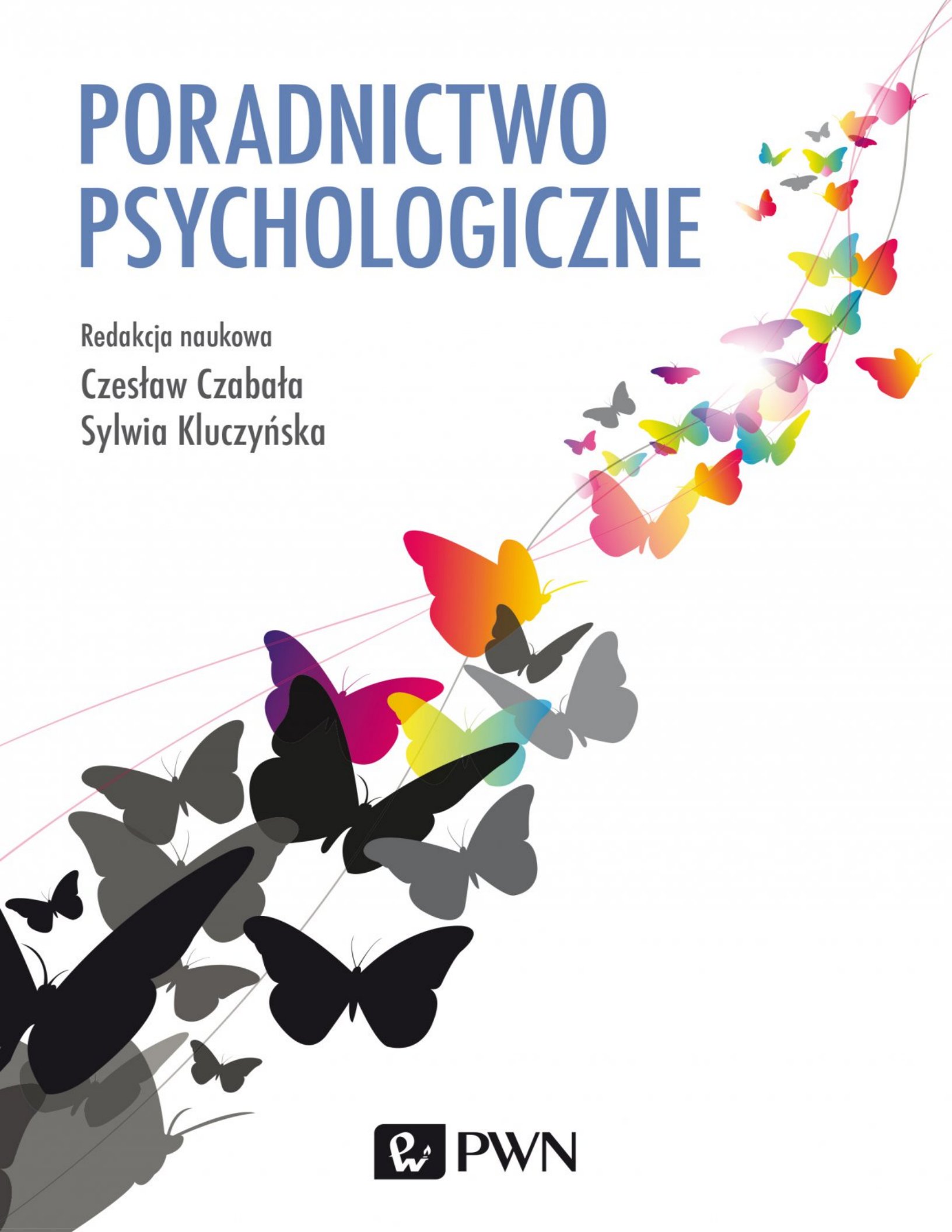


PORADNICTWO PSYCHOLOGICZNE

Redakcja naukowa

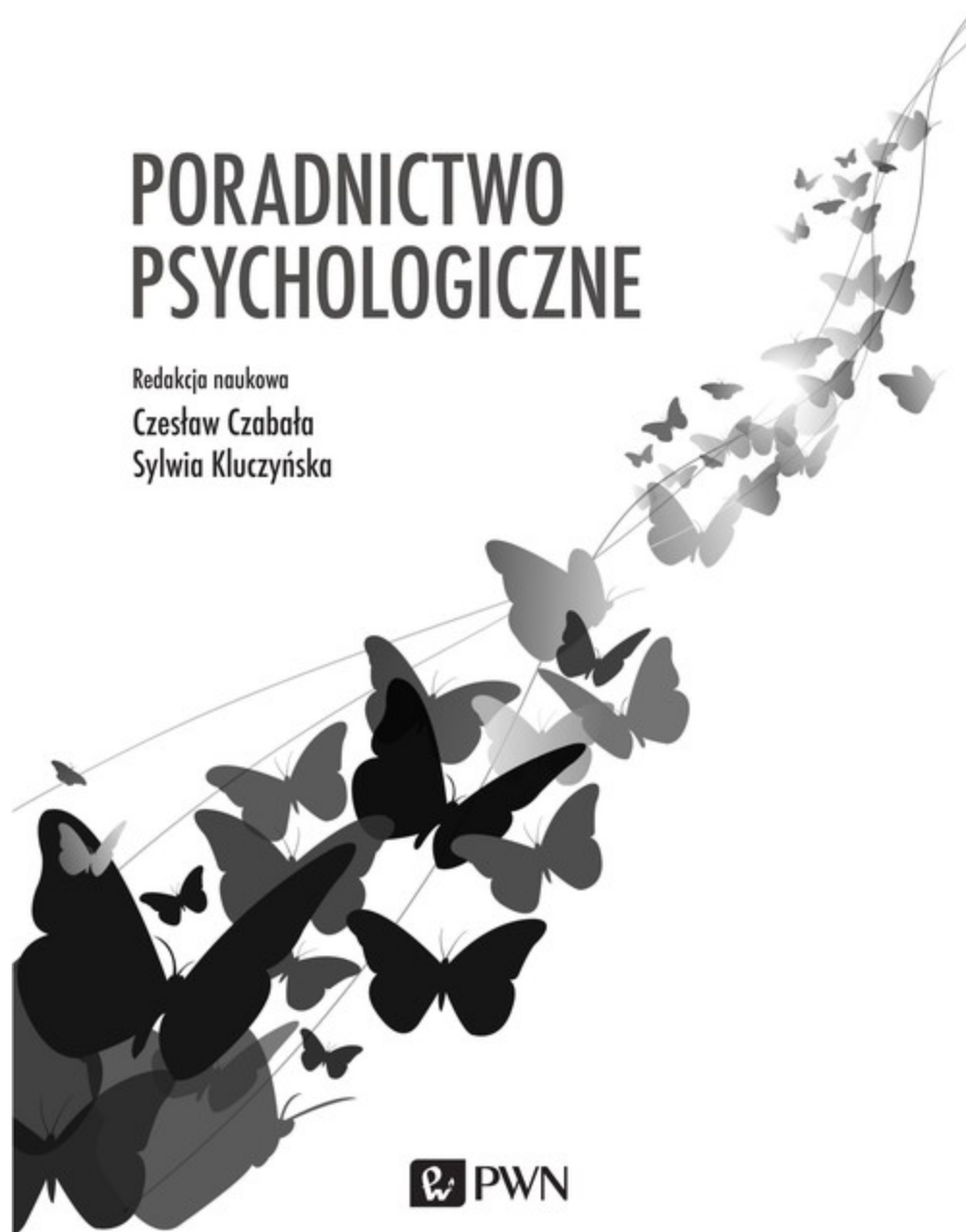
Czesław Czabała

Sylwia Kluczyńska



PORADNICTWO PSYCHOLOGICZNE

Redakcja naukowa
Czesław Czabała
Sylvia Kluczyńska



 PWN

Projekt okładki i stron tytułowych *Przemysław Spiechowski*

Fotografia na okładce *quinky/Shutterstock*

Wydawca *Aleksandra Małek-Leśniewska*

Redaktor prowadzący *Jolanta Kowalczuk*

Redaktor *Marta Höffner*

Recenzenci

prof. dr hab. Lidia Cierpiałkowska

dr hab. Bogusław Borys

Książka, którą nabyłeś, jest dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, abyś przestrzegał praw, jakie im przysługują. Jej zawartość możesz udostępnić nieodpłatnie osobom bliskim lub osobiście znanym. Ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz jej fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A kopiując jej część, rób to jedynie na użytek osobisty.

Szanujmy cudzą własność i prawo

Więcej na www.legalnakultura.pl

Polska Izba Książki

Copyright © by Wydawnictwo Naukowe PWN SA

Warszawa 2015

eBook został przygotowany na podstawie wydania papierowego z 2015 r.

(wyd. I)

Warszawa 2015

ISBN 978-83-01-18218-2 (ePub)

ISBN 978-83-01-18217-5 (Mobi)

Wydawnictwo Naukowe PWN SA

02-460 Warszawa, ul. Gottlieba Daimlera 2

tel. 22 69 54 321; faks 22 69 54 228

infolinia 801 33 33 88

e-mail: pwn@pwn.com.pl; www.pwn.pl

Przygotowanie wersji elektronicznej: Ewa Modlińska

Skład wersji elektronicznej na zlecenie Wydawnictwa Naukowego PWN: Marcin Kapusta.

Spis treści

Wprowadzenie

Rozdział 1.

Poradnictwo psychologiczne (*Jan Czesław Czabała*)

Wstęp

1.1. Zdrowie psychiczne, wskaźniki i uwarunkowania

1.2. Kryzysy rozwojowe

1.3. Poradnictwo psychologiczne

1.3.1. Rodzaje zmian potrzebnych do poradzenia sobie z trudnościami

1.3.2. Proces poradnictwa pozwalający na osiągnięcie zmian

1.4. Wiedza i umiejętności potrzebne profesjonalistom w dziedzinie poradnictwa psychologicznego

1.5. Problemy etyczne w poradnictwie psychologicznym

Podsumowanie

Rozdział 2.

Psychospołeczne uwarunkowania trudności związanych z realizacją zadań rozwojowych (*Ewa Sokołowska*)

Wstęp

2.1. Zadania rozwojowe pojawiające się w życiu człowieka

2.1.1. Rodzaje zadań rozwojowych

2.1.2. Czynniki warunkujące realizację zadań rozwojowych

2.2. Uwarunkowania trudności związanych z realizacją zadań rozwojowych

2.2.1. Psychologiczne uwarunkowania trudności związanych z realizacją zadań rozwojowych

2.2.2. Uwarunkowania społeczne trudności związanych z realizacją zadań rozwojowych

Podsumowanie

Rozdział 3.

Poradnictwo dla rodziców dzieci

w wieku przedszkolnym i szkolnym (*Witold Pawliczuk*)

Wstęp

3.1. Zadania rozwojowe dziecka w okresie przedszkolnym i szkolnym

3.1.1. Okres przedszkolny (3–5 lat) – wybrane zagadnienia

3.1.2. Okres szkolny (6–11 lat) – wybrane zagadnienia

3.2. Trudności w realizacji zadań rozwojowych wynikające ze wzorca przywiązania

3.3. Trudności w realizacji zadań rozwojowych wynikające z temperamentu

3.4. Oddziaływania behawioralne w pracy z dziećmi

3.4.1. Podstawy behawioryzmu, czyli co to jest zachowanie, rodzaje warunkowania, wzmocnienia oraz kary behawioralne

3.4.2. Praca na poprzeczce

3.4.3. Analiza behawioralna według Carol Sutton

3.4.4. Zasady (działanie w punkcie A)

3.4.5. Nagrody, przywileje i pochwały behawioralne (działanie w punkcie C)

3.4.6. Konsekwencje (działanie w punkcie C)

3.4.7. Wybuch agresji impulsywnej (działanie w punktach A, B i C)

3.5. Oddziaływania behawioralne w specyficznych problemach u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym

3.5.1. Lęk separacyjny

3.5.2. Moczenie mimowolne nieorganiczne

3.5.3. Zaniżona samoocena

3.5.4. Dziecko nieposłuszne

3.6. Oddziaływania wpływające na modyfikację środowiska dziecka

3.7. Dylematy i trudności w procesie poradnictwa

3.7.1. Rodzina „przemocowa”

3.7.2. Opiekunowie z dużymi wymaganiami wobec dziecka

3.7.3. Opiekunowie lękowi

3.7.4. Rodzice niezaangażowani

Podsumowanie

Rozdział 4.

Poradnictwo psychologiczne w okresie adolescencji

(Witold Pawliczuk)

Wstęp

4.1. Zadania rozwojowe okresu adolescencji (12–18 lat)
– wybrane zagadnienia

4.2. Metody pracy z adolescentem

4.2.1. Dialog ukierunkowany

4.2.2. Inne techniki przydatne w pracy z adolescentem

4.2.3. Dialog motywujący

4.3. Metody pracy z rodzicem adolescenta

4.4. Oddziaływania w specyficznych problemach adolescentów

- 4.4.1. Pomoc w budowaniu własnej tożsamości
- 4.4.2. Lęk przed byciem ocenianym przez innych
- 4.4.3. Bunt nastoletni
- 4.4.4. Eksperymentowanie z używkami
- 4.4.5. Przemoc rówieśnicza
- 4.4.6. Próby samobójcze

4.5. Dylematy i trudności w procesie poradnictwa

Podsumowanie

Rozdział 5.

Poradnictwo psychologiczne dla osób w okresie średniej dorosłości (*Sylwia Kluczyńska*)

Wstęp

5.1. Zadania rozwojowe w okresie średniej dorosłości

- 5.1.1. Wspomaganie rozwoju dorastających dzieci
- 5.1.2. Opieka nad starzejącymi się rodzicami
- 5.1.3. Praca zawodowa

5.2. Wybrane trudności pojawiające się w realizowaniu zadań rozwojowych w okresie średniej dorosłości

- 5.2.1. Trudności w pełnieniu ról w rodzinie

5.2.2. Kryzysy wieku średniego

5.2.3. Specyficzne trudności kobiet w wieku średnim

5.2.4. Specyficzne trudności mężczyzn w wieku średnim

5.2.5. Trudności w pracy zawodowej

5.3. Wybrane metody pomocy osobom w okresie średniej dorosłości

5.3.1. Praca nad konstruktywnym wyrażaniem emocji

5.3.2. Psychoedukacja

5.3.3. Praca nad rozpoznawaniem niekorzystnego sposobu myślenia

5.3.4. Wzmacnianie samooceny

5.3.5. Szukanie nowych rozwiązań i możliwości

5.3.6. Wsparcie społeczne

5.3.7. Techniki radzenia sobie ze stresem

5.3.8. Rozwój osobisty

Podsumowanie

Rozdział 6.

Poradnictwo psychologiczne dla osób w okresie późnej dorosłości (*Stanisława Steuden*)

Wstęp

6.1. Charakterystyka okresu późnej dorosłości

6.1.1. Fizjologiczny wymiar starzenia się i starości

6.1.2. Przystosowanie do starości

6.2. Trudności pojawiające się w realizowaniu zadań rozwojowych w okresie późnej dorosłości

6.3. Dolegliwości nasilające się z wiekiem

6.3.1. Zaburzenia widzenia

6.3.2. Zaburzenia słuchu

6.3.3. Zaburzenia otępienne

6.3.4. Zaburzenia psychiczne

6.4. Metody pomocy osobom w okresie późnej dorosłości

Podsumowanie

Rozdział 7.

Poradnictwo par. Paradygmat poznawczo-behawioralny *(Wojciech Stefaniak)*

Wstęp

7.1. Utrzymanie pozytywnego poziomu satysfakcji ze związku

7.1.1. Trudności na poziomie zachowań wpływające na możliwości utrzymania satysfakcji ze związku

7.1.2. Trudności pojawiające się na poziomie przetwarzania poznawczego wpływające na możliwości utrzymania satysfakcji ze związku

7.2. Diagnoza sytuacji pary

7.2.1. Styl przywiązania

7.2.2. Style relacji i interakcji w parze

7.2.3. Uwarunkowania psychiczne i osobowościowe partnerów

7.3. Metody pomocy osobom doświadczającym trudności w związku

7.3.1. Interwencje behawioralne

7.3.2. Interwencje poznawcze

7.4. Dylematy i trudności w procesie poradnictwa par

7.4.1. Gotowe rozwiązania problemów czy raczej narzędzia do ich rozwiązania?

7.4.2. Brak gotowości do współpracy

7.4.3. Trudności z zachowaniem zasady symetrycznego traktowania partnerów przez doradcę

7.4.4. Trudności wynikające z osobowości, doświadczeń i systemu przekonań prowadzącego poradnictwo

Podsumowanie

Rozdział 8.

Poradnictwo rodzinne (*Irena Jelonkiewicz*)

Wstęp

8.1. Trudności pojawiające się w realizowaniu zadań rozwojowych rodziny

8.1.1. Systemowe rozumienie rodziny

8.1.2. Koncepcja cyklu życia rodzinnego

8.1.3. Wykorzystanie w poradnictwie rodzinnym różnych podejść teoretycznych: behawioralnego, strukturalnego, strategicznego, ekologicznego, Gestalt

8.2. Metody pomocy osobom doświadczającym określonych trudności

8.2.1. Pojęcie, cel i funkcja poradnictwa rodzinnego

8.2.2. Metody pomocy

8.3. Dylematy i trudności w procesie poradnictwa rodzinnego

Podsumowanie

Rozdział 9.

Poradnictwo psychologiczne w trudnościach szkolnych (*Grażyna Fabiszewska*)

Wstęp

9.1. Charakterystyka trudności szkolnych

9.1.1. Definicje, rodzaje oraz fazy narastania trudności i niepowodzeń szkolnych

9.1.2. Przyczyny trudności i niepowodzeń szkolnych

9.1.3. Konsekwencje trudności i niepowodzeń szkolnych

9.2. Poradnictwo w trudnościach szkolnych

9.2.1. Szkoła jako miejsce rozpoznawania pierwszych sygnałów trudności dziecka

9.2.2. Poradnictwo w trudnościach szkolnych na terenie poradni psychologiczno-pedagogicznych

9.3. Dylematy i trudności w procesie poradnictwa

Podsumowanie

Rozdział 10.

Poradnictwo psychologiczne

dla osób z niepełnosprawnością (*Małgorzata Łuba*)

Wstęp

10.1. Trudności pojawiające się w realizowaniu zadań rozwojowych

10.1.1. Rodzaje niepełnosprawności

10.1.2. Proces przystosowania się do niepełnosprawności

10.1.3. Zmiany w funkcjonowaniu rodziny

10.2. Metody pomocy osobom doświadczającym określonych trudności

10.2.1. Budowanie poczucia własnej wartości i wzmacnianie samooceny

10.2.2. Zwiększanie zakresu samodzielności i wspieranie komunikowania potrzeb

10.2.3. Motywowanie do działania

10.2.4. Pomoc w nawiązywaniu kontaktów z innymi

10.2.5. Wspieranie relacji intymnych

10.3. Dylematy i trudności w procesie poradnictwa

10.3.1. Przekonania utrudniające pracę z osobami z niepełnosprawnością

10.3.2. Przejmowanie odpowiedzialności za proces zmiany

10.3.3. Złość na brak aktywności

10.3.4. Obawa przed stawianiem wymagań

Podsumowanie

Rozdział 11.

Poradnictwo psychologiczne dla osób chorych somatycznie (*Lidia Zabłocka-Żytka*)

Wstęp

11.1. Konsekwencje choroby somatycznej w obszarze psychospołecznego funkcjonowania chorego i realizacji zadań rozwojowych

11.1.1. Funkcjonowanie emocjonalne

11.1.2. Funkcjonowanie poznawcze

11.1.3. Funkcjonowanie społeczne

11.1.4. Obraz siebie, samoocena

11.1.5. Sfera fizyczna

11.2. Poradnictwo psychologiczne w chorobie somatycznej

11.2.1. Techniki wykorzystywane w poradnictwie psychologicznym dla chorych somatycznie

11.2.2. Poradnictwo na poszczególnych etapach radzenia sobie z chorobą somatyczną

11.2.3. Specyfika poradnictwa dla chorych somatycznie

11.2.4. Dlaczego poradnictwo psychologiczne?

11.3. Dylematy i trudności w procesie poradnictwa

Podsumowanie

Rozdział 12.

Poradnictwo psychologiczne dla osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi i dla ich rodzin (*Beata Hintze*)

Wstęp

12.1. Trudności pojawiające się w realizowaniu zadań rozwojowych

12.1.1. Konsekwencje zachorowania w różnych okresach życia

12.2. Diagnoza psychologiczna w zaburzeniach psychicznych – pomoc w zrozumieniu problemów pacjenta, podstawa dalszej pracy terapeutycznej

12.2.1. Zaburzenia myślenia w psychozach

12.2.2. Zaburzenia poznawcze

12.3. Metody pomocy osobom doświadczającym określonych trudności

12.3.1. Metody pomocy osobom z pierwszym epizodem choroby i ich bliskim

12.3.2. Metody pomocy osobom z kilkuletnim przebiegiem choroby i ich rodzinom

12.3.3. Metody pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi z problemami w funkcjonowaniu poznawczym

12.3.4. Pomoc w radzeniu sobie z psychologicznymi i społecznymi konsekwencjami zaburzeń psychicznych

12.3.5. Pomoc psychologowi i rodzinie w sytuacji samobójstwa osoby z zaburzeniami psychicznymi

12.4. Dylematy i trudności w procesie poradnictwa

Podsumowanie

Bibliografia

O Autorach

Wprowadzenie

Głównym celem prezentowanej monografii jest zapoznanie Czytelnika z teorią i praktyką poradnictwa psychologicznego. Wydaje się, że ta forma pomocy jest jedną z najczęściej udzielanych przez psychologów w Polsce, stąd potrzeba określenia jej istoty i specyfiki. Ponadto istnieje konieczność odróżnienia poradnictwa psychologicznego od psychoterapii – te dwa pojęcia są często rozdzielane nieprecyzyjnie, a nawet traktowane tożsamo. Ma to olbrzymi wpływ na praktykę zawodową. Poradnictwo psychologiczne nie jest formą psychoterapii. Psychoterapia jest metodą leczenia osób, u których rozpoznano zaburzenia zdrowia psychicznego. Poradnictwo psychologiczne jest zaś pomaganiem osobom zdrowym, doświadczającym dyskomfortu psychicznego związanego z trudnościami w realizacji swoich zadań rozwojowych, rozumianymi jako trudności w realizacji własnych potrzeb i zadań, które wynikają z ich wieku czy roli.

