press.

Marschark, M., Wauters, L. (2011). Cognitive functioning in deaf adults and children. W: M. Marschark, P.E. Spencer (eds.), *The Oxford Handbook of Deaf Studies, Language, and Education*, Volume 1 (2 ed.) (pp. 487- 499). New York: Oxford University Press.

Ossowski, R. (1999). *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej.

Pal, W., Gerc, K. (2017). Audiodeskrypcja jako forma udziału osób z uszkodzeniem narządu wzroku w wydarzeniach sportowych. In I. Sikorska, K. Gerc, L. Pawłowski (red.), „Sportowcy z niepełnosprawnością: aspekty psychologiczne i społeczne” (pp. 51–68). Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM.

Piaget, J. (2006). *Studia z psychologii dziecka*. Warszawa: PWN.

Przetacznik-Gierowska, M. (2000). Zasady i prawidłowości psychicznego rozwoju człowieka. W: M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa (red.). *Psychologia rozwoju człowieka*. T. 1 (s. 57-101). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Spencer, P., E., Marschark, M. (2010). *Evidence-based practice in educating deaf and hard of hearing students*, New York: Oxford University Press,.

Staniszewska, J. (2000). Kodeks zawodowy – konieczność czy absurd? [w:] J. Brzeziński, M. Toeplitz-Winiewska (red.), *Etyczne dylematy psychologii* (s. 45-94)., Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Stucki, G., Cieza, A., Melvin, J. (2007). The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(1): 279-285.

Świtaj P. (2010). Piętno społeczne związane z chorobą i niepełnosprawnością – typy, wymiary, geneza, funkcje, [w:] Zasępa E. (red.). *Choroba, niepełnosprawność cierpienie oraz postawy wobec nich – w teorii i w badaniach*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, s. 313–342.

Thomas K.R., Chan F. (2000). On becoming a rehabilitation psychologist: many roads lead to Rome. *Rehabilitation Psychology*, Vol. 45, s. 65–73.

Thomas D.F., Rosenthal D. (2004). An introduction to international perspectives in rehabilitation psychology research, *Rehabilitation Psychology*, Vol. 49, s. 3–4.

Tomaszewski, P. (2014). Funkcjonowanie poznawcze i językowe u dzieci głuchych. W: M. Sak (red.) *Edukacja głuchych* (s. 17-34). Warszawa: Wyd. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.

Wilmowska-Pietruszyńska, A., Bilski, D. (2013). Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 2 (7), 5–20.

World Health Organization. (2011). *World report on disability*. Genewa: WHO.

Psycholog w pracy z dzieckiem i adolescentem

Praca psychologa z dzieckiem i adolescentem ma swoją specyfikę i określone wymogi. Uwaga psychologa dotyczyć powinna specyfiki kontaktu z osobą w wieku rozwojowym, swoistości procesu diagnostycznego oraz postawy własnej wobec dzieciństwa i osoby w tym okresie.

Placówka zatrudniająca psychologa

Psycholog zainteresowany pracą z dziećmi i młodzieżą może znaleźć pracę w instytucjach edukacyjnych i medycznych, których podopiecznymi są osoby w wieku rozwojowym. Są to przede wszystkim następujące miejsca:

Tabela 1. Miejsca pracy psychologa dziecięcego

	Psycholog w edukacji	Psycholog w ochronie zdrowia
Miejsce zatrudnienia	Przedszkole (publiczne, prywatne) • Samorządowe lub prywatne z oddziałami standardowymi • Specjalne dla dzieci z niepełnosprawnością Szkoła (podstawowa, średnia) • Publiczna, niepubliczna standardowa • Publiczna z oddziałami integracyjnymi • Publiczna specjalna dla dzieci z niepełnosprawnością Dla dzieci uzdolnionych-muzyczna, plastyczna, sportowa	Żłobek Specjalistyczna psychodnia, ambulatorium (np. rehabilitacyjne) Szpital dziecięcy (różnorodne oddziały)

	Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna	
Wymagane przygotowanie	Studia akademickie Kurs pedagogiczny	Studia akademickie
Droga awansu	Stopnie awansu zawodowego analogiczne do drogi awansu nauczyciela: • Nauczyciel stażysta • Nauczyciel kontraktowy • Nauczyciel mianowany • Nauczyciel dyplomowany	Specjalizacja zawodowa- psycholog kliniczny

Rola psychologa w placówce

Psycholog zatrudniany jest w żłobku jako specjalista od znajomości przebiegu rozwoju oraz działań wychowawczych w okresie wczesnego dzieciństwa (0- 3 r.ż.). Zadania i formy pracy żłobka określa Ministerstwo Pracy, Rodziny i Polityki Społecznej, definiując go jako formę opieki nad małymi dziećmi, której celem jest pomoc rodzicom w godzeniu pracy zawodowej z obowiązkami opiekuńczymi. Instytucja ta ma wspierać rodziców w opiece i wychowaniu dzieci, ale przede wszystkim zapewniać dziecku możliwość uczenia się poprzez zabawę. Żłobek powinien stworzyć dzieciom opiekę w warunkach jak najbardziej zbliżonych do domowych, a więc ma w nim być bezpiecznie i przytulnie. Dzięki temu dziecko może czuć się komfortowo, a odpowiednio przygotowana kadra pomoże mu się rozwijać - zdobywa nowe umiejętności społeczne, takie jak praca w grupie, nawiązywanie relacji z innymi dziećmi, ale także uczy się samodzielnej zabawy.

RAMKA 1: Zadania psychologa w żłobku



Psycholog w żłobku obejmuje opieką psychologiczno-wychowawczą dzieci poprzez:

- otaczanie szczególną opieką dzieci w okresie adaptacji;
- obserwacje psychologiczne mające na celu wytypowanie dzieci wymagających wczesnej interwencji i pomocy specjalistycznej;
- dobór właściwych form i metod wychowawczych;
- podejmowanie działań profilaktycznych wspomagających rozwój dziecka;
- prowadzenie zajęć grupowych dla wszystkich dzieci;
- prowadzenie zajęć dla dzieci z dysfunkcjami rozwojowymi i problemami emocjonalnymi;
- prowadzenie zajęć rozwijających motorykę małą, mowę, kontakt społeczny, procesy poznawcze (myślenie, zapamiętywanie, spostrzeganie, rozumienie);
- prowadzenie konsultacji indywidualnych dla rodziców oraz poradnictwa psychologicznego i wychowawczego z zakresu opieki nad małym dzieckiem, rozwoju dziecka oraz problemów wychowawczych;
- prowadzenie konsultacji indywidualnych dla opiekunów i wychowawców.

Centrum Rozwoju Dziecka, Berek, Wrocław,

<http://www.berek.pl/rola-psychologa-w-zlobku>

Psycholog pracujący w przedszkolu podlega regulacjom Ministerstwa Edukacji Narodowej. Jego zadania wiążą się ze wczesnym rozpoznawaniem oraz wyrównywaniem zakłóceń lub opóźnień rozwojowych, wspieraniem nauczycieli, psychoedukacją rodziców dzieci.

RAMKA 2: Zadania psychologa w przedszkolu



1. Działania diagnostyczne: rozpoznanie indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych uczniów. Chodzi o to, aby znaleźć mocne strony dziecka, jego zainteresowania oraz uzdolnienia, ale także znaleźć przyczyny niepowodzeń edukacyjnych lub trudności w funkcjonowaniu, które zakłócają jego uczestnictwo w życiu przedszkola.

Piotruś (lat 5, najstarsza grupa w przedszkolu) niechętnie uczestniczy w zajęciach dydaktycznych, łatwo się dekoncentruje, ma niską motywację do pracy, potrzebuje pomocy nauczyciela przy wykonywaniu zadań.

2. Diagnozowanie sytuacji wychowawczych w placówce, po to by rozwiązać istniejące problemy wychowawcze, które utrudniają aktywne i pełne uczestnictwo dziecka w życiu przedszkola.

Ola (4 lata) często sprzeciwia się poleceniom nauczyciela, przez co w ramach kary od-
suwana jest od codziennych aktywności i nie korzysta z wielu zajęć i zabaw.

3. Udzielanie uczniom pomocy psychologiczno-pedagogicznej w formach odpowied-
nich do rozpoznanych potrzeb.

Piotruś- przeprowadzenie prób diagnostycznych określających funkcjonowanie chłopca
w poszczególnych sferach poznawczych i organizacja dodatkowych, indywidualnych
zajęć wyrównawczych.

Ola- Rozmowa z rodzicem na temat funkcjonowania Oli w domu w kontekście prze-
strzegania zasad i konsekwencji w wychowaniu, zaproponowanie wychowawcy sposo-
bów motywowania dziecka, zasad konsekwentnego postępowania.

4. Działania z zakresu profilaktyki uzależnień i innych problemów dzieci.

Podczas zajęć grupowych podejmowane są tematy form aktywnego spędzania wolnego
czasu, asertywności, rozwijane jest pozytywne myślenie na temat własnej osoby.

5. Minimalizowanie skutków zaburzeń rozwojowych, zapobieganie zaburzeniom
zachowania oraz inicjowanie różnych form pomocy w środowisku przedszkol-
nym.

Organizacja indywidualnych zajęć dla dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi,
uczenie dzieci akceptowanych społecznie form postępowania, reguł życia społecznego,
kierowanie rodziców do specjalistycznych placówek, poradni.

6. Inicjowanie i prowadzenie działań mediacyjnych i interwencyjnych w sytuacjach
kryzysowych.

Organizacja spotkań dla w sytuacji konfliktu między rodzicem a nauczycielem.

7. Pomoc rodzicom i nauczycielom w rozpoznawaniu i rozwijaniu indywidualnych
możliwości, predyspozycji i uzdolnień uczniów.

Przygotowywanie dodatkowych zadań dla dziecka wykazującego uzdolnienia matema-
tyczne, wskazanie rodzicom propozycji dodatkowych zajęć poza placówką.

8. Wspieranie nauczycieli i specjalistów w rozpoznawaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych uczniów oraz udzielaniu pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Rozmowy z rodzicami dzieci, które potrzebują diagnozy w poradni psychologiczno-pedagogicznej, przeprowadzanie działań diagnostycznych w przypadku dzieci, u których nauczyciel dostrzega trudności edukacyjne, organizacja zajęć indywidualnych i grupowych w porozumieniu z nauczycielem i w oparciu o jego spostrzeżenia

Źródło: ROZPORZĄDZENIE MINISTRA EDUKACJI NARODOWEJ z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach Dz.U.2017 Poz. 1591

<https://psychologiprzed szkole.pl>

Psycholog w obszarze edukacji zatrudniany jest w zależności od liczebności uczniów szkoły. Regulacje prawne pozwalają na zatrudnienie psychologa z całym etacie (22 godz. tygodniowo), gdy szkoła posiada większą ilość uczniów lub w wymiarze pół etatu (10 godz. tygodniowo) przy mniejszej liczebności. W szkole psycholog współpracuje ściśle z pedagogiem szkolnym, którego zadania różnią się i obejmują głównie działania opiekuńcze (np. wsparcie dla dzieci z ubogich rodzin: wnioskowanie do MOPS u o dotacje na obiady czy dojazdy do szkoły).

Ramka 3: Główne zadania psychologa w szkole



Pracę psychologa w szkole określa rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej. Według aktualnych przepisów do obowiązków psychologa zatrudnionego w szkole należy:

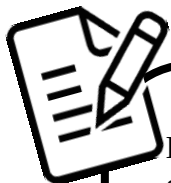
- 1) prowadzenie badań i działań diagnostycznych uczniów, w tym diagnozowanie indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych uczniów w celu określenia przyczyn niepowodzeń edukacyjnych oraz wspierania mocnych stron uczniów;
- 2) diagnozowanie sytuacji wychowawczych w przedszkolu, szkole lub placówce w celu rozwiązywania problemów wychowawczych oraz wspierania rozwoju uczniów;
- 3) udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej w formach odpowiednich do rozpoznanych potrzeb;
- 4) podejmowanie działań z zakresu profilaktyki uzależnień i innych problemów dzieci i młodzieży;
- 5) minimalizowanie skutków zaburzeń rozwojowych, zapobieganie zaburzeniom zachowania oraz inicjowanie różnych form pomocy w środowisku szkolnym i pozaszkolnym uczniów;
- 6) inicjowanie i prowadzenie działań mediacyjnych i interwencyjnych w sytuacjach kryzysowych;
- 7) pomoc rodzicom i nauczycielom w rozpoznawaniu i rozwijaniu indywidualnych możliwości, predyspozycji i uzdolnień uczniów;
- 8) wspieranie nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych i innych specjalistów w udzielaniu pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Miejscem, gdzie najczęściej pracują psychologowie zainteresowani klientem w wieku rozwojowym jest poradnia psychologiczno-pedagogiczna. Praca psychologa obejmuje takie formy jak psychoedukacja, poradnictwo, diagnozowanie, wspomaganie rozwoju, reedukacja, interwencja. Oferta poradni obejmuje przykładowe formy pomocy indywidualnej dla uczniów: badanie i diagnoza psychologiczno-pedagogiczna, badania i diagnoza ADHD, diagnoza gotowości szkolnej, diagnoza dysleksji, integracja sensomotoryczna (diagnoza i terapia), terapia biofeedback.

Oferta grupowa to na przykład: *Trening kreatywnego myślenia*, *Warsztaty integracyjne*, *Warsztaty interwencyjne*, *Warsztaty radzenia sobie ze złością*. Praca z rodzicami może dotyczyć takich form jak spotkania tematyczne: *Moje dziecko nie chce się uczyć*, *Jak sprawić*,

aby motywowanie ucznia odniosło oczekiwany sukces? Zagrożenia w sieci-cyberprzemoc, Uczeń z ADHD w szkole i w domu. Poradnia wspiera również nauczycieli w ich pracy, a więc oferuje takie formy jak np. pomoc nauczycielom we wstępnej diagnozie dzieci dyslektycznych, konsultacje grupowe i indywidualne na terenie szkół oraz różne szkolenia tematyczne podczas rad pedagogicznych na terenie szkoły.

RAMKA 4: Struktura poradni psychologiczno-pedagogicznej



Kadra poradni składające się z psychologów, pedagogów, logopedów i doradców zawodowych pracuje w pięciu zespołach merytorycznych:

- zespół wczesnej pomocy psychologiczno-pedagogicznej
- zespół logopedyczny
- zespół terapii pedagogicznej
- zespół terapii dzieci, młodzieży i rodzin
- zespół orientacji i poradnictwa zawodowego

W Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Zespół Orzekający na zasadach określonych w rozporządzeniu MEN z dnia 07.09.2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające, działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych.

Zespół Orzekający wydaje:

1. orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami i odchyleniami rozwojowymi, wymagających stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy, w tym o potrzebach zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim,
2. orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz nauczania indywidualnego dla dzieci i młodzieży, których stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do placówki,
3. opinie o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole.

Przykład ze strony internetowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 3 w Krakowie

<https://www.poradnia3.krakow.pl>,

Psycholog zatrudniony w obszarze ochrony zdrowia podlega regulacjom Ministerstwa Zdrowia oraz wymogom i zasadom zatrudniania w poradniach, szpitalach czy klinikach. Współpraca z lekarzami, pielęgniarkami i pracownikami socjalnymi wymaga od psychologa opanowania wiedzy medycznej w zakresie potrzebnym do zrozumienia specyfiki placówki i jej klientów.

Formą często wybieraną przez osoby specjalizujące się w pracy psychologicznej z dziećmi, młodzieżą i ich rodzinami jest forma gabinetu prywatnego. Psycholog szkoląc się w zakresie terapii wybiera szkołę o określonym podejściu (np. terapia poznawczo-behawioralna, psychodynamiczna) i zgodnie z jej założeniami prowadzi pacjentów. Gabinety psychologów dziecięcych często wchodzi w skład większych ośrodków psychologicznych czy psychologiczno-psychiatryczno-psychoterapeutycznych lub są działalnością jednoosobową.

Współpraca w zespole

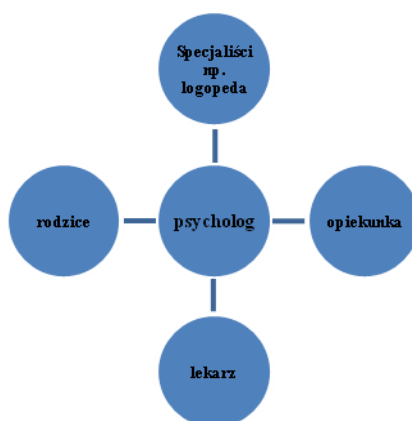
Specyfiką pracy psychologa z dziećmi i młodzieżą jest **korzystanie z pomocy innych osób** w dostarczaniu informacji, formułowaniu protodiagnozy⁷ czy też wspieraniu rozwoju młodego człowieka (rodzic - środowisko domowe, nauczyciel- kontekst szkolny). Do zadań psychologa w obszarze edukacji należy monitoring procesu wychowania oraz elementów środowiska wychowawczego. Monitoring rozumiany jako obserwacja uczestnicząca to przyjęcie perspektywy wewnątrzsystemowej (gdy analizowane są działania szkoły pod kątem oczekiwanych przez nią wyników) oraz zewnątrzsystemowej (gdy psycholog bierze pod uwagę konkretne efekty dla rozwoju i podmiotowości dziecka). Ekspertyza, która powstaje w wyniku obserwacji i sformułowanych wniosków może stanowić protodiagnozę dla psychologa diagnosty w poradni specjalistycznej (Katra, 2010, s. 23).

Dla rozpoznania trudności dziecka duże znaczenie mają również informacje pochodzące z wielu innych źródeł:

⁷ Protodiagnoza definiowana jest jako proces poznawczy zachodzący w społeczeństwie, którego celem jest wyodrębnienie wśród jego członków tych, którzy nie są w stanie poprawnie regulować własnych stosunków z otoczeniem i w wyniku tego wstępnego rozpoznania powinni trafić do odpowiednich specjalistów, którzy powinni zdiagnozować ich problemy i wskazać odpowiedni model terapii (Kowalik, S; Brzeziński, J (2000) Protodiagnoza kliniczna, W: H.Sęk (red). *Společna psychologia kliniczna*, . s. 240-254. Warszawa: PWN.

1. Wywiady z rodzicami (dotychczasowy przebieg rozwoju dziecka, zgłaszane zaburzenia i trudności, charakterystyka środowiska rodzinnego w tym stylu wychowawczego rodziców)
2. Opinie nauczycieli, wychowawców, instruktorów (opis zachowania dziecka w szkole, klubie, trudności, rozumienie przez dorosłych symptomów zaburzeń dziecka- ich dynamika i zmienność).
3. Dokumentacja z dotychczasowej opieki psychologicznej, pedagogicznej i medycznej (karty wypisu ze szpitala, wyniki badań neurologicznych, psychiatrycznych, opinie psychologiczne, opisy zachowania dziecka w klasie/ grupie).

Dla uzyskania trafności diagnozy należy uwzględnić: 1/ możliwie wiele różnorodnych źródeł informacji, 2/ różnorodne narzędzia diagnostyczne, 3/gromadzenie danych zarówno w sytuacjach typowych, jak i nietypowych, 4/ oparcie analizy i wniosków na wiedzy naukowej (Brzezińska, 2005).



Rycina 1. Współpraca psychologa z innymi osobami zaangażowanymi w rozwój dziecka

Ramka 5: Przykład współpracy psychologa szkolnego z nauczycielem i rodzicami



Przykład pierwszy:

Zgłaszany problem

Do psychologa szkolnego zostały zgłoszone przez wychowawców klas ich niepokoje dotyczące braci, którzy byli uczniami szkoły od kilku lat. Mała szkoła społeczna działała od 6 lat w mieście, cieszyła się opinią dobrze kształcącej i przyjaznej wychowawczo uczniom.

Starszy z braci Adam, 12latek, był uczniem klasy V. Miał opinię bardzo dobrego, zdolnego i uważnego ucznia o dobrych manierach, dużej wiedzy ogólnej i kulturze osobistej. Był uczniem szkoły przez okres całej swojej dotychczasowej edukacji, nauczyciele znali go i cenili, był lubiany przez kolegów- dwukrotnie pełnił funkcje przewodniczącego klasy. Do tej pory odbierał corocznie świadectwa z czerwonym paskiem, natomiast jego ulubionymi przedmiotami były przyroda, matematyka i informatyka. Od początku obecnego roku szkolnego nauczyciele Adama zauważyli zmianę w jego zachowaniu podczas przerw oraz wyjść na wycieczki. W ich ocenie chłopiec stał się zaczepny wobec kolegów, komentował złośliwie ich niepowodzenie szkolne czy sportowe, angażował się w przepychanki czy szarpanie z innymi. Również w stosunku do koleżanek pojawiły się nowe zachowania: Adam wyśmiewał widoczne zmiany związane z ich dojrzewaniem (biust, cera). Zarówno nauczyciele, jak i rówieśnicy byli zdziwieni i zaskoczeni „innym Adamem”. Funkcjonowanie w roli ucznia nie zmieniło się- podczas lekcji chłopiec był spokojny, uważny, jego osiągnięcia szkolne pozostały na poprzednim poziomie. Z relacji matki wynikało, że Adam zachowuje się niegrzecznie również wobec niej w domu, bywa prowokujący i wyzywający.

Młodszy z braci 8 letni Antek, był uczniem klasy II. Dotąd radził sobie w szkole dobrze, był zainteresowany lekcjami, osiągał dobre wyniki. Również w jego przypadku otoczenie szkolne spostrzegło zmiany w zachowaniu. Chłopiec często wchodził w konflikty z kolegami, które kończyły się bójką, stał się płaczliwy, odmawiał pracy na lekcjach języka angielskiego, jego oceny pogorszyły się. Z relacji matki wynikało, że nie chce chodzić do szkoły, prosi, aby pozostać z nią w domu, wyraża niechęć do nauczycieli i kolegów. Ponadto pojawiło się moczenie i koszmary nocne. Również w domu Antek częściej płakał i bywał smutny.

Sytuacja rodzinna

Adam i Antek są synami znanego w okolicy biznesmena, który jest właścicielem dużej firmy produkcyjnej zatrudniającej wiele osób z okolicy. Firma mieści się pod miastem, w którym mieszkała dotąd rodzina. Matka chłopców jest przedstawicielem wolnego zawodu o charakterze artystycznym. Obaj chłopcy są dziećmi małżeństwa, które znajduje się w trakcie rozwodu. Od około roku ojciec nie mieszka z nimi, wyprowadził się do sąsiedniej miejscowości, gdzie kupił dom. Mieszka w nim ze swoją nową partnerką i ich półrocznym dzieckiem. Z kolei matka znajduje się również w nowym związku, do domu chłopców wprowadził się podczas wakacji nowy wujek, a pod koniec wakacji matka urodziła siostrzyczkę, której ojcem jest nowy partner. Chłopcy mieszkają zasadniczo z matką, natomiast spędzają nieregularnie kilka dni w tygodniu u ojca (mają tam swój pokój) – zgodnie z ustaleniami pomiędzy rodzicami. Rodzice rozważają opcję opieki naprzemiennej nad synami, pozostają w relacji przyjacielskiej, zgodnie współpracują i deklarują chęć podjęcia wszelkich działań dla dobra synów.

Protodiagnoza naczycielska (nauczyciele zostali poinformowani przez rodziców o ich rozwodzie)

Adam

- *Widoczne z zachowania chłopca zmiany są wyrazem procesu dojrzewania- negatywizm, pobudliwość, drażliwość, zainteresowanie przejawami seksualności u dziewcząt.*
- *Zmiany w zachowaniu chłopca mogą wiązać się z niestabilną sytuacją rodzinną, niepokojem w domu*

Antek

- *Pogorszenie wyników szkolnych chłopca może wiązać się z brakiem wsparcia ze strony matki, która dotąd poświęcała mu wiele czasu towarzysząc przy odrabianiu lekcji, a obecnie nie ma na to czasu. Wydaje się, że rzeczywisty potencjał Adriana jest niższy, niż sądzili dotąd nauczyciele lub też nie potrafi jeszcze samodzielnie się uczyć.*
- *Wydaje się, że zmiany w życiu rodzinnym chłopca wywołują u niego niepokój, zachowuje się więc tak, aby zwrócić na siebie uwagę rodziców – nawet przez trudne zachowania.*

Protodiagnoza rodzicielska (oboje rodzice są zgodni)

- Zburzenie spokoju, duże zmiany w układzie rodziny, niepewność dzieci o miłość rodziców i własną przyszłość (co z nami będzie, gdzie będziemy mieszkać, już nas nie kochacie).

Przykładowe hipotezy diagnostyczne psychologa:

1. *Trudności w zachowaniu obu chłopców mogą być wyrazem **zaburzonego poczucia bezpieczeństwa**. W sytuacji zmian w strukturze rodziny i dynamice kontaktów z rodzicami może pojawiać się niepokój, niepewność, brak zrozumienia nowej rzeczywistości. Towarzyszyć może temu rozczarowanie zachowaniem i wyborami rodziców (nowi partnerzy, a więc odrzucenie związku poprzedniego). Zachwianie dotychczasowej stabilizacji życiowej (jako frustracja podstawowej potrzeby) może wywoływać złość, zazdrość oraz zachowania opozycyjne (jako odreagowanie poprzez agresję).*
2. *Trudności w zachowaniu Adama na terenie szkoły mogą być przejawem **przeniesionej agresji** (niemożność wyrażenia jej wobec dorosłych mężczyzn w rodzinie – ekspresja w relacjach z kolegami) oraz **powtórzeniu agresji** okazywanej wobec matki (wyrażanie złości zarówno wobec dorosłej kobiety, jak i wobec koleżanek). Wydaje się, że okazywanie drażliwości, konfliktowość i zachowania agresywne w kontaktach z kolegami wyrażają wzmożone napięcie emocjonalne chłopca. Zachowania prowokacyjne i opozycyjne wobec matki mogą być wyrazem karania jej za rozwód (niezależnie od faktycznej przyczyny), natomiast dokuczanie koleżankom może być związane z faktem, iż po prostu stają się kobietami (a więc należą do tej samej „grupy”, co matka).*

Kontakt z osobą w wieku rozwojowym

Podczas kontaktu z osobą w wieku rozwojowym ważne jest uwzględnianie określonych sposobów postępowania, takich jak:

1. Przedstawienie siebie oraz sytuacji badania (wyjaśnienie celu spotkania oraz krótki opis jego spodziewanego przebiegu)
2. Nawiązanie kontaktu

3. Wybór techniki diagnostycznej
4. Prowadzenie obserwacji
5. Prowadzenie badania
6. Wstępna ocena, podsumowanie spotkania
7. Zapewnienie komfortowych warunków badania poprzez:
 - Zwracanie uwagi na oznaki zmęczenia, znudzenia, napięcia u dziecka
 - Dbanie o możliwość aktywności ruchowej (gdy badanie przedłuża się, konieczna przerwa na spacer, odpoczynek)
 - Dbanie o dobrą atmosferę
 - Zapewnienie możliwości zaspokojenia potrzeb fizjologicznych

Oczywiście od strony etycznej, w kontakcie z osobą w wieku rozwojowym powinny być zachowane wszelkie zalecenia dotyczące kontaktu psychologicznego z pacjentem/klientem. Specyfiką postępowania diagnostycznego w przypadku dzieci i młodzieży jest baczniejsze zwrócenie uwagi na ich potrzeby oraz możliwości utrzymania uwagi i odporność na dystraktory.

W psychologii klinicznej dziecka zostało zaproponowane pojęcie **diagnozy pozytywnej**, które stanowi przeciwwagę dla jedynie patogenetycznego ujmowania trudności czy zaburzeń dzieci i młodzieży. W odróżnieniu od diagnozy nozologicznej, to właśnie podejście funkcjonalne i interakcyjne w znacznym stopniu uwzględnia mocne strony i zdrowe zasoby dziecka, na których można się oprzeć w procesie terapii czy optymalizacji rozwoju. Wątek diagnozy pozytywnej rozwinął się znacznie dzięki nurtowi psychologii pozytywnej, co pozwoliło na stworzenie pełniejszego obrazu badanego zjawiska (Obuchowska, 2008;). Diagnoza pozytywna pozwoliła na budowanie prognozy pozytywnej, a więc przyniosła spora dawkę optymizmu dziecku, rodzicom i nauczycielom. Dotyczy to na przykład szczególnie zjawisk należących do kategorii ryzyka niedostosowania społecznego. Przywoływane często wagarowanie może być rozumiane jako 1/ efekt działania czynników tkwiących w samej szkole lub 2/ przejaw czynników pozaszkolnych, które ujawniają się w procesie adaptacji do szkoły. Wnikliwa analiza sytuacji ucznia może nie tylko uchronić go przed przedwczesnym otrzymaniem etykiety „chuligana”, ale przede wszystkim wskazać jego zasoby i drogę pozytywnego rozwoju.

W kontakcie psychologicznym z młodym człowiekiem istotna jest koncepcja dziecka, jaką posiada psycholog oraz jego autorefleksja. W „wielkiej piątce pytań” Obuchowska (2008) proponuje, aby psycholog dziecięcy odpowiedział sobie na pytania, które uczynią go bardziej wrażliwym na osobę w wieku rozwojowym:

KOGO diagnozuję - kim jest ta osoba, co przeżywa w relacji, czy jest partnerem czy przypadkiem chorobowym oraz jak ja, jako diagnosta rozumiem okres dzieciństwa i co wspominam z tego czasu we własnym życiu.