W wyjaśnianiu powstawania zaburzeń psychicznych wszystkie teorie psychoterapii odwołują się do zjawisk patogennych, jakie wystąpiły w rozwoju osoby doświadczającej tych zaburzeń. W nurcie psychoanalitycznym i psychodynamicznym podkreśla się patogenne wpływy wczesnodziecięcych urazów emocjonalnych w relacjach z osobami znaczącymi oraz ważność mechanizmów obronnych, wytworzonych w radzeniu sobie z tymi urazami i oddziałujących na późniejsze sposoby przeżywania, spostrzegania i zachowania.

W podejściu poznawczo-behawioralnym przyczyn zaburzeń psychicznych upatruje się w wadliwych wyuczonych zachowaniach, przekonaniach, schematach poznawczych, które także kształtują się w sytuacjach negatywnych doświadczeń życiowych. Psychoterapeuci humanistyczni zakładają, że zaburzenia psychiczne są efektem zahamowania naturalnej tendencji do samorozwoju przez rezygnowanie z podejmowania działań opartych na własnym doświadczeniu, czyli na tym, co osoba uważa za dobre dla siebie, i przyjmowanie za wartościowe to, co zdaniem innych jest dla niej dobre.

Z kolei w psychoterapii systemowej przyczyn zaburzeń psychicznych poszukuje się w zaburzeniach systemu rodzinnego, zwłaszcza

w zaburzeniach struktury rodziny, lub w zaburzeniach komunikacji.

We wszystkich podejściach psychoterapeutycznych celem jest „naprawianie” deficytów, które powstały wskutek negatywnych doświadczeń życiowych. Każda ze szkół psychoterapii stosuje własne techniki i metody terapeutyczne. Część z nich okazała się użyteczna nie tylko w wypadku leczenia zaburzeń psychicznych. Dotyczy to m.in. wielu technik behawioralnych i poznawczych, które mogą być stosowane do uczenia zachowań pożądanых, a nie tylko do usuwania zachowań nieprzystosowawczych. Teorie humanistyczne – częściej niż do celów psychoterapii – są wykorzystywane do formułowania programów wspierania rozwoju psychicznego różnych grup osób, np. do budowania ich poczucia samoakceptacji, umiejętności rozpoznawania swoich potrzeb i uczenia się sposobów ich zaspokajania. Teorie systemowe często są podstawą doradztwa rodzinnego, uczenia się komunikacji w rodzinie. Współcześnie korzystanie z teorii i technik do nich się odwołujących znacznie wykracza poza ich psychoterapeutyczne zastosowanie.

Opisane w tej monografii metody pomocy adresowane do poszczególnych grup osób często noszą nazwy technik czy interwencji, które zostały opisane w różnych podejściach psychoterapeutycznych. Wynika to m.in. z faktu, że – jak już wcześniej wspomniano – niektóre techniki i założenia terapeutyczne, których głównym celem była zmiana patologicznych zachowań, sposobów reagowania emocjonalnego, patologicznych przekonań czy zaburzonej struktury rodziny, okazują się pomocne we wspomaganiu rozwoju i w radzeniu sobie z trudnościami rozwojowymi. Najbardziej użyteczne i najczęściej stosowane w praktyce psychologicznej są techniki behawioralne, poznawcze i systemowe; behawioralne w pomaganiu dzieciom i ich rodzicom, a poznawcze i systemowe w odniesieniu do osób dorosłych. Nie oznacza to oczywiście, że inne metody wspomagania rozwoju, odwołujące się do psychologii pozytywnej czy psychoterapii humanistycznej, nie są stosowane w praktyce psychologicznej. Najczęściej jednak są one adresowane do osób poszukujących sposobów wspomagających ich rozwój, uczących się nowych umiejętności psychologicznych czy społecznych. Redaktorzy tej monografii mają tego świadomość, lecz celem tej publikacji nie jest prezentacja wszystkich możliwych sposobów pomagania ludziom. Chcemy przedstawić nowy sposób myślenia o poradnictwie

psychologicznym oraz niektóre metody stosowane w takim poradnictwie. Mamy nadzieję, że pojawią się nowe publikacje, w których zostaną uwzględnione inne okresy rozwojowe, czy też opisane metody wspomagania rozwoju.

Wiele publikacji dotyczących psychoterapii ma w swoim tytule także poradnictwo (por. Corey, 2005; James i Gilliland, 2003), ale w większości takich publikacji opisuje się teorię i praktykę pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi. Niektórzy, jak np. James i Gilliland (2003), prezentują osobny rozdział, w którym przybliżają model poradnictwa mający na celu wspomaganie rozwoju osoby. Nadal nazywają swoją propozycję „eklektycznym poradnictwem i psychoterapią” (James i Gilliland, 2003, s. 369) i podkreślają, iż odbiorcą takiej formy pomocy jest osoba, która doświadcza zmian, z uwzględnieniem jej etapu rozwoju, jej wartości i celów życiowych. Celem pomocy jest więc koncentrowanie się na rozwiązywaniu jej bieżących problemów. W literaturze polskiej przykładem takiego łączenia poradnictwa psychologicznego i psychoterapii jest publikacja Wiesławy Okły (2013). Autorka używa nazwy „poradnictwo terapeutyczne”, którego celem jest jednak „uzdolnienie osoby potrzebującej pomocy do rozwiązania aktualnego problemu i ukierunkowania na rozwój osobisty” (Okła, 2013, s. 58).

W niniejszej publikacji przyjęliśmy zasadę przedstawiania poradnictwa psychologicznego jako – odmiennej od psychoterapii – formy pomocy osobom doświadczającym dyskomfortu psychicznego, związanego z trudnościami w realizacji ich zadań życiowych. Nawiązujemy do tego, jak Helena Sęk (2001, s. 182) definiuje poradnictwo, opisując je jako „formę pomocy oferowaną osobom zdrowym, doświadczającym problemów życiowych, trudności przystosowawczych i kryzysów rozwojowych”. Próbujemy pokazać, że poradnictwo psychologiczne nie musi odwoływać się do teorii wyjaśniających źródła psychopatologii zaburzeń psychicznych. Poradnictwo psychologiczne opiera się na teoriach rozwojowych oraz teoriach osobowości, opisujących prawidłowości funkcjonowania człowieka. Jednakże opisywane w tej publikacji poradnictwo psychologiczne odwołuje się przede wszystkim do koncepcji pozytywnego zdrowia psychicznego (por. Vaillant, 2012), które jest rozumiane m.in. jako obecność mocnych stron człowieka, dojrzałość, przewaga pozytywnych emocji, subiektywny dobrostan lub sprężystość

psychiczna. To nowy sposób myślenia o zdrowiu psychicznym – nie w kategoriach braku patologii, ale w kategoriach pozytywnych wskaźników. To nowe pomysły na rozumienie tego, co jest istotą zdrowia psychicznego, jakie są jego uwarunkowania i jakie są jego wskaźniki. Pojęcie pozytywnego zdrowia psychicznego nawiązuje do psychologii zdrowia i psychologii pozytywnej. Trzebińska (2008, s. 15), powołując się na Seligmana, pisze, że do tego, aby „życie było warte życia” potrzebne są: „pozytywne doświadczanie własnego życia, pozytywne właściwości osoby oraz pozytywne społeczeństwo”. W rozdziale 1 podjęto próbę opisanego tego, jak rozumiane jest pozytywne zdrowie psychiczne. Stwierdzono tam, że „zdrowie psychiczne jest wynikiem realizowania przez osobę własnych możliwości, wyznaczanych przez jej potrzeby i wykonywane zadania. Jest wyznaczane przez zasoby jednostki, pozwalające na radzenie sobie ze stresowymi wydarzeniami życiowymi. Jednocześnie zdrowie psychiczne pomaga w realizacji tych potrzeb i zadań życiowych”. Można stwierdzić, że „życie jest warte życia” wtedy, gdy osoba realizuje swoje cele życiowe, którymi najczęściej jest zaspokojenie własnych potrzeb i wypełnienie tych zadań życiowych, które sama podejmuje, zaspokajając owe potrzeby, a równocześnie zadania te przyczyniają się do życia i rozwoju innych osób.

Takie odróżnianie poradnictwa od psychoterapii może być trudne dla psychologów klinicznych i psychoterapeutów, zorientowanych na pomoc osobom doświadczającym zaburzeń zdrowia psychicznego. Zdarzają się nawet sytuacje, w których osobie doświadczającej kryzysu psychicznego, np. związanego z żałobą czy innymi bieżącymi niepowodzeniami życiowymi, rekomendowana jest długoterminowa psychoterapia.

Nie podając w wątpliwość potrzeby odwoływania się do teorii psychologicznych, wyjaśniających powstawanie zaburzeń psychicznych, chcieliśmy pokazać, że doświadczanie różnych objawów zaburzeń zdrowia psychicznego nie zawsze oznacza chorobę. Większość osób radzi sobie z tymi objawami bez pomocy profesjonalnej, opierając się na swoich zasobach osobistych i społecznych. Część wymaga pomocy profesjonalnej – i to im właśnie jest potrzebne poradnictwo psychologiczne, ułatwiające korzystanie z takich zasobów.

Poradnictwo psychologiczne to pomoc osobom doświadczającym kryzysów w realizacji zadań życiowych. Jest to proces, który prowadzi

przez poszczególne etapy, takie jak sformułowanie problemu powodującego aktualne trudności, poszukiwanie czynników utrudniających rozwiązanie problemu (a wśród nich właściwości intrapsychicznych i interpersonalnych), poszukiwanie nowych sposobów jego rozwiązania, a także opracowanie programu działania i wprowadzanie go do realizacji. Proces poradnictwa na każdym etapie to diagnoza dokonywana wspólnie z klientem, diagnoza mająca głównie na celu dostosowywanie wiedzy specjalisty do specyficznych i osobistych trudności i zasobów, które umożliwiają poradzenie sobie z tymi trudnościami. Poradnictwo to współpraca z klientem, a nie działanie na jego rzecz. Pomagający i klient to dwaj eksperci, którzy starają się wspólnie zidentyfikować problem i czynniki go podtrzymujące, wspólnie szukają sposobów ich usuwania i bardziej skutecznego wykorzystania zasobów własnych i otoczenia, pozwalających na satysfakcjonujące życie.

Rodzaje potrzeb i zadań życiowych są zróżnicowane. Wydaje się, że najlepiej to zróżnicowanie opisuje psychologia rozwojowa. Z tego też względu stała się ona dla autorów źródłem informacji o tym, czego potrzebują osoby na różnych etapach rozwoju i jakie zadania realizują. Jest ona źródłem informacji o czynnikach intrapsychicznych i zewnętrznych, które realizacje tych celów życiowych mogą utrudniać. Rozdział 2, w którym przedstawiono zadania rozwojowe oraz czynniki wspomagające i ograniczające ich osiągnięcie, jest z konieczności jedynie krótkim przypomnieniem ogromnej wiedzy na ten temat. Zakładamy, że Czytelnik taką wiedzę posiada albo ją pogłębi, korzystając z innych publikacji.

Odwołując się do psychologii rozwojowej, skoncentrowaliśmy się na trudnościach występujących w niektórych tylko okresach rozwojowych, w których szczególnie często udzielana jest pomoc psychologiczna. Zajmujemy się zatem rodzicami dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym, młodzieżą w okresie dorastania, osobami doświadczającymi kryzysów wieku średniego i wieku podeszłego. Ważne są oczywiście kryzysy rozwojowe występujące w innych okresach życia, np. te na różnych etapach dorosłości. Są one częściowo omówione w rozdziałach dotyczących poradnictwa par i poradnictwa rodzinnego.

Realizacja zadań życiowych wpisana jest nie tylko w normatywny kontekst rozwoju człowieka. Na różnych etapach życia osoba może

doświadczają dodatkowych ograniczeń w realizacji tych zadań. Ograniczenia te wiążą się z warunkami kulturowymi, w jakich żyje, a także z warunkami ekonomicznymi i społecznymi. Jednymi z częstych czynników wpływających na sposób życia są niepełnosprawność i choroba. Z praktyki wiadomo, że z poradnictwa psychologicznego korzystają bardzo często osoby doświadczające tych ograniczeń. Stąd w treści tej monografii znalazły się także rozdziały poświęcone poradnictwu psychologicznemu dla osób doświadczających szczególnych trudności w uczeniu się, osób niepełnosprawnych, osób chorych somatycznie oraz osób z zaburzeniami psychicznymi. Zdajemy sobie przy tym sprawę, że jest znacznie więcej czynników zewnętrznych wpływających na trudności w realizacji zadań rozwojowych.

Książka jest adresowana do osób podejmujących i kontynuujących szkolenie zawodowe w dziedzinie poradnictwa psychologicznego, ale również może być ważnym elementem kształcenia studentów rozpoczynających edukację w tej dziedzinie. Jest pomyślana bardziej jako podręcznik umiejętności praktycznych niż jako wykład teoretyczny. Stanowi bogate źródło praktycznej wiedzy oraz przybliża niektóre metody zorientowane na rozwiązywanie problemów rozwojowych.

W jednym z podręczników psychologii możemy przeczytać: „W większości podręczników psychologii zachowanie człowieka stanowi centrum rozważań. Jednak jeżeli zamienimy słowo «zachowanie» na «wykonywanie» (*performance*), wtedy punktami centralnymi dla psychologii stają się takie obszary funkcjonowania człowieka jak efektywność, kompetencja czy sprawność. Być może społeczeństwo oczekuje zmiany: z badań nad zachowaniem, poznaniem i emocjami w kierunku dążeń, celów, intencji i działań ukierunkowanych na określone cele” (Strelau i Doliński, 2008, s. 787). W naszej monografii ukazujemy nie to, jaki człowiek jest, ale to, jak realizuje swoje zadania życiowe, a przede wszystkim, jak wspomagać go w okresach, kiedy realizacja tych zadań jest utrudniona przez doświadczane przez niego kryzysy rozwojowe.

Publikacja ta pozwoli osobom realizującym zadania poradnictwa psychologicznego prowadzić działania, których skuteczność została potwierdzona empirycznie. Osoby prowadzące poradnictwo potrzebują rzetelnego przygotowania zawodowego i doskonalenia swoich umiejętności. Może się to odbywać w formie kursów doskonalących czy

studiów podyplomowych. Mamy nadzieję, że prezentowana monografia przyczyni się do rozwoju i promowania poradnictwa psychologicznego jako metody pomocy psychologicznej osobom w kryzysach rozwojowych.

Jan Czesław Czabała i Sylwia Kluczyńska

Warszawa, wrzesień 2014 r.

Rozdział 1

Poradnictwo psychologiczne

Jan Czesław Czabała

Wstęp

Zachowanie zdrowia psychicznego jest jednym z głównych celów formułowanych przez WHO w ostatnich latach. Konferencja Ministrów Zdrowia w Helsinkach w 2005 r. określiła 12 zadań, które kraje europejskie powinny realizować w ciągu najbliższych lat. W preambule do tych postanowień napisano:

My, Ministrowie Zdrowia Krajów Członkowskich Regionu Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) [...] wyrażamy przekonanie, że zdrowie psychiczne i dobrostan psychiczny mają zasadnicze znaczenie dla jakości życia i produktywności jednostek, rodzin, wspólnot oraz narodów, umożliwiając ludziom doświadczanie życia jako sensownego, pozwalając im być twórczymi i aktywnymi obywatelami (*Podjąć wyzwania, szukać rozwiązań. Deklaracja o Ochronie Zdrowia Psychicznego dla Europy*, 2005, s. 3).

Podobne dokumenty ogłosiła Komisja Europejska w 2005 r. i Parlament Europejski w 2008 r.

W nowej definicji zdrowia psychicznego, sformułowanej przez Światową Organizację Zdrowia, stwierdza się, że „zdrowie psychiczne to stan dobrego samopoczucia pozwalający człowiekowi na realizację jego własnych możliwości, na radzenie sobie z normalnymi stresowymi wydarzeniami życiowymi, na efektywną działalność zawodową i na twórczy wkład w życie własnej społeczności” (WHO, 2001). Wydaje się więc, że zdrowie psychiczne jest wynikiem realizowania przez osobę własnych możliwości, wyznaczanych przez jej potrzeby i wykonywane zadania. Jest wyznaczone przez zasoby jednostki, pozwalające na radzenie sobie ze stresowymi wydarzeniami życiowymi. Jednocześnie zdrowie psychiczne pomaga w realizacji tych potrzeb i zadań życiowych.

Możliwości realizacji własnych potrzeb i zadań życiowych kształtują się w procesie rozwoju, który jest rozumiany jako „przechodzenie (1) od stanów jednorodności do różnorodności oraz (2) od nieokreśloności i chaosu do uporządkowania i integracji” (Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008, s. 115). Przy czym celem tych zmian jest umiejętność realizowania właściwych danemu okresowi zadań rozwojowych i nabywanie umiejętności realizacji zadań na kolejnych etapach rozwoju.

Poradnictwo psychologiczne pomaga w utrzymaniu zdrowia psychicznego przez pomoc w radzeniu sobie z kryzysami rozwojowymi lub w rozwijaniu takich właściwości, które ułatwiają realizację zadań charakterystycznych dla danego etapu rozwoju oraz ułatwiają kształtowanie się właściwości potrzebnych na kolejnych etapach rozwoju. Jest to pomoc w wychodzeniu z kryzysów i pomoc we wspomaganie rozwoju, a w konsekwencji pomoc w przywracaniu równowagi psychicznej doświadczanej w sytuacji kryzysu rozwojowego i pomoc w zapobieganiu kryzysom na kolejnych etapach rozwoju. Poradnictwo psychologiczne ma na celu przywracanie lub kształtowanie takich właściwości osoby, które są niezbędne dla zdrowia psychicznego, dla dobrego samopoczucia psychicznego.

1.1. Zdrowie psychiczne, wskaźniki i uwarunkowania

Zdrowie psychiczne to stan dobrego samopoczucia, na które wpływają czynniki biologiczne i psychologiczne, interakcje społeczne i właściwości środowiskowe (por. Lehtinen, 2008). W pracy tej zdrowie psychiczne opisuje się jako stan dobrego samopoczucia, zasoby indywidualne (poczucie własnej wartości, optymizm, poczucie wpływu na własne życie, poczucie koherencji), umiejętności nawiązywania i utrzymywania satysfakcjonujących relacji interpersonalnych oraz umiejętności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami (odporność).

Stan dobrego samopoczucia najczęściej jest ujmowany w kategoriach przeżywanych emocji. Wśród tych emocji wymienia się pozytywny nastrój, zadowolenie z życia, nastrój zrównoważony, poczucie szczęścia. Wydaje się, że wszystkie te wskaźniki oznaczają zdolność do przeżywania takich uczuć, które są adekwatne do doświadczanych sytuacji: osoba

cieszy się, gdy dzieje się coś pozytywnego, smuci się lub złości w okolicznościach niepowodzeń, rozpacza w sytuacjach dużych strat, boi się w sytuacjach zagrażających, odczuwa szczęście w chwilach szczególnie radosnych. Uczucia zmieniają się w zależności od rodzaju wydarzeń, ale ich generalizacja pozwala na zadowolenie z życia. Niepowodzenia i chwile negatywnych doświadczeń emocjonalnych przeplatają się z wydarzeniami satysfakcjonującymi, radosnymi, dając ogólne poczucie zadowolenia z życia. W zaburzeniach zdrowia psychicznego występuje brak adekwatności między przeżyciami emocjonalnymi a doświadczeniami życiowymi, dominuje nastrój smutku, uczucia złości, lęku i zagrożenia, a w efekcie ogólne poczucie niezadowolenia z życia. Adekwatnie przeżywane emocje są z jednej strony informacją o zadowoleniu lub jego braku z podejmowanych działań na rzecz zaspokajania własnych potrzeb, a z drugiej – dostarczają energii do podejmowania podobnych działań lub unikania robienia czegoś, co powoduje niezadowolenie lub cierpienie.

Zasoby indywidualne są to pewne przekonania dotyczące samego siebie i otaczającego świata. Takim właściwym zdrowiu psychicznemu przekonaniem jest optymizm, który pozwala na formułowanie pozytywnych oczekiwań co do przyszłości. Często wynika on z przekonania o własnych możliwościach wpływania na przyszłe zdarzenia, z poczucia własnej sprawczości. Takim zasobem jest poczucie koherencji (Antonovsky, 2005). To zbiór przekonań o tym, że świat jest zrozumiały, że dysponuje się możliwościami wpływania na to, co dzieje się w świecie, i że to, co dzieje się, ma swój życiowy sens. Takim zasobem są umiejętności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi, nazywane czasami zadaniowym stylem radzenia sobie ze stresem (por. Heszen, 2013), czy też poczucie odporności (*resilience*) (por. Fergus i Zimmerman, 2005).

Takie przekonania czy właściwości pozwalają na rozpoznawanie własnych potrzeb i na rozpoznawanie zobowiązań wymaganych do realizacji określonych zadań życiowych. Pozwalają na rozpoznawanie sposobów zaspokajania tych potrzeb i realizacji zobowiązań, a także na podejmowanie właściwych działań, przynoszących spodziewany efekt i doświadczenie zadowolenia.

Umiejętności nawiązywania i utrzymywania satysfakcjonujących relacji interpersonalnych. W procesie realizacji większości zadań życiowych i zaspokajania własnych potrzeb osobie towarzyszą inni ludzie, a ich obecność i pomoc jest najczęściej niezbędna dla osiągnięcia zamierzonych celów. Konieczne są więc umiejętności nawiązywania relacji z innymi ludźmi, umiejętności pogłębiania tych relacji oraz ich utrzymania. Dla procesu zaspokajania własnych potrzeb i realizacji zadań życiowych najważniejsze są następujące grupy ludzi: grupa rodzinna (rodzina pochodzenia i rodzina prokreacyjna), grupy rówieśnicze, grupy zawodowe, grupy społeczne.

Rodzina jest podstawowym miejscem, w którym zaspokajane są najliczniejsze i najbardziej podstawowe potrzeby. Rodzina jest także miejscem wyznaczającym największe zobowiązania. To tutaj ludzie są sobie potrzebni w celu zaspokajania potrzeb biologicznych, poczucia bezpieczeństwa, potrzeb przynależności i miłości. Tutaj znajdują wsparcie w nabywaniu potrzebnych im właściwości indywidualnych, ważnych dla rozwoju fizycznego oraz psychicznego, wsparcie w realizacji zadań rozwojowych, wsparcie i opiekę w sytuacjach kryzysowych, w sytuacjach niepowodzeń, nieszczęścia i choroby. Stąd niezbędne umiejętności tworzenia rodziny (wybór partnera, rodzenie i wychowywanie dzieci, tworzenie warunków materialnych) i jej utrzymania (zapewnienia trwałości uczuć przywiązania i miłości, radzenia sobie z sytuacjami kryzysowymi, materialnych warunków utrzymania rodziny).

Grupy rówieśnicze stwarzają okazję do poszerzania systemów wsparcia. Dają one możliwość doświadczania poczucia przynależności przez fakt bycia kimś wartościowym dla innych. Takim najważniejszym doświadczeniem z bycia w grupie jest kształtowanie się przekonania, że osoba staje się potrzebna grupie ze względu na swoje indywidualne właściwości, że bez jej obecności grupa nie byłaby tym, czym jest. Doświadczą się wspólnoty celów, a równocześnie komplementarności w ich realizacji. Odmienne właściwości każdego członka grupy pomagają wspólnie osiągać zakładane cele. Umiejętności potrzebne do funkcjonowania w grupach rówieśniczych to właściwa samoocena, poczucie własnej tożsamości, uznanie dla odmienności członków grupy i umiejętności współdziałania oraz radzenia sobie z presją otoczenia.

Grupy zawodowe są szczególnie ważne dla realizacji zadań zawodowych. Praca zawodowa jest podstawowym źródłem zaspokajania potrzeb materialnych. Jest także sposobem realizacji potrzeby osiągnięć, potrzeby znaczenia, szacunku i akceptacji. Cele te osiąga się przez nabywanie umiejętności zawodowych i ich doskonalenie. Wskaźnikiem rozwoju są zaś osiągnięcia wyrażone wielkością zarobków, rodzajem ról zawodowych, rodzajem uznania w grupie zawodowej i w ocenie przełożonych. Umiejętności potrzebne do realizacji zadań zawodowych to przede wszystkim umiejętność uczenia się, twórczego dostosowywania działań do postawionych zadań zawodowych, rywalizacji w warunkach współpracy i wspólnoty celów zawodowych. Do tej listy należy też dołączyć umiejętność korzystania z pomocy innych i udzielania takiej pomocy.

Grupy społeczne pozwalają na realizację celów indywidualnych przez wspólne rozwijanie i przekształcanie warunków społecznych właściwych danej społeczności. Najczęściej są to tzw. społeczności lokalne, których działania mają na celu troskę o bezpieczeństwo społeczne, dostępność instytucji wspomagających jednostki i grupy osób, tworzenie warunków do spędzania czasu wolnego, troskę o obszar, urządzenia i instytucje, z których korzystają członkowie społeczności lokalnych. Jest to także oddziaływanie na sposób funkcjonowania większych społeczności, od których zależą warunki, w jakich żyje społeczność lokalna: na rozwiązania prawne, organizacyjne, a nawet polityczne, które powinny sprzyjać realizacji potrzeb i zadań życiowych. Umiejętności potrzebne do działania w społecznościach lokalnych to umiejętność nawiązywania kontaktów, działania w społecznościach lokalnych, rozwiązywania konfliktów wynikających ze sprzecznych oczekiwań, godzenia celów indywidualnych z celami innych osób, zawierania kompromisów i korzystania ze wsparcia indywidualnego i instytucjonalnego.

Radzenie sobie z trudnymi sytuacjami. Doświadczenia życiowe to także doświadczenie niepowodzeń. Ograniczenia osobiste i ograniczenia środowiska, niespodziewane wypadki i katastrofy, nieprzewidywalne i niekorzystne wydarzenia życiowe, nieprzewidywalne straty i wiele innych zdarzeń – to tylko niektóre sytuacje wywołujące poczucie zagrożenia, utraty umiejętności radzenia sobie, bezradności. Umiejętności potrzebne do radzenia sobie z takimi sytuacjami nazywane są

„odpornością” (*resilience*), którą definiuje się jako czynniki i procesy przerywające błędne koło ryzyka i problemów, pozwalające na przystosowanie mimo przeciwności (Zimmerman i Arunkumar, 1994). To, co charakteryzuje ludzi odpornych na przeciwności losu, to umiejętność dostrzegania wieloznaczności w miejsce jednoznacznego spostrzegania rzeczywistości, umiejętność wykorzystania traumatycznych doświadczeń do zmiany i rozwoju oraz rozumienie kontekstu wydarzeń i ograniczonych własnych możliwości wpływania na takie zdarzenia.

Zdrowie psychiczne to stan dobrego samopoczucia, ale także określone właściwości i umiejętności, które są warunkiem osiągnięcia i utrzymania takiego stanu.

1.2. Kryzysy rozwojowe

W drugim rozdziale Ewa Sokołowska szczegółowo przedstawia rodzaje zadań rozwojowych, które zostały opisane przez dwóch najbardziej znanych autorów zajmujący się tą problematyką, Havighursta i Eriksona. Autorka uzupełnia te opisy poglądami współczesnych autorów, a podsumowując te prezentacje, stwierdza:

„Cele (zadania) życiowe człowieka – w świetle zestawienia klasycznych i współczesnych poglądów dotyczących treści zadań rozwojowych – można by podsumować jako skuteczne przejście:

- od całkowitej niesamodzielności życiowej do względnej samodzielności i autonomii,
- od braku więzi do silnej więzi (zażyłości emocjonalnej),
- od niekontrolowanego uzewnętrzniania uczuć do poddania ich kontroli,
- od egocentryzmu do socjocentryzmu,
- od niepełnej wiedzy i zrozumienia siebie oraz świata do pełniejszego, bardziej rozbudowanego rozumienia,
- od niezamierzonej aktywności poznawczej do zamierzonej (intencjonalnej, dowolnej),
- od anomii do autonomii moralnej,

- od braku stabilności struktury osobowości do jej względnej stabilności” [...] (zob. rozdz. 2, s. 60).

Wydaje się zatem, że prawidłowy rozwój to uzyskiwanie takich właściwości i umiejętności, które na każdym etapie życia pomagają osobie w realizacji jej możliwości, radzeniu sobie z normalnymi stresowymi wydarzeniami życiowymi, efektywnej działalności zawodowej i twórczym wkładzie w życie własnej społeczności (por. definicja w: *Podjąć wyzwania, szukać rozwiązań. Deklaracja o Ochronie Zdrowia Psychicznego dla Europy*, 2005).

Proces ten odbywa się harmonijnie, jeżeli człowiek na każdym etapie rozwoju ma możliwości zaspokajania własnych potrzeb i realizacji zadań rozwojowych – które w konsekwencji są także sposobem przygotowywania się do funkcjonowania na kolejnych etapach rozwoju. Brak takich możliwości najczęściej wywołuje stan kryzysu rozwojowego. Kryzys rozwojowy bywa opisywany jako normatywny i nienormatywny (Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008). Kryzys normatywny to „przełom związany z nabywaniem nowych kompetencji i powstawaniem nowych całości, łączących w sobie [...] kompetencje stare [...] i kompetencje nowe” (Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008, s. 141). Kryzysem nienormatywnym jest natomiast rezultat „przeciążenia, wynikającego z zachwiania równowagi między posiadanymi zasobami, istniejącym systemem naturalnego wsparcia społecznego oraz pojawiającymi się nowymi, nieoczekiwanymi i czasami nieprzewidywalnymi obciążeniami” (Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008, s. 141).

Wydaje się, że można nieco inaczej rozumieć pojęcie kryzysu rozwojowego. Stan opisany wcześniej jako kryzys „normatywny” faktycznie nie jest kryzysem, jeżeli jako kryzys rozumie się stan zaburzonej równowagi emocjonalnej (por. Lehtinen, 2008). Proces łączenia „kompetencji starych i nowych” najczęściej doświadczany jest pozytywnie, dając poczucie nabywania nowych kompetencji, poczucie większych możliwości, doświadczania nowych przeżyć. Oczywiście, nie wyklucza to przejściowego poczucia niepokoju, niepewności, zachowań nieco chaotycznych. Stanowią one jednak stymulację do poszukiwania sposobów integrowania „starych i nowych kompetencji”, najczęściej

zakończonych nową świadomością w odniesieniu do samego siebie i otoczenia.

Kryzys rozwojowy to zaburzenie równowagi emocjonalnej i występuje on wtedy, gdy we wcześniejszym okresie rozwoju osoba nie nabyła charakterystycznych dla tego okresu indywidualnych właściwości i/lub gdy występują zewnętrzne przyczyny utrudniające podjęcie nowych zadań rozwojowych. Wśród objawów kryzysu wymienia się: doświadczanie wzrastającego napięcia, lęku i pomieszania; widoczny silny subiektywny dyskomfort, pojawienie się stanu braku równowagi (Roberts, 2005).

Autorzy różnie określają etapy rozwojowe. Brzezińska, Appelt i Ziółkowska (2008) wymieniają cztery ery: okres prenatalny i pierwszy rok po urodzeniu, okres dzieciństwa, który trwa od 1 do 10–12 r.ż., erę dorastania: 10–12 do 20–25 r.ż. i erę dorosłości: od 20–25 do końca życia. Havighurst (1981) wskazuje na następujące etapy: niemowlęctwo i wczesne dzieciństwo (0–5/6 r.ż.), średnie dzieciństwo (5/6–12/13 r.ż.), adolescencja (12/13–18 r.ż.), wczesna dorosłość (18–35 r.ż.), wiek średni (35–60 r.ż.), późna dorosłość (powyżej 60 r.ż.). Dla potrzeb tej monografii przyjęto podział okresów rozwojowych wyróżniony przez Havighursta, ze świadomością, że obecnie przedziały wiekowe są modyfikowane, np. uznaje się, że okres adolescencji wydłuża się nawet do 21–22 r.ż. i odpowiednio później zaczynają się kolejne etapy rozwoju. Zadania rozwojowe właściwe tym okresom zostały opisane w rozdziale 2.

1.3. Poradnictwo psychologiczne

Poradnictwo psychologiczne jest profesjonalną pomocą osobom zdrowym, które nie radzą sobie z zaspokajaniem swoich potrzeb i realizowaniem zadań rozwojowych albo potrzebują pomocy w doskonaleniu swoich umiejętności koniecznych do realizacji ich potrzeb i zadań rozwojowych.

Głównym zadaniem poradnictwa jest odwoływanie się do zasobów (mocnych stron) osoby doświadczającej dystresu psychicznego w okresach przełomów rozwojowych, osobistych wyzwań czy życiowych kryzysów (por. Altmaier i Hansen, red., 2012; Heesacker i Lichtenberg, 2012).

Celem poradnictwa jest zatem pomoc osobom doświadczającym dystresu w odzyskaniu równowagi emocjonalnej, w odzyskaniu

przekonania o możliwości wpływania na swoje życie i poszukiwaniu potrzebnych do tego umiejętności, w odzyskaniu możliwości korzystania ze wsparcia innych osób, potrzebnego do realizacji własnych potrzeb i zadań rozwojowych. Słowo „odzyskanie” jest tutaj szczególnie ważne i oznacza umożliwienie osobie korzystania z nabytych wcześniej umiejętności wpływania na własne życie albo niekiedy uczenie się nowych umiejętności, które z różnych powodów nie mogły być ukształtowane na wcześniejszych etapach rozwojowych.

Najczęściej poradnictwo psychologiczne to:

- pomoc w rozwiązywaniu normatywnych reakcji kryzysowych, wynikających z trudności pojawiających się w realizowaniu zadań rozwojowych,
- asystowanie ludziom w procesie podejmowania ważnych decyzji życiowych, związanych z podejmowaniem nowych zadań rozwojowych,
- asystowanie ludziom w procesie życia, w charakterze eksperta,
- doskonalenie własnych talentów,
- doskonalenie samego siebie.

W tym opracowaniu omówiona zostanie ta forma poradnictwa psychologicznego, która dotyczy pomocy w rozwiązywaniu kryzysów rozwojowych i pomocy w podejmowaniu ważnych decyzji życiowych. Te kryzysy wynikają z braku lub trudności w korzystaniu z umiejętności nabywanych we wcześniejszych okresach rozwojowych, a ważnych dla podejmowania zadań życiowych potrzebnych na kolejnych etapach rozwoju.

Najważniejsze kryzysy utrudniające korzystanie z takich umiejętności zostaną omówione w poszczególnych rozdziałach niniejszej monografii. Będą to trudności z realizowaniem zadań rozwojowych dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym – zadań związanych z uczeniem się, trudności związanych z budowaniem własnej tożsamości, z procesem separacji od własnej rodziny w okresie dorastania; trudności wieku średniego – z osiągnięciem odpowiedzialności społecznej, wspomaganie rozwoju dorastających dzieci, utrzymywaniem sprawności zawodowej, zapewnieniem odpowiedniego poziomu życia rodziny, zaakceptowaniem

i dostosowaniem się do biologicznych zmian wieku średniego; trudności występujące w wieku podeszłym – bilans życia, ograniczenie w rolach społecznych, problemy zaakceptowania własnych ograniczeń; trudności w bliskich relacjach partnerskich, wynikające głównie z braku umiejętności komunikowania się i tworzenia satysfakcjonujących więzi, z dysfunkcyjnych przekonań; trudności związane z funkcjonowaniem rodziny jako całości, których źródłami mogą być zaburzenia struktury i granic, zaburzenia wzorów i reguł komunikacji, dysfunkcyjne przekazy międzygeneracyjne. Przedstawione zostaną także specyficzne trudności ograniczające możliwości realizowania swoich potrzeb i zadań rozwojowych, wynikające z choroby – niepełnosprawności, zaburzeń zdrowia psychicznego, chorób somatycznych.

1.3.1. Rodzaje zmian potrzebnych do poradzenia sobie z trudnościami

Odzyskanie równowagi emocjonalnej i możliwości wpływania na swoje życie w sytuacji kryzysu rozwojowego wymaga następujących zmian:

- uwolnienia się od napięcia wynikającego z przeżywanych uczuć związanych z aktualnymi trudnościami,
- poznawczego przeformułowania problemu powodującego aktualne trudności,
- identyfikacji czynników podtrzymujących problem,
- identyfikacji umiejętności potrzebnych do usunięcia czynników podtrzymujących problem,
- odzyskania możliwości wpływania na własne życie.

Szczegółowe opisy rodzajów zmian pożądaných w sytuacji kryzysów rozwojowych występujących na różnych etapach rozwoju będą omówione w kolejnych rozdziałach.

1.3.2. Proces poradnictwa pozwalający na osiągnięcie zmian

W procesie poradnictwa psychologicznego można wyróżnić kilka etapów potrzebnych dla osiągnięcia pożądaných zmian: tworzenie warunków sprzyjających rozwiązaniu problemu, diagnoza bieżącego problemu, poszukiwanie czynników utrudniających rozwiązanie problemu, poszukiwanie nowych sposobów rozwiązania problemu i opracowanie programu działania, wprowadzenie programu do realizacji. Geldard i Geldard (2005) nazywają te etapy przygotowaniem, przyłączaniem się i aktywnym słuchaniem, wyrażaniem emocji, klaryfikacją i przeformułowaniem problemu, zmianą zachowań i zakończeniem.

Tworzenie warunków sprzyjających rozwiązaniu problemu. Osoba poszukująca pomocy przeżywa wiele uczuć negatywnych związanych ze swoją trudną sytuacją. Najczęściej jest to niepokój o to, że sprawy życiowe nie toczą się tak, jak powinny. To również uczucie zagrożenia, że aktualne trudności mogą pociągnąć za sobą negatywne konsekwencje dla dobra dziecka, dobra innych członków rodziny. Osoba obawia się, że aktualne trudności mogą przynieść niepowodzenia w nauce czy w pracy, niepowodzenia w małżeństwie, zagrożenia zdrowia, pogorszenie sytuacji materialnej oraz relacji z innymi ludźmi, zagrożenie życia.

Równocześnie nie rozumie przyczyn tych trudności, a nie rozumiejąc, nie widzi możliwości ich usunięcia. Bezradność, obwinianie samego siebie albo obwinianie otoczenia to dominujące uczucia w takiej sytuacji. Samo proszenie o pomoc jest pokazaniem swojej bezradności, co obniża poczucie własnej wartości lub odsłania brak własnych kompetencji potrzebnych do radzenia sobie. To także poczucie załamania się dotychczasowych naturalnych systemów wsparcia w rodzinie, w środowisku przyjaciół i kolegów, w środowisku zawodowym.

Dominujące uczucia związane z takimi doświadczeniami są różne i zależne od rodzaju trudności i okresu, w jakim te trudności występują. Rodzice dzieci przejawiających trudności rozwojowe odczuwają przede wszystkim lęk o dziecko; czasami także poczucie winy, czasami złość na dziecko. Dzieci przeżywają uczucie zagrożenia, czasami uczucia związane z odrzuceniem (smutek, rozpacz, gniew), czasami uczucia lęku, niepokoju. W późniejszych okresach pojawią się uczucia złości, winy, wstydu. Dorośli mający trudności życiowe w późniejszych okresach rozwoju doświadczają uczucia winy, lęku, złości, wstydu, często w ich skrajnym nasileniu: paniki, wściekłości, rozpacz.

Podstawowym zadaniem pomagającego jest pomoc w zmniejszeniu napięcia wynikającego z przeżywanych uczuć. Istotne jest zachowanie pomagającego w pierwszym kontakcie z klientem – przywitanie się, atmosfera miejsca spotkania, przedstawienie się. Ważne jest wywołanie pozytywnego wrażenia – doświadczenia przez klienta, że osoba pomagająca jest życzliwa i profesjonalna, że dba o jego prywatność. Kolejnym istotnym elementem jest pozwolenie klientowi na mówienie o swoim problemie w sposób dla niego dogodny i bezpieczny. Oznacza to, że pomagający nie decyduje, o czym ma mówić klient, jest zainteresowany tym, co on mówi i zachęca go, zadając dodatkowe pytania sprzyjające kontynuowaniu rozpoczętego tematu. Ważne jest także przekazywanie klientowi informacji, że jest słuchany. Najczęściej objawia się to tym, że pomagający czasami powtarza treści wypowiedziane przez klienta, koncentrując się na tym, jak on to przeżywa, a nie na tym, czy przeżywanie jest adekwatne do treści opowieści.

Najważniejszym bowiem celem pierwszych spotkań jest odreagowanie emocji przeżywanych przez klienta. One nie są nazywane, ale przeżywane. Pytania pomagającego mają ułatwić mówienie o przeżywanych aktualnie uczuciach. Mówienie o trudnościach małego dziecka jest wyrazem niepokoju czy własnej bezradności. Mówienie o trudnościach z dorastającym dzieckiem to także mówienie o własnej bezradności, która wynika z braku skutecznych metod wpływania na jego zachowania. To może być także złość na dziecko za jego zachowania, złość na współmałżonka za jego zachowania w sytuacjach konfliktów z dzieckiem. To może być złość na nauczycieli, na kolegów dziecka. Mówienie o konfliktach małżeńskich to także mówienie o lęku przed rozpadem małżeństwa, o złości na partnera, a własnym poczuciu winy za sytuację w małżeństwie. Mówienie o trudnościach w miejscu pracy czy trudnościach związanych z realizacją zadań zawodowych jest także mówieniem o swojej złości na kolegów czy przełożonych, o uczuciach wynikających z przekonania o braku własnych kompetencji, o uczuciu zagrożenia związanym z pogorszeniem się warunków pracy lub jej utratą.

Należy zapewnić takie warunki, aby klient, opowiadając o swoich aktualnych przeżyciach, nie musiał się ich wstydzić, nie musiał ich kontrolować w obawie przed oceną, odrzuceniem, krytyką. Terapeuta go rozumie, zachęca do przeżywania i ujawniania tych przeżyć. Uznaje je za

normalne i zrozumiałe. Nie boi się uczuć pacjenta, nie czuje się wobec nich bezradny. Reaguje w odmienny sposób na wyrażane przez pacjenta uczucia, niż dotychczas reagowali inni ludzie. W efekcie uwolniona zostaje energia psychiczna towarzysząca przeżywanym uczuciom, co oznacza spadek napięcia psychicznego, zmniejsza się siła przeżywania, uczucia wyrażone i nazwane (często tym, kto je nazywa, jest pomagający) przestają być spostrzegane jako nieuchronne, niepoddające się żadnej kontroli poza usiłowaniami niepokazywania ich na zewnątrz. Przestają być spostrzegane jako własna słabość, ich występowanie staje się możliwe do zaakceptowania w kontekście zdarzeń i subiektywnych interpretacji tych zdarzeń. To te doświadczenia ulgi, zmniejszenia napięcia są przyczyną odczuwania „poprawy”, rozumianej często jako efekt placebo, są nowym doświadczeniem pokazującym, że ujawnianie własnych przeżyć, rozumienie ich subiektywnego kontekstu jest sposobem na radzenie sobie z przeżyciami. Odreagowywanie emocji jest jednym ze sposobów samokontroli emocjonalnej (por. Doliński 2000), spełnia bowiem funkcję uwalniania człowieka od negatywnego napięcia i tym samym jest źródłem przyjemnego stanu ulgi po ustąpieniu uczucia negatywnego. Uwolnienie się od negatywnych emocji odbywa się także przez koncentrację na zdarzeniach wywołujących przeżywane emocje. Pozwala to nabyć poznawczą perspektywę w analizowaniu dotychczasowych doświadczeń, a tym samym zwiększa szanse na reinterpretację tych zdarzeń, na poszerzanie informacji o nowe wymiary kontekstu wydarzeń, na nadawanie im innego znaczenia niż dotychczas.