PO CO odbywa się proces diagnostyczny, jaki jest cel diagnozy, dla kogo jest ona wykonywana.

CO jest przedmiotem diagnozy, ma za zadanie sprowokować refleksję nad skonkretyzowaniem zadania diagnostycznego.

JAK diagnozuję dziecko, dlaczego wybieram właśnie te, a nie inne instrumenty.

KTO jest osoba kontaktującą się obecnie z dzieckiem. Refleksja w tym miejscu to analiza własnych emocji diagnosty w kontakcie z dzieckiem i sposobu traktowania go. (Obuchowska, 2008, s. 30).

Dla dobrego zrozumienia młodego człowieka jako osoby należy wziąć pod uwagę kilka istotnych założeń (Obuchowska, 2008, s.31). Dziecko i nastolatek to człowiek **aktywny i poszukujący**, a więc ma własny punkt widzenia i swoją narrację, której psycholog powinien wysłuchać. Umiejętność przyjęcia punktu widzenia dziecka wobec przeżywanych przez nie trudności może wnieść wiele w proces diagnozy, a potem terapii.

Ważne jest uwzględnienie indywidualnego **rytmu i tempa rozwoju** dziecka: chodzi o istnienie i wagę różnic indywidualnych w populacji, co może być buforem przedwczesnego patologizowania zachowań dziecka. Zasada ta powinna być brana pod uwagę szczególnie w przypadku trudności szkolnych. „Mechanizm kreacyjny odzwierciedlający się w protodiagnozie nauczycielskiej sprawia, że niektóre dzieci doświadczają swoistej stygmatyzacji – określone zachowania, które do tej pory mieściły się w kategorii różnic indywidualnych przekształcają się w obliczu wymagań szkolnych czy porównań z grupą rówieśniczą stopniowo w rzeczywiste problemy” (Krauze- Sikorska, 2014, s.27).

Niezwykle istotne jest każdorazowo branie pod uwagę faktu, iż **dziecko należy do rodziny**, a ten system relacji może zarówno pomagać, jak i utrudniać rozwój.

Każdy młody człowiek jest też **związany z grupą rówieśniczą**, a więc wiele jego zachowań i przeżyć może wynikać z presji czy porównań społecznych.

Ponadto dziecko czy nastolatek **uczestniczy w problemach współczesnego świata**, wydarzenia cywilizacyjne, społeczne oraz kulturowe nie zawsze adekwatnie odbierane przez dziecko mogą stać się przyczyną jego niepokoju i kształtować postawy wobec ludzi i świata. .

Ważnym obszarem, na który powinien zwracać uwagę psycholog jest **poczucie godności dziecka**, które bywa naruszane szczególnie w instytucjach takich jak szkoła czy szpital. Im dziecko młodsze, tym większa szansa, iż będzie traktowane przedmiotowo, jako nie rozumiejące i raczej podlegające jurysdykcji dorosłego niż autonomicznym wyborom. Jednak przebieg całego kontaktu z osobą w wieku rozwojowym zależy od jej poczucia godności w relacji z psychologiem (Obuchowska, 2008)

Problemy etyczne i sposoby ich rozwiązywania

Z racji etapu rozwojowego, na którym się znajdują, dzieci i młodzież wymagają ochrony przed czynnikami, które nawet bez intencji osoby dorosłej mogą stać się szkodliwymi. Na szczególną uwagę powinno zasługiwać słownictwo, jakiego psycholog używa przy dziecku. Dla optymalnej komunikacji powinno być ono dostosowane do możliwości poznawczych dziecka (etap rozwoju poznawczego lub ograniczenie związane z zaburzeniem czy deficytem). Bardzo ważny jest zakres tematyczny poruszany przy osobie w wieku rozwojowym: dorośli nie powinni omawiać swoich spraw małżeńskich, kłopotów finansowych czy zdrowotnych w obecności dzieci. Tematyka sporów rodzinnych, lęków rodziców to zakres rozmów tylko pomiędzy dorosłymi. Spotkanie z psychologiem jest sytuacją nową i niejasną dla młodego człowieka- ważne, aby ją wyjaśnić w sposób możliwy do przyjęcia przez dziecko. Klient czy pacjent dziecięcy lub młodzieżowy musi wiedzieć, że zapraszamy go do kontaktu, jeśli jednak nie będzie chciał rozmawiać czy przyjść na kolejne spotkanie- ma do tego prawo.

Ramka 6: Etyka w pracy z dziećmi i młodzieżą



- Dzieci są mniej odporne i mniej elastyczne niż dorośli; oznacza to, że stres, frustracja, przeżycia emocjonalne, napięcie, które u dorosłych wywołałyby tylko przejściowy niepokój, u dzieci mogą spowodować długotrwały dystres.
- Psycholog prowadzący badanie nie stosuje żadnych operacji badawczych, które mogą przynieść dziecku szkodę fizyczną lub psychiczną.
- Od rodziców lub osób prawnie upoważnionych do działania *in loco parentis* należy uzyskać - najlepiej w formie pisemnej - zgode po poinformowaniu ich o celu badania.
- Psycholog powinien podać rodzicom rzetelną informację na temat celu badania i działań w nim stosowanych, podanej w formie przystępnej dla laika.
- Zgoda rodziców nie może być na nich wymuszona zapewnieniami, że to dla dobra dziecka.
- Rodzice dziecka mają prawo do odmowy i wyrażenia sprzeciwu.

Przygotowanie psychologa do pracy w placówce

Psycholog z dyplomem akademickim przygotowany jest do podjęcia kontaktu z osobą w wieku rozwojowym, przeprowadzenia diagnozy oraz opracowania strategii terapii i przeprowadzenia jej. Początkowo oczywiście odbywa się to „pod skrzydłami” doświadczonego kolegi z danej placówki. Z czasem rośnie pewność siebie, a superwizja koleżeńska ukierunkowuje i pomaga. W sytuacji braku wsparcia w miejscu pracy, działalności samodzielnej bez zespołu- wskazana superwizja zewnętrzna.

Psycholog pracujący z młodym człowiekiem może doskonalić swoje umiejętności poprzez udział w szkoleniach i kursach. Oto przykłady:

Ramka 7: Przykłady kursów doskonalących dla psychologów



- Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne
- Integracja Sensoryczna Jean Ayres
- Metoda Świadomości Ciała i Komunikacji Knillów
- Trening Grafomotoryczny Marianny Frostig
- Kinezylogia Edukacyjna Paula Denisona

Decydując się na pracę z osobą w wieku rozwojowym psycholog podejmuje wyzwanie bycia zaskakiwanym, często traktowanym z dystansem czy niechęcią. Decyduje się jednak na przeżycie wielu dość szybkich pozytywnych zmian, poprawy funkcjonowania i optymalizowania ścieżki rozwojowej młodego człowieka. Możliwości zarówno mózgu dziecka, jak i niezwykła plastyczność jego zachowania i otwartość na zmiany są tym, co pozwala na efektywność pracy psychologa dziecięcego i młodzieżowego.

Pytania sprawdzające:

Z kim i w jakim zakresie współpracuje psycholog diagnozujący osobą w wieku rozwojowym?

Jakie warunki powinien spełniać prawidłowy kontakt psychologiczny z dzieckiem i adolescentem?

Literatura:

Brzezińska A.I. (2005). Jak trafnie rozpoznawać problemy rozwojowe? [w:] A.I. Brzezińska (red.), Psychologiczne portrety człowieka. Gdańsk: GWP, 665- 682.

Katra G., Sokołowska E. (red.) (2010). Rola i zadania psychologa we współczesnej szkole. Warszawa: Wolters Kluwer Polska SA.

Krauze-Sikorska H. (2008). Protodiagnoza pedagogiczna a proces konstruowania skutecznej pomocy dzieciom i młodzieży z utrudnieniami w rozwoju, [w:] H. Krauze-Sikorska, K. Kuszak (red.), Wybrane problemy psychospołecznego funkcjonowania dzieci i młodzieży z utrudnieniami w rozwoju. Profilaktyka – diagnoza – terapia. Poznań: Wydawnictwo Naukowe WSPiA.

Krauze-Sikorska, H. (2014). Mikro- i makrokontekst w procesie systemowej diagnozy psychopedagogicznej dzieci i młodzieży z trudnościami w uczeniu. Studia Edukacyjne, 2014, nr 33, s. 19-33.

Obuchowska I. (2008). Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży- wybrane zagadnienia. [w:] H. Sek (red.). Psychologia kliniczna. Warszawa: Wydawnictwo PWN.

Psycholog-praktyk wobec kryzysów indywidualnych i społecznych

Interwencja kryzysowa jako forma pomocy psychologicznej oraz poszukiwania zasobów osobistych i społecznych

Rozdział ukierunkowany jest na zapoznanie studentów z praktyczną stroną pracy psychologa w obszarze pomocy osobom borykającym się z różnego rodzaju kryzysami. W szczególności celem jest wzbogacenie przyszłego warsztatu studenta o wiedzę praktyczną z zakresu psychologii kryzysu, realnych form i procedur oddziaływań interwencyjnych psychologa w różnego rodzaju problemach oraz zasobów, pozwalających stworzyć odpowiedni model pracy o charakterze interwencyjnym. Ważnym założeniem jest także zwrócenie uwagi studentów na specyficzne trudności związane z realizacją zadań zawodowych psychologa w obszarze interwencji kryzysowej oraz wskazanie im na znaczenie współpracy interdyscyplinarnej oraz wsparcia.

Ramka 1. Zjawisko kryzysu w teorii i praktyce klinicznej



Kryzys emocjonalny- stan nierównowagi psychicznej mający znaczenie przełomowe, punkt zwrotny życia, wymagający natychmiastowych rozwiązań. Kryzysy emocjonalne pojawiają się nagle lub rozwijają się stopniowo, w wyniku sytuacji silnie stresowych, wydarzeń krytycznych, a w konsekwencji doświadczeń traumatycznych. Napięcie związane z doświadczeniem kryzysowym narasta, aż do wyczerpania zasobów i dysfunkcji dotychczasowych strategii zaradczych oraz mechanizmów regulacyjnych (Kubacka-Jasiecka, 2016).

Rodzaje kryzysów - kryteria formalne (Kubacka-Jasiecka, 2016):

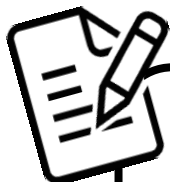
- normatywne lub sytuacyjne
- ostre lub narastające powoli albo występujące w przebiegu długotrwałego stresu
- sytuacyjne, zewnątrzpochodne lub egzystencjalne, wewnątrzpochodne
- inicjujące wzrost lub prowadzące do rozwiązań patologicznych

Typy kryzysów – kryteria treściowe (James i Glliland, 2004):

- kryzysy rozwoju i przemiany biegu życia
- kryzysy rodzinne i małżeńskie
- kryzys sytuacyjne i traumatyczne
- kryzysy katastroficzne (środowiskowe)

Wśród kryzysów występują takie, które wymagają wsparcia psychologa w identyfikacji zasobów osobistych i społecznych oraz pomocy w rozwoju funkcji i umiejętności, w których obserwuje się zaburzenia lub deficyty. Dotyczy to głównie obszaru wczesnej interwencji oraz wspomagania rozwoju dzieci i młodzieży. Tego rodzaju pomocy psycholog udziela głównie w ośrodkach wczesnej interwencji i wczesnego wspomagania rozwoju, ośrodkach rehabilitacyjno- adaptacyjnych, poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, poradniach psychologiczno- pedagogicznych, a także oddziałach rehabilitacyjnych itp. Innym rodzajem oddziaływań jest wsparcie, interwencja oraz krótkoterminowe oddziaływania strategiczne wobec pacjentów chorujących przewlekłe oraz ich najbliższych, borykających się niejednokrotnie z kryzysami sytuacyjnymi oraz egzystencjalnymi. Kryzysy emocjonalne wymagają także niejednokrotnie profesjonalnej pomocy psychologicznej, która w pierwszym etapie ma charakter przede wszystkim interwencji kryzysowej (a na dalszych etapach także psychoterapii). Tego rodzaju oddziaływań wymagają m.in. kryzysy suicydalne, kryzysy katastroficzne (po przeżyciu katastrofy środowiskowej), kryzysy związane z doświadczaniem różnych form przemocy. Najczęściej tego rodzaju oddziaływań się realizowane przez interdyscyplinarne zespoły interwencyjne, których psycholog jest członkiem, konstruowane przy ośrodkach interwencji kryzysowej lub powiatowych centrach pomocy rodzinie.

Ramka 2. Zadania ośrodków interwencji kryzysowej

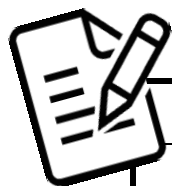


Ośrodki Interwencji Kryzysowej w Polsce organizują bezpłatną:

- pomoc psychologiczną
- pomoc prawną
- pomoc socjalną
- interwencje wyjazdowe na miejscu zdarzenia
- hostel - miejsca noclegowe
- psychoterapię
- grupy wsparcia
- zespoły interdyscyplinarne
- telefony zaufania
- uzależnienia
- profilaktykę
- pomoc w rozwiązywaniu konfliktów rodzinnych
- mediacje
- pomoc w sytuacjach przemocy domowej, wykorzystania seksualnego, zaniedbania i innych form przemocy
- pomoc w sytuacji bezrobocia
- pomoc w sytuacjach kryzysów psychicznych, w tym samobójczych
- pomoc w sytuacji żałoby po utracie bliskich
- pomoc bezdomnym
- pomoc w sytuacji wypadków i katastrof

Współcześnie, psycholog w swojej praktyce zawodowej coraz częściej staje także przed wyzwaniem multimodalnych oddziaływań interwencyjno- terapeutycznych. Sytuacja taka dotyczy w szczególności dzieci z objawami zaburzeń adaptacyjnych w systemie rodzinnym pozostających w kryzysie (np. konflikt rodziców) czy par i małżeństw z przedłużającymi się problemami w relacji.

Ramka 3. Typowe sytuacje rodzinne wymagające interwencji na rzecz osoby



Sytuacje krytyczne	Przykład
Kryzys sytuacyjny	doświadczenie przestępstwa, np. napaści poza domem, kradzieży związanej z narażeniem zdrowia, życia, uczestniczenie (bycie ofiarą, świadkiem zdarzenia, uczestnikiem akcji ratunkowej lub współprzeżywanie, jako osoba bliska poszkodowanym) w wypadku komunikacyjnym, klęsce żywiołowej, katastrofie budowlanej, inne.
Kryzys normatywny (rozwojowy)	doświadczenie przełomów, zmian życiowych, np. związanych z wiekiem, ze zmianą struktury rodziny (ślub, rozwód, przyjście na świat dziecka, usamodzielnienie się dziecka, żałoba po odejściu członka rodziny, itp.), uzyskaniem zatrudnienia lub utratą pracy, koniecznością dokonywania innych zmian, związanych z trudnymi wyborami, towarzyszącymi im silnymi emocjami, itp. sytuacja dotycząca osób bezpośrednio przeżywających zmiany, jak i jej bliskich.
Kryzys endogenny	problemy, trudności, zmiany, destruktywne skutki przekazów pokoleniowych w rodzinie „problemowej”, np. z problemem alkoholowym, z historią przemocy, nadużyć seksualnych lub patologii życia seksualnego, związanych z przewlekłą chorobą, kryminalną przeszłością innych członków rodziny, itp. oddziałujące na członków rodziny, często niezależnie od stopnia pokrewieństwa.
Kryzys suicydalny	myśli, plany, próby i zamachy dot. pozbawienia się życia (ew. jednocześnie z pozbawieniem życia innych, tzw. „samobójstwa rozszerzone” i „zmowy samobójcze”). sytuacja kryzysowa dotycząca: osób, co do których istnieje podejrzenie, że chcą popełnić samobójstwo, osób po próbach samobójczych, rodzin, bliskich osób z tendencjami samobójczymi, ew. ratowników biorących udział w ratowaniu życia samobójcom.

(źródło: Grodecka i in., dostęp 30 maja 2019:

http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/SIK_2601.pdf)

Ramka 4. Typowe sytuacje rodzinne wymagające interwencji na rzecz rodziny



Sytuacje krytyczne	Przykład
zmiana struktury rodzin, dodatkowo obciążona niepewnością, co do trwałości i nieodwracalności zmiany, rozpad związku	rozwód, porzucenie, separacja, śmierć oraz podtrzymywanie kontaktu po rozstaniu, wspólne zamieszkiwanie mimo emocjonalnego, a nawet formalnego rozstania
wyczerpanie zasobów rodziny w skutek nadmiernej eksploatacji	w trakcie opieki nad chorym, niepełnosprawnym członkiem rodziny
niski poziom zdolności regeneracyjnych rodziny – w stosunku do wymagań sytuacyjnych	niezaradność w obliczu transformacji środowiska społecznego i gospodarczego, utraty miejsca pracy lub innych przejściowych trudności
niedostatek wsparcia ze strony naturalnego środowiska otaczającego rodzinę: krewnych, przyjaciół, lokalnej społeczności	fizyczna lub mentalna izolacja rodziny, brak kontaktów społecznych, niepodtrzymywanie więzi rodzinnych skutkujące przeświadczeniem o konieczności samodzielnego zmagania się z problemami
specyficzna ocena wydarzenia krytycznego – nadawanie znaczeń (nadmiernie obciążających) w kontekście charakterystycznego dla rodziny systemu wartości, obrazu świata, postaw, przekonań	traktowanie wydarzenia krytycznego jako fatum, dopust, grzech, itp.
utrudniające wzorce zmagania się z trudnościami i sposoby radzenia sobie w rozwiązywaniu problemów rodzinnych	szttywne, bezrefleksyjnie powtarzane reakcje, delegowanie tylko jednej osoby, poszukiwanie „kozła ofiarnego”, ucieczka w metafizykę, inne.
utrwalenie się nieadaptacyjnych sposobów przystosowania do sytuacji krytycznej	zachowania wykształcone w wyniku urazowy, np. uzależnieniem (współuzależnienie), przemocą (wyuczona bezradność)

(źródło: Grodecka i in., dostęp 30 maja 2019:

http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/SIK_2601.pdf)

Zadania i rola psychologa w obszarze pomocy w stanach kryzysowych. Modele pracy interwencyjnej.

Psycholog udzielający pomocy w sytuacji kryzysu zajmuje się zarówno diagnozą sytuacji kryzysowej, jak i wsparciem psychologicznym oraz profesjonalną pomocą zwaną interwencją kryzysową.



Ramka 5. Interwencja kryzysowa- charakterystyka zjawiska

Interwencja kryzysowa

specyficzny rodzaj pomocy udzielanej osobom skonfrontowanym z poważnymi wydarzeniami krytycznymi. Pomoc psychologiczna w opanowaniu lub/rozwiązaniu kryzysu powinna zostać ona udzielona w możliwie szybkim czasie, szczególnie w kryzysach ostrych, przebiegających z zagrożeniem zdrowia i życia (Kubacka-Jasiecka, 2016).

Trzy nurty interwencji kryzysowej (Kubacka-Jasiecka, 2007):

- indywidualna psychologiczna pomoc interwencyjna, także w trybie ratunkowym (nurt pierwszy interwencji)
- wielostronna, wielodyscyplinarna pomoc i wsparcie psychospołeczne, bytowe, materialne, medyczne, prawne (nurt drugi interwencji)
- psychosocjokulturowy model interwencji, czyli działanie systemowe w społeczności na rzecz zmian społecznych o charakterze prewencji wtórnej i pierwotnej (nurt trzeci interwencji)

Do zadań psychologa w sytuacji kryzysu należą: rozpoznanie i ocena kryzysu, pomoc osobie/osobom w kryzysie, współpraca w wielodyscyplinarnym zespole specjalistów, a także interwencja w i na rzecz społeczności.



Ramka 6. Etapy diagnozy psychologicznej w sytuacji kryzysu

Diagnoza w sytuacji kryzysu:

- ocena stanu kryzysu i jego rodzaju
- określenie fazy kryzysu, w tym ewentualnego stanu zagrożenia zdrowia lub/i życia
- prognoza kryzysu- oszacowanie zasobów, możliwości powrotu do równowagi, przewidywanych konsekwencji

Kryteria rozpoznawania stanu kryzysu w praktyce psychologicznej:

- wskazanie wydarzenia krytycznego poprzedzającego kryzys
- poziom zachwiania równowagi emocjonalnej i załamanie dotychczasowych wzorów zachowania
- wyczerpanie energii i sił życiowych
- występowanie subiektywnego poczucia dyskomfortu psychicznego
- stopień adekwatnego spostrzegania znaczenia sytuacji kryzysowej i jej konsekwencji
- rozporządzanie dotychczas skutecznymi strategiami i zasobami zmagania się ze stresem
- możliwości otrzymania konstruktywnego wsparcia

a także:

- stopień ryzyka podjęcia próby samobójczej, samobójstwa lub/i zabójstwa
- zdolność do radzenia sobie z presją otoczenia
- stopień otwartości na zmiany
- skłonność, gotowość oraz otwartość na pomoc i współpracę z osobami pomagającymi i interweniującymi

Do istotnych elementów skutecznej interwencji kryzysowej w praktyce psychologicznej należą: nawiązanie i stworzenie dobrej relacji między psychologiem udzielającym wsparcia lub/i interwencji a osobą w kryzysie.



Ramka 7. Relacja wsparcia interwencyjnego- charakterystyka zjawiska

Relacja wsparcia interwencyjnego - istotą psychologicznej pomocy interwencyjnej jest nawiązanie dobrego kontaktu i relacji z osobą w kryzysie (Kubacka-Jasiecka, 2016).

Cechy psychologicznej relacji w sytuacji wsparcia:

- otwarta
- empatyczna
- szczerza
- ciepła
- akceptująca
- adekwatna do sytuacji
- dostępna
- oparta na profesjonalizmie osoby udzielającej wsparcia

Zaufanie w relacji w obszarze wsparcia interwencyjnego uwarunkowane jest w pewnym stopniu także właściwościami psychologa udzielającego interwencji. W drodze swojego rozwoju powinien on kształtować swoje umiejętności profesjonalnego udzielania pomocy psychologicznej, a także wzmacniać kompetencje osobiste. Zwiększa to prawdopodobieństwo efektywnej pomocy, zmniejsza ryzyko jatrogenii, a także przyczynia się do zwiększenia satysfakcji z wykonywanej aktywności zawodowej i stanowi czynnik ochronny w obszarze wypalenia zawodowego.



Ramka 8. Zasoby osobiste psychologa interweniującego w sytuacji kryzysu

Kompetencje stanowiące zasoby osobiste psychologa udzielającego wsparcia i interwencji w sytuacji kryzysu:

- wiedza z obszaru psychopatologii, psychologii kryzysu, psychologii rozwoju
- autentyczność
- wrażliwość
- elastyczność
- otwartość sprzyjająca ekspresji i odreagowaniu emocji
- umiejętność nawiązywania relacji
- umiejętności komunikacyjne (m.in. aktywnego słuchania)
- umiejętność identyfikacji oraz ekspresji emocji
- zdolność do generowania pomysłów, rozwiązań
- postawy sprzyjające wzmacnianiu motywacji, mobilizacji działań i procesów ukierunkowanych na zmianę
- umiejętność współpracy z innymi

W praktyce funkcjonuje wiele modeli interwencji kryzysowej. Jednym z najbardziej znanych jest 6-etapowy model interwencji kryzysowej Jamesa i Gilliland (2004). Osadzony jest on w modelu psychospołecznym i ujmuje przebieg interwencji w etapach, obejmujących oddziaływania polegające na wysłuchaniu klienta oraz działaniu i nakłanianiu go do działania.

Ramka 9. Model interwencji wg James i Gilliland



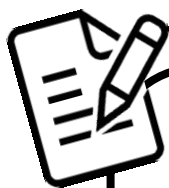
Model interwencji wg James i Gilliland (2004):

- zdefiniowanie problemu i zrozumienie problemu z punktu widzenia osoby doświadczającej kryzysu
- zapewnienie bezpieczeństwa
- wspieranie (klient powinien czuć się doceniony, dowartościowany i zadbany)
- rozważenie wraz z klientem możliwości radzenia sobie z kryzysem,
- układanie planów (pomoc w ułożeniu planu konkretnych działań na rzecz pozyskania zasobów wsparcia i radzenia sobie)
- uzyskanie zobowiązania osoby (pomoc klientowi w zobowiązaniu się do konstruktywnych działań)

W nurcie interwencji indywidualnej występuje rozróżnienie na sesję jednorazową oraz cykl sesji interwencyjnych. W tym drugim przypadku najczęściej pomoc zamyka się w 10 sesjach. Brak postępów w tym okresie czasu jest czynnikiem kwalifikującym klienta do procesu psychoterapeutycznego. Pomoc interwencyjna o charakterze pojedynczej sesji może trwać nawet kilka godzin i ukierunkowana jest na odzyskanie poczucia bezpieczeństwa, sprawstwa, kontroli i względnej równowagi przez osobę doświadczającą kryzysu.

Psycholog zajmujący się pomocą w obszarze interwencji kryzysowej realizuje zarówno sesje diagnostyczne, jak i sesje indywidualne oraz porady lub sesje dla par/małżeństw lub całej rodziny. Niejednokrotnie jego oddziaływania mają także charakter mediacyjny. Odwołuje się on tym samym w swojej pracy do różnych podejść teoretycznych, korzystając zarówno z doświadczeń egzystencjalistów, przedstawicieli nurtu humanistycznego, podejścia behawioralno- poznawczego czy strategicznego.

Ramka 10. Zadania psychologa udzielającego pomocy w różnych rodzajach kryzysów



Zadania psychologa w pomocy osobom dorosłym w kryzysach rozwojowych (Kubacka-Jasiecka, 2016):

- wspieranie aktywności i wysiłku klientów na rzecz samorealizacji i wykorzystania potencjału rozwojowego
- wspieranie refleksji oraz dążeń do zrozumienia otoczenia
- wspieranie akceptacji wpływu czasu, zmian tożsamościowych, poszukiwań sensu życia, celów itp.
- kierowanie i motywowanie do udziału w grupach wsparcia

Zadania interwenta kryzysowego w kryzysach katastroficznych (Kubacka-Jasiecka, 2016):

- udzielanie wsparcia informacyjnego, organizacyjnego, rzeczowego (m.in. pomoc w poszukiwaniu bliskich, zapewnienie noclegu, pochówku)
- udzielenie pomocy psychologicznej, ułatwienie ekspresji emocji, odreagowanie napięcia, aktywne słuchanie, wzmacnianie wewnętrznej siły i nadziei
- aktywizowanie klientów, ułatwianie w nawiązywaniu kontaktu z innymi, wzmacnianie więzi formułowanych w obliczu „wspólnego losu”

Zadania psychologa interweniującego w kryzysach sytuacyjnych (Kubacka-Jasiecka, 2016):

- wsparcie emocjonalno- psychologiczne ukierunkowane na odzyskanie poczucia bezpieczeństwa i równowagi psychicznej
- pomoc psychologiczna ukierunkowana na urealnienie percepcji sytuacji kryzysu i akceptację sytuacji
- zachęcanie do podjęcia pracy osobistej nad procesem żałoby
- pomoc psychologiczna ukierunkowana na aktywizację i powiększenie zasobów zmagania się z kryzysem
- włączenie klienta w systemową sieć wsparcia w środowisku lokalnym, w tym w razie potrzeby pomoc w zdystansowaniu się do problemów poprzez umożliwienie pobytu w hostelu czy schronisku

Zadania interwenta/interwentów kryzysowych w sytuacjach zwanych traumatycznymi (Kubacka-Jasiecka, 2016):

- zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego
- ułatwienie ekspresji emocji i odreagowania napięcia
- pomoc psychologiczna ukierunkowana na urealnienie percepcji sytuacji kryzysu i aktywizację w kierunku radzenia sobie z traumą
- koncentrowanie uwagi na poznawczym przepracowaniu urazowego doświadczenia
- motywowanie i kierowanie na psychoterapię w celu przepracowania traumy, zwłaszcza w przypadku nieefektywności oddziaływań interwencyjnych

W przypadku zdrowia i sytuacji choroby, zwłaszcza przewlekłej, skuteczna pomoc psychologiczna warunkowana jest zarówno stanem pacjenta, fazą choroby, jak i warunkami, w których pomoc jest udzielana. Nierzadko udzielana jest ona przez psychologów w warunkach szpitalnych, przy łóżku pacjenta, czasem także wobec rodziny pacjenta. Przy oddziałach szpitalnych oraz centrach zajmujących się leczeniem oraz rehabilitacją organizowane są także grupy wsparcia i edukacji, treningi lub warsztaty prowadzone przez psychologów, mające na celu psychoedukację, wsparcie psychologiczne w sytuacji choroby, nabycie umiejętności radzenia sobie z bólem, zmianami wizerunku siebie w sytuacji choroby, zmianą stylu życia czy poprawę jakości życia.