Ważnym elementem tworzenia warunków sprzyjających rozwiązaniu są tzw. pozytywne przeformułowania. Pierwszym elementem takiego przeformułowania jest podkreślanie pozytywów samego faktu poszukiwania pomocy. Zgłaszając się po pomoc, klient podejmuje wysiłek poradzenia sobie z trudną sytuacją. Oznacza to, że ciągle ma nadzieję na poradzenie sobie z trudnościami, ciągle nie rezygnuje i informuje, że chce sobie poradzić, a to oznacza, że dostrzega w sobie możliwości rozwiązania problemu. Pomagający od samego początku podkreśla znaczenie aktywności klienta. Zachęca go do takiej aktywności, przekazując tym samym informację o jego możliwościach i zasobach, sugerując, że on sam może mieć duży udział w rozwiązywaniu określonego problemu. Jest to nowe doświadczenie relacji z drugim człowiekiem – spostrzeganym

w dodatku jako autorytet – związane z okazaniem poszukującemu pomocy wiary w jego możliwości i w jego zdolność do zarządzania własnymi działaniami. Równocześnie jest to doświadczenie odmienne od dotychczasowych, kiedy pacjent czuł się obciążony odpowiedzialnością za to, co działo się w jego życiu, zwłaszcza za negatywne skutki tych zdarzeń. Tym razem otrzymuje zachętę do bycia odpowiedzialnym za zmiany – pozytywne zmiany, a jednocześnie nie czuje się pozostawiony sam sobie, ponieważ towarzyszy mu w tym pomagający.

Poznawcze przeformułowanie problemu powodującego aktualne trudności. Pozytywne przeformułowania służą także zmienianiu spostrzeganych zgłaszanych problemów i łączących się z nimi trudności. Uwolnione uczucia pozwalają na przeformułowanie istoty zgłaszanego problemu. Zamiast sformułowania „jestem nieszczęśliwa, bo moje dziecko jest chore”, prezentowany problem identyfikuje się jako „moje dziecko jest chore, a moje poczucie nieszczęścia utrudnia nam poszukanie skutecznych sposobów leczenia dziecka albo skutecznych sposobów pomocy dziecku w rozwoju utrudnionym przez jego chorobę”. Zamiast sformułowania „mój mąż jest niedobrym człowiekiem i zasługuje na wyrzucenie go z domu”, może pojawić się sformułowanie problemu jako „jestem niezadowolona z tego, jak wygląda moje małżeństwo”. Zamiast sformułowania „moja szefowa chce pozbyć się mnie z pracy, przydzielając mi zadania, z którymi nie mogę sobie poradzić”, problem może być określony jako „jak zdobyć nowe kwalifikacje, które pozwolą mi realizować nowe zadania zawodowe”. Oczywiście, rodzaje problemów są różne na różnych etapach rozwoju. Ich identyfikacja jest kluczem do następnego etapu – etapu poszukiwania sposobów rozwiązania problemów. Istotą pomocy psychologicznej osobom doświadczającym kryzysów rozwojowych jest ostatecznie pomoc klientom w usunięciu ich negatywnych stanów emocjonalnych, jednak nie przez zajmowanie się tymi stanami, lecz przez usuwanie przyczyn, które doprowadziły do ich wystąpienia. Chore dziecko trzeba leczyć, zaburzenia rozwojowe trzeba modyfikować za pomocą różnych metod wspomagających rozwój. Problem „niedobrego” męża należy próbować umieścić w kontekście jakości małżeństwa i różnych uwarunkowań powodujących, że ta jakość jest taka, a nie inna. Negatywna ocena szefowej to tylko jeden z aspektów

doświadczanego problemu i raczej skutek poczucia własnej niekompetencji klienta.

Najczęstsze rodzaje problemów, niedostrzegane przez klientów z powodu silnych emocji albo braku umiejętności zrozumienia przyczyn doświadczanych trudności, są różne w różnych okresach rozwojowych.

Problemy rodziców małych dzieci wynikają najczęściej z ich silnych reakcji emocjonalnych na problemy rozwojowe potomstwa: poczucia winy, poczucia lęku o przyszłość dziecka, nieracjonalnych przekonań na temat chorób czy niepełnosprawności. Inny rodzaj takich problemów związany jest z ich własnymi doświadczeniami w roli rodziców: negatywnymi uczuciami w stosunku do dziecka, obwinianiem go za własne niepowodzenia życiowe czy zachowaniami wskazującymi na odrzucenie dziecka. To wszystko może powodować, że dziecko nie osiąga takich umiejętności, jak: umiejętność relacji społecznych z rówieśnikami i dorosłymi, nabycie poczucia odrębności i pewnej samodzielności funkcjonowania. Temu tematowi poświęcony został rozdział o poradnictwie dla rodziców małych dzieci.

W okresie szkolnym najczęstsze trudności to trudności w radzeniu sobie z zadaniami ucznia, czyli tzw. trudności szkolne. Realizacja zadań związanych z uczeniem się zależy od właściwości dziecka, jego uzdolnień i ograniczeń. Trudności łączące się z osobami rodziców to przede wszystkim opóźnianie samodzielności i niezależności dziecka i brak zgody na doświadczanie tego co, jest dla niego dobre, i tego, co jest dla niego złe (por. Rogers, 2002). Na efekty i satysfakcję dziecka z uczenia się wpływa także sposób, w jaki rodzice rozwiązują najważniejsze dylematy tego okresu rozwoju dziecka: zachowanie proporcji między wspieraniem a pozwalaniem na autonomię, między własnymi oczekiwaniami a realnymi możliwościami osiągnięć dziecka, między zaufaniem do dziecka i szkoły a ich kontrolowaniem. Kwestie te zostały opisane w rozdziale dotyczącym radzenia sobie w sytuacji trudności szkolnych dziecka

W okresie dorastania realnymi przyczynami problemów są nieadekwatne reakcje dzieci na zachodzące w nich zmiany fizjologiczne, emocjonalne i relacyjne. To także niedostosowane do tego etapu rozwoju reakcje rodziców na te zmiany. Te realne problemy obejmują: brak umiejętności kontrolowania własnych zachowań impulsywnych, sprzeczne

uczucia związane z procesem przekształcania zależnościowego związku z rodzicami w kierunku większej emocjonalnej niezależności, silne reakcje na pozytywne i negatywne uczucia doświadczane w młodzieńczych związkach miłosnych, niekontrolowane eksperymentowanie z zachowaniami ryzykownymi, wreszcie wiele rozterek dotyczących tożsamości własnej osoby i oceny tego, co jest dla dorastającego dobre, a co mu zagraża. Są to także problemy rodziców: nadmierne przywiązanie i wynikająca z niego nadmierna kontrola, brak zaufania do dziecka, uczucia niezadowolenia z konieczności zmiany zachowań w roli rodzica i wiele innych. Wtedy problemem jest nie trudny syn czy córka, ale to, jak rodzic przeżywa rozwojowy „bunt” dziecka, jakie ma do niego zaufanie, jakie stosuje metody wpływania na swoje dziecko i uczenia go co, jest dla niego dobre, a co zagrażające. Tym problemem mogą być również sposoby stawiania granic i wymagań, sposoby wspierania dziecka w jego dylematach emocjonalnych i moralnych okresu dorastania. Te problemy zostały przedstawione w rozdziale poświęconym poradnictwu dla dorastających.

W okresie wczesnej dorosłości problemy najczęściej wymagające przeformułowania dotyczą rozterek związanych z wyborem partnera i wyborem rodzajów działań ważnych dla rozwoju zawodowego. Problemu nie stanowi poczucie krzywdy, że jest się samotnym, „nikomu się nie podobam”, „nikt mnie nie kocha”. Problemem jest często to, że osoba nie potrafi wybrać partnera, ponieważ nie umie dostrzegać w innych tych właściwości, które są dla niej ważne i jej potrzebne; nie umie przywiązać się do partnera i szukać sposobów na takie realizowanie swoich potrzeb w relacji, aby to był także odpowiedni sposób zaspokajania jego potrzeb. Problemem może być nieskuteczne porozumiewanie się z kandydatami na partnerów lub z partnerem, co utrudnia przekazywanie informacji o własnych potrzebach i odbieranie informacji o potrzebach partnera. W tym okresie pojawia się też wiele innych problemów, o których będzie mowa w rozdziale na temat poradnictwa dla par.

W okresie średniej dorosłości wyłaniają się nowe problemy, które są doświadczane przez klientów jako negatywne uczucia smutku, rozczarowania, rezygnacji, wypalenie zawodowe i inne „objawy” typowe dla wieku średniego. Są to reakcje na realne problemy charakterystyczne dla tego okresu życia, jak zmiana w sposobie pełnienia roli rodzica,

zmiany fizjologiczne (menopauza, andropauza), rodzaj bilansu życiowego, choroby wieku średniego. Problemy tego okresu życia obejmują m.in.: poczucie bycia niepotrzebnym w sytuacji wyjścia dorosłego dziecka z domu (dotyczy to zwłaszcza matek wychowujących dzieci samotnie), trudności ze znalezieniem nowych sposobów relacji ze współmałżonkiem, poczucie „starzenia się” związane ze zmianami fizjologicznymi i zmianami wyglądu, chęć potwierdzania samego siebie przez poszukiwanie nowych związków, czasami problemy związane z rozwodem czy odejściem współmałżonka, zagrożenie niewydolnością zawodową i utratą pracy, brak widocznych wskaźników rozwoju zawodowego (np. brak awansów), ograniczenia wynikające z doświadczanych chorób, zagrożenie życia w sytuacjach poważnych chorób, zagrożenia związane z chorobami i śmiercią rodziców, konieczność opieki nad chorującymi rodzicami. Wszystkie te problemy wywołują przede wszystkim uczucie smutku, który wiąże się z poczuciem „mijającego życia”, utraconych szans życiowych, niespełnionych oczekiwań i planów życiowych. Inne uczucie to niepokój o to, co dalej, jak żyć bez dzieci, jak utrzymać swoją pozycję w pracy, jak radzić sobie z problemami w relacji ze współmałżonkiem. Zwłaszcza mężczyźni w tym wieku mogą mieć myśli samobójcze, podejmować próby odebrania sobie życia. Kobiety częściej piją alkohol, uznając to za sposób na rozładowanie napięcia doświadczanego w sytuacjach kryzysowych. Tym zagadnieniom poświęcony został rozdział o poradnictwie dla osób w wieku średnim.

Okres późnej dorosłości (okres starości) najczęściej zaczyna się wraz z emeryturą. Jest to okres rezygnowania z wielu dotychczasowych aktywności. Kończy się aktywność zawodowa i związane z nią poczucie satysfakcji zawodowej, ale oznacza to także zmniejszenie dochodów. Pojawiają się trudności z poszukiwaniem nowych celów życiowych, nowych form spędzania czasu. Ograniczona zostaje liczba kontaktów z ludźmi, co sprzyja poczuciu osamotnienia. Pojawia się konieczność bycia zależnym od dorosłych dzieci lub instytucjonalnych opiekunów – czasami konieczność korzystania z opieki instytucji. Kolejne trudności to ograniczenie sprawności fizycznej, utrata sprawności intelektualnej, mniejsza sprawność w wykonywaniu codziennych zadań, choroby. Do najczęstszych problemów należą: poczucie samotności, trudności ze znalezieniem nowych zainteresowań, trudności w relacjach z innymi

ludźmi, znalezienie źródła wsparcia, brak zgody na własne ograniczenia, zmiana stylu życia, problemy egzystencjalne, o których mowa w rozdziale poświęconym poradnictwu dla osób starszych.

Identyfikacja głównego problemu jest zadaniem pomagającego – klienci najczęściej nie potrafią go rozpoznać. Opisując swoje trudności, koncentrują się na zdarzeniach, które w ich percepcji stanowią źródło ich zmartwień i kłopotów życiowych. Matka może opisywać swój niepokój związany z „odchudzaniem się” córki jako obawę o zaburzenia odżywiania się. W dalszej rozmowie może się okazać, że matka nie akceptuje partnera, dla którego „odchudza się” jej córka. Matka niepokoi się, że ten związek może przeszkodzić córce w studiach itd. Ta opowieść może pokazać pomagającemu, że matka samotnie wychowała dwoje dzieci. Starszy syn wyprowadził się z domu, założył własną rodzinę, „nie ma czasu dla matki”. Młodsza córka jest ostatnią osobą, którą może opiekować się matka. Jej rodzice nie żyją, a ona sama jest już na emeryturze. Skończyły się dla niej najważniejsze od 30 lat zadania, czyli opieka nad dziećmi. Niepokój o zdrowie córki można rozumieć jako chęć zatrzymania dziecka dla siebie, tworzenia dla siebie warunków bycia potrzebną, jako chęć wpływania na decyzje córki. To właśnie jest głównym problemem matki, a nie lęk związany z zaburzeniami odżywiania się córki. Oczywiście pomagający musi mieć pewność, że opisywane przez matkę objawy nie są zaburzeniami odżywiania się. Musi więc mieć wiedzę na ten temat albo dysponować wynikiem konsultacji medycznej.

Identyfikacja głównego problemu klienta musi się opierać na wielu informacjach uzyskanych od klienta. Dotyczą one aktualnej sytuacji rodzinnej, sytuacji zawodowej, najważniejszych sposobów radzenia sobie, podstawowych właściwości charakteryzujących klienta, w tym sposobów reagowania emocjonalnego, podstawowych przekonań na temat siebie i otoczenia, stanu zdrowia – w tym także stanu zdrowia psychicznego. Takie informacje są podstawą do sformułowania hipotezy o problemie klienta.

Następnym etapem poradnictwa jest przekazanie informacji klientowi o tym, jak pomagający definiuje jego problem. Do tego powinny być spełnione określone warunki. Po pierwsze, klient musi doświadczyć, że pomagający rozumie jego obawy, niepokoje, złość, smutek i inne przeżywane uczucia. Doświadcza tego wtedy, gdy pomagający zachęca go

do ujawniania takich uczuć, okazuje zrozumienie dla subiektywnego znaczenia, jakie klient nadaje czynnikom wywołującym te uczucia, pozwala na odreagowanie (czyli mówienie i przeżywanie) doświadczanych uczuć. Kolejnym etapem jest koncentrowanie uwagi klienta na innych zdarzeniach czy doświadczeniach, które mogą być źródłem przeżywanych przez niego uczuć. Odreagowanie emocji pozwala klientowi na bardziej wielostronne rozumienie ich uwarunkowań, a w konsekwencji na większe współdziałanie z pomagającym w zakresie poszukiwania przyczyn swojego stanu zaburzonej równowagi emocjonalnej. Pomagającemu natomiast pozwala efektywniej zbierać informacje potrzebne do weryfikowania jego hipotezy o naturze głównego problemu klienta. Klientowi umożliwia to również poszerzenie jego świadomości o własnym problemie. Końcowe sformułowanie tego problemu staje się więc już wspólnym celem klienta i pomagającego. Na różnych etapach rozwojowych definiowane problemy będą różne, takie jak np. poczucie własnej niekompetencji wobec problemów doświadczanych przez dzieci, poczucie zagrożenia w obliczu wyzwań okresu dorastania, brak umiejętności tworzenia i utrzymania bliskich związków emocjonalnych, niewystarczająco pozytywny bilans dokonań życiowych, brak zgody na zmieniające się możliwości życiowe, brak umiejętności radzenia sobie z ograniczeniami podeszłego wieku. Identyfikacja takiego problemu przez klienta i pomagającego jest podstawą do poszukiwania sposobów jego rozwiązania. To poszukiwanie zaczyna się od ustalenia dotychczasowych czynników utrudniających poradzenie sobie z sytuacją.

Poszukiwanie czynników utrudniających rozwiązanie problemu. W nawiązaniu do wskaźników zdrowia psychicznego ważne jest poszukiwanie uwarunkowań trudności rozwiązywania problemów rozwojowych, które łączą się z tym, jaki jest klient i w jakim otoczeniu społecznym żyje.

Pierwszym takim uwarunkowaniem są **zasoby indywidualne**, czyli właściwości wpływające na spostrzeganie siebie i otoczenia i na zachowanie w trudnych sytuacjach. To spostrzeganie wyznacza sposoby zachowania w każdej konkretnej sytuacji wymagającej działania. W opisie tych zasobów wymieniono optymizm, poczucie własnej wartości, poczucie wpływu na własne życie, poczucie koherencji. Tych kategorii jest znacznie więcej. Teorie psychologiczne wyjaśniające zachowanie człowieka

koncentrują się na tych właściwościach i dostarczają pomagającemu wiedzy o uwarunkowaniach zachowania, także o uwarunkowaniach zachowań w sytuacjach kryzysowych i uwarunkowaniach możliwości rozwiązywania tego rodzaju kryzysów. Matka cierpiąca z powodu wychodzenia dzieci z domu, cierpi m.in. dlatego, że jest przekonana, iż wychowywanie dzieci to jedyne zajęcie, które było dla niej źródłem satysfakcji. Jest przekonana, że to, co ją czeka w przyszłości, to tylko samotność albo że jej dzieci nie są odpowiedzialne lub bez jej opieki są narażone na jakieś zagrożenia ze strony „obcych” ludzi. W takim przypadku występuje zniekształcenie spostrzegania siebie, swoich dzieci, sytuacji, w jakich zaczynają funkcjonować jej dzieci.

Trudności w rozwiązywaniu kryzysów rozwojowych występujących w różnych okresach rozwojowych zawsze wiążą się z właściwościami indywidualnymi osób doświadczających kryzysu, chociaż te właściwości są różne. Muszą jednak być zidentyfikowane przez pomagającego i klienta. Pomagający musi zatem posiadać wiedzę o rodzajach i naturze wpływu tych właściwości na zachowanie. Stąd potrzeba znajomości podstawowych teorii osobowości (ich opis można znaleźć m.in. w: Strelau, red., 2000).

Realizacja zadań rozwojowych odbywa się najczęściej we współdziałaniu z innymi osobami. Trudności w ich realizacji i wynikające stąd kryzysy mają kontekst interpersonalny. Doświadczana przez matkę trudność rozstania się z dorosłym dzieckiem wynika także z tego, że córka nie współdziałała z nią w tym rozstaniu. A nie współdziałała także dlatego, że matka, a zapewne i córka, nie mają określonych umiejętności porozumienia się w tej trudnej dla matki sprawie. Stąd duże znaczenie, jakie wśród czynników utrudniających rozwiązanie kryzysów rozwojowych mają **umiejętności nawiązywania i utrzymywania satysfakcjonujących relacji interpersonalnych**. W procesie poradnictwa psychologicznego ważne jest zatem zidentyfikowanie zablokowanych albo nienabytych umiejętności. Silne emocje mogą utrudniać korzystanie z tych umiejętności, które we wcześniejszym okresie były pomocne w rozwiązywaniu trudnych sytuacji. Matka mogłaby porozmawiać o swoich obawach z córką, ale w dotychczasowych kontaktach unikała tematów trudnych, nie mówiła o swoim niepokoju o nią, starała się zapobiegać temu niepokojowi przez kontrolowanie zachowań córki.

Do satysfakcjonujących relacji z innymi ludźmi potrzebne są następujące umiejętności: empatia, poczucie własnej tożsamości – dojrzała tożsamość jest wynikiem „rozpoznania własnych zasobów oraz obiektywnego ujęcia słabych punktów, opanowania umiejętności odnajdywania się w wielu różnych sytuacjach społecznych, nabycia istotnych kompetencji społecznych i wiedzy zarówno o sobie, jak i otaczającym świecie” (Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008, s. 262) – zdolność do przywiązania i związane z tym zaufanie, umiejętność współdziałania w realizacji zdań wspólnych, umiejętność nawiązywania i utrzymania związków intymnych, umiejętność odróżniania swoich możliwości wpływania na rzeczywistość i uwzględniania znaczenia wpływu innych osób i okoliczności życiowych, umiejętność łączenia dobra własnego z dobrem społecznym, poczucie sensu życia.

Umiejętności te są nabywane na wszystkich etapach rozwoju. Najwcześniej rozwijają się umiejętności emocjonalnego przywiązania przez doświadczanie empatii i miłości ze strony najbliższych osób (najczęściej rodziców). Poczucie bycia kochanym jest równocześnie początkiem kształtowania poczucia własnej tożsamości, poczucia bycia ważnym człowiekiem w doświadczanym świecie. To kształtuje umiejętności ufania innym, pozytywne oczekiwania wobec innych, zaufanie i gotowość do współdziałania z nimi. Bycie z innymi jest źródłem radości oraz źródłem poczucia przynależności. A przynależność to satysfakcja, że jest się dla kogoś bardzo ważnym, i jednocześnie poczucie, że oni są równie ważni. W przebiegu rozwoju zmieniają się rodzaje przywiązania. Potrzeba bliskości z rodzicami przekształca się w potrzebę bycia razem z rówieśnikami, potem w potrzebę miłości partnerskiej, miłości i przywiązania do własnych dzieci, bliskości z przyjaciółmi. Doświadczenia związane z przywiązaniem pomagają współdziałać z ludźmi, nie tylko z najbliższymi. Kształtują gotowość i umiejętności realizacji wspólnych zadań, które wspomaga przekonanie, że każdy ze współdziałających jest niezbędny do realizacji każdego zadania. To kształtuje przekonanie, że realizacja wspólnych celów jest równocześnie realizacją dobra własnego. Satysfakcja ze współdziałania sprzyja rozwojowi poczucia tożsamości, rozwojowi umiejętności wpływania na własne zachowania. Sprzyja doskonaleniu samego siebie, uczeniu się nowych umiejętności zawodowych i społecznych. W efekcie

w każdym momencie życia, na każdym etapie rozwoju osoba ma poczucie, że jej świat jest dla niej zrozumiały, że ma wpływ na to, co zdarza się w tym świecie, i w konsekwencji ma poczucie, iż jej życie ma sens (por. Antonovsky, 2005).

Realizacja potrzeb i zadań rozwojowych odbywa się w różnych warunkach – korzystnych i utrudniających. Stąd w wielu sytuacjach potrzebne są **umiejętności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami**. Takie trudności są bardzo zróżnicowane, a wśród nich można wymienić: ograniczenia materialne i mieszkaniowe, ograniczenia wynikające z niepełnosprawności i przewlekłych chorób, nieoczekiwane starty i katastrofy życiowe, kryzysy ekonomiczne i trudności na rynku pracy. Mogą to być trudności związane z okresowymi kłopotami w codziennych sytuacjach, np. niespodziewane wydatki, konieczność zmiany szkoły, konieczność przeprowadzenia się do innego miasta, konieczna rozłąka z najbliższymi.

Takie sytuacje wymagają szczególnego wysiłku, aby zapobiegać negatywnym dla zdrowia psychicznego konsekwencjom, objawiającym się często jako poczucie wyczerpania psychicznego, poczucie bezradności i rezygnacji. Analizując sposoby radzenia sobie z takimi trudnościami, autorzy odwołują się najczęściej do teorii umacniania (*empowerment*) i odporności, sprężystości (*resilience*) (por. Zimmerman i Arunkumar, 1994; Fergus i Zimmerman, 2005). Oznacza to, że podstawowymi warunkami poradzenia sobie z trudnościami życiowymi są określone umiejętności indywidualne. Należą do nich: poczucie kompetencji, umiejętność kontrolowania przyczyn wydarzenia i umiejętność podejmowania działania. Zwraca się tutaj uwagę na umiejętność korzystania ze wsparcia otoczenia i umiejętność współdziałania z innymi. Oznacza to także zasoby otoczenia, czyli dostępność i gotowość instytucji, organizacji i innych podmiotów do pomocy i wspierania osoby znajdującej się w trudnej sytuacji. Można tu wskazać na instytucje pomocy społecznej, organizacje zorientowane na wspomaganie ludzi doświadczających trudnych sytuacji, wolontariuszy i wszelką pomoc publiczną, pozarządową i sąsiedzką. Sposoby radzenia sobie z sytuacjami niosącymi ryzyko zależą od możliwości kompensowania strat i od dostępnych czynników chroniących.

W radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami ważne są umiejętności indywidualne, ale często nie są one wystarczające i niezbędna jest pomoc zewnętrzna. Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym potrzebuje określonej pomocy materialnej (gdy konieczna jest rezygnacja z pracy przez jednego z rodziców) albo pomocy instytucjonalnej (udzielanej w ośrodkach wspierających rozwój czy opiekuńczych). Osoba w podeszłym wieku potrzebuje zewnętrznej pomocy w radzeniu sobie z zakupami, z opieką pielęgnacyjną itp. Warunkiem uzyskania takiej pomocy jest obecność tego rodzaju instytucji i organizacji, ale także gotowość i umiejętność korzystania z ich usług.

Poszukiwanie czynników utrudniających rozwiązanie problemu jest procesem uświadomienia klientowi tego, jakie są jego indywidualne właściwości, jakie trudności wynikające z relacji z innymi ludźmi i jakie warunki zewnętrzne mogą utrudniać mu poradzenie sobie ze zidentyfikowanym problemem. Pokazują także, co można zrobić z tymi ograniczeniami. Pokazują wreszcie niedostrzegane dotychczas sposoby radzenia sobie. Matka próbująca zatrzymać przy sobie dorosłą córkę przez zajmowanie się jej „zaburzeniami odżywiania” może sobie uświadomić, że przyczyną jej niepokoju jest lęk przed byciem niepotrzebną albo lęk przed poczuciem samotności lub innymi wyobrażeniami negatywnych skutków wynikających ze zmiany sytuacji rodzinnej. Uświadomiony lęk to lęk zrozumiały i jako taki podlega kontroli poznawczej, a tym samym przestaje wpływać na nieracjonalne zachowania. Osamotniona matka potrzebuje bycia z innymi. Musi zatem rozważyć, co to znaczy nie „rozstać się” z córką, z poczuciem jej utraty, musi poszukać sposobów „bycia” z córką przez dialog z nią. Może próbować szukać innych sposobów na bycie z innymi przez zawarcie nowych znajomości. Chęć bycia potrzebną może spowodować, że poszuka organizacji dostarczających okazji do realizacji takich potrzeb. Małżeństwo doświadczające kryzysu związanego ze zdradą współmałżonka, chcąc poradzić sobie z taką sytuacją kryzysową, powinno poszukiwać właściwości indywidualnych partnerów, które mogą być ważne dla zmieniającej się siły więzi między partnerami i braku satysfakcji seksualnej w związku, właściwości utrudniających informowanie partnera o własnych potrzebach, właściwości wpływających na zmieniające się poczucie więzi partnerskiej. Powinno zrozumieć dysfunkcyjne wzorce

relacji i nieskuteczne formy porozumiewania się w ważnych dla partnerów potrzebach i sposobach ich zaspokajania; nauczyć się nowych umiejętności bycia ze sobą w zmieniających się rozwojowo okresach życia małżeńskiego. Identyfikacja tych i innych czynników czyni je „racjonalnymi”, a przez to osłabia doświadczane uczucia złości, winy, zagrożenia. Otwiera to możliwości poszukiwania nowych sposobów porozumiewania się, nowych sposobów uzgadniania wzajemnych oczekiwań, nowych sposobów bycia ze sobą.

Identyfikacja czynników utrudniających rozwiązanie problemu w procesie poradnictwa różni się istotnie od tego, co w psychoterapii nazywane jest wglądem. Osoby zgłaszają się na psychoterapię ze względu na doświadczane cierpienie, wynikające z ich przekonania, że to, co dzieje się w ich życiu, jest dla nich niezrozumiałe, nieracjonalne, nie można tego zmienić. Często jedynym wyjściem w tych trudnych sytuacjach jest wycofanie się z aktywności życiowej albo walka ze wszystkimi i o wszystko. W efekcie przeżywają jeszcze więcej napięć, więcej przykrości, narasta w nich poczucie bezradności i rozgoryczenia (por. Czabała, 2013). Dzieje się tak dlatego, że w zniekształcony sposób spostrzegają siebie i otaczający ich świat, a te zniekształcenia wynikają z określonych właściwości osobowościowych, ukształtowanych przez nieprzepracowane urazowe doświadczenia życiowe. Psychoterapia jest procesem, w którym stosowane przez terapeutę oddziaływania prowadzą do wywołania w pacjencie takich stanów, jakie pozwalają mu odzyskać zrozumienie własnych przeżyć i uwolnienie się od nich, pozwalają mu zrozumieć przyczyny własnych nieskutecznych zachowań i nauczyć się kontroli nad własnym życiem.

W procesie poradnictwa właściwości osobowościowe ludzi doświadczających reakcji kryzysowych nie są zaburzone. Są oni świadomi swoich potrzeb, znają sposoby ich zaspokajania. Są świadomi tego, czego oczekuje się od nich w realizacji ich zadań rozwojowych, i potrafią je realizować w zgodzie z własnymi potrzebami. Mają poczucie tego, że mogą wpływać na swoje życie. I co szczególnie ważne, mają świadomość własnych możliwości i ograniczeń, a także świadomość rozwijania własnych możliwości i sposobów na minimalizowanie własnych ograniczeń. Trudności, jakich doświadczają w danym momencie, są wynikiem zmian zachodzących na danym etapie ich życia, kiedy pojawiają

się nowe zadania życiowe lub potrzebne są nowe sposoby zaspokajania ich potrzeb. Te nowe zadania mogą wywołać niepokój i poczucie zagubienia, ponieważ mierzącym się z nimi osobom brakuje odpowiednich umiejętności albo napięcie związane z pojawieniem się nowych zadań utrudnia im korzystanie z umiejętności nabytych wcześniej. Celem poradnictwa nie jest zmiana osobowości, ale usunięcie stanów emocjonalnych wywołanych zmianą rozwojową, pozwalające na stosowanie adekwatnych sposobów radzenia sobie z nowymi zadaniami albo nauczenie się takich umiejętności, które są potrzebne dla realizacji tych nowych zadań. Poradnictwo jest wspomaganie rozwoju, a nie zmianą osobowości.

Poszukiwanie nowych sposobów rozwiązania problemu i opracowanie programu działania. Identyfikacja problemu i czynników utrudniających jego rozwiązanie konsekwentnie prowadzi do następnego etapu zmiany, którym jest poszukiwanie nowych sposobów rozwiązania problemu. Problem trudności rozwojowych dziecka może być rozwiązany tylko wtedy, gdy rodzice skorzystają z adekwatnych metod wspomaganie rozwoju dziecka oraz gdy zmienią swoje relacje z dzieckiem na takie, jakie dadzą im satysfakcję bycia rodzicem, doświadczającym miłości i bliskości w kontaktach z dzieckiem. Problem zachowań ryzykownych dorastającego dziecka może być rozwiązany gdy rodzice i ono samo jasno określą uzgodnione granice autonomii i zależności, autonomii i kontroli. Kontrola zachowań ryzykownych ma podlegać zmianie, zewnętrzna kontrola rodziców ma stopniowo stawać się samokontrolą, a to jest możliwe, gdy dorastający może nauczyć się wartościowania swoich zachowań, uczyć się tego, co jest dla niego korzystne, a co stwarza dla niego zagrożenie.

Sposoby rozwiązania problemów zmieniają się w zależności od etapów rozwojowych, ale przede wszystkim od specyfiki tych problemów u konkretnych osób, rodzin i par. Każda osoba, ze względu na właściwości indywidualne i na kontekst, w którym żyje, musi poszukiwać specyficznych dla swojej sytuacji sposobów rozwiązania problemu. Najistotniejszym doświadczeniem wynikającym z podejmowania działań mających na celu rozwiązanie problemu jest odzyskanie poczucia własnej skuteczności, poczucia, że własne zachowanie czy zachowania innych osób wywierają pożądany wpływ na oczekiwane rezultaty. Pomagający

stara się wspierać klienta w dostosowaniu tych sposobów do jego sytuacji. Ekspertem w tym zakresie jest klient, a pomagający to tylko doradca, który dba o to, aby rozważane sposoby rozwiązania bieżącego problemu spełniały określone warunki, umożliwiające ich skuteczność.

Wymieńmy zatem te warunki:

- Każdy problem może być rozwiązany na kilka sposobów. Poszukując ich, należy mieć tego świadomość. Wielość możliwych sposobów radzenia sobie z dorastającymi dziećmi przedstawiają Ewa Sokołowska i Lidia Zabłocka-Żytka w książce *Psychologia rozwojowa dla klinicystów*. Autorki proponują m.in., by rozmawiać z dzieckiem, tzn. słuchać, być zainteresowanym, nazywać swoje uczucia, stawiać jasne granice.
- Analizowane sposoby rozwiązania problemu muszą być konkretne. Należy rozmawiać z dorastającym dzieckiem o konkretnym zachowaniu, a nie jego zachowaniu jako takim. Należy słuchać tak długo, dopóki nie skończy. Stawiać jasne granice dotyczące konkretnego zachowania, np.: „Proszę nie trzaskać drzwiami”. W rozwiązywaniu nieporozumień małżeńskich zmiany muszą dotyczyć konkretnych zachowań, np.: „Będę słuchać twoich wyjaśnień, nie przerywając i upewniając się, czy dobrze rozumiem to co, do mnie mówisz”, „Nie będę argumentował, że nie masz racji, skoro taka jest twoja ocena mojego zachowania”.
- Rozważane sposoby rozwiązania problemu muszą być realistyczne. Niemożna oczekiwać, że dorastające dziecko nie będzie wybuchowe. Nie można oczekiwać, że mąż, który nigdy nie gotował obiadu, od razu zrobi to chętnie i że potrafi przygotować smaczny posiłek.
- Zmiany zachowań muszą być możliwe do zastosowania. Dziecko mające trudności w skupieniu uwagi czy nadpobudliwe nie może całkowicie zmienić takich zachowań, nawet jeśli zrozumie i zaakceptuje potrzebę takich zmian. Dążenie do zrzucenia nadmiernej liczby kilogramów nie jest dobrym sposobem na odzyskanie poczucia własnej atrakcyjności i bliskości z innymi.
- Podejmowane działania muszą być tak planowane, aby były ograniczone w czasie. Muszą mieć jasno określony początek i koniec.

Decyzja o zadbanie o własne zdrowie oznacza ustalenie wizyty u lekarza, przyjmowanie zaleconych leków i wykonanie określonych zabiegów. Decyzja o poszukiwaniu wsparcia ze strony innych musi oznaczać znalezienie konkretnych osób czy instytucji, ustalenie spotkania z nimi i uzgodnienie rodzaju oczekiwanej pomocy.

Klient jest osobą, która formułuje potencjalne sposoby rozwiązania swoich trudności. Zadaniem pomagającego jest pomoc w przekształcaniu takich pomysłów w propozycje rozwiązań, które są konkretne, możliwe do zastosowania i ograniczone w czasie. Najistotniejszą częścią etapu poszukiwania nowych sposobów działania jest refleksja klienta i pomagającego nad przewidywanymi i pożądanymi konsekwencjami takich zachowań. Każde możliwe zachowanie ma na celu osiągnięcie określonego efektu, który także powinien być konkretny, realistyczny i wystąpić w określonym czasie. Efektem ma być np.: chwilowe odreagowanie silnych emocji u dorastającego dziecka, uzyskanie informacji o stanie własnego zdrowia, podjęcie działań mających na celu poprawę zdrowia, kontrola własnych impulsywnych zachowań dotyczących określonych sytuacji (trzaskanie drzwiami), uczenie męża gotowania jako tworzenie okazji do robienia czegoś wspólnie. Zadaniem pomagającego jest dostarczenie klientowi wiedzy o pożądanym efekcie, a także o potrzebnych do ich osiągnięcia umiejętnościach klienta. Rodzaje potrzebnej wiedzy i sposoby nabywania pożądanym umiejętności zostały opisane w rozdziałach dotyczących problemów typowych dla etapów rozwojowych.

Pociąga to za sobą opracowanie programu działania. Należy przygotować co najmniej dwa rodzaje programów. Pierwszy obejmuje zaplanowanie konkretnych działań, konkretnych okoliczności, w których mają być one wprowadzone, i konkretnych wskaźników określających wystąpienie lub brak zakładanych efektów tych działań. Drugi rodzaj programu to uczenie klienta brakujących mu umiejętności lub uczenie takich umiejętności, których brak okazał się szczególnie istotny dla osiągnięcia zamierzonych efektów. Rozmowy z dorastającym dzieckiem muszą być tak zaplanowane, aby wiadomo było czego mają dotyczyć, np. czy rozmawiamy wtedy, gdy dziecko zaczyna nas o czymś informować albo o coś pyta, czy też rodzic ma rozpocząć od poinformowania dziecka

o jakichś swoich sprawach i oczekuje od niego komentarzy i opinii na ten temat. Takie planowanie rozmowy to także ustalenie jej celu, np. tylko wymiana informacji i okazanie zainteresowania przez słuchanie i upewnianie się, czy dziecko czuje się rozumiane, czy też rozmowa ma dotyczyć wydawania opinii albo ustalania jakichś ważnych dla obu stron zasad postępowania.

Często już na wstępnym etapie procesu pomagania udaje się zidentyfikować brak określonych umiejętności klienta. Można więc – planując określone programy zachowań – przewidzieć, jakich umiejętności będzie potrzebował, i stworzyć możliwości ich nabywania. Może np. się okazać, że klient nie jest w stanie wysłuchać wypowiedzi pomagającego, przerywa je, komentuje, ocenia. To jest okazja do ćwiczenia w relacji z pomagającym. Najczęściej jednak brak potrzebnych umiejętności ujawnia się w czasie realizacji opracowanego programu działań. I wtedy jest okazja do ćwiczenia czy doskonalenia potrzebnych umiejętności.

Wprowadzenie programu do realizacji. Wcześniejsze etapy procesu poradnictwa psychologicznego są poszerzaniem świadomości klienta. Ten etap jest procesem zmiany odbywającym się przez zachowania w realnym życiu klienta. Najważniejszym czynnikiem, umożliwiającym realizowanie zaplanowanego programu działań, jest zdolność klienta do obserwowania konsekwencji własnych zachowań i zachowań osób, z którymi realizuje zaplanowane działania. Klient we wcześniejszym etapie poradnictwa nauczył się przewidywać konsekwencje mogące pojawić się w wyniku jego zachowań i reakcje otoczenia na takie zachowania. Ważne jest, aby miał świadomość potrzeby rejestrowania tych konsekwencji w realnych sytuacjach swojego życia. Będzie to bowiem dla niego podstawowym źródłem informacji o tym, czy cele zamierzone zostają osiągnięte, a także okazją do takich modyfikacji własnych zachowań, aby ich osiągnięcie stawało się realne.

Te obserwacje są także treścią kolejnych spotkań z osobą pomagającą. Ich analiza w kontekście podejmowanych działań pozwoli na pogłębienie wiedzy klienta, na doskonalenie jego umiejętności i w końcu na odzyskanie wszystkich potrzebnych na danym etapie rozwojowym możliwości wpływania na swoje życie.

Poradnictwo psychologiczne jest wspomaganie ludzi w sytuacjach kryzysów rozwojowych. Kryzysy rozwojowe pojawiają się najczęściej

w okresach przechodzenia do następnych etapów rozwojowych. Mogą występować wtedy, gdy osoba nie nabyła wystarczających umiejętności do realizacji nowych zadań, które wynikają z wejścia w nowy okres rozwojowy, zadań związanych z nowymi sposobami zaspokajania własnych potrzeb i realizacji zadań życiowych. Mogą także występować wtedy, gdy realizacja zadań na nowym etapie rozwoju napotyka szczególne trudności związane z właściwościami takich zadań, np.: wychowywanie dziecka niepełnosprawnego, ograniczenia zdrowotne, materialne czy sytuacyjne. Poradnictwo jest pomocą krótkotrwałą. Etap poszerzania świadomości nie trwa dłużej niż kilka czy kilkanaście cotygodniowych spotkań, a etap wspomagania w realizacji programu działań to kilka comiesięcznych spotkań.

Poradnictwo to wspomaganie osób przez dostarczanie im wiedzy, uczenie umiejętności, udzielanie wsparcia. Pomagający ma taką wiedzę i umiejętności potrzebne do wspomagania ludzi w doświadczanych przez nich kryzysach rozwojowych.

1.4. Wiedza i umiejętności potrzebne profesjonalistom w dziedzinie poradnictwa psychologicznego

Pomaganie osobom doświadczającym kryzysu rozwojowego wymaga od pomagającego wiedzy i umiejętności ważnych dla rozumienia problemu osoby poszukującej pomocy i dla procesu udzielania pomocy.

Wiedza dotyczy przede wszystkim znajomości zjawisk zachodzących w procesie rozwoju człowieka (por. Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008). Jest ona niezbędna do rozumienia problemów klienta w kontekście zjawisk właściwych danemu okresowi rozwoju, dla rozumienia odmienności doświadczeń klienta w stosunku do najczęściej obserwowanych w danym okresie rozwoju. Kolejny obszar wiedzy to psychologia kliniczna (por. Sęk, red., 2005). Osoba poszukująca pomocy często zgłasza objawy, które mogą być podobne do objawów klinicznych, świadczących o tym, że ich uwarunkowania mogą wynikać z określonych zaburzeń właściwości osobowościowych. Lęk, objawy obniżonego nastroju, zaburzenia snu, uczucie napięcia, poczucie bezradności i zagubienia są podobne do objawów doświadczanych w zaburzeniach

lękowych czy depresyjnych. Znajomość psychopatologii i psychologicznych czynników warunkujących zaburzenia nerwicowe czy zaburzenia osobowości pozwala określić źródło doświadczanych objawów i adekwatnie ocenić, jaki rodzaj pomocy jest potrzebny klientowi. Poradnictwo psychologiczne jest dla tych osób, u których objawy albo stan dyskomfortu psychicznego wiążą się z ich aktualną trudną sytuacją. Osoby, których objawy są wynikiem nieadekwatnego sposobu przeżywania lub nieadekwatnego sposobu spostrzegania siebie i otoczenia, wynikającego z pewnych uwarunkowań osobowościowych, wymagają leczenia i dostosowanych do ich zaburzeń odpowiednich form terapii.

Odrębny rodzaj wiedzy potrzebny pomagającemu to wiedza o istniejących instytucjach wsparcia dla osób, które wymagają wsparcia socjalnego, instytucjonalnego czy prawnego. Wiele problemów doświadczanych przez osoby poszukujące pomocy wynika z braku umiejętności poszukiwania wsparcia – wsparcia socjalnego, wsparcia instytucji edukacyjnych, organizacji pozarządowych, wsparcia prawnego. Pomagający dostarcza informacji o istnieniu takich instytucji, zachęca do skorzystania z ich pomocy czy pośredniczy w nawiązaniu z nimi kontaktu.

Niezwykle ważne są także takie umiejętności pomagającego, które umożliwią klientowi uwolnienie się od przeżywanych uczuć, zidentyfikowanie problemu i podjęcie działań mających na celu rozwiązanie tego problemu. Wśród nich najważniejsze wydają się następujące umiejętności: aktywnego słuchania, rozumienia uczuć klienta, pozytywnych przeformułowań, formułowania podsumowań, poszukiwania różnych nowych możliwości działania i ułatwianie działania. Istnieją monografie, w których dokładnie opisano, jakie umiejętności są niezbędne w procesie pomagania (por. Geldard i Geldard, 2005). W niniejszej publikacji są one raczej nazywane, a nie opisywane szczegółowo.

Umiejętności słuchania i rozumienia. Klienci zgłaszający się po pomoc profesjonalną najczęściej nie szukali pomocy w swoim naturalnym środowisku, w rodzinie, u bliskich znajomych. Nie szukali, ponieważ było to dla nich zbyt trudne – wtedy, gdy siebie lub innych obciążali odpowiedzialnością za swoje niepowodzenia, albo wtedy, gdy z różnych powodów nie mieli do innych zaufania. Oznacza to, że poszukiwanie pomocy u psychologa także nie jest dla nich łatwe. Toteż pierwszym zadaniem pomagającego jest wesprzeć klienta w przedstawieniu tego, co

jest dla niego trudne. Pomocna jest staranność, z jaką pomagający tworzy atmosferę bezpieczeństwa i życzliwego zainteresowania klientem. Istotne są sposób przywitania, przedstawienia się, sposób rozpoczęcia rozmowy. Ważne jest raczej słuchanie niż zadawanie pytań, a jeśli – to pytań, które mają ułatwić klientowi opowiadanie tego, co chce powiedzieć, a nie tego, co chce usłyszeć pomagający. Klient potrzebuje potwierdzenia, że jest rozumiany przez pomagającego, co wyraża się w utrzymywaniu kontaktu wzrokowego z klientem, czasem krótkim powtórzeniem tego, co mówi, czasem niezagrażającym zachęcaniem do kontynuowania jego opowieści. Oczywiście ważny jest ton głosu pomagającego, brak pośpiechu w uzyskiwaniu informacji, docenianie tego, co mówi klient. Klient już od pierwszego spotkania pyta o opinie albo poradę. Istotne jest wyjaśnianie, że poszukiwanie odpowiedzi na jego pytania może nastąpić po wysłuchaniu go do końca, po zrozumieniu przyczyn jego problemów.