Ramka 11. Oddziaływania psychologiczne w sytuacji choroby



Oddziaływania psychologiczne w sytuacji choroby przewlekłej (Gulla i Siwińska, 2004; Kubacka-Jasiecka, 2016):

- promocja zdrowia w zakresie prozdrowotnego stylu życia (najczęściej w tzw. fazie niemej choroby)
- interwencja kryzysowa, ukierunkowana na wsparcie pacjenta i jego rodziny, zachęcanie do ekspresji emocji, pomoc w zrozumieniu sytuacji zdrowotnej, motywowanie do procesu leczenia, budowanie nadziei na polepszenie stanu zdrowia lub pomoc w wytworzeniu realnego obrazu stanu zdrowia (najczęściej w fazie tzw. kryzysu zdrowotnego)
- działania z obszaru profilaktyki i stopnia i rehabilitacji, ukierunkowana na zmianę antyzdrowotnych elementów stylu życia, wprowadzenie elementów prozdrowotnych do stylu życia, uzyskanie wsparcia w powrocie do pełnienia ról społecznych, wypracowanie adekwatnych do stanu zdrowia celów i planów

Badania wykazują, że posiadane zasoby osobiste, obejmujące względnie stałe właściwości osobowości człowieka, jak i bardziej podatne na zmiany oczekiwania i przekonania dotyczące świata zewnętrznego i własnej osoby, pełnią istotną funkcję w radzeniu sobie z traumą. Mogą one także sprzyjać zjawisku wzrostu potraumatycznego, bardziej niż czynniki sytuacyjne czy środowiskowe (Ogińska-Bulik, 2015).

Ramka 12. Wzrost potraumatyczny- charakterystyka zjawiska



Wzrost potraumatyczny (Ogińska-Bulik, 2015) - pozytywne zmiany występujące w następstwie traumatycznych wydarzeń. Jednostka doświadczająca wzrostu potraumatycznego, w wyniku kryzysu przechodzi transformację i osiąga wyższy poziom funkcjonowania niż przed kryzysem.

Czynniki podmiotowe, związane ze wzrostem potraumatycznym (Ogińska-Bulik, 2015):

- Ekstrawersja
- Otwartość na doświadczenia
- Ugodowość
- Prężność psychiczna (resilience)
- optymizm życiowy
- Poczucie skuteczności
- Poczucie własnej wartości
- Nadzieja podstawowa
- Duchowość lub/i religijność
- Poczucie koherencji
- Poczucie wpływu
- Styl poznawczy oparty na pozytywnych przekonaniach

W oddziaływaniach ukierunkowanych na wzrost potraumatyczny znaczenie mogą mieć także oddziaływania umożliwiające ruminacje sytuacji kryzysu, wraz z przypomnieniem aktywnej roli osoby doświadczającej sytuacji trudnej, ekspresję emocji oraz wspieranie umiejętności dostrzegania i korzystania ze wsparcia społecznego (Ogińska-Bulik, 2015).

Zgodnie z systemowym rozumieniem, rodzina posiada różne zasoby, który mogą być przydatne podczas różnych kryzysów, przez które przechodzi rodzina. Istotą pracy związanej z bazowaniem na zasobach jest uświadomienie sobie mocnych stron, wzmocnienie i zaangażowanie w proces zmiany.



Ramka 13. Zasoby rodzinne w sytuacji kryzysu

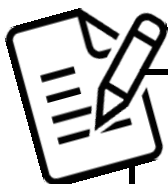
Czynniki rodzinne, stanowiące zasób w sytuacji kryzysu (Sitnik i Szczyrba-Maróń, 2006):

- Spójność rodziny (zaufanie, wzajemne docenianie się, wsparcie, integracja i posznowanie indywidualności);
- Adaptacyjność (zdolność rodziny do przewyższania przeszkód i przeciwności)
- Organizacja rodziny (zgodność, jasność reguł i ról, wspólne kierowanie życiem rodzinnym przez rodziców, jasne granice w rodzinie)
- Umiejętność porozumiewania się, kompetencje komunikacji interpersonalnej
- Wytrzymałość rodziny, poczucie kontroli nad wydarzeniami, aktywne nastawienie do trudnej sytuacji, przekonanie, że zmiany przyniosą dobre skutki
- Ilość i forma czasu spędzanego razem przez rodzinę, integracja
- Zdolność rodziny do wykorzystywania zasobów indywidualnych, do radzenia sobie w sposób konstruktywny z napięciami

Psycholog praktyk w poszukiwaniu zasobów społecznych.

Współpraca psychologa – interwenta w zespole interdyscyplinarnym.

Wielostronny i multimodalny model pomocy w sytuacji kryzysu, należący do tzw. II nurtu interwencji kryzysowej, udzielany jest w zespołach formułowanych przy Ośrodkach Interwencji Kryzysowej, Powiatowych Centrach Pomocy Rodzinie, a także Zespołach Leczenia Środowiskowego.



Ramka 14. Pomoc środowiskowa w sytuacji kryzysu

Wielostronna pomoc środowiskowa w sytuacji kryzysu
(Kubacka-Jasiecka, 2016):

1) Służby kryzysowe:

- Kryzysowy telefon zaufania
- Kryzysowe służby dyżurne (24h)
- Stacjonarne ośrodki interwencji
- Służby ruchome, wychodzące do klienta
- Służby aktywizujące naturalne systemy wsparcia środowiskowego

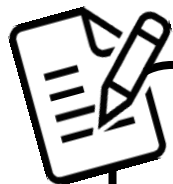
2) Służby wsparcia społecznego:

- Pomoc bytowo- materialna
- Opieka medyczna
- Pomoc w organizacji codziennego życia
- Prowadzenie schronisk, hosteli, domów rodzinnych
- Pomoc konsultacyjno- informacyjna
- Lokalizacja grup ryzyka
- Organizacja tzw. służb ruchomych
- Zapewnianie ochrony prawnej

Wyznaczanie skutecznych strategii wychodzenia z kryzysu i wzmacniania zasobów osobistych i społecznych w sytuacji kryzysu odbywa się z reguły na dwóch poziomach. Pierwszy tym zespołów interdyscyplinarnych do których zapraszani są psycholodzy praktycy to ten, który kształtuje zasady pomagania np. dziecku i rodzinie na danym terenie. W jego skład wchodzi przedstawiciele instytucji publicznych (np. Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej, Przewodniczący Gminnej Komisji RPA). Zespoły drugiego typu powoływane są rozwiązywania konkretnych problemów. W jego skład wchodzi osoby mające bezpośredni kontakt z klientem i jego rodziną (np. pedagog, psycholog, pracownik specjalny, lekarz itd.).

Ustawa z dnia 10 czerwca 2010 roku o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie i niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 125, poz. 842) oprócz wielu zmian, wprowadza do obowiązków samorządów także tworzenie i obsługę zespołów interdyscyplinarnych. Członkami zespołu są przedstawiciele oświaty, ochrony zdrowia, Policji, gminnej komisji ds. rozwiązywania problemów alkoholowych, jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, organizacji pozarządowych. Psycholog pracujący w ramach interwencji kryzysowej, najczęściej stanowiącej centralny punkt tego rodzaju interdyscyplinarnej współpracy (także przy innego rodzaju problemach) musi wykazać się umiejętnością współpracy z

przedstawicielami służb państwowych, pracownikami szkół, urzędnikami czy innymi specjalistami zajmującymi się ochroną zdrowia osoby pozostającej w kryzysie. W ramach pracy interwencyjnej psycholog zaangażowany jest także w szereg oddziaływań o charakterze profilaktycznym, psychoedukacyjnym i prewencyjnym.

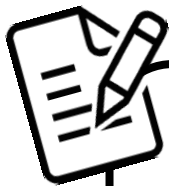


Ramka 15. Aktywność psychologa w obszarze interwencji kryzysowej

Aktywność psychologa w obszarze interwencji kryzysowej i wzmacniania zasobów obejmuje:

- profesjonalną pomoc interwencyjną (w tym udział w wyjazdowych zespołach interwencyjnych)
- profesjonalną pomoc psychologiczną
- udział w telefonach zaufania
- spotkania dla grup zawodowych
- organizację i udział w happeningach ukierunkowanych na promocję idei zdrowotnych i rozwojowych
- organizację i prowadzenie warsztatów dla rodziców wspierających ich kompetencje, ukierunkowanych na przeciwdziałanie dysfunkcjom społecznym psychoedukacje w zakresie sytuacji kryzysowych, symptomów chorobowych (w tym szczególnie z obszaru psychopatologii), nabycie skutecznych strategii radzenia sobie, nabycie umiejętności komunikacyjnych itp.
- organizację i prowadzenie warsztatów dla innych specjalistów
- organizację konferencji szerzących wiedzę w określonym temacie
- konsultacje dla mieszkańców lokalnej społeczności
- organizowanie grup wsparcia i pomoc w organizowaniu grup samopomocowych

Specyficznym rodzajem wsparcia zajmuje się Zespół Leczenia Środowiskowego. Jest to jednostka organizowana w ramach świadczeń medycznych. Zajmuje się on udzielaniem pomocy w miejscu zamieszkania, osobom, które prezentują objawy nieprzystosowania społecznego, symptomy zaburzeń psychicznych czy inne trudności w codziennym funkcjonowaniu, które nie wymagają hospitalizacji, ale jednocześnie nie są w stanie korzystać z pomocy ambulatoryjnej. Z reguły Zespoły Leczenia Środowiskowego obejmują pomocą osoby z zaburzeniami psychotycznymi, afektywnymi, zaburzeniami psychicznymi związanymi z komponentą mózgową (zaburzenia neuro- psychiatryczne) itp.



Ramka 16. Zespół Leczenia Środowiskowego

Zespół Leczenia Środowiskowego ZLŚ

zespół profesjonalistów (w tym w różnych kombinacjach lekarz psychiatra, psycholog, psychoterapeuta, pielęgniarka środowiskowa, terapeuta środowiskowy, pracownik socjalny), który wspólnie podejmuje działania ukierunkowane na:

- monitorowanie stanu zdrowia i sytuacji życiowej pacjenta
- poprawę jakości życia pacjentów będących pod jego opieką
- wzmacnianie motywacji pacjentów do leczenia i współpracy
- reagowanie w sytuacjach kryzysowych
- promocję zdrowego stylu życia, zapobieganie nawrotom choroby, psycho-edukację, pomoc w nabywaniu kompetencji osobistych

Porady świadczone przez ZLŚ realizowane są zarówno w domu pacjenta, jak i w siedzibie ZLŚ.

W ramach ZLŚ psycholog współpracuje ze:

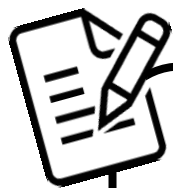
- środowiskiem pacjenta
- placówkami leczącymi (szpital, poradnie)
- instytucjami zajmującymi się wsparciem i pomocą społeczną

Problemy etyczne w pracy psychologa zajmującego się interwencją kryzysową

Zasadą interwencji kryzysowej jest jej cel, zatem niesienie pomocy innym osobom w rozwiązywaniu trudności i osiągnięciu lepszej jakości życia. Czynności podejmowane w interwencji kryzysowej powinny respektować godność osoby, której pomocy się udziela, jej podmiotowość, zasadnicze prawa do rozwoju i życia.

Szczególne wymagania etyczne stawiane osobom zajmującym się interwencją kryzysową, wynikają z faktu, iż działalność ta wiąże się z dostępem do szeregu poufnych informacji oraz dysponowaniem specjalistyczną wiedzą i technikami służącymi do poznawania ludzi i oddziaływania na nich. Ośrodki realizujące zadanie mają opracowany własny, szczegółowy kodeks zasad etycznych, obowiązujący pracowników.

Ramka 17. Dylematy etyczne psychologa w sytuacji kryzysu



Dylematy etyczne psychologa zajmującego się pomocą osobom w kryzysie:

- **Stopień realizacji zasady poufności danych osobowych i danych wrażliwych**

W sytuacji zagrożenia zdrowia i/lub życia wymiana informacji w zespole interdyscyplinarnym jest podstawą skutecznej interwencji. Regulacje prawne zwalniają z obowiązku zachowania poufności uzyskanych danych w sytuacji zagrożenia życia.

- **Konflikt wynikający z odmienności kompetencji**

Współcześnie lansowany model biopsychospołeczny zakłada partnerstwo i współpracę w różnych rodzajach oddziaływań pomocowych, zarówno osoby, której udzielana jest pomoc jak i osób udzielających pomoc

- **Reakcje wynikające z procesów przeciwprzeniesienia, osobistych trudności, własnej roli zawodowej**

Zasadnym i celowym w przypadku interwencji kryzysowej, podobnie jak innych form profesjonalnej pomocy psychologicznej, jest korzystanie przez psychologów zajmujących się interwencją z superwizji, specjalistycznych szkoleń, różnych form pracy własnej

- **Poziom zaangażowania we wspieranie innych**

Jednym ze sposobów przeciwdziałania trudności określanej jako „przemęczenie współczuciem”, grożącej traumatyzacji osoby udzielającej interwencji i obcujecej z wieloma sytuacjami kryzysu i traumy jest organizacja pracy w zespołach interdyscyplinarnych, uczestnictwo w szkoleniach, superwizjach, grupach Balinta.

Jednym z mechanizmów, które może się łatwo uruchomić u osoby pomagającej jest identyfikacja projekcyjna, która polega na projektowaniu własnych przeżyć na inną osobę a jednocześnie nieświadomym skłanianiu jej do tego, by zachowywała się w zgodzie z tą projekcją (np. nieustanne posądzanie kogoś, kto przyjmuje postawę przyjazną, o agresję, co w konsekwencji prowadzi do agresji). Osoby pokrzywdzone, z doświadczeniami funkcjonowania w roli ofiary, nieświadomie często wchodzą w relacje z osobą pomagającą na bazie swoich doświadczeń. W konsekwencji pomagający psycholog może czuć się jak sprawca, np. dopytując o trudne doświadczenia, a czasem być tak spostrzegany, kiedy przykładowo reaguje złością. Z pewnością trudnością dla psychologa zajmującego się interwencją mogą być sytuacje, które przypominają mu o jego własnych, trudnych doświadczeniach. Naturalne emocje takie jak lęk, współczucie czy złość, które rodzą się w sytuacji wspierania, mogą stanowić źródło skutecznej, ciepłej i empatycznej interwencji.

Skłonność do przejmowania odpowiedzialności czy niekontrolowane emocje mogą stanowić jednak zagrożenie zarówno dla osoby, której udzielana jest pomoc, jak i samego interwenta.

Ramka 18. Strategie pomocy osobom pomagającym w kryzysie



Sposoby pomocy „pomagającym” osobom w kryzysie (Grupa robocza pod kierunkiem Dębskiego, 2016):

- **Dbłość o. siebie**
Każdy terapeuta powinien przejść własną terapię.
- **Świadomość ograniczonych możliwości pomocy**
Warto pamiętać o ograniczonych możliwościach pomocy. Nie każdy jest także gotowy na jej przyjęcie.
- **Uważność na procesy przeniesienia i przeciwprzeniesienia w relacji wsparcia interwencyjnego**
Mechanizm przeniesienia to przeniesienie emocji czy oczekiwań z ważnych obiektów z przeszłości na osobę pomagającą. Z kolei specyficzne emocje w stosunku do osoby, której się pomaga to przeciwprzeniesienie.
- **Uważność na własne nieświadome mechanizmy projekcji**
Osoba pomagająca może przypisywać innym (inaczej rzutować) swoje emocje, przekonania i wyobrażenia. Pomoc może być utrudniona w sytuacji podobieństwa problemów interwenta i jego klienta. Świadomość tego procesu może jednak także być narzędziem, z którego można skorzystać podczas procesu profesjonalnej pomocy psychologicznej.
- **Korzystanie z różnych form pomocy i wsparcia**
Efektywność procesów interwencji zwiększa otwartość osoby pomagającej na korzystanie ze wsparcia społecznego oraz innych form pomocy (w tym grupy samopomocowe, zebrania zespołu, własna terapia, superwizja, spotkania balintowskie)
- **Organizacja spotkań w celu „omówienia spraw klientów”.**
Spotkania tego rodzaju zapewniają możliwość wzajemnego dzielenia się wiedzą, motywowania się do pracy, wspierania emocjonalnego, utwierdzenia się w przekonaniu, że inni pracownicy mają podobne problemy, zmniejszeniu napięcia
- **Superwizja**
Poszerzanie wiedzy i świadomości na temat procesu interwencji pozwala na lepsze rozumienie specyfiki problemów, z którymi spotyka się interwent w swojej pracy

Przygotowanie psychologa do pomocy w zakresie poszukiwania zasobów osobistych i społecznych w kryzysie

Psycholog pracujący w interwencji kryzysowej jest zobowiązany do poszerzania wiedzy dotyczącej zachowania człowieka i zarazem wykorzystania jej tylko dla dobra osoby, której pomaga.

Po ukończeniu studiów psychologicznych psycholog, podejmujący działania w interwencji kryzysowej powinien skończyć szkolenie podyplomowe w tym zakresie. Do zasad dobrej praktyki należy także korzystanie z różnych form wsparcia siebie i swojej pracy w toku rozwoju aktywności zawodowej.

Ramka 19. Formy doszkalania w interwencji kryzysowej



Formy doszkalania i zdobywania umiejętności w zakresie interwencji kryzysowej:

- studia na kierunku psychologia, zakończone uzyskaniem tytułu magistra
- doświadczenie w pracy w obszarze interwencji kryzysowej
- udział w szkoleniach z zakresu interwencji kryzysowej
- uzyskanie certyfikatu interwencji kryzysowej (interwenta kryzysowego), w uznanym towarzystwie naukowym
- specjalizacja w zakresie psychologii klinicznej
- supervizowanie procesu pracy interwencyjnej u uznanych supervizorów
- trening własny, np. w zakresie umiejętności komunikacyjnych, związany z wypaleniem zawodowym

Studia podyplomowe z zakresu interwencji kryzysowej ukierunkowane są zazwyczaj na przekazanie wiedzy i ukształtowanie umiejętności oraz kompetencji społecznych w zakresie efektywnego reagowania i oferowania profesjonalnego wsparcia tj. skutecznej interwencji w sytuacji kryzysu. Kierowane są zarówno do psychologów, jak i pedagogów, lekarzy, policjantów, pracowników socjalnych, kuratorów sądowych, asystentów rodziny, pracowników MOPS, a także wielu innych osób, które na co dzień stykają się z sytuacjami

kryzysowymi w swojej pracy. W związku z powyższym, biorąc pod uwagę interdyscyplinarny charakter udzielanej pomocy, zajęcia na studiach podyplomowych Interwencja kryzysowa prowadzą wykładowcy specjalizujący się zarówno w interwencji kryzysowej osób doświadczających przemocy i przemocy w rodzinie, min. policjanci, kuratorzy sądowi, pracownicy MOPS, jak i pedagodzy i psycholodzy, psychoterapeuci pracujący poznawczo-behawioralnie, strategicznie, krótkoterminowo, systemowo, ze stresem i traumą, duchowni, seksuolodzy, terapeuci uzależnień oraz inni specjaliści pomagający uporać się z żałobą, sytuacją zagrożenia czy utraty wartości itp. Z reguły zakres tematyczny studiów obejmuje zagadnienia psychologiczne, etyczne i prawne podstawy interwencji kryzysowej, a także zasady pracy opiekuńczo-wychowawczej, resocjalizacyjnej i terapeutycznej, jak również przygotowanie merytoryczne i metodyczne do podejmowania działań interwencyjnych w zakresie znanych strategii i modułów interwencji kryzysowej, diagnozy w interwencji kryzysowej, zarządzania kryzysem, budowania relacji z klientem, konstruowania procedur interwencyjnych, metodyki działań interwencyjnych wobec: kryzysów w szkole, problemów z uzależnieniem, samookaleczeń, kryzysów suicydalnych, ofiar przemocy i agresji (w tym molestowania seksualnego, mobbingu, cyberbullyingu), w sytuacji straty oraz sytuacjach katastrof (na podstawie ofert studiów podyplomowych Uczelni Nauk Społecznych w Łodzi).

Moduł dotyczący interwencji kryzysowej znajduje się także w planie kształcenia specjalizacyjnego z psychologii klinicznej.

Z kolei warunki uzyskania certyfikatu interwenta kryzysowego szczegółowo reguluje Sekcja Interwencji Kryzysowej Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Certyfikat jest wynikiem starań Sekcji Interwencji Kryzysowej Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Wprowadza on transparentne zasady dochodzenia do kompetencji w zakresie interwencji kryzysowej. W pewien sposób gwarantuje on tym samym bezpieczeństwo w zakresie udzielanej pomocy klientowi, a zarazem zwiększa szansę na skuteczną pomoc.

Ramka 20. Warunki uzyskania certyfikatu w interwencji kryzysowej



Warunki uzyskania certyfikatu w zakresie interwencji kryzysowej (PTP, 2019):

- posiadanie wykształcenia wyższego w stopniu magistra, przy czym osoby o wykształceniu innym niż psychologiczne powinny przed przystąpieniem do procedury zdać egzamin ze społecznej psychologii klinicznej przed podkomisją powołaną przez Komisję Certyfikatów.
- minimum 5 lat pracy w interwencji kryzysowej, w tym co najmniej 3 lata samodzielnie
- 100 godzin superwizji u osoby certyfikowanej w zakresie interwencji kryzysowej przez PTP
- ukończenie szkoleń w zakresie interwencji kryzysowej oraz wzięcie udziału w warsztatach z zakresu interwencji kryzysowej
- przedstawienie dwóch pisemnych rekomendacji osób certyfikowanych z zakresu interwencji kryzysowej
- przedstawienie trzech sprawozdań z wykonanych interwencji kryzysowych (kryzys normatywny, sytuacyjny i traumatyczny)
- odbycie rozmowy kwalifikacyjnej przed Komisją Certyfikacyjną.

W celu uzyskania certyfikatu z interwencji kryzysowej niezbędne jest dodatkowo przedstawienie następujących dokumentów:

- kserokopii dokumentu poświadczającego dokonanie opłaty certyfikacyjnej w wysokości 0,4 średniej wynagrodzenia krajowego, aktualna wysokość będzie podawana na stronie internetowej PTP.
- aktualnego zaświadczenia o przynależności do Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i potwierdzenia bieżącego opłacenia składek.

Pytania sprawdzające:

Co to jest interwencja kryzysowa? Jakie są zadania psychologa w różnych rodzajach kryzysu?

Na czym polega relacja wsparcia interwencyjnego? Kiedy jest ona efektywna?

W jaki sposób psycholog zajmujący się interwencją kryzysową może zminimalizować ryzyko błędów i zwiększyć swoją efektywność w sytuacji pomagania?

Literatura:

- Kubacka-Jasiecka D. (2016). Pomoc psychologiczna w różnych typach kryzysu. [w:] L. Cierpiałkowska, H. Sęk. (red.). Psychologia kliniczna, Warszawa: PWN, s. 673-694.
- James R.K., Gilliland B.E. (2004). Strategie interwencji kryzysowej. Warszawa: PARPA.
- Kubacka-Jasiecka D. (2007). Interwencja kryzysowa. [w:] H. Sęk (red.). Psychologia kliniczna. Tom 2. Warszawa: Wydawnictwo PWN, s. 244-271.
- Gulla B., Siwińska J. (2004). Psychologiczne konsekwencje inwazyjnych technik leczenia choroby niedokrwiennej serca. [w:] K. Wrześniewski, D. Włodarczyk (red.). Choroba niedokrwienność serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania. Gdańsk: GWP, s. 43-68.
- Grodecka J., Kałucka R., Sarzała K., Żukiewicz A. Standard interwencji kryzysowej. http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/SIK_2601.pdf, dostęp 30 maja 2019.
- Polskie Towarzystwo Psychologiczne PTP. (2019). Warunki uzyskania certyfikatu interwencji kryzysowej. <http://www.ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=369#1>, dostęp 30 maja 2019.
- Ogińska-Bulik N. (2015). Rola zasobów osobistych w rozwoju po traumie u osób zmagających się z chorobami nowotworowymi. Psychoonkologia, 3, 88-96.
- Sitnik K., Szczyrba-Maróń B. (2006). Świat jako system. [w:] A. Trzcieniecka-Green (red.). Psychologia. Podręcznik dla kierunków medycznych. Kraków, Universitas, s. 89-126.
- Grupa robocza pod kierunkiem Dębskiego (2016). Psychologiczny program wsparcia. Podręcznik. Gdynia: Miejski Ośrodek Pomocy w Gdyni.

Proces rekrutacji pracowników jako etap wstępny efektywnej selekcji

Rekrutacja i selekcja pracownicza są jednymi z elementów ogólnego procesu zarządzania zasobami ludzkimi. Wielu badaczy, w tym psychologowie pracy, wręcz podkreślają, iż nie można skutecznie realizować dalszych etapów tego procesu tj. oceniać pracowników, motywować do pracy, szkolić, jeżeli te dwa kluczowe elementy nie są zrealizowane (Rothman i Cooper, 2008). Procesy rekrutacji i selekcji pracowniczey w organizacji są ważnym elementem nie tylko samego procesu zarządzania zasobami ludzkimi, ale także skuteczności organizacyjnej. Poprawnie zrealizowane, przyczyniają się do większej skuteczności działań zarządczych organizacji oraz satysfakcji pracowników wykonujących te zadania.

Procesy rekrutacji i selekcji pracowniczey są etapami nieodłącznie z sobą powiązanymi. Nie można bowiem zrealizować skutecznej selekcji, tj. wybrać najlepszego kandydata do wykonywania zadań na danym stanowisku pracy, z pominięciem procesów rekrutacji. Często też procesy rekrutacji i selekcji pracowniczey są traktowane jako etapy tego samego działania co jest postępowaniem niewłaściwym i postaram się to wykazać w dalszych fragmentach tego tekstu. Warto również przypomnieć, że u podstaw obu procesów najpierw rekrutacji a następnie selekcji pracowniczey leży poprawnie wykonana analiza stanowiska pracy, czy też stanowisk pracy. Zrealizowanie tego kluczowego etapu, związanego z poszukiwaniem najlepszych kandydatów do wykonywania zadań na danym stanowisku pracy, daje wysokie prawdopodobieństwo skutecznego działania zatrudnionej jednostki. Poprawnie wykonana analiza stanowiska pracy pozwala bowiem nie tylko stwierdzić jakie cechy osobowe, umiejętności i kompetencje pracownika są wymagane, aby w przyszłości mógł on z powierzonymi mu zadaniami na danym stanowisku poradzić sobie, ale także dobrać odpowiednie formy i instrumenty selekcji. Krótko mówiąc celem tego procesu jest znalezienie kandydata o cechach i kompetencjach optymalnie zbliżonych do wymagań danego stanowiska pracy. Jeżeli zatem organizacja nie dysponuje analizą danego stanowiska pracy czy stanowisk pracy, procesy rekrutacji, a w szczególności selekcji z całą pewnością nie przyniosą oczekiwanych rezultatów. Zatrudniony pracownik na danym stanowisku pracy

może okazać się nie kompetentny. Jego cechy osobowe jak i umiejętności mogą być niewystarczająco przydatne do wykonywania właśnie takich zadań. Warunek poprawnie i rzetelnie wykonanej analizy stanowiska pracy jest więc podstawowy z punktu widzenia skuteczności organizacyjnej. Więcej, jest warunkiem sine qua non zrealizowania rekrutacji a następnie selekcji pracowniczej.

Warto również wspomnieć, iż prowadzenie działań rekrutacyjnych i selekcyjnych w danej organizacji pracowniczej jest elementem szerszych działań logistyczno-czasowych wynikających nie tylko z konkretnych potrzeb wakatowych, ale także polityki kadrowej i planów zatrudnienia w danej organizacji. Te zaś nie zawsze są możliwe do przewidzenia na etapie planowania. Mobilność zawodowa pracowników jest bowiem nie do końca przewidywalna. Sieć uwarunkowań, które motywują jednostki do opuszczenia zakładu pracy jest złożona. Wynikają one nie tylko z ich osobistego niezadowolenia z pracy, warunków pracy, wynagrodzenia, relacji z przełożonymi, ale także niskiej satysfakcji, konfliktów, czy patologii w organizacjach (mobbing, molestowanie). W niniejszym opracowaniu skupiam się wyłącznie na obszernym omówieniu zagadnienia procesu rekrutacji, które w potocznej praktyce rzadko jest systematycznie realizowane wychodząc z błędnego przekonania, iż najważniejsza jest selekcja kandydatów.

Rekrutacja pracownicza jako proces

Rekrutacja pracownicza jest w literaturze różnie definiowana. Wielu autorów określa ją jako wstępny etap selekcji (Kožuch, 1999), inni jako informowanie potencjalnych zainteresowanych zatrudnieniem kandydatów o wakatach w firmie, a więc proces komunikacji z rynkiem pracy (Knosala, 2001). Jeszcze inni mówią, iż jej celem jest przyciągnięcie przez firmę takiej liczby kandydatów, która umożliwiałaby ich selekcję (Jaworski, 1997; Czermiński, 2001). W mojej ocenie rekrutację pracowniczą można zdefiniować jako złożony proces poszukiwania i zachęcania kandydatów o „odpowiednich cechach” wewnątrz organizacji jak i poza nią do objęcia wolnego etatu w danej organizacji. Mówiąc o odpowiednich cechach mam na myśli kompleks dyspozycji potrzebnych do wykonywania zadań na danym stanowisku pracy zgodnie z oczekiwaniem danej organizacji. Na etapie rekrutacji nie selekcionujemy pracowników, ale staramy się dotrzeć z informacją do jak największej grupy osób potencjalnie zainteresowanych pracą na danym stanowisku w danej firmie i nakłonić ich do złożenia wstępnej aplikacji (rejestracji). Im większa grupa potencjalnie zainteresowanych osób o określonych (odpowiednich) cechach do wykonywania

zadań na danym stanowisku pracy złoży wnioski aplikacyjne, tym większe prawdopodobieństwo wyłonienia w procesie selekcji optymalnego kandydata z punktu widzenia skuteczności organizacyjnej i odwrotnie. Ponieważ rekrutacja pracownicza jest procesem obejmuje kilka ważnych działań, które są niezbędne, aby w dalszym etapie zarządzania zasobami ludzkimi można było przejść do drugiego ważnego etapu jakim jest selekcja. Najogólniej działania związane z procesem rekrutacji pracowniczej można podzielić na:

- planowanie rekrutacji,
- warunki rekrutacji,
- wybór strategii rekrutacyjnej,
- przygotowanie rekrutacji,
- terytorium rekrutacji,
- źródła i metody rekrutacji.

Rozpoczęcie procesu rekrutacji jest związane z jej zaplanowaniem. Ten etap działań obejmuje określenie i precyzyjne zdefiniowanie rzeczywistych potrzeb organizacji co do konkretnych etatów. Chodzi tutaj nie tylko o aktualne wakaty, ale także i takie, które są związane z ogólną polityką zatrudniania w firmie. Na tym etapie działań należy bardzo starannie określić cele. Zwykle planowanie rekrutacji wiąże się dwoma bardzo ważnymi dylematami: Po pierwsze, organizacje mają tendencję do rekrutowania znacznie większej liczby kandydatów niż planują w rzeczywistości zatrudnić. Powstają wówczas problemy co zrobić z osobami, którym nie udało zaoferować pracy a posiadają wysokie kompetencje do wykonywania zadań na danym stanowisku. Osoby zainteresowane zatrudnieniem w efekcie nienawiązania z nimi stosunku pracy szukają zatrudnienia w innych zakładach pracy. Pozyskanie ich w przyszłości, w przypadku nieprzewidywalnego zwolnienia etatu, jest zwykle bardzo trudne. Z drugiej strony zatrudnienie zrekrutowanej i wybranej w procesie selekcji osoby na innym stanowisku pracy (mniej atrakcyjnym), niż optymalnym z punktu widzenia procesu selekcji, jest dla niej demotywuujące i prowadzi do obniżonej satysfakcji w pracy, w efekcie jej porzucenia.

Po drugie, wielu kandydatów, którzy składają aplikację o zatrudnienie w procesie rekrutacji ma zbyt wysokie kwalifikacje na dane stanowisko i w efekcie końcowym mogą nie być zainteresowani danym etatem licząc, iż rozpoznanie ich kompetencji będzie skutkowało raczej zatrudnieniem na stanowisku atrakcyjniejszym.

Oba przytoczone tu dylematy rodzą problem utrzymania równowagi pomiędzy stawianiem zbyt wysokich lub zbyt niskich standardów (wymagań) w procesie rekrutacji na

dane stanowisko (Kepes i Delery, 2006). Nie ma tu idealnych rozwiązań. Z punktu widzenia skuteczności organizacyjnej ważne jest, aby w procesie rekrutacji dotrzeć do jak najszerszej grupy potencjalnych pracowników, o odpowiednich cechach i nakłonić ich do złożenia aplikacji. Z punktu widzenia dobrostanu psychologicznego pracownika istotne jest, aby został z nim nawiązany stosunek pracy, jeśli spełnia wszystkie wymagania potrzebne na danym stanowisku pracy.

Drugim ważnym działaniem w procesie rekrutacji pracowniczej jest określenie wstępnych warunków dotyczących danego lub danych stanowisk pracy. Jak to już wspomniałem na początku tego rozdziału jest to ważne nie tylko z punktu widzenia skuteczności organizacyjnej, ale także i czynników psychologicznych jakimi są motywacja do pracy i osiągana w jej efekcie satysfakcja. Analiza stanowiska pracy, obejmuje szczegółowy opis zadań wykonywanych w procesie pracy, łącznie z zespołem czynności oraz charakterystykę cech osobowych, kompetencji i umiejętności, które są niezbędne, aby zadania te sprawnie i skutecznie realizować. Ten ważny element zarządzania procesem pracy jest wielokrotnie lekceważony w szczególności w małych organizacjach, gdzie zadania przydzielane pracownikom charakteryzują się dużą zmiennością a sam proces jest dynamiczny. Nie wchodząc w szczegóły tego ważnego zagadnienia procesu pracy i zarządzania organizacją problem ten jedynie sygnalizuję wskazując, iż jest on konieczny, aby działania poświęcone rekrutacji a następnie selekcji na dane stanowiska pracy były optymalne. W literaturze psychologii pracy poświęcono wiele miejsca analizie stanowiska pracy. W Polsce najbardziej znaną metodą tej analizy jest Kwestionariusz Lubelski Analizy Stanowiska Pracy KLASP (Biela 2018).

Dylematy rekrutacji

Ważnym zagadnieniem, które także powinno być przeanalizowane zanim przystąpimy do działań rekrutacyjnych jest ustalenie czy opis wakatów (stanowiska pracy), powszechnie dostępny dla potencjalnie zainteresowanych osób, będzie zawierał tylko pozytywne informacje na temat wykonywanych zadań. Podnoszę tę kwestię bowiem wiele organizacji pracowniczych przystępując do rekrutacji celowo w opisie zadań wykonywanych na danym stanowisku pracy przedstawia tylko pozytywne jego elementy pomijając wszelkie negatywne, niekorzystne, które mogłyby zainteresowane osoby zniechęcić. Wychodzi się z założenia, że kwestie te będą pracownikowi przedstawione w momencie ustalania warunków pracy i być może uda się wówczas problem ten zmarginalizować. Na przykład wielokrotnie zdarza się, że

pracownik musi pozostawać po godzinach pracy, albo wykonywać dodatkowe zadania w domu tak, że trudno mu np. zaplanować tygodniową strukturę czasu co może wpływać niekorzystnie na jego jakość życia. Dodatkowo zadania te go wypalają, ponieważ nie potrafi odmówić przełożonym ich wykonania. Zasygnalizowanie tych kwestii na etapie wstępnym (rekrutacji) mogłoby wielu potencjalnych chętnych zniechęcić do pojęcia starań o zatrudnienie. Współcześnie, mając na względzie dobrostan psychologiczny pracownika, dąży się raczej, aby opis ten był realistyczny (realistic job previews) a więc zawierał zarówno pozytywne aspekty stanowiska pracy i zadań, które pracownik będzie musiał wykonywać jak i cechy niekorzystne, z którymi też będzie musiał się zmierzyć. Chodzi o to, aby w wyniku silnej motywacji jaka zwykle towarzyszy pracownikowi (zwłaszcza kiedy jest zgodna z jego oczekiwaniami) w uzyskaniu zatrudnienia, w krótkim okresie czasie po jej uzyskaniu nie doszło do nagłego zniechęcenia spowodowanego sytuacją pracy i zadaniami, o których nie wiedział, a które ostatecznie pełnią funkcję demotyatorów na danym stanowisku pracy. Realistyczny opis zadań pozwala uniknąć szoku spowodowanego rozbieżnością między wyobrażanym, czasem wyidealizowanym obrazem stanowiska pracy, a rzeczywistością, która się rozmija z tym co pracownik usłyszał od znajomych, rekruterów, czy przeczytał w źródłach rekrutacji (prasie, mediach, czy social mediach).

Strategia rekrutacyjna

Kolejnym etapem procesu rekrutacyjnego jest ustalenie określonej strategii rekrutacyjnej. Ważnym jest udzielenie odpowiedzi na niektóre ważne pytania. Po pierwsze, istotne jest ustalenie kto będzie przeprowadzał rekrutację i jak należy ją przygotować. Po drugie, należy ustalić jaki rodzaj rekrutacji zostanie zastosowany. Po trzecie, należy określić na jakim terenie będzie realizowana. Wreszcie po czwarte, należy wybrać źródła i metody rekrutacji.

Przygotowanie procesu rekrutacji

W wielu organizacjach proces rekrutacji oraz całą odpowiedzialność za jego przeprowadzenie powierza się wyspecjalizowanym w tym zakresie działom organizacji. Jest to istotne, bowiem pracownicy działu personalnego, czy HR posiadają nie tylko odpowiednie kwalifikacje, ale również szczegółową wiedzę na temat wielu czynników istotnych z punktu

widzenia efektywnego funkcjonowania pracownika w danej organizacji co nie pozostaje bez znaczenia na jego dobrostan psychologiczny i somatyczny. Pracownicy działu personalnego są doskonale zorientowani na temat tego jak wygląda w organizacji proces zarządzania, znają cechy dyspozycyjne kierowników, posiadają wiedzę na temat kultury organizacyjnej swojej firmy, wiedzą jak funkcjonują społeczne struktury nieformalne. Obok tego posiadają doskonałą orientację nt. wolnych stanowisk pracy, w szczególności zaś z wykonywaniem jakich zadań są związane, a w konsekwencji jakie kompetencje są potrzebne, aby zadaniom tym pracownik mógł sprostać.

O jakości procesu rekrutacji świadczą także kwalifikacje i cechy osobowe rekruterów (Rosenfeld, 2002). Należy pamiętać, iż pierwszy kontakt potencjalnie zainteresowanego kandydata pracą w danej firmie będzie miał miejsce właśnie z rekruterem działu personalnego. Jest kwestią drugorzędną, czy będzie to kontakt bezpośredni czy pośredni. Ważnym jest, aby pozostawił pozytywny ślad w pamięci aplikanta zainteresowanego pracą w firmie. Pozytywne doświadczenia będą bowiem wzmacniały chęć podjęcia pracy w takiej organizacji. Nastawiały pozytywnie na temat przyszłej pracy, współpracowników, kierownictwa a nawet możliwości uzyskania awansu. Negatywne, demotywowwały i ostatecznie zniechęcały do złożenia formularza aplikacyjnego. O jakości pierwszego kontaktu decyduje wiele czynników, ale jednym z ważniejszych to cechy osobowe rekruterów oraz ich nastawienie do pracy i potencjalnych przyszłych pracowników. Powszechnie wiadomo, że cechy osobowe, temperamentu i charakteru człowieka w znaczącym stopniu moderują jego zachowanie w kontekście społecznym. Na przykład osoby o cechach introwertywnych „ładujące” swoje „akumulatory aktywności” w oparciu o wewnętrzną kontemplację generalnie unikają dużych skupisk zbiorowości i preferują raczej małe, doskonale znane im grupy. Przystymulowanie ich zniechęca i w takim środowisku czują się zagrożeni. Z kolei jednostki o cechach ekstrawertywnych w dużych skupiskach społecznych czują się doskonale (Wontoreczyk, 2018). Doświadczają wówczas pozytywnych wzmocnień i w efekcie są one dla nich nagradzające. Jednakże długa, rozciągnięta w czasie rozmowa dotycząca różnych szczegółów, z wielokrotnym powtarzaniem tych samych fraz (czego oczekują czasem zainteresowani pracą aplikanci) może być dla nich nudna i nieciekawa. Okazują wówczas zniecierpliwienie i ujawniają negatywne emocje co może prowadzić do „szorstkiej” relacji interpersonalnej.

Obok cech osobowych rekruterów ważnym elementem budowania pozytywnego wizerunku firmy a tym samym przyszłej pracy jest sposób dokonywania charakterystyki wakatu. Dobrym sposobem jest przedstawianie go w sposób entuzjastyczny, z przekonaniem, z

zaangażowaniem, podając wiele pozytywnych przykładów i możliwości rozwoju jakie potencjalnego pracownika czekają w przyszłej pracy. Jeśli jest taka możliwość warto także odwołać się do osobowych przykładów znanych postaci. Autentyczny, entuzjastyczny opis sprawia, że przekaz dokonywany przez rekrutera jest postrzegany przez potencjalnego aplikanta jako zgodny z prawdą i nie budzący podejrzeń. Diametralnie inaczej sytuacja wygląda, kiedy opis wakatu dokonywany przez rekrutera jest skąpy, chłodny i mało przekonywujący a informacje dawkowe w sposób wyważony. Taki przekaz budzi podejrzenia, a osoby zainteresowane wakatem odnoszą wrażenie, iż organizacja już dawno dokonała wyboru swojego kandydata, potrzebują jedynie jego uprawomocnienia w postaci zrealizowania procedur.

Istotną kwestią w tym procesie są umiejętności i kompetencje interpersonalne rekruterów. Pozytywne doświadczenia w kontakcie z rekruterami pozwalają budować pozytywny obraz o firmie i wpływają znacząco na podjęcie pozytywnej decyzji nt. starań o zatrudnienie w takiej organizacji a w przyszłości wzmacniają również zaangażowanie w proces pracy. Umiejętności interpersonalne rekruterów przekładają się także na przebieg samej interakcji w procesie rekrutacji. Chodzi o to, aby osobom zainteresowanym pracą w firmie okazać szacunek i sympatię, dać do zrozumienia, że są osobami ważnymi dla firmy a organizacja widzi ich w przyszłości jako swoich pracowników. Istotne jest, aby nie odnieśli pierwszego wrażenia, iż nikomu nie zależy na ich ofercie pracy, a stosunki społeczne zachodzące między pracownikami organizacji są chłodne, sztywne i pozbawione pozytywnych emocji. Dobrym sposobem zbudowania pozytywnego klimatu jest prowadzenie w taki sposób rozmowy, aby nie sprowadzała się wyłącznie do udzielania tylko zdawkowych odpowiedzi. Rekruterzy powinni sami inicjować rozmowę, poszerzać jej obszary tematyczne oczywiście prowadzone w pewnych ramach, aby nie poruszać kwestii drażliwych tak dla firmy jak i samych zainteresowanych zatrudnieniem.

Terytorium rekrutacji

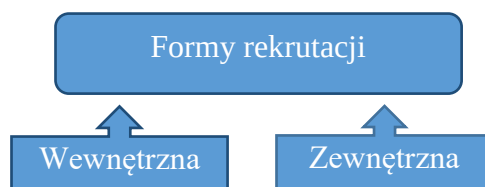
Jak pokazuje częsta praktyka w firmach, czynnik finansowy jest ważnym moderatorem prowadzenia procesu rekrutacji. Skąpe środki finansowe przeznaczone na jej prowadzenie sprawiają, iż zwykle zawęża się jej terytorium do niewielkiego obszaru, na którym usytuowana jest firma albo wręcz poprzestaje się na rekrutacji wewnętrznej. Oczywiście w ten sposób oszczędza się na środkach finansowych, ale traci się możliwość dotarcia do

wartościowych, kompetentnych kandydatów na pracowników. Istotną kwestią na tym etapie procesu rekrutacji jest zatem udzielenie sobie odpowiedzi na pytanie do jakiego terytorium zostaje ona skierowana. Czy będzie prowadzona na terenie lokalnym tj. miejscowości, w której zlokalizowana jest organizacja, czy wykracza poza region lokalny, obejmując szerszy obszar: powiat, województwo, a nawet cały kraj? W dużej mierze o podjęciu decyzji o wyborze terytorium decydują wymagania wakatów, na które poszukujemy kompetentnych kandydatów. Na przykład wybitni fachowcy o unikatowych kompetencjach technicznych zwykle są bardzo rzadko dostępni w małych społecznościach lokalnych. Jeśli więc wolne stanowisko pracy związane jest z unikatowymi kompetencjami technicznymi musimy procesem rekrutacji powinien objąć szerszy obszar, a nawet cały kraj, zwłaszcza w okresach niskiego bezrobocia. Taka sama strategia dotyczy poszukiwania artystów lub pracowników o unikatowych kwalifikacjach i doświadczeniach. Współcześnie nie to takie trudne, w ponowoczesnym społeczeństwie obserwujemy zjawisko powszechnej mobilności przestrzennej jednostek. Radykalna zmiana miejsca zamieszkania nie jest problemem dla ludzi. Zjawisko migracji całych rodzin spowodowane poszukiwaniem godnej pracy częściej staje się dzisiaj codziennością. Jeszcze kilka dekad temu było to raczej niemożliwe, a podjęcie takich „radykalnych” decyzji wręcz bardzo trudne. Dlatego warto rozważyć zaproponowanie potencjalnym kandydatom o unikatowych kwalifikacjach także szeroką gamę gratyfikacji pozafinansowych np. komfortowe mieszkanie, pracę dla współmałżonka, dostęp do placówek opiekuńczo oświatowych w przypadku posiadania dzieci, samochodu służbowego lub darmowych przelotów. Obok wynagrodzenia motywów pozafinansowe organizacji mogą być czynnikiem wzmacniającym ubieganie się o wakat przez takich kandydatów.

Inaczej problem terytorium rekrutacji wygląda w przypadku poszukiwania osób o kwalifikacjach ogólnie dostępnych, których w populacji jest dostatecznie dużo. Pozyskiwanie takich kandydatów może być zatem z powodzeniem zawężone do regionu lub nawet miejscowości lokalnej, w której zlokalizowana jest firma. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji, kiedy poszukujemy pracowników fizycznych czy biurowych. Przyuczenie do nowego stanowiska pracy takiego kandydata nie jest kosztowne. Pewnym wyjątkiem są stanowiska pracy niebezpiecznej, nieprzyjemnej czy mało prestiżowej. We współczesnych społeczeństwach o rozwiniętej gospodarce i wysokim współczynniku innowacyjności pracę, której nikt nie chce wykonywać podejmują osoby z najuboższych warstw społecznych albo imigranci.

Źródła i metody rekrutacji

Wreszcie na koniec chciałbym podnieść kwestię źródeł i metod rekrutacji. Uzależnione są one od formy rekrutacji, a te dzielimy na dwa rodzaje: wewnętrzną i zewnętrzną (rys. 1)



Rekrutacja wewnętrzna stosowana jest najczęściej w dużych organizacjach pracowniczych zatrudniających znaczącą liczbę pracowników. Ma pozytywne jak i negatywne strony. Do pozytywnych stron rekrutacji wewnętrznej należy zaliczyć kilka kwestii. Po pierwsze, a) *możliwość osiągnięcia szybszego awansu*. Pracownicy w każdej organizacji oczekują wzmocnienia swojej pozycji w pracy. Umożliwia im to awans, który poprawia nie tylko wysokość wynagrodzenia, ale także zdobycie wyższego statusu społecznego. Po drugie, wybór strategii wewnętrznej pozwala spełniać oczekiwania pracowników, a tym samym b) *podnosić morale* i szacunek wobec kierownictwa firmy. W ten sposób wzmacnia się przekonanie wśród pracowników, iż warto wiązać się organizacją w dłuższej perspektywie czasowej, ponieważ docenia i nagradza zaangażowanie. Po trzecie, c) *łatwiej oszacować wiedzę, umiejętności i cechy dyspozycyjne kandydatów*. Pracownicy firmy są doskonale znani rekruterom, aby ocenić ich kompetencje nie muszą im więc poświęcać tyle czasu na etapie selekcji jak kandydatom z zewnątrz. Po czwarte, d) *kandydaci wewnętrzni mają wiedzę na temat organizacji i jej zasad*, a często nawet i samego stanowiska pracy objętego wakatem. Nie muszą zatem uczyć się pracy na danym stanowisku od podstaw. Krótszy też jest okres przyuczenia do zawodu oraz łatwiej znaleźć współpracownika, który podejmie się tego procesu. Doświadczeni pracownicy zwykle niechętnie podejmują się przyuczenia nowego pracownika na danym stanowisku pracy. Upatrują w jego osobie własnego zagrożenia w przyszłości. Natomiast przyuczenie do stanowiska pracy współpracownika lub kogoś znanego w organizacji nie budzi tyle negatywnych emocji. Po piąte, e) *kandydaci z wewnątrz organizacji silniej identyfikują się z firmą*. Pracując przez pewien okres czasu w firmie znają jej plusy i minusy. Wiedzą czego mogą od niej oczekiwać w przeciwieństwie do kandydatów z zewnątrz, których nowa praca może szybko rozczarować, ponieważ nie są im znane różne jej uwarunkowania. Przytoczone tu argumenty

przemawiające na korzyść rekrutacji wewnętrznej potwierdzają znaną w psychologii pracy maksymę, iż zainwestowanie w pracownika procentuje jego zaangażowaniem w przyszłości.

Niezależnie od korzystnych argumentów przemawiających na rzecz zastosowania rekrutacji wewnętrznej ma ona także niekorzystne aspekty. Warto tu przytoczyć przynajmniej dwa. Po pierwsze, organizacje preferujące rekrutację wewnętrzną, inwestujące w rozwój pracownika, podnoszą jego kwalifikacje w sposób systemowy, przewidując jego przydatność także na innych stanowiskach. Jednakże nawet wysoko efektywne szkolenia czy edukacja, jeżeli nie są powiązane z płynną tranzycją do praktyki następuje etap trwonienia zasobów. Dodatkowo dokonujący się współcześnie, niemal w tempie geometrycznym, postęp technologiczny i informatyczny sprawiają, że wiedza i umiejętności nabyte kilka lat temu, a nie wprowadzone do pamięci operacyjnej, ulegają szybko zatarciu i wraz z upływem czasu są właściwie nie do odzyskania. Więcej, nawet gdyby były utrwalone mogą się już okazać nieprzydatne ze względu na upływ czasu i zmian technologicznych.

Drugi czynnik niekorzystny związany z rekrutacją wewnętrzną dotyczy zasobów mentalnych pracowników. Jak pokazują doświadczenia wielu firm, kandydaci wewnętrzeni, funkcjonujący w pewnej kulturze organizacyjnej, mogą na nowych stanowiskach pracy okazać się mało pomysłowi i nie kreatywni. Ten problem rozwiązuje procedura rekrutacji zewnętrznej.

Jeśli idzie o metody rekrutacji wewnętrznej to warto tu wspomnieć o trzech najbardziej znanych i najpowszechniej stosowanych. Są nimi odpowiednio: *a) wewnętrzna oferta pracy*, *b) informacja nieformalna o wakacie oraz c) promowanie kandydatów o najodpowiedniejszych cechach* na dane stanowisko pracy. Dwie pierwsze upowszechniane są wśród pracowników wewnątrz organizacji. Jedyny problem, który może się pojawić w ich przypadku to skuteczne dotarcie z informacją do pracowników. Nie wystarczy zatem ją podać w miejscu zwyczajowo przyjętym do przekazywania takich danych, ale zamieścić także na stronie internetowej firmy a nawet przesłać na wewnętrzną skrzynkę mailową pracowników. Informacja o wakacie podawana drogą nieformalną co prawda bywa skuteczniejsza, jeśli idzie o jej upowszechnienie wśród pracowników, ale podlega również wielu zniekształceniom i ograniczeniom. Nie wszyscy pracownicy są zainteresowani jej rozpowszechnianiem, dlatego często może nie dotrzeć do grup docelowych z uwagi na społeczne czy indywidualne sterowanie jej rozpowszechnianiem. Trzecia metoda, *promowanie kandydatów o odpowiednich cechach* nie wymaga upowszechniania wewnątrz organizacji a jedynie konsultacji w gronie samego kierownictwa, czy przy współudziale rekruterów. Ma jednak ten

mankament, że jest postrzegana przez pracowników jako niedemokratyczny, nietransparentny sposób awansowania.

Znacznie powszechniejsza jest rekrutacja *zewnętrzna*. W dobie współczesnej, charakteryzującej się także wysoką fluktuacją zasobów kadr, właściwie jest ona jedynym sposobem skutecznego dotarcia do jak największej liczby potencjalnych kandydatów. Pewnym mankamentem jest jej kosztochłonność. Ma także kilka wad. Po pierwsze, może budzić niezadowolenie wśród pracowników firmy i w efekcie doprowadzić do konfliktów. Po drugie, zrekrutowani z zewnątrz, nowo zatrudnieni pracownicy często mają problemy z adaptacją do nowego środowiska pracy. Na początku są nieakceptowani przez współpracowników a nawet całe grupy także trudno jest im zdobyć przyjaciół co wymiennie przyczynia się do obniżenia satysfakcji z pracy. Wreszcie po trzecie, w przypadku błędnej decyzji rekrutacyjnej, firma narażona jest na kolejny proces selekcyjny co wiąże się z kosztami finansowymi.

Jeśli idzie o metody rekrutacji zewnętrznej to najogólniej możemy je podzielić na *tradycyjne* i *współczesne* związane z wykorzystaniem nowych mediów w szczególności social mediów. Do tradycyjnych metod rekrutacji należy zaliczyć:

- a) *reklamę* z wykorzystaniem prasy, radia, telewizji, periodyki itp.;
- b) *walk in* i *write in* - osobiste kontakty lub składanie ofert drogą pocztową, telefoniczną, internetową;
- c) *dni otwarte firmy*;
- d) *targi ofert pracy*;
- e) *referencje* udzielane przez pracowników firmy lub znajomych, ewentualnie przyjaciół.

Współczesne metody rekrutacji wiążą się z wykorzystaniem nowoczesnych technologii informatycznych czy portali społecznościowych *social media*. Możemy zatem wyróżnić: a) *database searching* b) *networking*, oraz c) *portale internetowe poświęcone dostępnym miejscom pracy*.

Database searching jest właściwie własną bazą firmy zbudowaną w oparciu o CV nadsyłane do organizacji w odpowiedzi na różne oferty pracy. Na rozsyłane powszechnie przez osoby poszukujące pracy do różnych firm CV oraz oferty zatrudnienia organizacje nie zawsze natychmiast reagują, ponieważ nie dysponują wolnym wakiem. Kiedy jednak taki wakat się pojawia istnieje możliwość skorzystania z bazy i zaproszenia zainteresowanego kandydata do procedury selekcyjnej.

Networking to metoda oparta na sieci kontaktów biznesowych. W praktyce polega na szukaniu kandydatów wśród znajomych także na portalach społecznościowych. Pracownicy zatrudnieni w firmie na polecenie kierownictwa docierają do znajomych posiadających odpowiednie kwalifikacje, zgodne z wymaganiami na wakatowym stanowisku pracy.

Portale internetowe dysponujące bazą pracowników o różnych kwalifikacjach są współczesną formą pomocy nie tylko osobom bezrobotnym, poszukującym pracy, ale także przydatną metodą rekrutacji zewnętrznej. W ostatnich latach obserwujemy znaczący wzrost zainteresowania tą formą pośrednictwa pracy nie tylko przez pracowników poszukujących atrakcyjnej pracy, ale również firmy szukające pracowników o odpowiednich kwalifikacjach.

Wreszcie organizacje realizujące proces rekrutacji mogą także zwrócić się do wyspecjalizowanych instytucji zajmujących się pośrednictwem pracy takich jak: agencje pracy, centra pracy, biura pracy czy urzędy pracy. Instytucje te dysponują także bazami pracowników o różnych kwalifikacjach, chociaż jak pokazuje praktyka, najczęściej powszechnie dostępnych. Należy pamiętać, iż pracownicy kompetentni, o wysokich kwalifikacjach raczej rzadko pozostają bez pracy.

Poprawnie i systematycznie przeprowadzony proces rekrutacji daje wysokie prawdopodobieństwo skutecznej selekcji tj. wybrania, spośród zrekrutowanych kandydatów, najlepszego tj. o najodpowiedniejszych kompetencjach do wykonywania zadań na stanowisku pracy objętym wakatem.

Pytania sprawdzające:

1. Zanim przystąpimy do realizowania strategii rekrutacyjnej wcześniej musi mieć miejsce:

- a) analiza stanowiska pracy
- b) poszukiwanie sposobów dotarcia do kandydatów na dane stanowisko pracy
- c) delegowanie zadań
- d) a i d

2. Sortowanie kandydatów na dane stanowisko do pełnienia określonej funkcji w organizacji to:

- a) proces rekrutacji
- b) proces selekcji
- c) proces kontroli
- d) a i c

3. Poszukiwanie kompetentnych kandydatów na zewnątrz lub wewnątrz organizacji do pełnienia danej funkcji to:

- a) proces rekrutacji
- b) proces selekcji
- c) proces zarządzania organizacją
- d) żadne z powyższych

Prawidłowe odpowiedzi znajdują się na końcu rozdziału.

Literatura:

- Biela A. (2018). *European Questionnaire for Job Analysis (EQJA)*. Berlin, Peter Lang Gmbh.
- Czermiński A. (2001). *Zarządzanie organizacjami*. Toruń: Dom Organizatora.
- Jaworski W. (1997). *Podstawy zarządzania przedsiębiorstwem. Wybrane zagadnienia*. Gdynia: Wyższa Szkoła Menedżerska.
- Kepes, S., Delery, J. E. (2006). *Designing effective HRM systems: The issue of HRM strategy*. [in:] R. J. Burke, W.R.J., C. L. Cooper (eds.), *The human resources revolution: Why putting people first matters*. Amsterdam, NL: Elsevier.
- Knosala E. (2001). *Zarys teorii decyzji w nauce administracji*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Kożuch B. (1999). *Wstęp do teorii zarządzania*. Warszawa: Nauka-Edukacja.
- Rothman I., Cooper C. (2008). *Organizational and Work Psychology. Topics in Applied Psychology*. London: Hodder Education.
- Voskuijl, O., Evers A., Anderson N., Smith-Voskuijl O., (2005). *Blackwell Handbook of Personal Selection*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Wontorczyk A. (2018). *Temperament as the Moderator of Job Performance*. [w:] A. Biela (ed.) *European Questionnaire for Job Analysis (EQJA)*, Berlin: Peter Lang Gmbh, 173-195.