Rozumienie uczuć klienta. Najważniejsza, zwłaszcza na początku procesu pomagania, jest pomoc klientowi w uwolnieniu się od doświadczanych uczuć. Ludzie poszukujący pomocy z powodu swoich problemów doświadczają cierpienia psychicznego. Przeżywają lęk, smutek, złość, czasami rozpacz i mają poczucie całkowitej bezradności. Głównym sposobem radzenia sobie z tymi uczuciami jest opowiadanie o faktach, próba intelektualnej analizy swojej sytuacji – co pomaga odwracać uwagę od tych przykrych stanów emocjonalnych. Podstawowym zadaniem osoby pomagającej jest rozpoznawanie uczuć doświadczanych przez klienta i pomaganie mu w ich wyrażaniu. Oznacza to zachęcanie klienta do wyrażania smutku, rozpacz, lęku, złości czy innych doświadczanych uczuć. Odbywa się to najczęściej przez zachęcanie do kontynuowania mówienia o tym, co klient czuje teraz, opowiadając o swoich doświadczeniach życiowych. Inną formą koncentrowania uwagi na uczuciach jest nazywanie tego, co może czuć, opowiadając o przykrych zdarzeniach, albo co mógł czuć wtedy, gdy takie zdarzenia występowały, np. „Zastanawiam się, czy opowiadając o tym... odczuwa Pani złość (smutek, strach)”, „Ja (inni) na Pani miejscu pewnie odczuwałbym dużą złość (lęk, rozpacz, przygnębienie)”.

Ujawnianie silnych emocji (złość, rozpacz) może być trudne dla osoby pomagającej. Może pojawiać się zbyt silne współczucie albo lęk przed poradeniem sobie z uczuciami klienta. Chęć chronienia samego siebie

przed takimi doświadczeniami może prowadzić do uspokajania klienta, do zniechęcania go do wyrażania uczuć, do pomniejszania znaczenia tych uczuć.

Rozumienie uczuć klienta to także pomaganie mu w rozumieniu kontekstu jego uczuć. Oznacza to, że nazywając przeżywane przez klienta uczucia, pomagający próbuje połączyć je z wypowiedzianymi treściami opisującymi jakieś zdarzenia. Kiedy ktoś opowiada o trudnościach w kontakcie ze swoim dzieckiem, pomagający może identyfikować przeżywane uczucia związane z opowiadanymi faktami, np.: „Domyślam się, że gdy Pana córka nie odpowiada na Pana pytania, musi Pan czuć złość (bezradność, niepokój o nią)”.

Rozumienie uczuć, tworzenie warunków do ich ujawniania, nazywanie przeżywanych uczuć to podstawowe sposoby ujawniania przeżywanych uczuć i w konsekwencji osiągnięcia pierwszego etapu procesu pomocy, odreagowania emocji i uwolnienia się od napięcia spowodowanego silnym przeżywaniem emocjonalnym. Umiejętności pomagającego są podstawowym narzędziem w uzyskaniu takiego stanu.

Umiejętności tworzenia pozytywnych przeformułowań. Osoby poszukujące pomocy najczęściej widzą siebie, swoje otoczenie i zdarzenia życiowe w sposób negatywny. Interpretują zdarzenia, zachowania innych osób, swoje zachowania jako zagrażające albo wrogie, albo też niezrozumiałe. Zadanie osoby pomagającej polega na przeformułowywaniu takiego sposobu spostrzegania czy oceniania rzeczywistości. Przeformułowanie to nie jest przekonywaniem klienta, że jego obraz jest nieprawdziwy albo zniekształcony. Przeformułowanie pozytywne to pokazanie, że dane zdarzenie może być rozumiane jeszcze inaczej, niż spostrzega lub ocenia je klient. Szukanie pomocy u specjalisty, przeżywane z poczuciem wstydu z powodu własnej bezradności, może być także rozumiane jako duży wysiłek klienta w poszukiwaniu rozwiązania występujących trudności. Można to także rozumieć jako przejaw dużej troski klienta o rodzinę, o własną pracę czy innych ludzi. Złość na dorastające dziecko można rozumieć jako przejaw troski o nie, jako przejaw odpowiedzialności w roli matki itd.

Istotą pozytywnych przeformułowań jest poszukiwanie razem z klientem wieloznaczności sytuacji, które klient widzi jednoznacznie negatywnie. To także dążenie do rozumienia, że doświadczane trudności

i reakcje własne na te trudności mogą być inaczej spostrzegane przez innych i nawet własne reakcje klienta nie są tylko czarno-białe. Złości zawsze towarzyszy niepokój, lęk wskazuje na pragnienie zmiany na lepsze, smutek jest niezgodą na trwanie obecnego stanu. Innym ważnym elementem pozytywnych przeformułowań jest uzyskanie przez klienta przekonania, że reagując na zdarzenia w określony sposób, czuje się odpowiedzialny za to, co dzieje się w jego życiu, że nie zgadza się na to, co się dzieje, że chce zmiany i jest gotowy podjąć działania prowadzące do takiej zmiany. Jest to kolejny ważny etap rozwiązywania problemu przez klienta – pojawiające się u niego poczucie odzyskiwania własnego wpływu na to, co dzieje się w jego życiu.

Umiejętność formułowania podsumowań. Po odreagowaniu emocji pojawia się potrzeba identyfikacji głównego problemu klienta i zrozumienia kontekstu, który podtrzymuje trudność jego rozwiązania. Opisywane trudności z dzieckiem mogą zostać zrozumiane jako przekonanie o własnej niekompetencji w roli matki, a poczucie to jest podtrzymywane np. przez niesatysfakcjonujące relacje z mężem lub przez problemy rozwojowe dziecka. Klient uświadamia sobie, na czym polega jego problem i jakie są czynniki, które dotychczas utrudniały jego rozwiązanie. Zadaniem osoby pomagającej jest wspieranie klienta w takim formułowaniu podsumowań, aby nie były one obciążeniem dla niego, aby podsumowanie dostarczało mu poczucia siły i pewności, że jest w stanie modyfikować czynniki utrudniające rozwiązanie problemu, że jest w stanie skorzystać ze swoich możliwości rozwiązywania problemu, a wtedy, gdy to potrzebne, potrafi zapewnić sobie pomoc innych osób czy instytucji. Zadaniem pomagającego jest kształtowanie przekonania, że klient ma wystarczające zasoby lub wystarczające możliwości uzyskania wsparcia w miejsce dotychczasowych przekonań, że ponosi winę za doświadczane zdarzenia albo że taką winę ponoszą inni, a on sam jest ofiarą.

Umiejętności poszukiwania różnych nowych możliwości działania i ułatwiania takiego działania. Rozwiązywanie problemów wymaga podejmowania działań, mających na celu modyfikowanie tych czynników, które utrudniają rozwiązanie problemu. Czasami trzeba zmienić własne zachowanie, np.: informować męża czy żonę o swoich potrzebach,

reagować na oczekiwania partnera, poszukać wiedzy potrzebnej do opiekowania się dzieckiem, nauczyć się określonych umiejętności.

Identyfikując takie działania, pomagający musi uwzględniać przede wszystkim to, że nie ma jednego jedyne go sposobu rozwiązania problemu. Te sposoby mogą być różne. Wiele z nich niesie ze sobą pozytywne konsekwencje, ale także pewne straty, potrzebę zrezygnowania z czegoś, do czego klient był przyzwyczajony. Pomagający musi pamiętać, żeby nie kierować się tym, co on uważa za niezbędne, ale tym, co może zrobić klient, jeśli uwzględni się jego możliwości i ograniczenia oraz możliwości i ograniczenia jego otoczenia. Klient podejmie tylko takie działania, które są dla niego przekonujące i możliwe do podjęcia, a to oznacza, że chce je podjąć i ma możliwości ich wypróbowania w swojej codzienności. Zaplanowane działania muszą być wypróbowane. Oznacza to, że ma być sprawdzona ich skuteczność w realnym życiu. Pomagający towarzyszy klientowi w takich próbach, koncentrując jego uwagę na konsekwencjach podejmowanych działań, wspomagając powtarzanie zachowań przynoszących oczekiwane efekty lub poszukiwanie modyfikacji zachowań, wtedy gdy dotychczasowe nie są wystarczające. Ponownie podstawową umiejętnością pomagającego jest podtrzymywanie w kliencie przekonania o jego własnych możliwościach wpływania na zdarzenia, o tym, że takie możliwości są różne, a pojawiające się trudności w realizacji nowych sposobów poradzenia sobie z problemami są chwilowe i zmieniają się wraz z modyfikacjami zachowań.

Zakończenie udzielania pomocy jest także ważnym elementem w procesie odzyskiwania przez klienta przekonania o własnej skuteczności. Pomagający nie jest w stanie asystować klientowi w rozwiązywaniu jego problemów przez czas nieograniczony. Nie ma takiej potrzeby, a przedłużanie poradnictwa może być dla klienta informacją, że ciągle jest zbyt słaby, aby radzić sobie z życiem samodzielnie. Stąd w okresie wypróbowywania nowych zachowań sesje poradnictwa powinny odbywać się w większych odstępach czasowych. Pozwoli to klientowi doświadczyć samodzielności, ale równocześnie mieć poczucie nadal trwającego wsparcia ze strony pomagającego. O zakończeniu procesu poradnictwa możemy mówić w chwili uzyskania pewności, że klient rozumie swój problem, zna jego uwarunkowania, wie, co może próbować robić, aby je usunąć, i jest gotowy do podejmowania

takich działań. Jednocześnie potrafi korzystać z umiejętności dostrzegania konsekwencji swoich działań i możliwości ich modyfikowania, tak aby przynosiły bardziej pożądane efekty. Jest wreszcie świadomy, że mogą pojawiać się różne niepowodzenia, że rozwiązanie jednego problemu nie chroni go przed następnymi. Teraz jednak jest przygotowany do podejmowania prób ich rozwiązywania z większą świadomością swoich możliwości i ograniczeń oraz z większymi umiejętnościami korzystania ze wsparcia.

1.5. Problemy etyczne w poradnictwie psychologicznym

W poradnictwie obowiązują zasady etyczne zapisane w kodeksie etyki dla zawodu psychologa: odpowiedzialność za konsekwencje swoich interwencji, respektowanie odrębności klienta i poszanowanie jego przekonań, otwartość w informowaniu klienta o rodzaju podejmowanych interwencji, przestrzeganie tajemnicy zawodowej, doskonalenie swoich umiejętności, m.in. w procesie superwizji.

Specyficzna dla poradnictwa może być szczególna wrażliwość osoby pomagającej na warunki kwalifikowania osób do poradnictwa i do innych form pomocy psychologicznej czy socjalnej. Rozpoznanie kryzysu rozwojowego lub sytuacyjnego wymaga wykluczenia zaburzeń zdrowia psychicznego i patologii społecznej. Te dwie okoliczności pociągają za sobą konieczność specjalistycznego leczenia lub interwencji instytucji zajmujących się rozwiązywaniem problemów osób doświadczających patologii społecznej. Zbyt mała wrażliwość w tym zakresie może prowadzić do negatywnych skutków dla klienta: zaniechania leczenia lub narażenia go na negatywne konsekwencje związane z pozostawaniem w zagrażającym środowisku.

Przedmiotem refleksji w czasie sesji poradnictwa psychologicznego są bardzo istotne problemy życiowe klientów, często uwikłane w wyznawane przez nich wartości. Wartości te mogą nie być akceptowane przez pomagającego i mogą wpływać na jego negatywne uczucia i negatywne oceny klienta – zwłaszcza wtedy, gdy nieakceptowane wartości dotyczą relacji rodzice–dzieci, relacji partnerskiej. Wymaga to szczególnej

samoświadomości pomagającego, której utrzymanie jest możliwe dzięki superwizji.

Podsumowanie

Poradnictwo psychologiczne jest metodą pomocy osobom doświadczającym kryzysów rozwojowych. Osoby korzystające z tej formy pomocy nie mają zaburzeń zdrowia psychicznego. Kryzys emocjonalny, którego doświadczają, wynika z nieumiejętności poradzenia sobie z bieżącym problemem życiowym. Poradnictwo nie jest psychoterapią. Psychoterapia to metoda leczenia osób doświadczających zaburzeń zdrowia psychicznego, zaburzeń wynikających z określonych właściwości osobowościowych, które powodują, że dana osoba nie jest w stanie wpływać skutecznie na realizację własnych potrzeb i własnych zadań życiowych. Poradnictwo to metoda pomocy osobom, które w określonym okresie swojego życia (rozwoju) mają poczucie, iż stanęły przed takimi problemami, jakich nie są w stanie rozwiązać. Te problemy są rzeczywiste, ale nie mogą być rozwiązane tak, jak rozwiązywane były wcześniejsze, ponieważ wymagają nowych umiejętności dostosowanych do nowego etapu rozwoju, umiejętności podejmowania decyzji wymaganych od osoby dorosłej, umiejętności pełnienia nowych ról, umiejętności radzenia sobie z ograniczeniami. Poradnictwo psychologiczne dostarcza takim osobom możliwości rozpoznania swojej nowej sytuacji i konieczności podejmowania innych działań w celu rozwiązywania problemów. Dostarcza także możliwości uczenia się nowych umiejętności, jeżeli nie zostały one nabyte w poprzednich okresach rozwoju.

Pytania sprawdzające

1. Jakie są wskazania do poradnictwa psychologicznego?
2. Jakie są pozytywne wskaźniki zdrowia psychicznego?
3. Jakie są cele poradnictwa psychologicznego?
4. Jakie są etapy poradnictwa psychologicznego?
5. Jakie umiejętności powinien posiadać prowadzący poradnictwo psychologiczne?

Problemy do dyskusji

1. Różnice między poradnictwem psychologicznym a psychoterapią.
2. Problemy etyczne występujące w procesie poradnictwa psychologicznego.
3. Rola poradnictwa psychologicznego w procesie rozwoju osoby.

Literatura zalecana

- Altmaier, E.M., Hansen J.C. (red.). (2012). *The Oxford handbook of counseling psychology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Brzezińska, A.I., Appelt, K., Ziółkowska, B. (2008). Psychologia rozwoju człowieka. W: J. Strelau, D. Doliński, (red.), *Psychologia* (t. 2, s. 95–292). Gdańsk: GWP.
- Geldard, K., Geldard, D. (2005). *Practical counseling skills. An integrative approach*. Hampshire: Palgrave Macmillan.

Rozdział 2

Psychospołeczne uwarunkowania trudności związanych z realizacją zadań rozwojowych

Ewa Sokołowska

Poradnictwo psychologiczne to forma pomocy oferowana osobom zdrowym, przeżywającym tak zwane kryzysy rozwojowe lub trudności przystosowawcze
Czabała i Sęk (2000, s. 617).

Wstęp

W ciągu całego życia – od narodzin aż do śmierci – przewiduje się w rozwoju człowieka wyzwania, którym powinien on sprostać. Precyzyjnych wskazówek co do charakteru problemów życiowych, wymagających rozwiązania na różnych etapach życia, dostarcza psychologia rozwojowa. Można orientacyjnie przewidywać, kiedy się one pojawiają, w wielu wypadkach powodując normatywny kryzys rozwojowy bądź znaczące trudności adaptacyjne.

Dotychczasowe sposoby radzenia sobie po prostu nie wystarczają w momencie pojawienia się znaczących zmian: (1) w organizmie osoby i w jej właściwościach psychicznych oraz (2) w wymaganiach otoczenia. Rozwój jednostkowy zależy od tego, jak osoba radzi sobie z różnego rodzaju naciskami. Odpowiednio są to: (1) **naciski biologiczne** (zegar biologiczny), (2) **naciski społeczne** (zegar społeczny) i (3) **naciski psychiczne** (por. Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008). Każdy z wymienionych nacisków mocniej bądź słabiej zaznacza swoje działanie w zależności od okresu życia, wyznaczając sposób doświadczania wydarzeń życiowych. Naciski biologiczne wywierają najsilniejszy wpływ na progu dzieciństwa, w okresie adolescencji i w późnej starości. Oznacza to, że warunkowane genetycznie procesy dojrzewania organizmu lub procesy starzenia się działają niezwykle intensywnie w tych okresach, niezależnie od przejawianej przez jednostkę aktywności. Naciski społeczne najsilniej wyznaczają charakter zmian rozwojowych u osób dopiero wchodzących w dorosłość, które budują swoją tożsamość (wczesna i późna adolescencja). Bycie częścią różnych grup, najczęściej wielu i to zróżnicowanych, jest charakterystyczne dla dorastania. W okresie adolescencji inni ludzie są na tyle ważni, że radzenie sobie z presją grupy (zdolność nieulegania innym w sposób bezkrytyczny) i wypracowywanie wspólnych celów (zdolność wpływania na innych) stają się szczególnie znaczące. W odmienny sposób inni ludzie są ważni na progu życia i u jego kresu. Wtedy po prostu nie można bez nich przeżyć. Niemowlę i osoba starsza często są po prostu całkowicie zdani na opiekę i troskę ze strony innych ludzi. Naciski psychiczne zdają się dominować w okresie dojrzałej dorosłości. Osoba dorosła zazwyczaj nie doświadcza już intensywnych zmian biologicznych/fizykalnych i potrafi skutecznie uniezależnić się od wpływu społecznego. Wydaje się, że decydujący wpływ na prawidłowy rozwój w dorosłości ma aktywność własna, czyli przejawiana dbałość o siebie (o własne zdrowie i wszechstronny rozwój) i dbałość o innych (troska o swoje dzieci i starzejących

się rodziców, wykazywana odpowiedzialność społeczna/zdolność przekazania czegoś istotnego społeczności).

Naciski biologiczne i psychologiczne są powiązane i warunkują się wzajemnie. Wystarczy, że młody człowiek nagle urośnie albo zacznie z przyjemnością snuć rozważania typu „co by było, gdyby”, by pojawiły się u niego inne niż dotychczasowe potrzeby, aspiracje lub plany i by zaczął szukać innych sposobów kontaktu „ze światem ludzi i przedmiotów” (określenie zostało zaczerpnięte z: Brzezińska, Lutomski i Smykowski, red., 1994). W ten sposób gwałtowne rośnięcie powoduje, że dziecko nie zmieści się już w ukochanym pudle, do którego chowało się w chwili smutku, albo czuje się już „takie duże”, że nie uznaje za pożyteczne rozważanie na poważnie i z dużym namaszczeniem wszystkich wariantów strasznych sytuacji, które mogą się zdarzyć.

Podobnie silny wpływ jak naciski biologiczne i psychiczne mają na jednostkę wymienione oddziaływania środowiska. Sam fakt, że dziecko trafia do domu dziecka (rodziny zastępczej, pogotowia opiekuńczego), bądź będąc pod opieką swojej rodziny naturalnej, zaczyna uczęszczać do przedszkola lub szkoły, nagle zmienia znacząco jego sytuację życiową. Jeszcze inne problemy towarzyszą młodemu człowiekowi, gdy wybiera on miejsce dalszej edukacji i/lub pracy, a człowiekowi starszemu, gdy poszukuje atrakcyjnej dla siebie aktywności po przejściu na emeryturę. Jest to tym ważniejsze, że bez wyraźnego powodu nie sposób uniknąć zetknięcia się z tymi nowymi środowiskami, czyli np. zorganizowanego spędzania czasu w toku edukacji czy pracy zawodowej. W Polsce po prostu formalnym wymogiem jest uczęszczanie do szkoły. Dzieci muszą wypełnić obowiązek szkolny, który tylko w wyjątkowych sytuacjach jest odraczany. Szkoła pozwala wejść w środowisko rówieśnicze i zetknąć się z procesem planowego, kierowanego nauczania oraz wychowania. Dorośli stawiani są wobec społecznego wymogu samodzielnego utrzymania siebie i rodziny, co wiąże się najczęściej z podejmowaniem pracy. To doświadczenie zawodowe jest równie istotne jak wcześniejsze doświadczenie edukacyjne. Środowisko tworzone przez pracowników i pracodawców nie jest w równym stopniu wszystkim dostępne. Nie mogą w pełnym wymiarze godzinowo pracować osoby małoletnie – ze względu na ograniczenia kodeksu pracy. Zazwyczaj też nie kontynuują swojej pracy osoby osiemdziesięcioletnie – choć nie ma takiego zakazu (ruchoma jest granica przejścia na emeryturę i każdy kraj określa ją samodzielnie). Środowiska, z którymi styka się osoba, w tym szkolne, rówieśnicze, pracownicze, nie tylko na nią wpływają (stawiają nowe dla niej wymagania), lecz także mogą elastycznie dostosować się do widocznych postępów przejawianych przez osobę (zmieniają charakter wymagań zależnie od jej właściwości). Dopiero rozważając pełną gamę nacisków i pamiętając, że działają one w różnej konstelacji na różnych etapach życia człowieka, można zrozumieć, z czym będzie się on mierzył i w jakim obszarze, być może, będzie mu potrzebne wsparcie.

W pierwszej części tego rozdziału opisane zostaną zadania rozwojowe stojące przed człowiekiem w kolejnych okresach jego życia. Czytelnik otrzyma najpierw zestawienie najważniejszych wydarzeń życiowych, z którymi trzeba sobie poradzić, czy też, innymi słowy, codziennych problemów do rozwiązania od momentu narodzin do śmierci (por. podrozdz. 2.1.1). Jest to konieczne, aby dobrze zrozumieć charakter nacisków biologicznych, społecznych i psychologicznych, z którymi musi się mierzyć osoba. Przywołane zostaną zarówno klasyczne, jak i obecnie formułowane klasyfikacje zadań rozwojowych – z uwypukleniem podobieństw i różnic. Jest to o tyle celowe, że ze względu na zmiany kulturowe i społeczne oraz na akcelerację rozwoju treść zadań rozwojowych ciągle ulega przeformułowywaniu. Następnie w syntetyczny sposób podane zostaną warunki skutecznego rozwiązania problemów, które stanowią treść *zadań rozwojowych* (por. podrozdz. 2.1.2). Uwarunkowania te omawiane są w obrębie najważniejszych koncepcji dotyczących radzenia sobie z normalnymi i stresowymi wydarzeniami życiowymi.