Prawidłowe odpowiedzi:

- 1 a
- 2 b
- 3 a

Wypalenia zawodowe – przyczyny, konsekwencje, sposoby przeciwdziałania

Przykładowe rodzaje placówek zajmujących się problematyką wypalenia zawodowego

Wypalenie zawodowe to syndrom, który jest psychologiczną reakcją na chroniczny stres wynikający z obciążeń zawodowych. Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization* – WHO, 2019) w projekcie nowej międzynarodowej klasyfikacji chorób (*11th International Classification of Diseases* – ICD-11), wypalenie zawodowe klasyfikuje wśród czynników wpływających na stan zdrowia, w sekcji problemów związanych z zatrudnieniem (kod klasyfikacji: QD85). Zgodnie z proponowaną klasyfikacją, wypalenie zawodowe odnosi się do stresu zawodowego, z którym pracownik nie jest w stanie efektywnie sobie poradzić. Nie jest klasyfikowany jako stan chorobowy, ale jako problem stricte zawodowy, związany z doświadczeniami ujawniającymi się w kontekście pracy. Według WHO, charakterystyczne dla wypalenia zawodowego są: 1) uczucie wyczerpania, 2) dystans mentalny do pracy, negatywizm lub cynizm, 3) mniejsza skuteczność zawodowa.

Wypalenie zawodowe, choć nie jest jednostką chorobową, może mieć poważne konsekwencje indywidualne, społeczne i organizacyjne. Praca psychologa w kontekście problemu wypalenia jest różna w zależności od tego, czy celem pracy jest zapobieganie, czy interwencja psychologiczna lub psychoterapeutyczna. W każdym przypadku konieczna jest jednak wiedza na temat charakterystycznych symptomów wypalenia i świadomość jego procesualnej natury. Procesualny charakter wypalenia może powodować, że dla osób niemających podstawowej wiedzy na temat syndromu wypalenia, początek wypalenia zawodowego będzie trudny do uchwycenia. W zapobieganiu wypalaniu istotny jest przede wszystkim kontekst zawodowy i właściwe projektowanie stanowiska pracy oraz dopasowanie między zasobami, kompetencjami i potrzebami pracownika a charakterystyką stanowiska pracy. Niekiedy, w zapobieganiu wypalenia bardzo pomocne może okazać się wsparcie psychologa lub psychoterapeuty, który będzie w stanie zdiagnozować problem

niedopasowania jednostki do środowiska pracy. Uwzględniając cele oddziaływań psychologicznych (zapobieganie, interwencja, minimalizowanie konsekwencji wypalenia), rodzaje placówek, w których psycholog może mieć do czynienia z problemem wypalenia obejmują: w obrębie miejsc zatrudnienia - działy spraw osobowych/działy *Human Resources* (HR), gabinety psychologiczne, psychoterapeutyczne, poradnie zdrowia psychicznego, kliniki i szpitale psychiatryczne. Poniżej przedstawiona jest krótka charakterystyka placówek zatrudniających psychologów, mogących nieść pomoc i wsparcie osobom z problemem wypalenia zawodowego.

Dział spraw osobowych/Dział HR – funkcjonuje zazwyczaj w obrębie średnich i dużych organizacji, przedsiębiorstw i instytucji; zajmuje się sprawami pracowniczymi, selekcją, rekrutacją pracowników, opisem stanowisk pracy, oceną pracowniczą, szkoleniami i rozwojem zawodowym pracowników, kwestiami awansów i wynagrodzeń, opracowywaniem systemów motywacyjnych. Prowadzi niezbędną ewidencję i dokumentację kadrową, Zespół działu tworzą zazwyczaj psychologowie, socjologowie, menedżerowie, osoby z wykształceniem ekonomicznym i w zakresie zarządzania.

Gabinet psychologiczny – udziela pomocy osobom w kryzysie, wymagających konsultacji lub pomocy psychologicznej. Celem jest diagnoza problemu, psychoedukacja na temat przyczyn, konsekwencji oraz sposobów radzenia sobie w sytuacji problemowej, wsparcie, a także - jeśli wymaga tego sytuacja klienta - skierowanie do innych jednostek specjalistycznych. W zespole pracują psychologowie. Gabinety psychologiczne często prowadzone są w ramach indywidualnej działalności gospodarczej.

Centrum psychoterapii/Gabinet psychoterapeutyczny – skoncentrowane na oddziaływaniu terapeutycznym, udzielaniu pomocy i wsparcia osobom w trakcie kryzysu psychicznego, osobom zaburzonym i chorym psychicznie. Pomoc obejmuje zarówno jednorazowe konsultacje, jak i długoterminową pracę zmierzającą do zrozumienia przyczyn problemu i sposobów radzenia sobie. Opieka może obejmować zarówno pomoc psychiatryczną, jak i psychologiczną. W zespole pracują przede wszystkim lekarze psychiatry i psychologowie z

przygotowaniem terapeutycznym. Gabinety psychoterapeutyczne często prowadzone są w ramach indywidualnej działalności gospodarczej.

Centrum wsparcia – centrum dla osób w kryzysie psychicznym, często dające możliwość konsultacji w systemie całodobowym, 7 dni w tygodniu (telefonicznych, e-mailowych oraz poprzez czat). Centrum daje możliwość uzyskania porady, wsparcia i wstępnej konsultacji. Pracownicy udzielają informacji o możliwości uzyskania pomocy, kierują do specjalistycznych placówek i instytucji pomocowych. W Centrum wsparcia pracują psychologowie, lekarze psychiatrzy, prawnicy, pracownicy socjalni.

Klinika psychiatrii, szpitale psychiatryczne, poradnie zdrowia psychicznego – obejmują opieką osoby wymagające leczenia psychiatrycznego. Klinika i szpitale psychiatryczne oferują zazwyczaj opiekę całodobową oraz ambulatoryjną. Celem działań jest diagnoza, bezpośrednia pomoc, leczenie farmakologiczne i psychoterapia. Opieka nad pacjentem obejmuje też inne formy oddziaływań terapeutycznych, takich jak np. grupy wsparcia, terapia zajęciowa. Klinika rozwija zazwyczaj działalność naukowo-badawczą. Zespoły obejmują lekarzy psychiatrów oraz psychologów i zespół pielęgniarstwa. Ambulatoryjne leczenie w poradni zdrowia psychicznego obejmują m.in.: diagnozowanie i leczenie zaburzeń psychicznych, psychoterapię indywidualną i grupową, wsparcie psychologiczne oraz edukację w zakresie zdrowia psychicznego i zapobiegania nawrotom zaburzeń psychicznych. Poradnie zdrowia psychicznego podejmują również działania w zakresie profilaktyki, przeprowadzając akcje informacyjne na temat źródeł zagrożeń zaburzeniami psychicznymi.

Wsparcie i pomoc psychologiczna w problematyce wypalenia zawodowego – rola psychologa, zadania i modele pracy

W zależności od placówki zatrudniającej psychologa, zadania psychologa obejmują m.in.:

Dział spraw osobowych/Dział HR:

- ocenę dopasowania pracownika do stanowiska pracy z uwzględnieniem potrzeb, możliwości i kompetencji pracownika – na etapie selekcji pracowników i na kolejnych etapach zatrudnienia pracowników

- analizę obciążeń zawodowych i stresu zawodowego
- analizę wsparcia społecznego w miejscu pracy
- ocenę poziomu autonomii w pracy
- ocenę poziomu sprawiedliwości (np. sprawiedliwego podziału zadań i obowiązków)
- ocenę poziomu wynagradzania
- ocenę dopasowania wartości pracownika i wartości organizacyjnych
- psychoedukację na temat wypalenia zawodowego
- szkolenia zwiększające kompetencje zawodowe i umiejętności radzenia sobie ze stresem w miejscu pracy
- wsparcie informacyjne, edukacyjne i emocjonalne
- w uzasadnionych sytuacjach - skierowanie do jednostek specjalistycznych

Gabinet psychologiczny:

- ocenę poziomu wypalenia zawodowego
- psychoedukację na temat wypalenia zawodowego
- wsparcie informacyjne dotyczące strategii radzenia sobie ze stresem
- wsparcie emocjonalne
- w uzasadnionych sytuacjach - skierowanie do jednostek specjalistycznych

Centrum psychoterapii/Gabinet psychoterapeutyczny:

- ocenę poziomu wypalenia zawodowego
- diagnozę przyczyn wypalenia, z uwzględnieniem czynników indywidualnych i kontekstualnych
- psychoedukację na temat wypalenia zawodowego
- wsparcie informacyjne, edukacyjne i emocjonalne
- psychoterapię indywidualną i/lub grupową
- w uzasadnionych sytuacjach (utrzymujące się znaczne obniżenie nastroju, myśli samobójcze) - skierowanie do jednostek specjalistycznych

Centrum wsparcia:

- rozpoznanie problemu wypalenia zawodowego
- wsparcie informacyjne i emocjonalne
- przedstawienie możliwości uzyskania dalszej pomocy, konsultacji i terapii indywidualnej

- ocenę stopnia zagrożenia w kierunku depresji, zaburzeń lękowych
- w razie potrzeby - skierowanie do jednostek specjalistycznych

Klinika psychiatrii i ambulatoryjna opieka psychiatryczna:

- rozpoznanie problemu wypalenia zawodowego jako współwystępującego z innymi jednostkami chorobowymi
- ocenę postaw pacjenta wobec obciążeń zawodowych
- diagnozę sieci wsparcia społecznego
- wsparcie informacyjne, edukacyjne i emocjonalne
- wdrożenie oddziaływań psychoterapeutycznych
- pomoc choremu w dostosowaniu do zaleceń lekarskich
- pracę z rodzinami pacjentów, obejmującą kształtowanie nawyków prozdrowotnych
- interwencje w sytuacjach trudnych związanych z leczeniem
- motywowanie pacjenta do kontynuowania psychoterapii po zakończeniu leczenia w klinice, jeśli są do tego wskazania
- współpracę w pracach naukowo-badawczych prowadzonych w klinice.

Zadania psychologa w odniesieniu do problemu wypalenia zawodowego mają różny charakter w zależności od miejsca zatrudnienia, mogą obejmować działania profilaktyczne, edukacyjne, diagnostyczne i terapeutyczne.

Profilaktyka wypalenia zawodowego

Profilaktyka wypalenia zawodowego ma szczególne znaczenie tam, gdzie kształtowane jest środowisko pracy i są realne możliwości określenia stopnia dopasowania jednostki do stanowiska pracy, które będzie odpowiednie pod względem ilości obciążeń i charakteru związanych z nim zadań. Działy HR, działy kadr, działy spraw osobowych, to miejsca, w których praca psychologa powinna być skoncentrowana na prewencji wypalenia zawodowego – na takim doborze pracowników, planowaniu podziału zadań, opracowywaniu systemów motywacyjnych i wynagrodzeń, aby minimalizować ryzyko wypalenia zawodowego. Ważną kwestią w obszarze HR jest uważana selekcja pracowników, aby w jak największym stopniu zapewnić dopasowanie między charakterystyką i wymaganiami danego stanowiska pracy a możliwościami, kompetencjami i potrzebami jednostki. W tym celu,

należy wnikliwie przeanalizować charakterystykę stanowiska pracy i zadbać o dokładny jego opis oraz określenie wytycznych dotyczących profilu kandydata na dane stanowisko.

Przykład 1:

Międzynarodowa korporacja poszukuje pracownika na stanowisko administracyjne. Praca na stanowisku obejmuje wykonywanie prac administracyjno-biurowych, wprowadzanie danych do arkuszy kalkulacyjnych i generowanie raportów dla kierownictwa działu HR. W zakresie obowiązków jest wprowadzanie i przetwarzanie danych na poziomie podstawowym, tworzenie dokumentów wewnętrznych. Wymagania kwalifikacyjne: komunikatywność, znajomość języka angielskiego na poziomie zaawansowanym, umiejętność obsługi sprzętu biurowego i komputera, znajomość pakietu MS Office, sumienność, umiejętność planowania i organizacji pracy, odpowiedzialność. Warunki pracy: praca na pełny etat, w stałych godzinach pracy, wynagrodzenie podstawowe na poziomie wynagrodzenia minimalnego. Kryteria oceny pracy obejmują: dokładność, terminowość, umiejętność pracy w międzynarodowym zespole.

W odpowiedzi na ogłoszenie zgłosiło się 5 kandydatów. Wśród nich jest studentka V roku psychologii, posiadająca certyfikat poświadczający znajomość języka na poziomie zaawansowanym, certyfikaty ukończenia kursów analizy danych (analiza danych na poziomie podstawowym i zaawansowanym w pakietach SPSS i Statistica) oraz doświadczenie w kierowaniu zespołami projektowymi; prowadziła kampanie promocyjne w ramach projektów studenckich i przez kilka lat udzielała się w stowarzyszeniach i instytucjach podejmując prace wolontaryjne. Motywacją do podjęcia pracy jest chęć zdobycia doświadczenia w pracy w zespole międzynarodowym i wykorzystanie swoich umiejętności w analizie danych.

Stanowisko pracy, z uwagi na międzynarodowe środowisko, wymaga wysokich kompetencji językowych, jednak ma charakter pomocniczy dla kierownictwa działu - nie daje możliwości rozwoju ani poszerzania kompetencji, obejmuje proste zadania, które nie wymagają wysokich kwalifikacji. Biorąc pod uwagę warunki zatrudnienia i minimalne wynagrodzenie, prawdopodobnie będzie więc atrakcyjne dla osób na początku kariery zawodowej lub z niższymi kwalifikacjami. Selekcja na dane stanowisko powinna uwzględnić, że osoby z wysokimi kwalifikacjami, posiadające ambitne cele, zdolności przywódcze, mogą nie mieć możliwości wykorzystania swojego potencjału. Praca, z uwagi na niedopasowanie charakterystyki stanowiska pracy z charakterystyką kandydatki, może stanowić źródło

frustracji wynikających ze zbyt niskich wymagań, monotonii pracy i małego zakresu autonomii. Można rozważyć zatrudnienie kandydatki, jeśli praca miałaby charakter tymczasowy.

W profilaktyce wypalenia szczególne znaczenie będzie miało dopasowanie możliwości, kompetencji i oczekiwań pracownika do stanowiska pracy, ale również takie kształtowanie warunków pracy, aby tworzyło sprzyjające środowisko. W tym kontekście należy szczególnie zwrócić uwagę na:

- właściwą ilość obciążeń zawodowych (źródłem problemu może być zarówno nadmiar obciążeń, jak i niewystarczająca ich ilość)
- sprawiedliwy podział zadań
- adekwatne do pracy wynagrodzenie i system nagród
- odpowiedni zakres samodzielności i autonomii pracowników
- wzmacnianie współpracy między pracownikami i zapewnienie sieci wsparcia społecznego
- dbanie o spójność wartości indywidualnych i organizacyjnych.

W kontekście profilaktyki wypalenia zawodowego psycholog pełni szczególnie ważną rolę rozumiejąc, że źródłem wypalenia jest szeroko rozumiany kontekst zawodowy. Umiejętność oceny, które aspekty środowiska pracy stanowią potencjalne źródło największych obciążeń dla pracownika, pozwala określić ewentualny plan zmian i działań interwencyjnych. Zmiany te mogą obejmować zarówno interwencje w środowisku pracy – np. przez zwiększanie autonomii pracowników, rozwijanie współpracy między pracownikami, dbanie o dobre relacje i atmosferę w pracy, jak również rozwijanie kompetencji i zasobów pracowników – np. przez dodatkowe szkolenia, tutoring, coaching. Podejmowane w Dziale HR oddziaływania profilaktyczne i interwencyjne nakierowane więc powinny być na rozpoznanie potencjalnych lub realnych źródeł wypalenia u pracowników i podjęcie działań sprzyjających ograniczeniu czynników mogących przyczynić się do rozwoju wypalenia zawodowego. W sytuacji niedopasowania pracownika do stanowiska pracy, należy rozważyć zmianę zakresu zadań lub stanowiska pracy.

Psychoedukacja

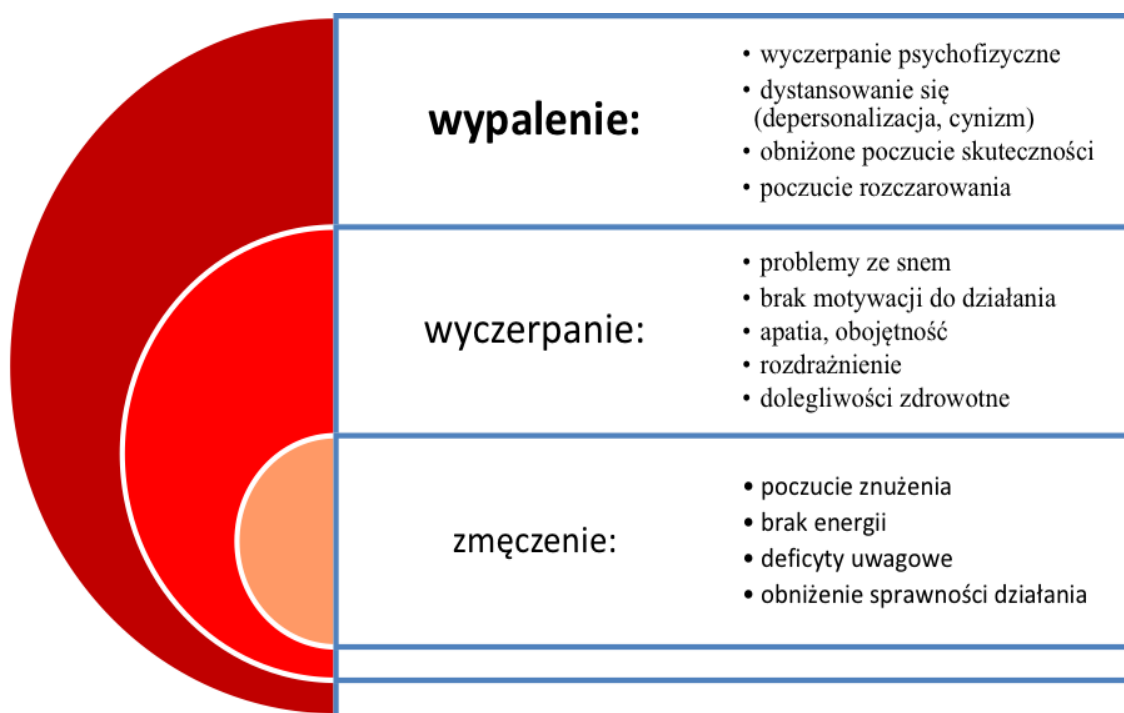
Psychoedukacja dotycząca wypalenia zawodowego ważna jest w każdym z wymienionych miejsc zatrudnienia psychologa. Tam, gdzie istnieje ryzyko zaistnienia problemu, należy wprowadzić edukację na temat wypalenia zawodowego uwzględniającą:

- rozpoznawanie typowych symptomów wypalenia, takich jak: obniżony poziom energii, wyczerpanie, poczucie emocjonalnego dystansowania się do pracy, wykonywanych zadań, współpracowników, podopiecznych lub klientów, oraz obniżone poczucie skuteczności zawodowej
- omówienie przyczyn wypalenia zawodowego wynikających m.in. z: niedopasowania do środowiska pracy, nadmiernych obciążeń zawodowych, przeciążenia, zaburzenia rytmu sen - czuwanie, zaburzenia relacji praca - życie prywatne, niewłaściwych relacji społecznych, poczucia niesprawiedliwości w miejscu pracy, brak właściwego wynagrodzenia za wykonywaną pracę, brak poczucia kontroli, poczucia konfliktu między wartościami organizacyjnymi a wartościami i celami pracowników
- edukację na temat sposobów radzenia sobie z uwzględnieniem aktywnych strategii radzenia sobie ze stresem, właściwych wzorców funkcjonowania zawodowego: np. przez zadbanie o przerwy na posiłki, odpoczynek, wsparcie społeczne, zaplanowanie maksymalnej ilości godzin pracy.

Psycholog pracujący w Dziale HR i posiadający gruntowną wiedzę na temat wypalenia zawodowego może zauważyć pierwsze symptomy wypalenia, takie jak zmęczenie pracowników, zniechęcenie, mniejsze zaangażowanie, tendencje do dystansowania się do pracy, współpracowników i klientów. Jeśli psycholog zauważa zmiany w postawach i zaangażowaniu pracowników, ważne jest określenie, na ile zmiany te wywołane są kontekstem pracy. Zgodnie ze wskazaniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 2019), wypalenie zawodowe należy rozumieć jako zjawisko dotyczące stricte problematyki pracy. Badania wskazują jednak, że wypalenie zawodowe jest procesem (Tucholska, 2001), który na początku może mieć małe nasilenie a z czasem może pogłębiać się i prowadzić do poważniejszych konsekwencji, takich jak depresja. Nie należy więc bagatelizować wczesnych objawów wypalenia. Pierwsze charakterystyczne objawy to poczucie zmęczenia, obniżonego poziomu energii, zniechęcenia i wyczerpania. Pojawiają się negatywne emocje i postawy względem innych ludzi (podopiecznych, współpracowników, klientów), względem

wykonywanych zadań i pracy w ogóle. Jeśli dodatkowo towarzyszy temu poczucie mniejszej skuteczności zawodowej, mamy do czynienia z pełnym wzorcem objawów charakterystycznych dla wypalenia zawodowego.

Procesualny charakter wypalenia przedstawia Rysunek 1.



Rys. 1. Efekt nakładania się konsekwencji obciążeń zawodowych w procesie rozwoju wypalenia zawodowego.

Punktem początkowym może być zwykłe poczucie zmęczenia, braku energii, gorsza koncentracja uwagi, popełnianie błędów. Zapewnienie odpoczynku, równowagi w relacji wysiłek - odpoczynek, praca zawodowa – życie prywatne/rodzinne, pozwala na powrót do optymalnego stanu i przy braku pozazawodowych obciążeń doprowadza zwykle do pełnej regeneracji. Utrzymujący się stan zmęczenia spowodowany obciążeniami zawodowymi powoduje kumulację wcześniejszych konsekwencji i doprowadzić może do pojawienia się dolegliwości zdrowotnych (np. bóle mięśniowe, problemy ze strony układu trawiennego), problemów ze snem (np. nadmierna senność, trudności w zasypianiu, przerywany sen, wcześniejsze wybudzanie), braku motywacji do działania czy ogólnego rozdrażnienia. Brak podjęcia działań korygujących, zmieniających sytuację pracownika, może prowadzić do

kolejnego etapu – syndromu wypalenia zawodowego, charakteryzującym trzema głównymi symptomami:

- wyczerpaniem psychofizycznym
- dystansowaniem się do pracy, wykonywanych zadań i obowiązków (cynizm), jak i dystansowaniem się do innych osób – współpracowników, klientów, podopiecznych (depersonalizacja)
- poczuciem obniżonej skuteczności zawodowej.



SYNDROM WYPALENIA ZAWODOWEGO:

- ➔ wyczerpanie psychofizyczne, poczucie braku energii
- ➔ dystansowanie się, negatywne nastawienie do pracy, wykonywanych zadań i obowiązków (cynizm), dystansowaniem się do współpracowników/klientów/ podopiecznych (depersonalizacja)
- ➔ poczucie obniżonej skuteczności zawodowej

W kontekście wyczerpania psychofizycznego pojawiają się różnorodne konsekwencje – od obniżenia poziomu funkcjonowania energetycznego (spadek aktywacji), przez konsekwencje emocjonalne (tendencja do przeżywania negatywnych emocji, takich jak zniechęcenie, smutek, złość), jak i poznawczego (problemy z koncentracją uwagi, z generowaniem adekwatnych reakcji, wprowadzaniem korekty do błędnych działań, ignorowaniem nieistotnych informacji). Pojawiają się też zmiany w zachowaniu wobec innych, co przyczynia się do negatywnych konsekwencji w sferze społecznych relacji oraz zmiany w sposobie podejścia do pracy i realizowanych obowiązków, co wpływać może na obniżenie efektywności zawodowej i zmniejszenie produktywności.

Jedną z najpoważniejszych konsekwencji wypalenia jest depresja, która wymaga pomocy specjalistycznej. Zadaniem psychologa w dziale HR jest więc dostrzeżenie pierwszych symptomów i podejmowanie działań korygujących. Niezbędne do tego jest posiadanie wiedzy na temat symptomów oraz procesualnego charakteru wypalenia zawodowego. Psycholog działania może skierować zarówno w kierunku organizacji -

wpływając na wprowadzanie zmian w środowisku pracy, jak i na pracownika – dostarczając informacji na temat problemu wypalenia i konieczności wprowadzania zmian (np. w kontekście regulacji rytmu praca – odpoczynek). Psychoedukacja na temat wypalenia w gabinecie psychologicznym, psychoterapeutycznym, centrum wsparcia czy klinice psychiatrycznej, powinna być nakierowana na rozwijanie umiejętności rozpoznawania symptomów wypalenia, rozumienia możliwych konsekwencji, takich jak np. epizody depresyjne oraz rozwijanie prozdrowotnych postaw i zachowań.

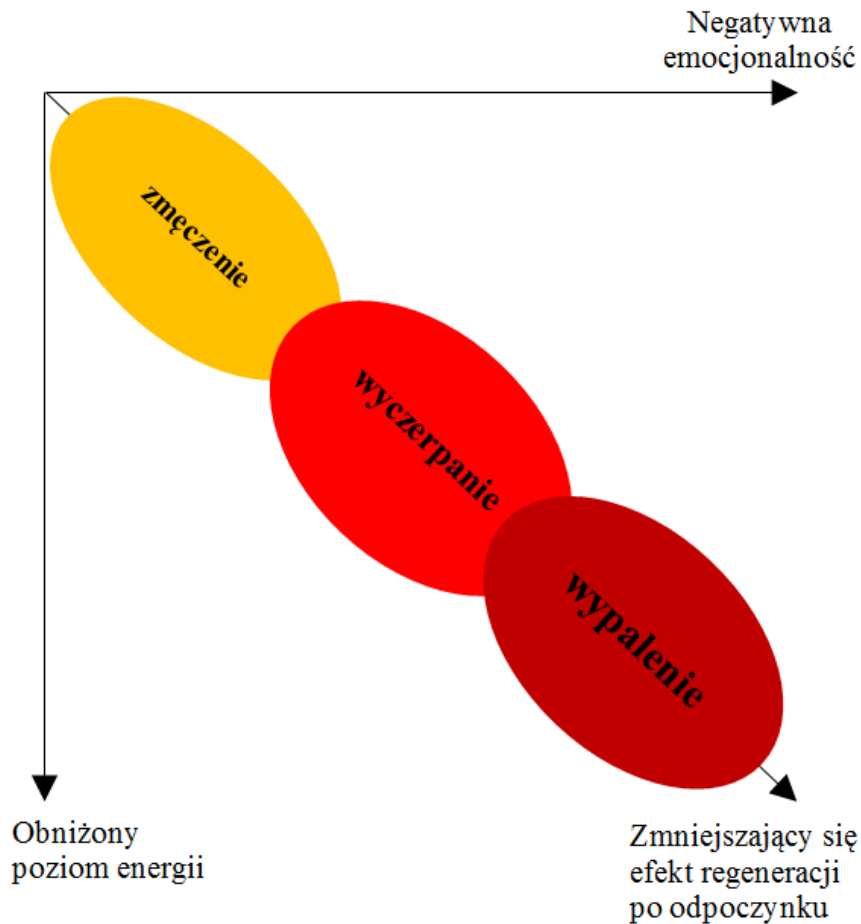
Minimalizowanie ryzyka wypalenia zawodowego uwzględniałoby m.in.:

- analizę potencjalnych źródeł wypalenia (jednostka-środowisko)
- korzystanie z dostępnej wiedzy nt. wypalenia zawodowego
- rozpoznawanie i reagowanie na pierwsze symptomy wypalenia
- poszukiwanie rozwiązań i korzystanie z pomocy innych (współpracowników, przełożonych, specjalistów)
- dbanie o odpoczynek, regenerację i źródła pozytywnych emocji.

Rozpoznanie i ocena poziomu wypalenia zawodowego

Niezależnie od miejsca zatrudnienia, psychologa ważna jest umiejętność rozpoznania problemu wypalenia zawodowego. Ocena ta może opierać się na wiedzy na temat symptomów i przyczyn wypalenia (Maslach, Leiter, 2011; Schaufeli, Maslach, Marek, 2018). Rozumiejąc, że w etiologii wypalenia kontekst zawodowy odgrywa podstawową rolę, ważne jest połączenie problemu pracownika/klienta/pacjenta z jego zawodowymi uwarunkowaniami. Następnie, istotne jest rozróżnienie między zwykłym zmęczeniem, wyczerpaniem a wypaleniem zawodowym. Analiza literatury przedmiotu pozwala określić wymiary, których ocena nasilenia może być pomocna w określeniu stanu pracownika (Golonka i in., 2016), wymiary te to:

- poziom energii
- negatywna emocjonalność
- efekt braku regeneracji po odpoczynku (Rysunek 2).



Rys.2. Wymiary opisujące różne stany zmęczenia uwzględniające poziom energii, zdolności do regeneracji i nasilenia negatywnego afektu.

Charakterystyczna dla wypalenia jest silna komponenta obniżonego poziomu energii oraz narastające negatywne emocje, które wpływają zarówno na postawy, jak i zachowania w miejscu pracy. Zarówno brak energii, jak i negatywna emocjonalność wpływają na zmniejszanie zaangażowanie w pracę. Symptomatyczne dla problemu wypalenia jest również obniżenie możliwości regeneracji po odpoczynku – narastające konsekwencje natury emocjonalnej (np. obniżenie nastroju), poznawczej (np. zniekształcenia poznawcze doprowadzające do negatywnej oceny własnych możliwości, kompetencji zawodowych) i w sferze zachowań (np. obniżenie skuteczności, wycofywanie się z relacji społecznych) stanowią głębszy problem pracownika. To, co wydaje się być rozwiązaniem w sytuacji zwykłego zmęczenia lub nawet wyczerpania pracą – przedłużony weekend, dłuższy urlop wypoczynkowy, urlop zdrowotny - same w sobie nie przynoszą rozwiązania w sytuacji

wypalenia zawodowego. Konieczne jest wypracowanie nowych wzorców funkcjonowania, poznawcze przepracowanie problemu, co może prowadzić do podjęcia decyzji o zmianie pracy lub poszukiwaniu dalszej pomocy.

Rozpoznanie problemu wypalenia często opiera się na obserwacji i wywiadach – dzięki tym metodom możliwe jest ogólne zdefiniowanie problemu. Ocenę poziomu wypalenia zawodowego można uzupełnić wykorzystując wystandaryzowane narzędzia pomiarowe. Obecnie w języku polskim można wykorzystać skalę *Link Burnout Questionnaire* (LBQ), która posiada normy dla różnych grup wiekowych i grup zawodowych. Skala opracowana jest przez Pracownię Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego (Jaworowska, 2014) i dostępna zarówno w wersji papierowej, jak i elektronicznej (możliwość przeprowadzenia e-badania na platformie Epsilon). Dostępna jest też polska wersja skali *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI) (Chirkowska-Smolak, 2018), która rekomendowana jest jako narzędzie do oceny poziomu wypalenia zawodowego charakteryzujące się dobrymi własnościami psychometrycznymi. Bardzo popularnym narzędziem jest również *Maslach Burnout Inventory* (MBI) – skala ta wielokrotnie wykorzystywana była w badaniach naukowych, posiada wersje dostosowane do różnych grup zawodowych, co daje duże możliwości porównawcze (<https://www.mindgarden.com/117-maslach-burnout-inventory>).

Uzupełnieniem rozpoznania problemu wypalenia mogą okazać się skale oceniające poziom stresu (np. *Skala Odczuwanego Stresu* (PSS-10); *Kwestionariusz Poczucia Stresu* (KPS)), możliwości radzenia sobie pracownika ze stresem (np. *Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem* (COPE); *Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem* (Mini-COPE); *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych* (CISS)) – analiza tych zmiennych może być pomocna w określeniu istotnych obszarów w dalszej pracy terapeutycznej.

Przykład 2:

Do klasy uczniów rozpoczynających naukę w Liceum Ogólnokształcącym, wchodzi nauczycielka. Zaczyna lekcję od określenia wymagań i kryteriów oceny. Uświadamia uczniom, że szkoła nastawiona jest na osiągnięcia i trafiać powinni do niej uczniowie pracowici i ambitni. Do uczniów zwraca się w sposób bardzo formalny, nie nawiązuje kontaktu wzrokowego, do nikogo nie zwraca się bezpośrednio. Prosi o wyjęcie kartek i odpowiedzi na kilka podstawowych pytań z zakresu prowadzonego przedmiotu, co pozwoli jej

ocenić poziom przygotowania uczniów. Na pytania uczniów odpowiada bardzo skrótowo i niechętnie, wykazując duże zniecierpliwienie. Jej postawa, sposób mówienia i zachowania wzbudzają wśród uczniów niepewność, niepokój i napięcie. Wydaje się mało zaangażowana w to co robi, trzyma się sztywno ustalonego planu i bardzo negatywnie reaguje na wszystko, co go zaburza. Sprawia wrażenie osoby zniechęconej, smutnej i zmęczonej. Kończy lekcję nie realizując żadnego tematu – całe 45 minut poświęciła tylko na określenie wymagań i oczekiwań oraz sprawdzenie poziomu wiedzy uczniów.

Powyższy przykład obrazuje charakterystyczny dla osób wypalonych wzorzec zachowań. Na podstawie obserwacji stwierdzić można znużenie, zmęczenie i zniechęcenie. Prezentowane zachowania, takie jak formalizm, sztywność i niechęć do wchodzenia w relacje z uczniami, są przejawami depersonalizacji - przedmiotowego traktowania uczniów. Nauczycielka wykazuje tendencje do negatywnych emocji i braku zaangażowania. Sytuacja ta odzwierciedla również szersze konsekwencje wypalenia zawodowego – osoba wypalona nie tylko ponosi indywidualne konsekwencje - przez swoją postawę i zachowania wpływa na samopoczucie innych, ich emocje, zaangażowanie i gotowość do współpracy.

Przykład pokazuje, że nie zawsze konieczne lub możliwe jest wyjście poza obserwację i wykorzystanie innych metod oceny wypalenia, takich jak wywiad czy wystandaryzowane testy. Psycholog może spotkać się z niechęcią pracowników do zgłębiania tematu, zwłaszcza tam, gdzie wyniki mogą się przełożyć na sytuację zawodową badanych osób. Obserwacja niejednokrotnie może być więc jedyną metodą oceny problemu wypalenia zawodowego.

Praca terapeutyczna

W pracy terapeutycznej istotne jest zarówno rozpoznanie problemu, psychoedukacja, jak i praca nad wprowadzaniem zmian w sposobie przeżywania stresu w pracy, podejścia do pracy, kształtowania postaw wobec pracy, przekonań na temat swojej roli zawodowej, jak również nawyków i zachowań, które mogą podtrzymywać negatywne wzorce.

Przykład 3:

Pacjent centrum terapii, w leczeniu psychiatrycznym od 8 miesięcy, diagnoza: umiarkowany epizod depresyjny. Pacjent objęty leczeniem farmakologicznym ze wskazaniem do podjęcia psychoterapii. Charakterystyka pacjenta: mężczyzna, lat 35, dwójka dzieci, bez innych dolegliwości zdrowotnych, brak obciążeń w wywiadzie rodzinnym; z zawodu architekt. Pacjent od 10 lat prowadzi własną działalność gospodarczą. Pacjent zgłasza problemy z obniżonym nastrojem, które uniemożliwiały mu kontynuowanie pracy na tym samym poziomie co wcześniej. Zachęcony do podjęcia leczenia przez rodzinę, która zauważa niepokojące zmiany w zachowaniu pacjenta (np. niezdolność do rozpoczęcia aktywności, leżenie w łóżku przez kilka dni, płaczliwość). Pacjent zmotywowany do psychoterapii z potrzebą wypracowania rozwiązania, które umożliwi mu normalne funkcjonowanie i ochroni przed przeżyciem kolejnego „dola”. Pacjent zauważa zmiany w zachowaniach, np. kontakt z klientami wzbudza ogromne napięcie i lęk oraz tendencję do unikania, podczas gdy wcześniej relacje z klientami w ogóle nie stanowiły problemu. Zdarzało się, że realizując projekt, przed jego prezentacją zamyka się w swojej pracowni, czuje się bezsilny, płacze i nie jest w stanie wyjść na spotkanie z klientem. Nie jest też w stanie zadzwonić do klienta. W związku z tym, pomimo że projekt jest przygotowany do prezentacji, ma poczucie winy, czuje się beznadziejny.

W wywiadzie pacjent wyraźnie wskazuje kontekst zawodowy jako podstawowe źródło stresu i obciążeń. Poza pracą ma bardzo dobre relacje rodzinne, wspierającą żonę, grupę wieloletnich przyjaciół, z którymi systematycznie się spotyka. Stabilna sytuacja ekonomiczna, dobrze funkcjonująca własna działalność. Równocześnie, odkąd założył rodzinę (w wieku 28 lat) bardzo intensywnie pracował, żeby zapewnić dobre warunki ekonomiczne. Brał coraz więcej zleceń i coraz dłużej pracował, zdarzało się, że pracował nieprzerwanie przez 15 godzin, zaniehbując regularne posiłki i jakiegolwiek przerwy w pracy. Od pewnego czasu, czuje się mniej kompetentny, choć racjonalnie wie, że ma o wiele więcej doświadczeń zawodowych i wzbogacił warsztat pracy. Na poziomie racjonalnym wie, że 10 lat prowadzenia firmy dały mu pewność i zwiększyły profesjonalizm, na poziomie emocjonalnym czuje pustkę, brak pewności siebie i brak kompetencji.

Analiza kontekstu pojawienia się problemu pozwala określić jakie są jego źródła. W powyższym przykładzie ważne jest rozpoznanie na ile opisane objawy są związane z

czynnikami endogennymi, a na ile są wynikiem czynników kontekstualnych – np. nadmiernych przeciążeń wynikających z pracy zawodowej, odpowiedzialności za utrzymanie rodziny i zapewnienie jej właściwych warunków. Dodatkowo, należy uwzględnić cechy indywidualne, takie jak np.: neurotyzm, perfekcjonizm oraz nadmierne ambicje i oczekiwania (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

U pacjenta nie stwierdzono obciążeń rodzinnych w kierunku problemów psychiatrycznych, pacjent nie cierpiał na żadne inne dolegliwości zdrowotne, w historii pacjenta nie stwierdzono poważniejszych problemów natury emocjonalnej. Pacjent utrzymywał bardzo dobre relacje z rodziną i przyjaciółmi, posiadał wysokie kompetencje społeczne i komunikacyjne. Brak innych źródeł aktualnego problemu, dobre funkcjonowanie społeczne i zawodowe sprzed epizodu chorobowego, może nakierować psychologa na problem wypalenia, który był wynikiem nadmiernego obciążenia zawodowego. W opisywanym przypadku, w związku z prowadzeniem jednoosobowej działalności gospodarczej, istotna jest kwestia dużej odpowiedzialności, braku wsparcia zarówno w planowaniu, jak i realizacji pracy.

Interwencja psychologa polegałaby nie tylko na przeprowadzeniu psychoedukacji na temat przyczyn i konsekwencji wypalenia zawodowego, ale również określeniu właściwych wzorców planowania pracy, zarządzania czasem, weryfikacji oczekiwań i celów pacjenta. Ważnym aspektem pracy terapeutycznej jest praca nad regulacją emocjonalną oraz zmianami nawyków i wprowadzeniem działań korygujących nastawionych na regulację rytmu pracy – odpoczynek. Regulacja emocjonalna ważna będzie w przypadku osób z wysokim neurotyzmem – mających tendencje do przeżywania negatywnych emocji, zamartwiania się, charakteryzujących się mniejszą odpornością na stres, większą labilnością emocjonalną, lękowym przeżywaniem różnych sytuacji. Praca nad akceptacją emocji - również negatywnych - rozumieniem ich funkcji, mechanizmów powstawania i przebiegu, będzie stanowić ważny fundament do zmiany nawyków i wzorców działania. Sfera pracy nad zachowaniami może być szczególnie trudna u osób z wysokim poziomem perfekcjonizmu. Tendencje obsesyjno-kompulsyjne, usztywnione wzorce myślenia i reagowania wymagają dużo większego wysiłku pracowników/klientów/pacjentów, jeśli mają być wprowadzone zmiany. Przygotowanie pacjentów do pracy zawodowej, omówienie potencjalnych „czynników hamujących” i motywowanie do zmian stanowi ważną część pracy terapeutycznej.

Współpraca w zespole

Współpraca psychologa z innymi specjalistami jest uwarunkowana miejscem pracy psychologa. W działach HR ważny jest bezpośredni kontakt psychologa z kadrą zarządzającą, bezpośrednimi przełożonymi i współpracownikami pracownika. Trudno kształtować optymalne środowisko pracy bez ścisłej współpracy z kadrą zarządzającą – określenie celów i uwarunkowań organizacyjnych będzie determinować możliwości wprowadzenia działań prewencyjnych i interwencyjnych w kontekście określania zakresu obciążeń zawodowych, systemu wynagrodzeń, zakresu autonomii, kształtowania wartości organizacyjnych. Bezpośrednia współpraca z pracownikami i kierownikami znającymi specyfikę określonych stanowisk pracy pozwoli na precyzyjne określenie charakterystyki stanowiska pracy, co stanowi podstawę rekrutacji i selekcji nowych pracowników. Rozpoznanie problemu wypalenia zawodowego w konkretnym zespole czy w organizacji powinno skłonić psychologa do podjęcia natychmiastowych działań, które mogą obejmować:

- psychoedukację na temat wypalenia zawodowego (np. w formie warsztatów)
- dostarczenie informacji na temat możliwości uzyskania indywidualnej pomocy psychologicznej lub terapeutycznej
- określanie czynników sprzyjających rozwojowi wypalenia i wspólne - wraz z kierownictwem i pracownikami - określenie kierunków zmian.

Przykład 4:

W jednym z działów organizacji „XYZ” – Dziale Projektów, zwiększyła się bardzo wyraźnie rotacja pracowników. Pracownicy działu mają też większą absencję niż pracownicy innych działów. Zaobserwowanie problemu przez Dział HR wpłynęło na podjęcie decyzji o rozpoczęciu działań, które miały obejmować: 1) poinformowanie kierownika Działu Projektów o różnicach pomiędzy działami we wskaźnikach rotacji i absencji, 2) ustalenie z kierownikiem potencjalnych przyczyn większej rotacji i absencji, 3) opracowanie strategii zwiększających stabilizację zatrudnionych w Dziale Projektów pracowników. Rozpoczęcie działań – tj. poinformowanie kierownika o obserwacji Działu HR, doprowadziło do silnej reakcji emocjonalnej kierownika, który podkreślał problem pracowników, którzy „kompletnie nie nadają się do pracy”. Krytycznie oceniał ich kompetencje zawodowe i społeczne, podkreślał ich małą odporność na stres. Dalsza analiza potencjalnych przyczyn małej

stabilności pracowników w dziale nie była możliwa. Zaplanowano więc rozmowy z pracownikami, które wykazały duże napięcie pracowników i niechęć do formułowania konkretnych przyczyn problemu. Uznano, że rozmowy mogą mieć zbyt konfrontacyjny charakter i budzić obawy pracowników. Zaplanowano udział pracowników w warsztatach zwiększających kompetencje interpersonalne. 3-dniowe warsztaty odbyły się poza miejscem zatrudnienia i prowadzone były przez firmę zewnętrzną. W trakcie zajęć, pracownicy Działu Projektów mieli możliwość wejścia w różne role zawodowe i oceniali co jest dla nich szczególnie cenne w budowaniu relacji w zespole. Jako najpoważniejsze przyczyny trudności w budowaniu dobrych relacji podawali brak zaufania, szacunku, brak dzielenia się wiedzą i brak umiejętności dostarczania pozytywnych informacji zwrotnych przez przełożonego.

Niezwykle ważne jest uzyskanie wsparcia w podejmowanych działaniach - zarówno pracowników, jak i kadry zarządzającej tak, aby uzyskać jak największe zaangażowanie osób mających realny wpływ na kształtowanie środowiska pracy. Szczególnie trudne może to być w kontekście zespołów i relacji, które mogą być obciążone konfliktami interesów, konfliktami interpersonalnymi i silną rywalizacją. Dodatkowo, niskie kompetencje komunikacyjne i interpersonalne oraz nieufność mogą w dużym stopniu ograniczać możliwości nazwania problemu, a tym bardziej określenia sposobów jego rozwiązania. W tym kontekście ważne jest, aby psycholog kierował się nadrzędnym celem i ustalał konkretne, ale też różne warianty działań. Analiza powyższego przykładu pozwala przyjąć hipotezę o braku kompetencji kierowniczych jako możliwej przyczynie trudności w utrzymaniu stabilnego zatrudnienia. Do potencjalnego rozwoju wypalenia wśród pracowników przyczynić mogą się takie czynniki jak: nadmierne obciążenia (niezależnie od zadań, trudna relacja z przełożonym stanowi istotne obciążenie emocjonalne), konflikt wartości, poczucie niesprawiedliwości, brak wsparcia społecznego i brak kontroli. Rolą psychologa byłoby więc rozpoznanie źródła problemu i zaplanowanie działań interwencyjnych. W przypadku kierownika Działu Projektów mogłoby to być podanie różnych potencjalnych przyczyn większej fluktuacji kadr i zapewnienie szkolenia podnoszącego kompetencje komunikacyjne i interpersonalne kierownika. Ważna byłaby też kwestia monitorowania na ile wprowadzone interwencje okazały się skuteczne i, jeśli nie były, zaplanowanie kolejnych działań.

W gabinecie psychologicznym, centrum psychoterapii czy centrum wsparcia, bardzo ważne jest rozpoznanie skali problemu wypalenia i umiejętności oceny na ile konieczne jest podjęcie leczenia psychiatrycznego. W przypadku, gdy psycholog stwierdza objawy depresji, należy rozważyć z pacjentem konsultację psychiatryczną. W przypadku nasilonych objawów obniżonego nastroju, pojawienia się myśli samobójczych – konieczna jest konsultacja psychiatryczna w trybie pilnym. Psycholog powinien skierować klienta/pacjenta do jednostki specjalistycznej.

W klinice psychiatrii mamy do czynienia z pacjentami z zaburzeniami psychicznymi wymagającymi opieki medycznej, gdzie opieka psychiatryczna jest zapewniona. W sytuacji rozpoznania problemu wypalenia jako problemu towarzyszącego innym zaburzeniom psychicznym, ważna będzie współpraca psychologa z lekarzami w prowadzeniu psychoedukacji i elementów psychoterapii skoncentrowanej na wypaleniu zawodowym. Zazwyczaj oddziaływania te są wdrażane w kolejnych etapach leczenia, kiedy pozwala na to stan pacjenta. Niekiedy może to również wymagać współpracy z pracownikiem socjalnym i określenia jakie są możliwości powrotu do aktywności zawodowej.

Problemy etyczne i sposoby ich rozwiązywania

Problemy etyczne z jakimi może spotkać się psycholog dotyczą przede wszystkim konfliktu interesów, co często może mieć miejsce w Dziale HR. Problem wypalenia często wynika z konfliktu interesów między celami organizacyjnymi (np. wysokie wymagania, złożone lub niejasne zadania, presja czasu) a celami jednostkowymi (np. stabilizacja, bezpieczeństwo, rozwój zawodowy). Z jednej strony, psycholog musi mieć na uwadze cele organizacyjne, z drugiej – powinien uwzględniać potrzeby i możliwości pracowników i dążyć do kształtowania jak najbardziej sprzyjającego środowiska pracy. Niejednokrotnie, sam psycholog poddany jest silnym obciążeniom, presji czasu, oczekiwaniom ze strony kadry zarządzającej i ich koncentracji na wynikach. Zazwyczaj rozpoznanie problemu wypalenia u pracowników ma miejsce pomiędzy wieloma innymi zadaniami, jakie są w zakresie obowiązków psychologa (związanych na przykład z rekrutacją pracowników, szkoleniami, prowadzeniem dokumentacji, opracowywaniem raportów itp.). Nadmiar bieżących zadań i obowiązków może ograniczyć możliwości podejmowania działań nakierowanych na profilaktykę wypalenia zawodowego, zwłaszcza jeśli problem nie jest rozumiany przez kadrę

zarządzającą. Niedocenianie wagi problemu wypalenia zawodowego może stanowić poważne ograniczenie w podejmowaniu działań zarówno profilaktycznych, jak i o charakterze interwencyjnym. W tej sytuacji, rozwiązaniem wydaje się nastawienie na dzielenie się wiedzą, upowszechnianie wiedzy o przyczynach i konsekwencjach wypalenia zawodowego, uświadamianie jakie są koszty wypalenia i zmniejszonego zaangażowania pracowników - zarówno dla pracownika, zespołów, jak i całej organizacji.

Przygotowanie psychologa do pracy w placówce

Przygotowanie psychologa do pracy, niezależnie od miejsca zatrudnienia, powinno obejmować nabycie gruntownej wiedzy na temat wypalenia zawodowego – jego przyczyn, konsekwencji i możliwości przeciwdziałania. W tym celu niezbędne jest zapoznanie się z literaturą przedmiotu i śledzenie najnowszych doniesień naukowych. Obszar badawczy związany z problematyką wypalenia zawodowego jest obszarem intensywnie rozwijającym się, co wynika z powszechności zjawiska w populacji pracowników – liczne badania wskazują, że problem wypalenia nie ogranicza się do zawodów pomocowych i obejmuje różnorodne grupy zawodowe. Coraz więcej mówi się też o konsekwencjach indywidualnych, społecznych i organizacyjnych związanych z wypaleniem zawodowym. Dodatkowo, rozwój badań w tym obszarze stymuluje dyskusja na temat odrębności wypalenia zawodowego od pokrewnych stanów, które w przeciwieństwie do wypalenia posiadają status jednostek chorobowych z wyraźnymi kryteriami diagnostycznymi i wskazaniem do leczenia. Pokrywanie się objawów wypalenia z objawami depresji i/lub zaburzeń lękowych (Golonka i in., 2019), rodzi pytanie na ile jest to odmienny stan, na ile można mówić o depresji w kontekście pracy zawodowej. Dostarczenie odpowiedzi na to pytanie wymaga badań, które pozwolą zgłębić podstawowe mechanizmy wypalenia i dokładniej określić kryteria różnicujące wypalenie i depresję. Śledzenie postępu badań w tym obszarze wydaje się więc kluczowe z punktu widzenia rozumienia problemu, jak również poszukiwania adekwatnych sposobów pomocy i określenia najlepszych działań terapeutycznych.

Poza wiedzą, ważne jest doświadczenie psychologa w wykorzystywaniu różnych narzędzi i metod oceny wypalenia zawodowego oraz umiejętność korzystania z dostępnego warsztatu badawczego. W pracy o charakterze konsultacji psychologicznej lub oddziaływań terapeutycznych, szczególnie istotne jest rozwijanie kompetencji miękkich, rozwijanie

kompetencji komunikacyjnych i interpersonalnych. W przypadku oddziaływań terapeutycznych konieczne są szkolenia uzupełniające - szczególnie cenne są szkolenia certyfikujące posiadające rekomendacje krajowych i międzynarodowych stowarzyszeń terapeutycznych, Polskiego Towarzystwa Psychologicznego lub innych uznanych instytucji naukowo-badawczych. W pracy terapeutycznej ważna jest praca własna, korzystanie z superwizji i w razie potrzeby – własna psychoterapia.

Podsumowując, w celu rozwijania przedsiębiorczości psychologa zajmującego się problematyką wypalenia uwzględnić można:

- 1) zbudowanie warsztatu badawczego – pozwalającego na rozpoznanie problemu wypalenia; należy uwzględnić metody obserwacyjne, wywiad oraz metody kwestionariuszowe (ważna jest znajomość testów i dostęp do wystandaryzowanych testów psychologicznych)
- 2) określenie form udzielania pomocy – określenie rodzaju podejmowanych działań, który będzie spójny z przygotowaniem i preferencjami zawodowymi (praca psychologa może dotyczyć wybranej formy lub łączyć kilka form):
 - prewencja i wczesna interwencja - kształtowanie właściwego środowiska pracy i dostarczanie wiedzy na temat wypalenia (kluczowa jest kwestia rozumienia źródeł wypalenia i wiedzy na temat symptomów i konsekwencji wypalenia); wprowadzanie zmian w środowisku zawodowym (ważne jest doświadczenie i umiejętność pracy w zespole, współpraca z zespołami pracowniczymi i kadrą zarządzającą)
 - edukacja – dostarczenie wiedzy na temat mechanizmów wypalenia, przyczyn, konsekwencji i sposobów radzenia sobie (ważne ciągłe pogłębianie wiedzy, monitorowanie badań naukowych)
 - diagnoza – ocena poziomu wypalenia z wykorzystaniem możliwych i dostępnych metod i narzędzi diagnostycznych (wskazany udział w szkoleniach poświęconych wykorzystaniu określonych testów, umiejętności analizy i interpretacji danych)
 - praca terapeutyczna – kształtowanie zmian w sposobie przeżywania i reagowania, rozwijanie prozdrowotnych zachowań (ważne jest odpowiednie przygotowanie, udział w

specjalizacyjnych szkoleniach, posiadanie wiedzy na temat innych możliwych przyczyn prezentowanych objawów; w pracy terapeutycznej ważna jest współpraca z psychiatrami, psychologami, psychoterapeutami, superwizorami)

- 3) rozpoczęcie działań – praca może mieć charakter zatrudnienia w organizacjach, instytucjach, klinikach, gabinetach, jak i samodzielnej działalności gospodarczej zajmującej się edukacją (np. opracowywanie warsztatów nt. wypalenia zawodowego) i/lub pracą terapeutyczną.

Pytania sprawdzające

Wymień przykładowe zadania psychologa–praktyka w obszarze problematyki wypalenia zawodowego, które mogą być realizowane w Dziale HR.

Określ przykładowe metody i narzędzia badawcze, które psycholog-praktyk może wykorzystać w celu rozpoznania i oceny poziomu nasilenia wypalenia zawodowego.

Literatura polecana:

Maslach, C., Leiter, M. P. (2011). *Prawda o wypaleniu zawodowym: co robić ze stresem w organizacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Schaufeli W.B., Maslach, C., Marek T. (2018). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Routledge Library Editions: Human Resource Management.

Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2008). *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa: Difin.

Literatura cytowana:

- Chirkowska-Smolak, T. (2018). Polska adaptacja kwestionariusza do pomiaru wypalenia zawodowego OLBI (The Oldenburg Burnout Inventory). *Studia Oeconomica Posnaniensia*, 6(3), 27-47.
- Golonka K., Mojsa-Kaja J., Blukacz M., Gawłowska M., Marek T. (2019). Occupational burnout and its overlapping effect with depression and anxiety. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 32(2), 229-244. doi:[10.13075/ijomeh.1896.01323](https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01323)
- Golonka K., Mojsa-Kaja J., Popiel K., Gawłowska M. (2016). Neuronalne korelaty zmęczenia i wyczerpania: przegląd wyników badań z zastosowaniem technik neuroobrazowania. W: M. Złowodzki, T. Juliszewski, H. Ogińska, A. Taczalska (red.), *Ergonomia wobec wyzwań nowych technik i technologii* (s. 219-242). Kraków: Wydawnictwo Komisji Ergonomii PAU.
- Jaworowska, A. (2014). *Massimo Santinello Link Burnout Questionnaire. Polska Normalizacja*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- World Health Organization (2019). 11th Revision of the International Classification of Diseases (ICD-11) for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 04/2019) <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Tucholska S. (2001). Christiny Maslach koncepcja wypalenia zawodowego: etapy rozwoju. *Przegląd Psychologiczny*, 44(3), 301-317.

Zadania psychologa praktyka – biegły sądowy

Podmiot zlecający świadczenie usług psychologicznych

Niniejszy rozdział jest poświęcony zadaniom psychologa eksperta, pełniącego funkcję biegłego sądowego. Biegłych ustanawia przy sądzie okręgowym prezes tego sądu. Biegłych ustanawia się dla poszczególnych gałęzi nauki, techniki czy rzemiosła. Ustanowienie biegłym uprawnia po złożeniu przyrzeczenia do wydawania opinii na zlecenie sądu lub organu prowadzącego postępowanie przygotowawcze w sprawach karnych w zakresie tej gałęzi nauki, techniki, sztuki, rzemiosła, a także innych umiejętności, dla której ustanowienie nastąpiło. Biegły wydając opinię używa tytułu biegłego sądowego z oznaczeniem specjalności oraz sądu okręgowego, przy którym został ustanowiony.

Ramka 1. Informacje podstawowe



W toku postępowania, w wypadkach wymagających wiadomości specjalnych, sąd po wysłuchaniu wniosków stron co do liczby biegłych i ich wyboru może wezwać jednego lub kilku biegłych w celu zasięgnięcia ich opinii. Zadanie biegłych polega przede wszystkim na udostępnieniu organom procesowym wiedzy specjalnej. W ten sposób, psycholog ułatwia dokonanie oceny dowodów oraz ustaleń faktycznych będących podstawą wyroku.

Opinie są wydawane samodzielnie przez biegłego psychologa albo we współpracy ze specjalistami innych dziedzin, w tym w szczególności biegłymi psychiatrami, seksuologami, neurologami czy specjalistami terapii uzależnień.

Rola psychologa – biegłego sądowego w postępowaniu sądowym

Współczesne procesy sądowe w warstwie dowodowej coraz częściej opierają się na opiniach biegłych (Wójcikiewicz J., 2007). Stale rośnie potrzeba uzupełniania zakresu ustaleń faktycznych sądów, do których organy procesowe zdolne są samodzielnie, o wiedzę specjalistyczną.