W drugim podrozdziale scharakteryzowane zostaną uwarunkowania trudności, jakie może napotykać człowiek, próbując rozwiązywać codzienne problemy życiowe. Chodzi tu zarówno o uwarunkowania psychologiczne trudności w realizacji zadań rozwojowych (por. podrozdz. 2.2.1), jak i o uwarunkowania społeczne (por. podrozdz. 2.2.2). Wiedza ta jest niezbędna, by za pośrednictwem pomocy psychologicznej kształtować właściwości osoby i środowiska pozwalające realizować zadania rozwojowe, co zostało podkreślone w rozdziale 1 tego tomu jako cel niniejszej pracy: „Poradnictwo psychologiczne pomaga w utrzymaniu zdrowia psychicznego przez pomoc w radzeniu sobie z kryzysami rozwojowymi lub w rozwijaniu takich właściwości, które ułatwiają realizację zadań charakterystycznych dla danego etapu rozwoju oraz ułatwiają kształtowanie się właściwości potrzebnych na kolejnych etapach rozwoju” (zob. rozdz. 1, s. 17).

2.1. Zadania rozwojowe pojawiające się w życiu człowieka

Skoro zadania życiowe – mające swoje różnorodne źródła, zarówno biologiczne, psychologiczne, jak i społeczne – są tak ważne w życiu człowieka, to warto ich treść szczegółowo omówić, wskazując na warunki pomyślnej ich realizacji. Przydatna w tym względzie jest stworzona przez Havighursta (1980) koncepcja zadań rozwojowych (*developmental tasks*). Zadania rozwojowe to „problemy specyficzne dla poszczególnych okresów życia jednostki. Ich rozwiązanie prowadzi do zadowolenia i poczucia sukcesu człowieka oraz staje się warunkiem skutecznego radzenia sobie z zadaniami przypadającymi na kolejne okresy życia” (Gurba, 2011, s. 289). Można założyć, że udana realizacja zadań stanowi o zdrowiu. Każde zaś poważne utrudnienie realizacji zadań rozwojowych jest powodem dyskomfortu, dystresu psychicznego i powinno skłaniać do poszukiwania pomocy psychologicznej.

2.1.1. Rodzaje zadań rozwojowych

Zadania rozwojowe zmieniają się w rozwoju ontologicznym człowieka. Można – niezależnie od różnic indywidualnych – przewidzieć orientacyjny czas ich pojawienia się. Jednym z pomysłów na uporządkowanie wiedzy psychologicznej dotyczącej zadań rozwojowych jest skorzystanie z periodyzacji rozwoju, czyli wyróżnionych etapów, er, faz czy okresów w życiu człowieka. Ponieważ opisy zadań rozwojowych obejmują różnie nazywane i różniące się zakresem wiekowym podziały, dla wprowadzenia porządku i ułatwienia dalszego wywodu te z nich, które są najczęściej stosowane, zostały zamieszczone w tabeli 2.1. Pomoże to zrozumieć, dlaczego niektóre zadania rozwojowe z okresu późnej adolescencji są identyczne z zadaniami opisywanymi w „wyłaniającej się” dorosłości. W zestawieniu widać wyraźnie, że zazwyczaj jest im przypisywany identyczny wiek (po 18 r.ż. a przed 26 r.ż.).

Najczęściej stosowanym podziałem życia człowieka na etapy, zwłaszcza w kontekście opisu treści zadań rozwojowych, jest podział na dzieciństwo, adolescencję i dorosłość, z podpodziałami na fazę wczesną, średnią i późną. Wymienione okresy zostały użyte do syntetycznego przedstawienia treści newralgicznych zadań rozwojowych w tabeli 2.2. Należy zaznaczyć, że w sposób oczywisty to nie wiek życia decyduje o najważniejszych dokonaniach czy przeżywanych problemach. Stanowi on tylko pewne ramy służące temu, by przewidzieć z dużym prawdopodobieństwem, jaki charakter będą miały zadania rozwojowe stojące przed człowiekiem, bądź wydarzenia życiowe, z którymi będzie się najpewniej mierzył.

Na przykład sześciolatek, o ile rozwija się jak większość rówieśników, ma kilka lat na zmierzenie się ze zmianami o charakterze pokwitania, których celem jest osiągnięcie dojrzałości

płciowej. Tym samym dziecka w tym wieku nie będzie najpewniej dotyczyć poważne zadanie rozwojowe, jakim jest akceptacja swojego zmienionego znacząco wyglądu. Dotyczy go jednak zadanie polegające na zdobyciu podstawowych umiejętności czytania, pisania i liczenia.

Licząca 68 lat osoba dorosła, o ile rozwija się jak większość starszych osób, ma już zapewne osobiste doświadczenie ze zmianami o charakterze przekwitania (jako efekt zatrzymania funkcji prokreacyjnych). Osoby w tym wieku dotyczy podstawowe zadanie rozwojowe, jakim jest przystosowanie się do słabnięcia sił życiowych i akceptacja niekorzystnych zmian w wyglądzie – zmarszczek, siwizny, łysienia, przygarbionej sylwetki itp. Mierzy się ona też z zadaniem prowadzenia życia, w którym aktywność zawodowa nie pojawia się już wcale bądź nie jest zbyt angażująca. Tylko ze względu na przewidywalność występowania pewnych zmian (por. działanie zegara biologicznego i społecznego) zadania rozwojowe zostały opisane w przygotowanej syntezie z uwzględnieniem orientacyjnego wieku.

W zestawieniu zadań rozwojowych (tab. 2.2) zostały zamieszczone te opisy, które odnoszą się zarówno do funkcjonowania: (1) fizycznego i motorycznego, (2) emocjonalnego, (3) społecznego, (4) poznawczego, (5) moralnego, oraz (6) osobowego (najczęściej w takiej właśnie kolejności). Użyto też dwóch klasycznych teorii i dokonano syntezy współczesnych poglądów zaczerpniętych z publikacji z zakresu psychologii rozwojowej. Przywołanie tych, a nie innych klasycznych teorii w zestawieniu podyktowane było uważnym przeglądem literatury. Współcześnie większość autorów odwołuje się do ujęcia problemów specyficznych dla poszczególnych okresów życia, którego dokonał w swojej koncepcji Havighurst. Koncepcja zadań rozwojowych ma charakter całościowy, tj. obejmuje każdy z okresów rozwoju człowieka. Stanowi też źródło inspiracji i powód do podejmowania licznych dyskusji oraz porównań (por. Brzezińska, 2000; Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008; Harwas-Napierała i Trempała, red., 2007; Oleszkowicz i Senejko, 2013; Przetacznik-Gierowska i Tyszkowa, 2001; Schaffer, 2008; Seiffge-Krenke i Gelhaar, 2008; Trempała, red., 2011). Cenne jest to, że Havighurst wyodrębnił cele życiowe człowieka i podzielił je precyzyjnie na odnoszące do:

- panowania nad przemianami we własnym organizmie,
- akceptacji i dostosowania się do zmian fizycznych,
- dawania i dobierania uczuć,
- wzorców zależności i niezależności,
- związków ze zmiennymi grupami społecznymi,
- uczenia się psychospołecznych i biologicznych ról płciowych,
- rozwoju świadomości,
- rozumienia i kontrolowania świata fizycznego,
- rozwoju systemu symboli i zdolności pojęciowych,
- stosunku do siebie i wszechświata (por. Przetacznik-Gierowska i Tyszkowa, 2001, s. 68).

TABELA 2.1

Zestawienie okresów, faz, stadiów i er w życiu człowieka z uwzględnieniem przedziałów wiekowych

Okres życia (z wiekiem życia)	Określenia pokrewne/inne wyodrębniane neowralgiczne stadia	Ery według Levinsona	Okresy według Czarneckiego	Fazy według Wolańskiego
Wczesne dzieciństwo (do 3 r.ż.)	Faza stabilnego rozwoju prenatalnego (do urodzenia)	I era: dzieciństwo i dorastanie (do 17–22 r.ż.)	Okres prenatalny (od poczęcia do 39 tygodnia życia wewnątrzłonowego);	(1) Etap rozwoju śródmacicznego Okres jaja płodowego (do 2 tygodnia od zapłodnienia) Okres zarodka (do 8 tygodnia życia wewnątrzłonowego)

				Okres płodu (do urodzenia)
	Wiek noworodkowy (do 1 miesiąca życia) Wiek niemowlęcy (do 1 r.ż.) Wiek poniemowlęcy (do 3 r.ż.)		Okres wczesnego dzieciństwa (do 3 r.ż.)	(2) Etap postnatalnego rozwoju progresywnego (a) Faza bierności (od urodzenia do ok. 5-7 m.ż.) (b) Faza ekspansji Okres opanowywania własnego ciała i formowania się homeostazy środowiska wewnętrznego (do 2,5/3 r.ż.)
Średnie dzieciństwo (do 5-6 r.ż.)	Wiek przedszkolny (do 5/6 r.ż.)	Jw.	Okres przedszkolny (do 6 r.ż.)	Okres rozwoju kontroli otoczenia (do 6/7 r.ż.)
Późne dzieciństwo (do 10-12 r.ż.)	Młodszy wiek szkolny (do 10/12 r.ż.) albo preadolescencja (do 10/12 r.ż.)	Jw.	Okres młodszy szkolny (do 10/12 r.ż.)	Okres wyciszenia procesów rozwojowych, umacniania autonomii organizmu/okres przedpokwitaniowy (do 9/10 r.ż.)
Dorastanie (do 20/26 r.ż.)	Wczesna adolescencja (do 16 r.ż.) Późna adolescencja (do 26 r.ż.)	Jw.	Okres dojrzewania i dorastania (do 18 r.ż.)	Podokres pokwitania, przygotowania do rozrodu Podokres dorastania od osiągnięcia dojrzałości płciowej do zakończenia procesów rozrostu (do 18/20 r.ż.)
Wczesna dorosłość (do 35/40 r.ż.)	„Wyłaniająca się dorosłość” (<i>emerging adulthood</i>) według Arnetta (17/18-22/25 r.ż.) albo młodzi dorośli (do 30/35 r.ż.)	II era: wczesna dorosłość (do 45 r.ż.)	Okres młodości (od 19 do 25 r.ż.) Okres stabilizacji życiowej i zawodowej (do 30 r.ż.)	(3) Etap równowagi, względna stabilizacja (do 50/55 r.ż.)
Średnia dorosłość (do 60/65 r.ż.)	Właściwa dorosłość, pełnia dorosłości albo dojrzały dorośli (do 60/65 r.ż.)	III era: średnia dorosłość (do 60/65 r.ż.)	Okres progresywnej ekspansji (do 55 r.ż.) Okres regresywnej ekspansji (do 60 r.ż.)	Jw.
Późna dorosłość (powyżej 60 r.ż.)	Wczesna starość (do 75 r.ż.) Późna starość (do 89 r.ż.) Długowieczność (od 90 r.ż.)	IV era: późna dorosłość (powyżej 65 r.ż.)	Okres starzenia się (od 61 r.ż.)	(4) Etap zmian inwolucyjnych: Wiek starszy (do 75 r.ż.) Wiek starczy (do 90 r.ż.) Okres głębokiej starości (powyżej 90 r.ż.)

Źródło: Brzezińska (red., 2005, s. 9); Brzezińska, Appelt i Ziółkowska (2008, s. 142-143); Czarnecki (2007, s. 8); Harwas-Napierała i Trempała (red., 2007, s. 5-8); Miś (2000); Wolański (2006, s. 434-436); Trempała (red., 2011, s. 105, 291).

TABELA 2.2

Zestawienie zadań rozwojowych z uwzględnieniem przedziałów wiekowych

Okresy rozwojowe	Zadania rozwojowe według Havighursta	Kryzysy psychospołeczne według Eriksona	Uwspółcześnione opisy zadań
Wczesne dzieciństwo	<ul style="list-style-type: none"> Uczenie się przyjmowania pokarmów stałych Uczenie się chodzenia Uczenie się kontrolowania własnego ciała/uczenie się kontroli nad wydalaniem Uczenie się mówienia 	<ul style="list-style-type: none"> Rozwiązanie kryzysu rozwojowego ufność podstawowa vs. nieufność Dzieci muszą się nauczyć ufać, że inni się troszczą o ich 	(a) Według Schaffera (2008) <ul style="list-style-type: none"> Regulacja potrzeb fizycznych (0-3 m.ż.) Opanowanie napięcia (3-6 m.ż.) Stworzenie skutecznego przywiązania (6-12 m.ż.) Eksploracja i biegłość (12-18 m.ż.) Autonomia (18-30 m.ż.)

	<ul style="list-style-type: none"> • Uczenie się różnic związanych z płcią i wstydu/uczenie się różnic płci i skromności seksualnej (0-1 r.ż.) 	<p>podstawowe potrzeby (1 r.ż.)</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Osiąganie stabilności fizjologicznej • Formowanie się prostych pojęć dotyczących rzeczywistości społecznej i fizycznej • Uczenie się emocjonalnego odnoszenia się do rodziców, rodzeństwa, innych ludzi • Uczenie się rozróżniania dobra i zła oraz rozwój sumienia (2-3 r.ż.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rozwiązanie kryzysu rozwojowego autonomia vs. wstyd i zwątpienie • Dzieci muszą się nauczyć być autonomiczne (np. jeść i ubierać się samodzielnie, dbać o własną higienę) (2-3 r.ż.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Opanowanie impulsów • Nawiązywanie kontaktów z rówieśnikami • Utożsamianie się z rolą płciową (30-54 m.ż.)
Średnie dzieciństwo	<ul style="list-style-type: none"> • Budowanie całościowej postawy wobec siebie jako rozwijającego się organizmu • Uczenie się obcowania z rówieśnikami • Opanowanie sprawności fizycznych koniecznych do różnych zabaw i gier (4-5 r.ż.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rozwiązanie kryzysu rozwojowego inicjatywa vs. poczucie winy • Dzieci, przejawiając własną inicjatywę, muszą jednocześnie starać się respektować prawa i przywileje innych osób (4-5 r.ż.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Przejawianie samodzielności w zakresie samoobsługi • Nawiązywanie i podtrzymywanie koleżeńskich relacji • Nabywanie gotowości do czytania, pisania i liczenia • Ukształtowanie pojęć i uczenie się mowy do opisu rzeczywistości społecznej i fizycznej • Podporządkowywanie się jasno wyartykułowanym regułom życia społecznego (np. cisza w trakcie słuchania bajek w przedszkolu, zmiana obuwia, niebieganie po sali)
Późne dzieciństwo	<ul style="list-style-type: none"> • Osiąganie niezależności osobistej • Uczenie się odpowiedniej roli płciowej • Rozwijanie się pojęć niezbędnych w codziennym życiu • Rozwijanie podstawowych umiejętności czytania, pisania i liczenia • Rozwój sumienia, moralności, skali wartości • Rozwijanie postaw wobec grup społecznych i instytucji (6-12 r.ż.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rozwiązanie kryzysu rozwojowego pracowitość vs. poczucie niższości • Dzieci muszą doskonalić ważne społeczne i szkolne sprawności (6-11/12 r.ż.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nabywanie sprawności fizycznych potrzebnych w codziennym życiu, zwłaszcza w zabawach z rówieśnikami • Osobista dbałość o kwestie zdrowotne (higienę osobistą, rytm snu i czuwania, prawidłowe odżywianie również bez nadzoru rodziców) • Umiejętność kontrolowania impulsywnego zachowania/panowania nad sobą (świadomość własnych przeżyć i początki refleksji) • Budowanie satysfakcjonujących relacji ze znaczącymi dorosłymi, tj. nauczycielami/wychowawcami/trenerami oraz rówieśnikami • Znalezienie swojego miejsca w grupie rówieśniczej (uczenie się kooperacji społecznej) • Opanowanie podstawowych umiejętności szkolnych, tj. czytania, pisania i liczenia • Wzbogacenie i uporządkowanie wiedzy o świecie i sobie samym
Adolescencja	<ul style="list-style-type: none"> • Akceptacja swojego wyglądu i skuteczne posługiwanie się własnym ciałem • Ukształtowanie roli męskiej lub kobiecej • Osiągnięcie niezależności uczuciowej od rodziców i innych osób dorosłych • Osiągnięcie nowych, bardziej dojrzałych więzi z rówieśnikami obojga płci 	<ul style="list-style-type: none"> • Rozwiązanie kryzysu rozwojowego tożsamość vs. rozproszenie ról • Dorastający człowiek musi ustanowić podstawową tożsamość społeczną 	<ul style="list-style-type: none"> • Akceptacja swojej fizyczności/płciowości i efektywne korzystanie z własnego ciała • Osiągnięcie znacznej kontroli emocjonalnej (np. powstrzymanie się od natychmiastowego działania, ujawniania emocji, szybkiego wyprowadzania wniosków oraz dokonywania wyborów bez rozważania sytuacji) • Zdobycie wiedzy i umiejętności sprzyjających kształtowaniu roli męskiej/kobiecej

	<ul style="list-style-type: none"> • Przygotowanie do małżeństwa i życia w rodzinie • Przygotowanie się do kariery zawodowej (niezależności ekonomicznej) • Rozwój sprawności intelektualnych i pojęć niezbędnych dla kompetencji obywatelskiej • Rozwijanie ideologii (sieci wartości i systemu etycznego kierującego zachowaniem) • Dążenie i rozwijanie postępowania akceptowanego społecznie (13–22 r.ż.) 	<p>i zawodową (do 18 r.ż.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Budowanie niezależności uczuciowej/autonomii od rodziców i innych dorosłych • Zbudowanie bardziej dojrzałych więzi z rówieśnikami (nawiązanie trwałych przyjaźni, pierwszych miłości) • Dążenie do i rozwijanie postępowania akceptowanego społecznie (zinternalizowanie moralności)/nabycie zbioru wartości oraz systemu etycznego jako przewodnika zachowania • Określenie/uformowanie dojrzałej tożsamości osobowej (wybór celów, wartości, przekonań, zainteresowań, potrzeb, sposobu myślenia i kryteriów oceny, które można pokazać światu jako swoje)
Wczesna dorosłość	<ul style="list-style-type: none"> • Wybór partnera życiowego/małżonka • Uczenie się życia z partnerem/współmałżonkiem • Start w rolach rodzinnych/założenie rodziny • Opieka nad dziećmi/wychowywanie dzieci • Zarządzanie domem/prowadzenie domu • Podejmowanie i rozwijanie aktywności zawodowej/rozpoczęcie pracy zawodowej • Wypełnianie obowiązków obywatelskich/przyjmowanie odpowiedzialności obywatelskiej • Znalezienie pokrewnej grupy społecznej/znalezienie odpowiedniej grupy towarzyskiej (23–34 r.ż.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rozwiązanie kryzysu rozwojowego intymność vs. izolacja • Zadaniem osoby dorosłej jest <ol style="list-style-type: none"> 1) Ustanowienie silnych przyjaźni oraz osiągnięcie poczucia miłości i wspólnoty z inną osobą 2) Wybór dróg samorealizacji w określonym środowisku społecznym 3) Integracja doświadczeń z różnych obszarów aktywności (19/20–25/35 r.ż.) 	<p>(b) Według Levinsona (za: Brzezińska, red., 2005)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dążenie do niezależności od rodziców i autorytetów • Budowanie koncepcji przeszłego życia • formułowanie wyraźnych marzeń i oczekiwań odnośnie do przyszłości (17–22 r.ż.) <p>(c) Według Gurby (za: Trempała, red., 2011)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Określenie własnego miejsca w społeczeństwie w sferze osobistej i zawodowej (tu: podjęcie roli zawodowej, założenie rodziny) • Uczestniczenie w relacji mistrz–uczeń (22–28 r.ż.) • Samodzielne poszukiwanie drogi życiowej bez podejmowania ważnych życiowych zobowiązań/decyzji (18–25 r.ż.) • Aktywne sprawdzanie różnych alternatyw i dostępnych dla niej okoliczności (samodoskonalenie w różnych obszarach aktywności/zarządzanie biegiem swojego życia) • Dokonywanie selekcji dróg życiowych (20/23–35/40 r.ż.)
Średnia dorosłość	<ul style="list-style-type: none"> • Akceptowanie i dostosowanie się do fizjologicznych zmian wieku średniego • Wspomaganie dorastających dzieci tak, aby stawały się odpowiedzialnymi i szczęśliwymi ludźmi dorosłymi • Przystosowanie się do starzenia się rodziców • Ustalenie i utrzymywanie odpowiedniego ekonomicznego standardu życia/uzyskanie i utrzymywanie zadowolającej sprawności w pracy zawodowej • Wypełnienie wolnego czasu zajęciami typowymi dla ludzi dorosłych • Traktowanie współmałżonka jako osoby i odnoszenie się 	<ul style="list-style-type: none"> • Rozwiązanie kryzysu rozwojowego generatywność vs. stagnacja i zainteresowanie sobą • Dorosły staje przed zadaniem „bycia produktywnym” w pracy, dbania o rozwój rodziny i zaspokajania potrzeb młodych ludzi (26–65 r.ż.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Zaakceptowanie i przystosowanie się do zmian zachodzących w funkcjonowaniu i wyglądzie własnego ciała • Opanowanie nowych sposobów dbania o swój stan zdrowia, kondycję fizyczną i komfort • Przejawianie samodzielności w procesie radzenia sobie z zadaniami i w ich dostosowywaniu do swoich celów, preferencji, zainteresowań i posiadanych kompetencji • Osiągnięcie stabilnej pozycji zawodowej • Przewartościowanie stosunków z dziećmi, jeśli wchodzi one w okres dorastania, bądź poradzenie sobie z problemem „opuszczonego gniazda”, jeśli są już dorosłe/akceptacja dorastania i usamodzielnienia się własnych dzieci • Przystosowanie się do starości własnych rodziców/rozwiązanie problemu opieki nad

	jako osoba do swego partnera <ul style="list-style-type: none"> • Osiągnięcie dojrzałej odpowiedzialności społecznej i obywatelskiej • Ustalenie jasnej przynależności do swej wiekowej grupy (30–60 r.ż.) 		starzejącymi się rodzicami
Późna dorosłość	<ul style="list-style-type: none"> • Przystosowanie się do spadku sił fizycznych i pogarszającego się zdrowia • Urządzenie w sposób dogodny fizycznych warunków bytu • Przystosowanie się do emerytury i zmniejszonych dochodów • Pogodzenie się ze śmiercią współmałżonka/partnera • Utrzymywanie stosunków towarzyskich z ludźmi w swoim wieku/ustalenie się wyraźnej przynależności (afiliacji) do swej grupy wiekowej • Przyjmowanie i dostosowywanie się do zmiennych ról społecznych • Ustanowienie satysfakcjonującego standardu życia (powyżej 61 r.ż.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rozwiązanie kryzysu rozwojowego integralność ego vs. rozpacz (od 65 r.ż.) • Zadaniem osoby dorosłej u kresu życia jest integracja psychiki/osobowości (akceptacja siebie i własnego losu) oraz nadanie pozytywnego sensu swojemu życiu 	(d) Według Straś-Romanowskiej (za: Trempała, red., 2011) <ul style="list-style-type: none"> • Akceptacja nieuchronności starzenia się i pogodzenie się z nadchodzącym kresem • Selektywna optymalizacja sprawności, tzw. podtrzymywanie przez stymulację i aktywność, tych funkcji i działań, które słabną najwolniej • Stopniowe podejmowanie działań kompensacyjnych • Adaptacja do nowej sytuacji życiowej/utrzymywanie optymizmu niezależnie od kosztów, w sytuacji charakteryzującej się istotnymi stratami dotyczącymi (1) zdrowia, sprawności, siły i atrakcyjności fizycznej; (2) pozycji zawodowej, prestiżu i statusu materialnego; (3) kontaktów zawodowych i towarzyskich; (4) więzi z bliskimi; (5) perspektywy życiowej; (6) tożsamości społecznej • Dokonywanie bilansu życia i rewizji tożsamości (akceptacja własnej osoby, poczucie ciągłości życia aktualnego względem dawnego) • Przygotowanie się do śmierci

Źródło: opracowanie własne na podstawie Bee (2004, s. 39–40, 467); Birch (2009, s. 253); Brazelton (2013a, s. 383–389; 2013b, s. 482–485); Brzezińska (2000, s. 231–236; red., 2005, s. 27, 260–261, 346–347, 375–376, 506); Brzezińska, Appelt i Ziółkowska (2008, s. 140, 278–285); Brzezińska i in. (2011, s. 69–70); Brzezińska i Trempała (2000, s. 261); Harwas-Napierała i Trempała (red., 2007, s. 130–131, 197, 204–207); Przetacznik-Gierowska i Tyszkowa (2001, s. 69); Oleś (2012, s. 52); Schaffer (2008, s. 106, s. 344); Trempała (red., 2011, s. 104–105, 289–291, 294; 311, 330, 407).