Wiadomości specjalne są informacjami, które nie są dostępne dla przeciętnie wykształconego człowieka. Stanowią one zasób specjalistycznej wiedzy, którą biegły jako osoba o odpowiednim doświadczeniu, które posiada w danej dziedzinie nauki, prezentuje bądź to w formie pisemnej, bądź ustnej, w odpowiedzi na potrzeby organu procesowego w związku z toczącym się sporem. Biegłym zatem będzie, posiadająca wiedzę specjalistyczną osoba, która przez decydenta procesowego została powołana do wydania opinii o okolicznościach mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy

Organ procesowy nie może samodzielnie, bez korzystania z opinii biegłego, dokonywać ustaleń co do okoliczności, których stwierdzenie wymaga wiadomości specjalnych. Prowadzący postępowanie analizuje:

a) Czy dla dokonania oceny danego fragmentu rzeczywistości konieczna jest wiedza specjalna?

b) Czy podlegający ocenie dany fragment rzeczywistości ma istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy?

Jeżeli odpowiedzi na wskazane pytania są pozytywne, dochodzi do dopuszczenia dowodu z opinii biegłego. Powołanie biegłego nie jest prawem, lecz obowiązkiem sądu – w razie zaistnienia potrzeby zbadania okoliczności istotnych dla sprawy z wykorzystaniem wiadomości specjalnych, pominięcie dowodu z opinii biegłego uznawane jest za naruszenie reguł procesu karnego (Hofmański P., 2011). Jeżeli istnieje możliwość przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego, która przyczyni się do stworzenia realnej szansy uzyskania wyniku w postaci potwierdzenia lub zaprzeczenia określonym ustaleniom faktycznym, albo umożliwi ocenę wiarygodności przeprowadzonych już dowodów, to obowiązkiem sądu orzekającego jest przeprowadzenie dowodu z takiej opinii. Dowód z opinii biegłego, ze względu na konieczność stwierdzenia okoliczności wymagających posiadania wiadomości specjalnych, co do zasady nie może być zastąpiony innym dowodem, nawet jeśli dana okoliczność stanowiła przedmiot ustaleń w oparciu o dane pochodzące z innego dowodu (Grzegorzczuk T., 2009).

Ramka 2. Główne zadania psychologa sądowego



O dopuszczeniu dowodu z opinii biegłego wydaje się postanowienie, w którym należy wskazać:

- 1) imię, nazwisko i specjalność biegłego lub biegłych, a w wypadku opinii instytucji, w razie potrzeby, specjalność i kwalifikacje osób, które powinny wziąć udział w przeprowadzeniu ekspertyzy,
- 2) przedmiot i zakres ekspertyzy ze sformułowaniem, w miarę potrzeby, pytań szczegółowych,
- 3) termin dostarczenia opinii.

W miarę potrzeby udostępnia się biegłemu akta sprawy w zakresie niezbędnym do wydania opinii i wzywa się go do udziału w przeprowadzeniu dowodów. Biegły będzie miał obowiązek przeprowadzić analizę akt sprawy, przeprowadzić badania niezbędne do sporządzenia opinii oraz opracować swoją ekspertyzę. W zależności od polecenia organu procesowego biegły składa opinię ustnie lub na piśmie.

Opinia powinna zawierać:

- 1) imię, nazwisko, stopień i tytuł naukowy, specjalność i stanowisko zawodowe biegłego,
- 2) imiona i nazwiska oraz pozostałe dane innych osób, które uczestniczyły w przeprowadzeniu ekspertyzy, ze wskazaniem czynności dokonanych przez każdą z nich,
- 3) w wypadku opinii instytucji - także pełną nazwę i siedzibę instytucji,
- 4) czas przeprowadzonych badań oraz datę wydania opinii,
- 5) sprawozdanie z przeprowadzonych czynności i spostrzeżeń oraz oparte na nich wnioski,
- 6) podpisy wszystkich biegłych, którzy uczestniczyli w wydaniu opinii.

Jeżeli opinia jest niepełna lub niejasna albo gdy zachodzi sprzeczność w samej opinii lub między różnymi opiniami w tej samej sprawie, można wezwać ponownie tych samych biegłych lub powołać innych. Opinia może być uznana za niepełną:

- a) jeżeli nie udziela odpowiedzi na wszystkie postawione biegłemu pytania, na które zgodnie z zakresem wiadomości specjalnych i udostępnionych mu materiałów dowodowych może oraz powinien udzielić odpowiedzi;
- b) jeżeli nie uwzględnia wszystkich okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia konkretnej kwestii;
- c) nie zawiera odpowiedzi na wszystkie pytania zadane biegłemu w postanowieniu o dopuszczeniu tego dowodu

Opinia może być uznana za niejasną, gdy:

- a) sformułowania nie pozwalają na zrozumienie wyrażonych w niej ocen i poglądów oraz sposobu dochodzenia do nich
- b) jest ona niezrozumiała, wewnętrznie sprzeczna lub posługuje się nielogicznymi argumentami.

Poniżej zostanie przedstawionych kilka przykładów dotyczących zadań psychologów w różnych rodzajach spraw.

Przykład 1. Rola psychologa w sprawach o ubezwłasnowolnienie

Zgodnie z treścią art. 13 Kodeksu cywilnego, osoba, która ukończyła lat trzynaście, może być ubezwłasnowolniona całkowicie, jeżeli wskutek choroby psychicznej, niepełnosprawności intelektualnej albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności uzależnienia od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, nie jest w stanie kierować swym postępowaniem. Postępowanie dowodowe powinno ustalić przede wszystkim stan zdrowia, sytuację osobistą, zawodową i majątkową osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, rodzaj spraw wymagających prowadzenia przez tę osobę oraz sposób zaspokajania jej potrzeb życiowych. Osoba, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, musi być zbadana przez biegłego lekarza psychiatrę lub neurologa, a także psychologa. Opinia biegłego oprócz oceny stanu zdrowia psychicznego lub zaburzeń psychicznych albo rozwoju umysłowego osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, powinna zawierać umotywowaną ocenę zakresu jej zdolności do

samodzielnego kierowania swoim postępowaniem i prowadzenia swoich spraw, uwzględniającą postępowanie i zachowanie się tej osoby.

Mąż Pani Heleny (urodzonej w 1941 roku) w uzasadnieniu wniosku o ubezwłasnowolnienie podał między innymi, że jego żona choruje od 2008r. na chorobę Alzheimera. Orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności została uznana za niepełnosprawną w stopniu znacznym; nie jest w stanie podejmować jakichkolwiek decyzji samodzielnie. Do wniosku dołączono zaświadczenie lekarskie z którego treści wynika, że pacjentka jest głęboko otepiała i niezdolna do samodzielnej egzystencji.

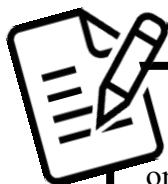
Sąd orzekający nie jest zdolny samodzielnie ocenić przesłanek ubezwłasnowolnienia. W takim wypadku zwrócił do biegłego psychologa z następującymi pytaniami:

- a) czy uczestniczka cierpi na zaburzenia psychiczne?*
- b) jakie są objawy tej choroby lub stanu psychicznego?*
- c) czy uczestniczka jest w stanie kierować swoim postępowaniem i załatwiać samodzielnie swoje sprawy osobiste i majątkowe?*
- d) czy celowym jest doręczanie jej pism sądowych, względnie wzywanie na rozprawę?*
- e) czy potrafi zrozumieć sens i cel pisma lub wezwania?*

Ponadto, osobę, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, należy wysłuchać niezwłocznie po wszczęciu postępowania. Wysłuchanie powinno odbyć się w obecności biegłego psychologa oraz - w zależności od stanu zdrowia osoby, która ma być wysłuchana - biegłego lekarza psychiatry lub neurologa. Niemożność porozumienia się z osobą, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, stwierdza się w protokole po wysłuchaniu biegłego lekarza i psychologa

Sąd może, jeżeli na podstawie opinii dwóch biegłych lekarzy uzna to za niezbędne, zarządzić oddanie osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, pod obserwację w zakładzie leczniczym na czas nie dłuższy niż sześć tygodni. W wyjątkowych wypadkach sąd może termin ten przedłużyć do trzech miesięcy.

Ramka 3. Opinia wydawana przez grupę biegłych



W wypadku powołania biegłych z zakresu różnych specjalności, o tym, czy mają oni przeprowadzić badania wspólnie i wydać jedną wspólną opinię, czy opinie odrębne, rozstrzyga organ procesowy powołujący biegłych.

Jeżeli biegły będzie zobowiązany do wydania opinii łącznej z innymi ekspertami, będzie zobowiązany do współdziałania przy przygotowaniu oraz przeprowadzeniu badań i opracowaniu opinii.

Przykład 2. Współpraca psychologiczno – seksuologiczna

Sąd Rejonowy prowadzi postępowanie przeciwko X.Y. o to, że:

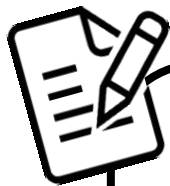
1. w okresie od listopada 2008 roku do marca 2009 roku w YYYY doprowadził swoje małoletnie dzieci – A. i B. do poddania się innym czynnościom seksualnym polegającym na dotykaniu ich miejsc intymnych i nakazywaniu dotykania swoich narządów płciowych, tj. o czyn z art. 200 § 1 k.k.

2. w okresie od sierpnia 2005 roku do 29 kwietnia 2009 w Z. znęcał się psychicznie i fizycznie nad żoną C. oraz córkami A. i B. poprzez używanie wobec nich słów wulgarnych i obraźliwych, szarpaniu, biciu, kopaniu po całym ciele i zamykaniu w pomieszczeniu gospodarczym, tj. o czyn z art. 207 § 1 k.k.

Postanowieniem z dnia 9 lutego 2011 roku Sąd w I. postanawia przeprowadzić dowód z opinii biegłych psychologów i seksuologów, którzy po dokonaniu analizy akt sprawy oraz przeprowadzeniu badań oskarżonego winni wypowiedzieć się na okoliczność stanu rozwoju psychoseksualnego oskarżonego, celem stwierdzenia, czy przejawia jakiekolwiek zaburzenia seksualne lub zaburzenia osobowości, zwłaszcza czy ma tendencję do zachowań o charakterze pedofilskim.

Wyłączenie biegłego z udziału w postępowaniu

Ramka 4: Wyłączenie biegłego.



Nie mogą być biegłymi w danej sprawie:

- świadkowie;
- osoba najbliższa dla oskarżonego albo osoba pozostająca z oskarżonym w szczególnie bliskim stosunku osobistym

Biegły podlega wyłączeniu:

- 1) sprawa dotyczy tego biegłego bezpośrednio,
- 2) jest małżonkiem strony lub pokrzywdzonego albo ich obrońcy, pełnomocnika lub przedstawiciela ustawowego albo pozostaje we wspólnym pożyciu z jedną z tych osób,
- 3) jest krewnym lub powinowatym w linii prostej, a w linii bocznej aż do stopnia pomiędzy dziećmi rodzeństwa osób wymienionych w pkt 2 albo jest związany z jedną z tych osób węzłem przysposobienia, opieki lub kurateli,
- 4) brał udział w sprawie jako prokurator, obrońca, pełnomocnik, przedstawiciel ustawowy strony, albo prowadził postępowanie przygotowawcze,

Powody wyłączenia trwają mimo ustania uzasadniającego je małżeństwa, wspólnego pożycia, przysposobienia, opieki lub kurateli.

- 5) jeżeli istnieje okoliczność tego rodzaju, że mogłaby wywołać uzasadnioną wątpliwość co do jego bezstronności w danej sprawie.

Jeżeli ujawnią się przyczyny wyłączenia biegłego, wydana przez niego opinia nie stanowi dowodu, a na miejsce biegłego wyłączonego powołuje się innego biegłego. Jeżeli ujawnią się powody osłabiające zaufanie do wiedzy lub bezstronności biegłego albo inne ważne powody, powołuje się innego biegłego.

Przygotowanie psychologa do pełnienia funkcji biegłego sądowego.

Ramka 5. Warunki ustanowienia biegłym sądowym



Biegłym może być ustanowiona osoba, która:

- 1) korzysta z pełni praw cywilnych i obywatelskich;
- 2) ukończyła 25 lat życia;
- 3) posiada teoretyczne i praktyczne wiadomości specjalne w danej gałęzi nauki, techniki, sztuki, rzemiosła, a także innej umiejętności, dla której ma być ustanowiona;
- 4) daje rękojmię należytego wykonywania obowiązków biegłego;
- 5) wyrazi zgodę na ustanowienie jej biegłym.

Posiadanie wiadomości specjalnych powinno być wykazane dokumentami lub innymi dowodami. Ocena czy posiadanie wiadomości specjalnych zostało dostatecznie wykazane, należy do prezesa sądu okręgowego w którym psycholog chciałby pełnić funkcję biegłego.

Kandydat na biegłego będzie musiał pokazać, że posiada nie tylko wykształcenie, ale także kilkuletnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu psychologa, w tym w szczególności w diagnozowaniu. Ponadto, ustanowienie biegłym sądowym może być uzależnione od ukończenia specjalistycznych kursów z zakresu psychologii sądowej lub studiów podyplomowych dla biegłych sądowych psychologów.

Pytania sprawdzające

1. Biegłym sądowym może zostać tylko osoba, która:
 - a) posiada wiadomości i umiejętności specjalne w danej dziedzinie;
 - b) ma wykształcenie wyższe;
 - c) ma ograniczoną zdolność do czynności prawnych;
 - d) złoży wniosek o wpisanie na listę biegłych sądowych.
2. Za całkowicie niepczytalnego może być uznany sprawca, który:
 - a) doświadcza choroby psychicznej, jest niepełnosprawny intelektualnie albo cierpi z powodu innego zakłócenia czynności psychicznych i na skutek tych zaburzeń utracił całkowitą zdolność do rozpoznania znaczenia czynu i pokierowania swoim postępowaniem;

- b) doświadcza choroby psychicznej, jest niepełnosprawny intelektualnie albo cierpi z powodu innego zakłócenia czynności psychicznych i na skutek tych zaburzeń miał znacznie ograniczoną zdolność do rozpoznania znaczenia czynu i pokierowania swoim postępowaniem;
- c) spożywał alkohol i wprowadził się w stan niepoczytalności;
- d) odpowiedzi a) i c) są prawidłowe.

3. Opinia sądowo - psychologiczna powinna zawierać:

- a) imię, nazwisko, stopień i tytuł naukowy biegłego
- b) czas przeprowadzonych badań i datę wydania opinii
- c) sprawozdanie z przeprowadzonych czynności i spostrzeżeń oraz oparte na nich wnioski
- d) odpowiedzi od a) do c) są prawidłowe

Prawidłowe odpowiedzi znajdują się na końcu rozdziału.

Literatura polecana

Habzda – Siwek E., Kabzińska J. (2014). Psychologia i prawo. Między teorią a praktyką.

Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Rode D. (2015). Modele psychologicznego opinio dawstwa sądowego w sprawach karnych osób dorosłych i nieletnich. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Rode D. (2016). Problemy jednostki i rodziny w obszarze stosowania prawa. Aspekty psychologiczne. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

Literatura cytowana

Grzegorzczak T. (2008). Kodeks postępowania karnego oraz ustawa o świadku koronnym.

Komentarz. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.

Hofmański P. (2011). Kodeks postępowania karnego. Komentarz do art. 1 – 296. Tom I, pod red. Hofmański P., Sadzik E., Zgryzek K., Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.

Wójcikiewicz J. (2007). Ekspertyza sądowa. Zagadnienia wybrane. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.

Prawidłowe odpowiedzi:

1 a 2 a 3 d

Ścieżka Naukowa

Studia psychologiczne dają ogromne możliwości! Po ich zakończeniu można wybrać różne ścieżki rozwoju zawodowego – i takie, które kojarzą się z psychologią w sposób naturalny, jak psychoterapeuta, psycholog szkolny, trener, ale również takie, które z psychologią na pierwszy rzut oka mają niewiele wspólnego – jak chociażby specjalista do spraw marketingu czy negocjator. Są też takie ścieżki kariery, które można wybrać po ukończeniu praktycznie każdego kierunku studiów – i do takich zalicza się kariera naukowa. A więc – kiedy należy podjąć decyzję o wyborze takiej ścieżki zawodowej? Co trzeba wziąć pod uwagę decydując się na taki wariant? Wreszcie, jak poprowadzić swoją karierę na wczesnym etapie, aby wykonywana praca dostarczała satysfakcji, a nie frustracji? O tych (i kilku innych :)) aspektach kariery naukowej traktuje niniejszy rozdział. A więc – zaczynamy!



Każda podróż ma swój początek

Niejednokrotnie rozpoczynamy studia z już gotowym planem na naszą przyszłość i w trakcie studiów tak dobieramy przedmioty fakultatywne czy staże, aby plan ten wprowadzić w życie. Często też eksplorowanie kolejnych obszarów wiedzy nakierowuje nas na zawodową ścieżkę. W kontekście kariery naukowej druga ze wspomnianych opcji wydaje się być częstsza. Kiedy pojawia się myśl, że może badania naukowe, eksplorowanie interesujących nas obszarów wiedzy na poziomie akademickim to coś, czemu chcielibyśmy poświęcić swój czas, pojawia się również pytanie „Od czego zacząć?”, „Jak sprawdzić czy ścieżka kariery naukowej będzie dla mnie odpowiednia?”. Niewątpliwie – przynajmniej w części – da się odpowiedzieć na to pytanie jeszcze z legitymacją studencką w portfelu! A więc – od czego zacząć?

Czy jest jakiś obszar tematyczny, który mnie szczególnie interesuje?

Psychologia jest dyscypliną nauki, która obejmuje wiele subdyscyplin. Pierwszym krokiem w wyborze ścieżki naukowej jest odpowiedź na pytanie czy któryś z obszarów psychologii szczególnie cię zainteresował? Wyciągnij kartkę i długopis i wykonaj poniższe zadanie.



KROK 1

- Wyciągnij kartkę i długopis.
- Poświęć teraz kilka minut na zastanowienie się, czy w trakcie studiów jakiś obszar wiedzy szczególnie Cię zainteresował?
- Czy zdarzyło Ci się zadać sobie pytanie odnośnie jakiegoś zjawiska w psychologii i nie znaleźć na nie odpowiedzi w literaturze? Czy chciałbyś znaleźć tę odpowiedź?
- Zapisz wszystko na kartce – przyda nam się później!

Koła naukowe, stowarzyszenia, konferencje studenckie

Świetnym źródłem wiedzy na temat tego jak wygląda praca naukowa jest zaangażowanie się w działalność koła naukowego (np. Pragma, działająca przy Instytucie Psychologii Stosowanej UJ). Uczestnictwo w spotkaniach sekcji koła pozwala przed wszystkim na poznanie innych osób, które interesują się akademicką stroną psychologii. Wymiana opinii, wspólne eksplorowanie interesujących nas obszarów wiedzy, organizacja wspólnych wydarzeń naukowych, takich jak prelekcje, warsztaty czy konferencje pozwala na wstępną weryfikację, czy jest to obszar, w którym czujemy się dobrze. Działalność w kole naukowym wiąże się również z pierwszym spotkaniem z badaniami naukowymi – członkowie koła często angażują się w projekty naukowe kadry uniwersyteckiej, lub też sami tworzą plany badań, które potem wcielają w życie. Oprócz kół naukowych funkcjonują organizacje

zrzeszające studentów psychologii na poziomie ogólnokrajowym – takie jak np. Polskie Stowarzyszenie Studentów Psychologii, które również pozwalają na zdobycie pierwszych doświadczeń naukowych. Ponadto, świetnym pomysłem jest uczestnictwo w konferencjach naukowych, które pozwalają na poznanie szerszego środowiska naukowego jeszcze w trakcie studiów. Istnieje spora grupa konferencji, które organizowane są specjalnie dla studentów, w trakcie których studenci mają szansę zaprezentować wyniki swoich badań. Do wartych odwiedzenia konferencji zaliczają się niewątpliwie Psychodebiuty (organizowane przez Pragmę), Neuronus (organizowany przez koło studentów Neurobiologii UJ), Psych – On (organizowana przez studentów Uniwersytetu Łódzkiego), czy Krakowska Konferencja Kognitywistyczna (organizowana przez studentów kognitywistyki UJ) – i wiele innych!



Czy jest ktoś z kim mogę porozmawiać o swoich pomysłach?

Jeśli po uczestnictwie w pracach koła naukowego, udziale w konferencjach czy prelekcjach stwierdzimy, że ścieżka kariery naukowej to nasze przeznaczenie, warto pójść krok dalej i spróbować swoich sił w stworzeniu pierwszego projektu badania. Mogą to być badania, które posłużą jako podstawa do napisania pracy magisterskiej, może to też być pomysł na badania, który nie ma z pracą magisterską nic wspólnego. Szczególnie na

początkowym etapie, kiedy nie posiadamy wystarczającej wiedzy i doświadczenia, warto zwrócić się o pomoc do np. zaprzyjaźnionego wykładowcy lub do promotora pracy magisterskiej i poprosić o chwilę rozmowy, poświęconej na przedyskutowanie tworzącego się pomysłu – innymi słowy, poszukać mentora, który wesprze nas swoją wiedzą i doświadczeniem. Mentor może spojrzeć krytycznym okiem na nasz projekt, zasugerować poprawki czy alternatywne rozwiązania, które pozwolą nam dopracować nasz pomysł – wszystko zgodnie z zasadą „Kto pyta, nie błądzi!” (lub błądzi zdecydowanie krócej... :)).



KROK 2

- Powracamy do naszego tematu badania!
- Czy znasz kogoś, kto zajmuje się badaniami w podobnym obszarze tematycznym? Kogoś, kto mógłby posłużyć Ci radą i pomocą przy zrealizować badania naukowe w tym obszarze?
- Wypisz nazwiska, które przychodzą Ci do głowy na kartce i zachowaj na później!

Jeszcze studiuję, ale mam już świetny pomysł na badania! Co zrobić?

Jeśli udało nam się stworzyć projekt badania i po przedyskutowaniu go z mentorem, wspólnie dojdziemy do wniosku, że projekt jest dobry i wart zrealizowania, możemy przystąpić do konkursu organizowanego przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego – Diamentowy Grant⁸. Konkurs ten jest adresowany do studentów studiów magisterskich, którzy ukończyli co najmniej 3ci rok studiów (lub absolwentów studiów I-go stopnia, kontynuujących edukację na studiach II-go stopnia), którzy prowadzą zaawansowane badania naukowe i posiadają naukowe osiągnięcia. W ramach konkursu można otrzymać do 180 000 złotych (dla nauk społecznych, humanistycznych i o sztuce) na realizację projektu badawczego. Ponadto, laureaci Diamentowego Grantu mają unikatową szansę na

⁸ <https://www.gov.pl/web/nauka/ogloszenie-viii-edycji-konkursu-w-ramach-programu-diamantowy-grant>

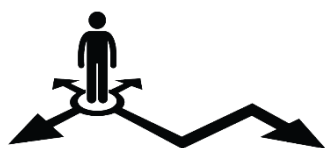
przyspieszenie swojej kariery naukowej – na podstawie uzyskanych wyników laureaci mogą otworzyć przewód doktorski i obronić doktorat z pominięciem konieczności uzyskania tytułu magistra! Do tej pory kilku studentów w Polsce skorzystało z tej możliwości.



**Diamantowy
Grant**



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego



Decyzja została podjęta

Studia magisterskie ukończone – czas zastanowić się co dalej! Kolejnym krokiem na drodze do rozpoczęcia pracy naukowej jest zdobycie stopnia naukowego doktora. Jak to zrobić? Jakie warunki należy spełnić?

AKCJA REKRUTACJA!

Na Uniwersytecie Jagiellońskim, zgodnie ze zmianami wprowadzonymi przez Konstytucję dla Nauki (Ustawa 2.0) działają 4 szkoły doktorskie: Szkoła Doktorska Nauk Humanistycznych, Szkoła Doktorska Nauk Medycznych i Nauk o Ziemi, Szkoła Doktorska Nauk Społecznych oraz Szkoła Doktorska Nauk Ścisłych i Przyrodniczych⁹. Dla absolwentów

⁹ <https://phd.uj.edu.pl/>

psychologii najbardziej naturalnym wyborem jest przystąpienie do rekrutacji do Szkoły Doktorskiej Nauk Społecznych (dalej: SDNS). SDNS oferuje kilka programów kształcenia, w tym m.in. w zakresie psychologii. Aby przystąpić do rekrutacji należy przygotować szereg dokumentów: życiorys naukowy wraz z listą publikacji naukowych i wystąpień konferencyjnych, list rekomendacyjny pracownika naukowego, który posiada co najmniej stopień doktora habilitowanego oraz projekt planu badawczego (!!!). I w tym momencie wróćmy na chwilę do KROKU 1 z pierwszego rozdziału – dlatego tak ważnym było znalezienie obszaru badań, który nas interesuje, w którym chcielibyśmy się rozwijać. Teraz przychodzi czas, aby powrócić do punktów wypisanych na kartce i stworzyć projekt planu badawczego, który będzie dla nas biletem wstępu do Szkoły Doktorskiej. Tworząc plan badawczy warto zasięgnąć rady osób, które specjalizują się w interesującym nas obszarze – i tutaj ponownie cofnijmy się do KROKU 2! Osoby, które udało nam się zidentyfikować w tym kroku będą świetnym adresem, pod który możemy zwrócić się po merytoryczne wsparcie i krytyczną ocenę naszego pomysłu! Projekt planu badawczego powinien przyjąć formę syntetycznego streszczenia (od 10 000 do 18 000 znaków) i powinien zawierać tytuł, słowa kluczowe, cel podejmowanych badań/problem badawczy, znaczenie jakie mogą mieć proponowane badania, metody, które zastosujemy, wstępną koncepcję i plan badań oraz wstępną bibliografię. Samo postępowanie rekrutacyjne składa się z dwóch etapów: w pierwszym etapie komisja ocenia nasze dopasowanie do programu szkoły doktorskiej (innymi słowy – czy nasze zainteresowania naukowe są zbieżne z wybranym programem) oraz poddaje ocenie przedłożony przez nas plan badawczy, biorąc pod uwagę jego poprawność formalną (czy zawiera wszystkie niezbędne elementy), poprawność postawionego problemu badawczego, literaturę z której korzystaliśmy oraz wybór metodologii badań, którą planujemy wykorzystać w realizacji badań. Drugim etapem, do którego dopuszczona jest tylko część kandydatów, jest rozmowa kwalifikacyjna. Na rozmowie kwalifikacyjnej naszym głównym zadaniem będzie obrona naszego planu badawczego. Może się również zdarzyć, że w trakcie rozmowy zostanie sprawdzona nasza znajomość języka angielskiego. Po drugim etapie rekrutacji zostaje stworzona lista rankingowa kandydatów i ci, którzy osiągnęli najwyższe wyniki zostają studentami SDNS. W postępowaniu rekrutacyjnym możemy też skorzystać ze specjalnego trybu – jeśli jesteśmy beneficjentem grantu badawczego (np. Diamentowego Grantu) lub bierzemy udział w międzynarodowym projekcie badawczym automatycznie otrzymujemy maksymalny wynik rekrutacyjny, bez konieczności przystępowania do poszczególnych etapów rekrutacji – dlatego też warto zacząć myśleć o Szkole Doktorskiej jeszcze na studiach magisterskich.

Zaangażowanie w realizację projektów badawczych na tym etapie edukacji może przyczynić się do łatwiejszego wstępu w poczet doktorantów!

Studia w Szkole Doktorskiej to czas na przygotowanie rozprawy doktorskiej, której podstawą będą przeprowadzone przez nas badania. Są na to 4 lata, w trakcie których każdy doktorant otrzymuje stypendium doktoranckie (minimalną wysokość stypendium reguluje ustawa). W trakcie trwania studiów doktoranci uczestniczą w zajęciach, zdają egzaminy, prowadzą w ramach praktyk zajęcia dydaktyczne ze studentami – jednak najważniejszym elementem, o którym należy pamiętać jest cel, który postawiliśmy sobie rekrutując się do Szkoły Doktorskiej, czyli OBRONA DOKTORATU!

Prowadzić badania... tylko skąd wziąć na to środki?

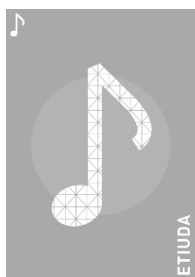
Będąc studentem Szkoły Doktorskiej mamy dostęp do bazy naukowo-dydaktycznej uniwersytetu – możemy korzystać z bibliotek, zasobów cyfrowych, laboratoriów. Jednakże, niejednokrotnie wcielenie w życie stworzonych przez nas planów badawczych wymaga nakładów finansowych, które mogą znacząco przekraczać kwotę otrzymywanego stypendium doktoranckiego. Skąd w takim razie wziąć środki na realizację projektu doktorskiego? Opcji jest kilka! W Polsce funkcjonuje szereg instytucji, które przyznają finansowanie na prowadzenie badań naukowych, m.in. Narodowe Centrum Nauki, Narodowe Centrum Badań i Rozwoju czy Fundacja na Rzecz Nauki Polskiej. To, do której instytucji zwrócimy się o przyznanie finansowania będzie zależało od szeregu czynników, m.in. typu badań, które planujemy przeprowadzić, dostępnej oferty konkursowej, etc. W ramach projektów badań z obszaru psychologii, instytucją, która posiada najszerszą ofertę wsparcia finansowego jest Narodowe Centrum Nauki, które ogłasza dwa, dedykowane dla doktorantów konkursy, w których można ubiegać się o finansowanie badań lub staży badawczych – PRELUDIUM oraz ETIUDA.