Zadania rozwojowe, jeśli zostają skutecznie rozwiązane, pozwalają osobie odczuć satysfakcję, zadowolenie i stanowią kryterium normatywności rozwoju indywidualnego (Trempała, red., 2011). Życie osoby „wpisuje się” wówczas precyzyjnie w rytm zmian biologicznych, we wzory kulturowe, w wymagania społeczne. W optymalnej sytuacji powinno ono również odzwierciedlać osobiste aspiracje, plany i dążenia.

Koncepcja rozwoju psychospołecznego według Eriksona jest wciąż obecna we współczesnej literaturze i szeroko dyskutowana – stąd przywołano ją w tabeli 2.2 (Butler-Bowdon, 2008; Schwartz i in., 2011; Erikson, 1997, 2002; Hall, Lindzey i Campbell, 2010; Kubacka-Jasiecka, 2008; Oleszkowicz i Senejko, 2013; Schaffer, 2008, 2010; Schachter, 2005; Trempała, red., 2011; Zimbardo, Johanson i McCann, 2010). Erikson definiuje kryzys rozwojowy jako zjawisko będące efektem doświadczenia stawania wobec „zadania rozwojowego wymagającego reorganizacji struktury ego” (za: Harwas-Napierała i Trempała, red., 2007, s. 204).

Według Eriksona cele życiowe człowieka obejmują:

- zdobycie autonomii w różnych zakresach,
- przejawianie produktywności,
- doskonalenie ważnych społecznych sprawności (też respektowanie celów innych),
- budowanie więzi emocjonalnych (opartych, np. na ufności, miłości, przyjaźni),

- budowanie związków ze zmiennymi grupami społecznymi,
- budowanie tożsamości i integrację psychiki.

Znaczącym autem tej koncepcji jest całościowe opisanie przełomowych wyzwań bez pomijania doświadczenia starości i mierzenia się ze śmiercią. Przykładowymi wskaźnikami pozytywnego rozwiązania kryzysu rozwojowego integracja–rozpacz, czyli szansą rozwoju w okresie późnej starości, są m.in.:

- chęć dzielenia się własnymi przemyśleniami i doświadczeniami z osobami młodszymi, w tym z pokoleniem własnych dzieci i wnuków,
- życzliwe, pełne troski i akceptacji odnoszenie się do innych osób, wysokie poczucie własnej wartości,
- zadowolenie z aktualnego życia, z tego, co niesie każdy nowy dzień,
- otwartość na innowacje, ciekawość wobec świata, zainteresowanie nowinkami i technicznymi udogodnieniami,
- pozytywny bilans własnego przeszłego i teraźniejszego życia,
- pogodzenie się z faktem nieuchronności śmierci,
- poczucie wewnętrznej spójności, ładu i harmonii (Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008, s. 633).

Dwa klasyczne podejścia, sformułowane w latach 50., 60. i 70., zestawione zostały m.in. z podejściami przedstawionymi w ciągu ostatnich 10 lat, tak aby wskazać na istniejące różnice. Pewne zadania najwyraźniej są niezmiennie od kilku dekad. We wczesnym dzieciństwie nadal oczekuje się od dziecka, że stworzy skuteczne przywiązanie i przejmie kontrolę nad własnym ciałem. W okresie średniego dzieciństwa również obecnie wymogiem jest to, by dziecko zaczęło przejawiać samodzielność życiową, głównie w zakresie samoobsługi (ważny jest tu skuteczny trening czystości), by poradziło sobie z separacją od rodziców i nawiązało kontakty koleżeńskie.

Istnieje też zgoda co do tego, że późne dzieciństwo powinno oznaczać opanowanie podstawowych umiejętności szkolnych, tj. czytania, pisania i liczenia, początki kształtowania niezależności osobistej oraz kształtowanie zdrowej postawy wobec samego siebie, rozwinięcie postaw wobec grup społecznych i instytucji (w tym szkoły). Bycie nastolatkiem nieodmiennie niesie ze sobą konieczność wstępnej odpowiedzi na pytanie „kim jestem i czego chcę” (zręby budowania dojrzałej tożsamości), wymóg tworzenia bardziej dojrzałych i zażyłych relacji z innymi osobami (przyjaźnie i miłości) oraz osiągania zachowania odpowiedzialnego społecznie.

W omawianym zestawieniu widać, że największe zmiany treści zadań rozwojowych dotyczą okresu wczesnej dorosłości. Treści zadań rozwojowych zostały przeformułowane, głównie ze względu na trwającą obecnie dyskusję na temat tego, czy po okresie dzieciństwa i/lub adolescencji od razu pojawia się dorosłość (Batory, 2013; Batory i Brygoła, 2009; Oleszkowicz i Senejko, 2013; Oleś, 2012). W literaturze funkcjonują określenia opisujące młodych ludzi po 18 r.ż. życia, takie jak „dziecinni dorośli” (*kidults*) czy „nie w pełni dorośli” (*adultescents*) oraz opisy tego okresu życia, takie jak „odroczone dorosłość”, „wyłaniająca się dorosłość” (*emerging adulthood*), tymczasowa/prowizoryczna dorosłość (*provisional adulthood*) czy „beztroskie rozproszenie” (*carefree disffusion*) (por. Arnett, 2000, 2007; Brzezińska, red., 2005; Brzezińska i in., 2011; Schwartz i in., 2011; Roisman i in., 2004). Oznaczają one przedłużające się moratorium w podjęciu zobowiązań życiowych, życie w „zawieszeniu” między okresem dzieciństwa i dorosłości. Do zadań sformułowanych przez Havighursta jako najistotniejsze dla osób dorosłych, które obecnie nie są już tak oczywiste, można zaliczyć: wybór aktywności zawodowej dającej samodzielność życiową

oraz założenie rodziny i opiekowanie się dziećmi. Wiele osób między 18 a 26 r.ż. aktualnie nie mierzy się z żadnym z tych zadań. Współcześnie najwyraźniej nie są formułowane tak jednoznaczne oczekiwania społeczności co do podejmowania ról płciowych, społecznych czy zawodowych (Arnett, 2007; Batory, 2013; Brzezińska, red., 2005; Lachowska, 2008; Oleś, 2012; Schaffer, 2008; Trempała, red., 2011). Zmienia się zakres i wiek realizacji wielu zadań rozwojowych, np. zatrudnienie podejmowane jest przed ukończeniem edukacji (15–16 r.ż.) albo po długim okresie edukacji (ok. 30 r.ż.); macierzyństwo i zawieranie małżeństw znacznie się opóźnia, możliwe jest też znacznie wcześniejsze bądź późniejsze przechodzenie na emeryturę.

Podstawowe obszary zobowiązań w średniej dorosłości to praca i rodzina. Dobrze ujęte jest to w definicji zaczerpniętej z opracowania pod redakcją Brzezińskiej (2005, s. 423): „Istota bycia dorosłym zasadza się nie na osiągnięciu określonego wieku metrykalnego, a na podjęciu zobowiązań w pewnych obszarach aktywności i trwaniu w ich realizacji mimo fizycznych, społecznych czy psychologicznych przeszkód. Zobowiązania w tym okresie dokonują się w dwóch podstawowych sferach funkcjonowania – rodzinnej i zawodowej”. Bez zmian pozostaje za to treść zadań rozwojowych w późnej dorosłości, czyli akceptacja nieuchronności starzenia się i pogodzenie się z nadchodzącym kresem oraz umiejętność wyrażenia tego w relacjach społecznych.

Cele (zadania) życiowe człowieka – w świetle zestawienia klasycznych i współczesnych poglądów dotyczących treści zadań rozwojowych – można by podsumować jako skuteczne przejście:

- od całkowitej niesamodzielności życiowej do względnej samodzielności i autonomii,
- od braku więzi do silnej więzi (zażyłości emocjonalnej),
- od niekontrolowanego uzewnętrzniania uczuć do poddania ich kontroli,
- od egocentryzmu do socjocentryzmu,
- od niepełnej wiedzy i zrozumienia siebie oraz świata do pełniejszego, bardziej rozbudowanego rozumienia,
- od niezamierzonej aktywności poznawczej do zamierzonej (intencjonalnej, dowolnej),
- od anomii do autonomii moralnej,
- od braku stabilności struktury osobowości do jej względnej stabilności (Bee, 2004; Birch, 2009; Harwas-Napierała i Trempała, red., 2006, 2007; Jagodzińska, 2003, 2008).

Osiągnięcie celów życiowych zależy w dużej mierze od (1) posiadanych przez osobę kompetencji i przejawianej własnej aktywności (czynniki wewnętrzne/zasoby indywidualne), oraz od (2) charakteru udzielanego jej w toku socjalizacji i edukacji wsparcia społecznego (czynniki zewnętrzne/zasoby środowiskowe). Czynniki te wymagają szczegółowego omówienia.

2.1.2. Czynniki warunkujące realizację zadań rozwojowych

Psychologia rozwojowa stanowi inspirację do rozważań na temat uwarunkowań skutecznej realizacji zadań rozwojowych (por. literatura dotycząca zadań rozwojowych przywołana w podrozdz. 2.1.1). Podstawowym czynnikiem rozwoju wskazywanym w teoriach rozwoju człowieka jest aktywność własna. Aktywność osoby zależy od jej doświadczenia życiowego, osiągniętego poziomu kompetencji. Pozostałe warunki rozwoju wyznaczają procesy dojrzewania organizmu oraz procesy socjalizacji i edukacji. Jeżeli osiągnięte kompetencje osobiste są wystarczające a procesy dojrzewania, edukacji i socjalizacji przebiegają pomyślnie, osoba ma szansę na satysfakcjonujące rozwiązanie problemów życiowych.

Dodatkową inspirację do poszukiwania uwarunkowań skutecznej realizacji zadań rozwojowych można czerpać z **psychologii klinicznej**. Świetną rekomendacją do tego są słowa Kościelskiej (2000, s. 623).

Psychologia kliniczna dziecka jest dyscypliną trudną do jednoznacznego umiejscowienia [...] zainteresowanie patologią funkcjonowania człowieka łączy ją z ogólną psychologią kliniczną, natomiast wczesny okres tworzenia się patologii czyni z niej **gałąź psychologii rozwoju** [podkreślenie – E.S.]. [...] Tworzone przez nią wyjaśnienia, dotyczące mechanizmów powstawania i ustępowania patologii rozwoju mają znaczenie dla zrozumienia samego rozwoju, procesu organizowania się osobowości, związku między tworzeniem się psychiki a funkcjonowanie organizmu dziecka oraz jego życiem społecznym.

Cenne jest to, że psychologia kliniczna – zarówno dziecka, jak i człowieka dorosłego – koncentruje się w równej mierze na przyczynach i patomechanizmie zaburzeń, jak i na przyczynach i mechanizmie zachowania zdrowia/prawidłowego rozwoju mimo wystąpienia sytuacji trudnych, stresorów bądź nadmiernych wymagań (por. Antonovsky, 1995; Białecka-Pikul, 2007; Borys, 2010; Cierpiąłkowska i Sęk, red., 2008; Cichetti i Rogosch, 2002; Jelonkiewicz, 2012; Kanafa-Chmielewska, 2012; Kościelska, 2000; Płopa, 1996; Sęk, red., 2008a, 2008b). W psychologii klinicznej wykorzystywane są dwa komplementarne modele: patogenetyczny (*pathogenesis*) i salutogenetyczny (*salutogenesis*). Model patogenetyczny określa czynniki ryzyka, patogeny, stresory i podatność usposabiającą do zaburzeń oraz czynniki spustowe (por. model podatności na zranienie–stres; przekroczenia progu równowagi między czynnikami ryzyka a zasobami; model kompensowania strat). Model salutogenetyczny pozwala na określenie zasobów zdrowotnych, tj. potencjałów zdrowia (por. model odporności/sprężystości; model salutogenetyczny/poczucia koherencji; model umacniania). Przywoływane modele mogą posłużyć do zrozumienia, dlaczego mimo wystąpienia czynników ryzyka nie pojawia się patologia.

Uważny przegląd literatury z zakresu psychologii rozwoju człowieka i psychologii klinicznej pozwala stwierdzić, że skutecznej realizacji zadań rozwojowych sprzyjają określone kompetencje osobiste (czynniki wewnętrzne) oraz brak poważnych zakłóceń w procesach dojrzewania, socjalizacji i edukacji (czynniki zewnętrzne). Wśród czynników wewnętrznych, czyli **zasobów podmiotowych**, szczególnie ważne są (1) kompetencje osobiste, które odnoszą się do „psychicznej natury człowieka”, tj. emocjonalno-motywacyjne i poznawcze, (2) kompetencje społeczne, które odnoszą się do „społecznej natury człowieka”, (3) sprawność fizyczna, stan zdrowia, właściwości temperamentalne, odnoszące się do „biologicznej natury człowieka” (por. Brzezińska, red., 2005). Cennym zasobem wydają się kompetencje życiowe (osobiste potencjały zdrowia), częściowo wymienione w rozdziale 1:

- W funkcjonowaniu emocjonalnym, np. dobra samokontrola emocjonalna (samoskuteczność emocjonalna), zakładająca akceptację własnych stanów emocjonalnych i poczucie kontroli; zdolność do rozpoznawania, rozumienia i wyrażania emocji oraz reagowania na emocje innych; niska emocjonalność negatywna; zdolność adaptacyjnego radzenia sobie z przykrymi i nieprzyjemnymi emocjami.
- W funkcjonowaniu osobowym, np. optymizm życiowy (pozytywne wartościowanie świata i zachodzących w nim zjawisk), skłonność do przewidywania przyszłych wydarzeń jako pomyślnych; wgląd we własne zasoby, samoakceptacja wraz z pozytywną i zarazem realistyczną samooceną; poczucie własnej wartości, poczucie kompetencji, własnej skuteczności (sprawstwa); wpływu na własne życie; wysoki poziom ambicji (potrzeba osiągnięć); wytrwałość.
- W funkcjonowaniu poznawczym, np. aktywne dążenie do zrozumienia świata; otwartość na doświadczenia, sprawność gromadzenia i przetwarzania nowych informacji; wysoka inteligencja w połączeniu z elastycznością, refleksyjnością, nastawieniem twórczym,

otwartością i abstrakcyjnością struktur poznawczych; samodzielność i umiejętność kierowania własną uwagą (skupiania się).

- W funkcjonowaniu społecznym, np. skłonność do budowania bliskich relacji interpersonalnych (przyjaźni, miłości), zdolność do ekspresji emocji (rozumienia i stosowania zarówno werbalnych, jak i niewerbalnych wyrazów emocji, np. nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktu wzrokowego, adekwatne wyrażanie intencji modulacją głosu, gestykulacją i mimiką, stosowanie odpowiedniego dystansu interpersonalnego oraz stosowanie reguł dwustronnej komunikacji); pozytywny stosunek do ludzi (pełen akceptacji i troski); umiejętność komunikowania swoich potrzeb i gotowość do szukania i korzystania ze wsparcia i zasobów otoczenia, umiejętność współpracy i realizacji wspólnych celów grupowych.
- W funkcjonowaniu moralnym, np. wrażliwość etyczna (odpowiedzialność za siebie, współodpowiedzialność za innych).
- W obszarze ogólnej aktywności życiowej – aspekt działania np. prozdrowotny styl życia (aktywność ruchowa, regularność odżywiania się, czas na odpoczynek i relaks), prozdrowotne wzory zachowania się w różnych sytuacjach; zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem, zorientowanie na cel – np. planowanie i realizacja, podejmowanie bezpośrednich kroków, szukanie pomocy; dostosowanie strategii radzenia sobie do temperamentu, właściwości osobowości a także kondycji fizycznej oraz do kontekstu; wysoka „wydolność” organizmu, duża witalność (wysoki poziom energii życiowej), pełna sprawność fizyczna, dobry stan zdrowia; silny, zrównoważony typ układu nerwowego i jednocześnie mała reaktywność (Borys, 2010; Brzezińska, red., 2005; Brzezińska, 2000, Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008; Furnham, 2010; Harwas-Napierała i Trempała, red., 2007; Heszen, 2013; Heszen-Niejodek, 2000; Kröninger-Jungaberle i Grevenstein, 2013; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008; Oleszkowicz i Senejko, 2013; Przetacznik-Gierowska i Tyszkowa, 2001; Schaffer, 2008; Seligman, 2005; Seiffge-Krenke i Gelhaar, 2008; Sęk, red., 2008b; Stach, 2006; Strelau, red., 2000; Trempała, red., 2011).

W przedstawionym wcześniej zestawieniu nie umieszczono cech takich jak poczucie koherencji (*sense of coherence*), poczucie odporności/sprężystości (*resilience; resiliency*) czy osobowość odporna/twardość osobowościowa (*hardy personality*), które mają znaczenie nadrzędne, niejako „zarządzają” pozostałymi zasobami osobistymi człowieka. Ich znaczenie jest podstawowe, gdy występują trudności życiowe, doświadczenia niekorzystne w rozwoju. Stanowią one „osłonę” osoby, ułatwiają jej radzenie sobie (zob. rozdz. 2.2.2).

Czynniki zewnętrzne, czyli **zasoby środowiskowe**, omawiane w przywoływanej literaturze z zakresu psychologii rozwoju człowieka oraz psychologii klinicznej wiążą się z charakterem udzielanego osobie wsparcia i zachęty ze strony otoczenia. Otoczenie ma charakter interpersonalny, ale również fizyczny, kulturowy i historyczny (Schaffer, 2010, s. 21; Trempała, 2011, s. 54). Ludzie tworzą warunki środowiskowe, czyli względnie trwałe układy elementów otoczenia, z którymi pozostaje on w określonych stosunkach (por. Tomaszewski, 1975).

Wydaje się, że tylko uwzględnianie różnych aspektów środowiska pozwoli systematycznie prześledzić i uporządkować charakter jego wpływu na realizację zadań rozwojowych. Z tego powodu warto sięgnąć po **konceptę systemowej analizy ekologii rozwoju** opracowaną przez Bronfenbrennera (por. Birch, 2009, Papalia i in. 2007; Trempała, red., 2011). „Przez ekologię rozumie się środowiskowe uwarunkowania, jakich doświadcza osoba lub pod wpływem, których – bezpośrednim lub pośrednim – się znajduje” (za: Birch, 2009, s. 12). Podejście to akcentuje znaczenie wzajemnych relacji osoby i jej otoczenia – rozumianego bardzo szeroko. Według Bronfenbrennera środowisko ekologiczne człowieka obejmuje cztery nakładające się na siebie

systemy: (1) **mikrosystem** (wzór aktywności, ról i stosunków interpersonalnych w najbliższym otoczeniu, np. w rodzinie, grupie koleżeńskiej, przedszkolu, szkole, harcerstwie, kościele, w pracy, ośrodkach pomocy społecznej, domu starości itp.); (2) **mezosystem** (wzajemne stosunki między różnymi mikrosystemami, w których uczestniczy rozwijający się podmiot, np. wszystkie relacje między środowiskiem rodzinnym, szkolnym, rówieśniczym i/lub pracowniczym itp.); (3) **egzosystem** (otoczenie, które oddziałuje na człowieka, a w którym on nie uczestniczy bezpośrednio bądź uczestniczy mniej aktywnie, np. w wypadku dziecka są to warunki pracy rodziców, w wypadku ucznia – atmosfera pracy nauczycieli w szkole) oraz (4) **makrosystem** (występujące w społeczeństwie organizacja społecznych instytucji, systemy wierzeń i przekonań, tworzące kulturę/przekaz międzygeneracyjny) (por. Birch, 2009, s. 12–13; Schaffer, 2006, s. 377–379).

W świetle tego modelu ogólnie cennym zasobem dla realizacji zadań rozwojowych wydają się następujące środowiskowe potencjały zdrowia:

- W obrębie mikrosystemu, np. w miarę stabilny bliski i ciepły kontakt z rodzicami; dobre dopasowanie stymulacji do potrzeb osoby i sytuacji; wielokrotne okazywanie aprobaty i zachęty przez nauczycieli do poznawania świata i działania w nim; budowanie rusztowania, tak aby dziecko skorzystało z asysty i pomocy podczas rozwiązywania problemów intelektualnych; wspólne epizody uwagi z dorosłym; wspólne uczenie się z rówieśnikami (tutoring rówieśniczy); dzielenie uczuć, myśli i doświadczeń z