PRELUDIUM¹⁰

- **KTO MOŻE SIĘ UBIEGAĆ O FINANSOWANIE:** konkurs na projekty badawcze realizowane przez osoby rozpoczynające karierę naukową nieposiadające stopnia naukowego doktora (zespół max. 3 osoby)
- **ZAKRES FINANSOWANYCH BADAŃ:** badania podstawowe w ramach trzech głównych działów: **HS – nauki humanistyczne, społeczne i o sztuce; ST – nauki ścisłe i techniczne; NZ – nauki o życiu.**
- **CZAS TRWANIA:** 12, 24 lub 36 miesięcy
- **WYSOKOŚĆ FINANSOWANIA:** 70 000 (12 mies.), 140 000 (24 mies.), 210 000 (36 mies.)
- **ETAPY OCENY WNIOSKU:** ocena formalna, 1szy etap oceny merytorycznej (eksperti wewnętrzni); 2gi etap oceny merytorycznej (eksperti zewnętrzni)

¹⁰ <https://www.ncn.gov.pl/ogloszenia/konkursy/preludium17>



NARODOWE CENTRUM NAUKI

ETIUDA

– konkurs na stypendia doktorskie¹¹

- **KTO MOŻE SIĘ UBIEGAĆ O FINANSOWANIE:** osoby rozpoczynające karierę naukową, które przygotowują rozprawę doktorską i mają otwarty przewód doktorski w polskiej jednostce naukowej lub są na etapie otwierania przewodu doktorskiego
- **CZAS TRWANIA:** 6-12 miesięcy
- **KRYTERIA OCENY WNIOSKU:** osiągnięcia naukowe, jakość wykonywanych badań, zasadność wyboru stażu i ranga naukowa wybranej jednostki
- **ETAPY OCENY WNIOSKU:** ocena merytoryczna wniosku oraz rozmowa kwalifikacyjna
- **FINANSOWANIE:** stypendium w wysokości 3000 zł miesięcznie przyznawane na czas przygotowywania rozprawy doktorskiej (od 6 do 12 miesięcy) środki finansowe na pokrycie podróży i pobytu w zagranicznym ośrodku badawczy.

Kiedy etap badań jest już zakończony, praca doktorska przygotowana – pozostaje obrona i uzyskanie tytułu doktora. Ciężka praca, która towarzyszyła nam przez 4 lata zostaje nagrodzona i możemy zamienić widniejące dotąd przed nazwiskiem litery MGR na DR (lub – posługując się międzynarodową nomenklaturą – PhD po nazwisku :)).

¹¹ <https://www.ncn.gov.pl/ogloszenia/konkursy/etiuda7>

Co, jeśli nie chcę podjąć studiów w Szkole Doktorskiej?

Ukończenie Szkoły Doktorskiej nie jest jedynym sposobem na uzyskanie stopnia naukowego doktora. Istnieje kilka alternatywnych opcji, które pozwolą nam osiągnąć ten sam efekt – przystąpić do obrony doktoratu. Pierwszą z nich jest tzw. doktorat eksternistyczny (z wolnej stopy). W przypadku doktoratu eksternistycznego osoba ubiegająca się o stopień doktora składa wniosek o wyznaczenie promotora. Dalsza część postępowania o nadanie stopnia doktora jest dokładnie taka sama jak w przypadku doktorantów kształcących się w szkole doktorskiej – z jedną istotną różnicą – za obronę doktoratu w trybie eksternistycznym trzeba zapłacić. Wyjątkiem jest tutaj sytuacja, gdy jesteśmy zatrudnieni na uczelni, na której otwieramy przewód – wtedy to uczelnia pokrywa koszty związane z procedurą obrony doktoratu. Innym sposobem na uzyskanie tytułu doktora jest realizowanie wspomnianego wcześniej Diamentowego Grantu, który pozwala na obronę doktoratu „na skróty”. Wreszcie, alternatywą dla Szkoły Doktorskiej może być poszukanie interesującego nas programu doktorskiego za granicą. Wiele instytucji badawczych corocznie ogłasza konkursy na stypendia doktorskie w aktualnie prowadzonych projektach badawczych. Podsumowując – Szkołą Doktorską to nie jedyna opcja! Każdy znajdzie coś dla siebie!



Naukowca życie codzienne

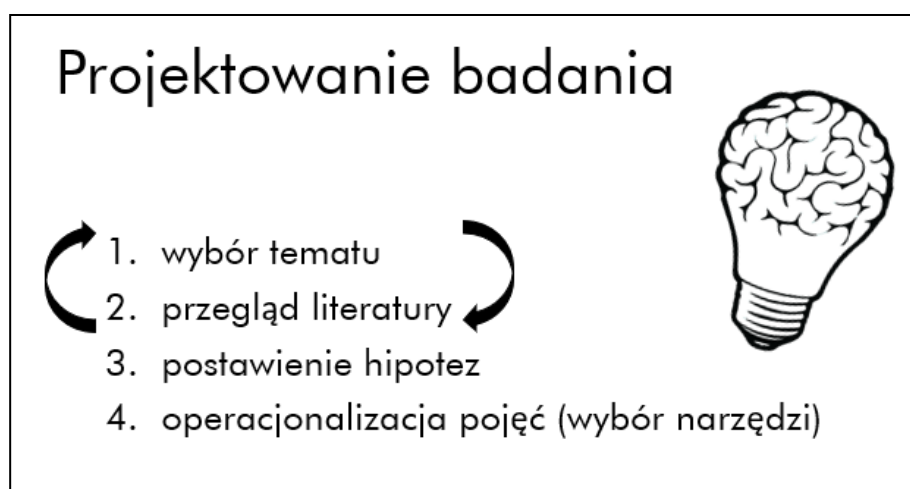
Mamy już doktorat – pierwszy kamień milowy na ścieżce kariery naukowej został osiągnięty. Pojawia się zatem pytanie – co dalej? Odpowiedź na nie nie jest wcale jednoznaczna, gdyż mamy co najmniej kilka wartych rozważenia możliwości. Po pierwsze, można zdecydować się na rozpoczęcie tzw. stażu post-doc (czyli „po doktoracie”), który możemy odbyć w jednostkach naukowych w kraju lub zagranicą. W trakcie takiego stażu możemy poszerzyć naszą wiedzę z zakresu metodologii prowadzenia badań naukowych, poznać meandry pracy naukowej „od kuchni” obserwując starszych, bardziej zaawansowanych w zakresie rozwoju kariery naukowej kolegów. Niewątpliwie jest to jedna

z opcji, nad którą warto się zastanowić! Aby rozpocząć pracę na stanowisku typu post-doc zazwyczaj trzeba przystąpić do ogłoszonego przez jednostkę poszukującą pracownika konkursu, pokonać innych kandydatów... i wtedy pozostaje już tylko korzystanie z możliwości jakie daje nam stanowisko post-doca! Co istotne, poszukując interesującej nas oferty stażu/stanowiska post-doc warto zwracać uwagę na osobę kierującą danym ośrodkiem/laboratorium - jej dorobek naukowy (mierzony ilością dobrych publikacji naukowych!), czy jej rozpoznawalność w środowisku. Szczególnie na wczesnym etapie kariery warto uczyć się od najlepszych! Drugą alternatywą, którą warto brać pod uwagę, jest rozpoczęcie pracy na stanowisku asystenta, czy to na uczelni, czy np. w jednym z ośrodków Państwowej Akademii Nauk. Stanowisko asystenta na uczelni wiąże się zazwyczaj z jednoczesnym prowadzeniem badań naukowych i działalnością dydaktyczną (tzw. stanowisko naukowo-dydaktyczne) – ale do kształcenia kolejnych pokoleń studentów powrócimy jeszcze później.

Działalność naukowa – prowadzenie badań

Głównym obszarem pracy naukowej jest działalność badawcza. Prowadzenie badań jest podstawowym zadaniem, przed którym stajemy decydując się na karierę naukową. Jednak w błędzie byłby ten, kto sądzi, że najwięcej czasu poświęcamy właśnie temu elementowi. Paradoksalnie, najbardziej czasochłonnym etapem jest sam proces przygotowania badania – nie zaś jego przeprowadzenia. Od tego, czy planowane badanie zostanie odpowiednio przygotowane, zaprojektowane zależeć będzie finalny efekt. A więc – przyjrzyjmy się temu procesowi trochę bliżej.

Badanie samo się nie zaprojektuje...



Proces projektowania badania można podzielić na 4 podstawowe etapy. Pierwsze dwa etapy mogą występować w zamiennej kolejności – czasami najpierw pojawia się pomysł na badanie i wtedy sięgamy po literaturę, aby zdobyć więcej informacji, lub przeglądając literaturę natrafiamy na temat, który wydaje się być interesującym do zbadania. Często też właśnie te dwa pierwsze etapy trwają najdłużej – wielokrotnie sięgamy po coraz to nowe raporty z badań, opracowania teoretyczne, wielokrotnie modyfikujemy ostateczny temat badania. Co ważne, od tych dwóch etapów zależy powodzenie wszystkich kolejnych – dlatego warto poświęcić na nie odpowiednią ilość czasu! Kiedy temat jest już ukonstytuowany i zaznajomiliśmy się z dostępną literaturą, przychodzi czas na postawienie hipotez, które w trakcie naszego procesu badawczego będziemy weryfikować. Znowu należy odnieść się do etapów wcześniejszych – bez dookreślenia tematu i dokładnego przejrzenia literatury postawienie dobrych, weryfikowalnych hipotez nie jest możliwe! Mniej więcej w tym samym czasie rozpoczynamy poszukiwanie najlepszego modelu badawczego – narzędzi, procedur eksperymentalnych, które będziemy wykorzystywać w planowanym badaniu. W psychologii stosujemy wiele modeli badawczych, rozpoczynając od obserwacji i wywiadów, na badaniach w warunkach laboratoryjnych kończąc - to, które z nich zastosujemy będzie w dużej mierze zależało od tematu, który podejmujemy w swoich badaniach.

Żeby wygrać - trzeba grać! Kilka słów o badaniach i finansach.

Zanim przejdziemy do wprowadzenia w życie naszego opracowanego w pocie czoła planu badawczego, musimy odpowiedzieć sobie na pytanie, ile będą kosztować nasze badania oraz czy posiadamy na to odpowiednie środki? A jeśli potrzebuje środków finansowych na badania, to jak je pozyskać?

Najczęściej decydujemy się na pozyskanie środków przystępując do konkursów na finansowanie projektów badawczych. Wcześniej wspominaliśmy już o instytucjach, które zajmują się rozdzielaniem środków na badania naukowe, takich jak np. Narodowe Centrum Nauki czy Fundacja na Rzecz Nauki Polskiej. W ramach programów finansowania badań mamy wiele opcji, które pozwolą na realizację naszego planu badawczego, np. w ramach konkursów organizowanych przez Narodowe Centrum Nauki, na wczesnych etapach kariery naukowej może starać się o przyznanie środków w takich programach jak SONATINA, później SONATA, SONATA BIS czy OPUS. Każdy z tych konkursów ma trochę inne wymagania wstępne (ze szczegółami można się zapoznać bezpośrednio na stronie internetowej Narodowego Centrum Nauki) – natomiast to co łączy je wszystkie, to spora rzesza konkurentów, z którymi przyjdzie nam się zmierzyć. Statystyki pokazują, że tylko około 20% złożony wniosków zostaje zaopiniowanych pozytywnie i otrzymuje finansowanie. Konkurs, to konkurs - nie każdy może wygrać! Jednakże – zgodnie ze stwierdzeniem zawartym w tytule – „żeby wygrać, trzeba grać”! Dlatego nawet jeśli nie uda się pozyskać środków na badania za pierwszym razem... jeśli nawet nie uda się za trzecim – nie uda się na pewno, jeśli nie podejmiemy prób w tym zakresie. Kluczem do sukcesu jest dobrze przemyślany projekt badań i – co warto podkreślić – wyraźne uzasadnienie, dlaczego to właśnie nasze badania zasługują na finansowanie!



KROK 3

- Powróćmy raz jeszcze do kartki, na której zapisaliśmy interesujący nas obszar badawczy.
- Spróbuj uzasadnić, dlaczego warto prowadzić badania w tym zakresie? Jakie będą płynąć z tego korzyści? Dlaczego warto przyznać Ci środki finansowe na przeprowadzenie tych badań?

Od pomysłu do (etycznej!) realizacji

Jeśli udało nam się stworzyć plan badania oraz pozyskać środki na jego realizację, to najwyższy czas wcielić plan w życie! Ale! Zanim to nastąpi pozostaje jeszcze jeden krok, który musimy wykonać, mianowicie uzyskać zgodę na prowadzenie badań od Komisji Etycznej! Każde projektowane przez nas badanie musi spełniać wymogi etyczne. W przypadku prowadzenia badań z udziałem ludzi, dokumentem, który stanowi ramy etyczne dla prowadzonych badań jest tzw. Deklaracja helsińska, opracowana przez Światowe Towarzystwo Medyczne. Analiza etycznych aspektów badania jest nie mniej ważna niż sama ich koncepcja! Badania, które prowadzimy nie mogą prowadzić do wyrządzenia szkody osobom w nich uczestniczącym, udział w badaniu musi być dobrowolny, a sama zgoda na udział w badaniu może być przez uczestnika wycofana na każdym etapie jego trwania – to tylko kilka wybranych zasad, którym musimy się podporządkować w trakcie projektowania badań. To, czy nasze badania spełniają wszystkie wymogi etyczne jest oceniane przez wspomniane chwilę wcześniej ciało – Komisję Etyczną – w skład której wchodzi naukowcy z danej dziedziny, często również etycy, duchowni czy lekarze. Dopiero pozytywna opinia Komisji Etycznej daje zielone światło do rozpoczęcia fazy badania.



KROK 4

- Ponownie powracamy do naszego pomysłu na badania.
- Czy Twój temat badawczy może budzić wątpliwości natury etycznej? Jeśli tak – spróbuj je wymienić!
- Czy wiesz w jaki sposób sobie z nimi poradzić?

Warto zaznaczyć, że aspekty etyczne badań obejmuje nie tylko dbanie o dobro osób badanych, ale również rzetelne zbieranie i opracowywanie danych, na podstawie których będziemy weryfikować postawione hipotezy. Niedopuszczalna jest manipulacja danymi, stosowanie nieadekwatnych metod analizy, publikowanie wyników, których nie uzyskaliśmy w toku badania naukowego. Najlepszym przykładem na to jak daleko idące konsekwencje

może mieć „swobodne” podejście do analizy danych jest historia (byłego) profesora, Diederika Stapela¹², która, w ramach przestrogi, znajduje się poniżej.



(NIEETYCZNE) CASE STUDY - Diederik Stapel i egoistyczni mięsożercy

- Diederik Stapel jest byłym profesorem psychologii społecznej Uniwersytetu w Tilburgu (Holandia). Swoją wątpliwą sławę zyskał w związku ze skandalem, który wybuchł po ujawnieniu przez grupę młodych naukowców, że przez lata zajmował się fabrykowaniem wyników swoich badań, które następnie publikował w czasopismach naukowych.
- Diederik Stapel był uważany za wysokiej klasy naukowca, przeprowadzającego eksperyment za eksperymentem, publikującego artykuły po artykule. Zyskał w środowisku sławę i uznanie, był dziekanem wydziału nauk społecznych i behawioralnych na Uniwersytecie w Tilburgu, publikował w takich czasopismach jak *Science* czy *International Journal of Personality Differences*.
- 31 października 2011 roku specjalnie powołana przez rektora Uniwersytetu w Tilburgu komisja opublikowała raport, w którym zarzucała Stapelowi wielokrotne nadużycia w trakcie prowadzenia badań naukowych. Podstawą do powołania komisji były oskarżenia trzech młodych naukowców, którzy na własną rękę przeprowadzili trwające miesiące śledztwo, w trakcie którego obserwowali pracę Stapela i na tej podstawie wyciągnęli wnioski, że dopuszcza się on fabrykowania i manipulowania danymi naukowymi. Dodatkowo, raport cytował opinie dwóch profesorów, którzy stwierdzili, że w wielu przypadkach dane publikowane przez Stapela wyglądały zbyt dobrze, aby mogły być prawdziwe.
- Do 2019 roku 58 prac naukowych, których autorem był Stapel zostało uznanych za fałszerstwa i wycofanych z czasopism, w których były opublikowane. Stapel stracił tytuł profesora oraz został mu odebrany stopień naukowy doktora.
- Szczególnie duże poruszenie wywołały wyniki badań, w których Stapel dowodził, że osoby jedzące mięso są bardziej egoistyczne niż wegetarianie – wyniki te wywołały gorącą dyskusję i były bardzo szeroko komentowane w holenderskich mediach. Jak się później okazało - również te wyniki były sfabrykowane.

¹² https://en.wikipedia.org/wiki/Diederik_Stapel

Publikuj albo zgiń!

Nieodłącznym elementem pracy naukowej jest upowszechnianie wyników prowadzonych badań. W środowisku naukowym utarło się określenie „PUBLISH OR PERISH” (z ang. *publikuj albo zgiń*), które w bardzo obrazowy sposób ujmuje, jak istotne dla kariery naukowej jest rozpowszechnianie efektów swojej pracy badawczej – czy to w postaci artykułów naukowych lub popularnonaukowych, monografii, wystąpień na konferencjach krajowych i zagranicznych. Warto również zaznaczyć, że ilość i jakość publikacji jest podstawą rozliczenia naszej działalności naukowej przez władze jednostki, w której pracujemy.

W dobie publikacji elektronicznych niezwykle popularne stały się również portale, które w swoim założeniu przypominają Facebooka – ale zamiast kolegów z liceum znajdziemy tam naukowców z całego świata wymieniających się wynikami badań, tworzących sieci kontaktów czy grupy dyskusyjne, poświęcone obszarom ich zainteresowań naukowych. Najpopularniejszym portalem tego typu jest założony w 2008 roku ResearchGate, który do dnia dzisiejszego posiada ponad 15 milionów członków¹³.

Nie samymi badaniami żyje naukowiec – praca dydaktyczna

Prowadzenie badań stanowi główną część pracy naukowca – jednakże niewielu jest naukowców, którzy na którymś z etapów swojej kariery (a wielu przez całą długość jej trwania!) nie zajmowało się pracą dydaktyczną. Prowadzenie wykładów, ćwiczeń, warsztatów czy seminariów stanowi integralny element pracy akademika i - co należy szczególnie podkreślić – jest to element nie mniej istotny niż praca badawcza. Każdy z naukowców był kiedyś studentem i dla wielu to właśnie kontakt z wykładowcą, który był pasjonatem wykładanego przez siebie przedmiotu był bodźcem, który pomógł w podjęciu decyzji o rozpoczęciu kariery naukowej! Ponadto, praca dydaktyczna jest również okazją do upowszechniania wyników prowadzonych przez siebie badań, zachęcania studentów do udziału w projektach badawczych, podejmowania funkcji mentora. Obserwowanie procesu

¹³ <https://www.researchgate.net/about>

zdobywania wiedzy i rozwoju naukowego kolejnych pokoleń studentów stanowi element pracy akademickiej, który jest równie satysfakcjonujący, jak sama praca badawcza!

Zakończenie

Wybór ścieżki rozwoju zawodowego to decyzja, którą dobrze podjąć znając wszystkie za i przeciw, a stwierdzenie, że nie istnieje zawód, który posiada tylko pozytywne strony, nie jest niczym odkrywczym. Nie inaczej jest w przypadku kariery naukowej! Stres związany z koniecznością konkurowania o bardzo ograniczoną pulę środków finansowych na prowadzenie badań, nacisk na publikowanie artykułów naukowych (najlepiej dużej liczby!) w dobrych czasopismach, często niestandardowe godziny pracy, wymagająca ścieżka awansowa – to elementy, które można uznać ze minusy pracy naukowej. Jednakże, zazwyczaj wybór kariery naukowej wynika z pasji do stawiania pytań i poszukiwania na nie odpowiedzi, ciekawości poznawczej, którą ta ścieżka zawodowa pozwala zaspokoić, chęci eksplorowania obszarów wiedzy, do których nikt inny wcześniej nie dotarł. I chociaż nie każdy naukowiec otrzymuje nagrodę Nobla, nie każdy zdobywa światową sławę i rozpoznawalność – to jednak korzyści płynące z wykonywania stymulującej poznawczo pracy bez wątpienia przeważają nad negatywnymi aspektami (przynajmniej w opinii autorki tego rozdziału! :)).

Pytania sprawdzające:

1. Co determinuje do jakich organizacji/fundacji naukowiec będzie zwracał się o przyznanie finansowania na prowadzenie badań?
2. Do jakich programów grantowych można aplikować, w celu pozyskania środków na prowadzenie badań w trakcie studiów doktoranckich?
3. Do jakich programów grantowych można aplikować, w celu pozyskania środków na prowadzenie badań, będąc młodym pracownikiem naukowym (po doktoracie)?

Przydatne adresy internetowe

- **Informacje na temat Diamentowego Grantu:**
<https://www.gov.pl/web/nauka/diamentowy-grant>
- **Informacje na temat Szkół Doktorskich na Uniwersytecie Jagiellońskim:**
<https://phd.uj.edu.pl/>
- **Konkursy na projekty badawcze ogłaszane przez Narodowe Centrum Nauki:**
<https://www.ncn.gov.pl/finansowanie-nauki/konkursy/typy>

Od Redaktora:



**Żyj tak, abyś był zawsze godny zawodu
zaufania publicznego, którego się podjąłeś.**

**Buduj etos tego zawodu i jego wartość społeczną.
Bądź dumny z bycia psychologiem!**

Informacje o Autorach:

Dr hab. Bernadetta Izydorczyk, prof. UJ

Psycholog, dyrektor Instytutu Psychologii Stosowanej, Kierownik Zakładu Interwencji Kryzysowej i Psychoterapii Wydziału Zarządzania i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Certyfikowany psychoterapeuta, supervisor psychoterapii, Krajowy Konsultant ds. psychologii klinicznej. Autorka ponad 100 prac dotyczących tematyki psychologii klinicznej, pomocy psychologicznej i psychoterapii. Zainteresowania badawcze koncentrują się wokół problematyki psychologii klinicznej, a szczególnie zaburzeń osobowości, problematyki postaw i zachowań wobec ciała w populacji osób zdrowych oraz prezentujących różnorodne zaburzenia psychosomatyczne, szczególnie zaburzenia odżywiania.

E-mail: bernadetta.izydorczyk@uj.edu.pl

Dr Monika Wasilewska

Psycholog, adiunkt w Zakładzie Psychologii Rozwoju i Zdrowia Instytutu Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Obszar jej zainteresowań koncentruje się wokół wybranych zagadnień psychologii rozwojowej człowieka w biegu życia, a także procesu transmisji międzypokoleniowej, dziedzictwa rodzinnego i jego wpływu na funkcjonowanie jednostek. Prowadzi prywatną praktykę psychologiczną, pracuje w nuncie systemowym zarówno z klientami indywidualnymi, jak też z parami. Jest autorką książki „Depresja porodowa” i autorką, bądź współautorką ponad 50 artykułów naukowych.

E-mail: monika.wasilewska@uj.edu.pl

Dr Krzysztof Gerc

Psycholog, adiunkt w Zakładzie Psychologii Rozwoju i Zdrowia Instytutu Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Jego zainteresowania i publikacje naukowe dotyczą zagadnień rozwoju psychicznego osób z niepełnosprawnością w biegu ich życia oraz problematyki wspierania rozwoju dzieci i młodzieży ujawniających deficyty rozwojowe; zajmuje się również problematyką znaczenia kultury organizacji w procesie zarządzania w oświacie i służbie zdrowia w szeroko rozumianym kontekście psychologii rehabilitacji.

E-mail: krzysztof.gerc@uj.edu.pl

<https://ips.uj.edu.pl/instytut2/pracownicy/krzysztof-gerc>

Dr Iwona Sikorska

Psycholog, adiunkt w Zakładzie Psychologii Rozwoju i Zdrowia, w Instytucie Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, nauczyciel akademicki, specjalista psychologii klinicznej, terapeuta dziecięcy i młodzieżowy, superwizor interwencji kryzysowej, autorka publikacji dotyczących rozwoju typowego i atypowego dziecka, edukacji i terapii. Zainteresowania naukowe - odporność psychiczna, psychopatologia rozwojowa, adolescencja. Wybrane publikacje książkowe: Sikorska I., Sajdera J., Paluch M. (2017). *Dzielne Dzieci! Jak wspierać odporność psychiczną dziecka w wieku przedszkolnym*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne, Sikorska, I. (2016). *Odporność psychiczna w okresie dzieciństwa*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Sikorska, I. (2011). *Bufory stresu. Jak rozwijać odporność psychiczną dziecka*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne, Sikorska, I. (2010). *Trening koncentracji. Jak rozwijać uwagę i pamięć dziecka*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.

E-mail: i.sikorska@uj.edu.pl

Dr Katarzyna Sitnik-Warchulska

Psycholog, adiunkt w Zakładzie Interwencji Kryzysowej i Psychoterapii w Instytucie Psychologii Stosowanej Wydziału Zarządzania i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Specjalista psycholog kliniczny, certyfikowany psychoterapeuta European Association for Psychotherapy, specjalista terapii środowiskowej. Pełni funkcję Konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychologii klinicznej. W obszarze jej zainteresowań naukowych znajdują się zagadnienia psychologii klinicznej, psychopatologii i diagnozy psychospołecznej. W szczególności tematyka jej prac badawczych dotyczy agresji, autoagresji, zaburzeń zachowania i emocji u dzieci i młodzieży, zaburzenia przywiązania u dzieci, relacji terapeutycznej u dzieci i młodzieży oraz terapii rodzin.

E-mail: k.sitnikwarchulska@gmail.com lub katarzyna.sitnik-warchulska@uj.edu.pl

Dr hab. Antoni Wontorczyk, prof. UJ

Prof. nzw. dr hab. Antoni Wontorczyk, psycholog, Kierownik Zakładu Psychologii Pracy i Organizacji oraz Pracowni Psychologii Transportu Instytutu Psychologii Stosowanej Wydziału Zarządzania i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Obszary zainteresowań badawczych: psychologia pracy i organizacji, psychologia zarządzania, psychologia ryzyka, psychologia doradztwa karier, psychologia ekologiczna, psychologia transportu. Wybrane publikacje książkowe:

Wontorczyk A., Bańka A. (2018). *Jakość życia w pracy i codzienności. Perspektywa ekologiczna* (red.). Wydawnictwo UJ, Kraków.

Wontorczyk A. (2011). *Niebezpieczne zachowanie kierowców. Psychologiczny model regulacji zachowań w ruchu drogowym*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

E-mail: antoni.wontorczyk@uj.edu.pl

Dr Krystyna Golonka

Adiunkt w Instytucie Psychologii Stosowanej UJ w Zakładzie Neurobiologii i Neuropsychologii; jej główny obszar zainteresowań obejmuje psychologię organizacyjną, neuropsychologię i psychologię kliniczną, jak również metodologię badań. Autorka publikacji w obszarze problematyki wypalenia zawodowego, procesów poznawczych, badań eksperymentalnych i ergonomii. Publikacje obejmują rozdziały w monografiach naukowych oraz artykuły w indeksowanych czasopismach naukowych z bazy Scopus i Web of Science.

E-mail: krystyna.golonka@uj.edu.pl

Dr Bartosz Wojciechowski

Doktor psychologii, adwokat, adiunkt w Zakładzie Psychologii Sądowej i Kryminologii w Uniwersytecie Jagiellońskim. Od 2005 do 2016 roku pełnił funkcję biegłego sądowego psychologa, był autorem wielu opinii sądowo - psychologicznych w sprawach cywilnych, rodzinnych, karnych oraz dotyczących oceny zeznań świadków. Autor opracowań dotyczących opiniodawstwa sądowo - psychologicznego, a także psychologicznej analizy i oceny zeznań oraz wyjaśnień.

E-mail: b.wojciechowski@uj.edu.pl

Dr Magda Gawłowska

Pracownik Zakładu Neurokognitywistyki i Neuroergonomii Instytutu Psychologii Stosowanej UJ. Na co dzień, oprócz zajęć dydaktycznych, zajmuje się neurokognitywistyką, w szczególności badaniem mózgowych mechanizmów uczenia się i przetwarzania błędnych reakcji z wykorzystaniem EEG. Autorka kilkunastu artykułów naukowych, publikowanych w czasopismach w listy JCR.

E-mail: magda.gawlowska@uj.edu.pl

Dr Bożena Gulla (redaktor)

Adiunkt w Zakładzie Psychologii Sądowej i Kryminologii, z-ca dyrektora Instytutu Psychologii Stosowanej ds. dydaktyki. Specjalista I stopnia psychologii klinicznej, specjalista II stopnia w zakresie psychologii klinicznej chorób somatycznych. Absolwentka 4-letniego szkolenia w zakresie psychoterapii w Katedrze Psychoterapii Coll. Med. UJ. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się wokół problematyki zaburzeń psychicznych i chorób somatycznych oraz tematyki agresji i nieprzystosowania społecznego.

E-mail: bozena.gulla@uj.edu.pl

Zintegrowany UJTM

Kompleksowy Program Rozwoju
Uniwersytetu Jagiellońskiego



POWR.03.05.00-00-Z309/17

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego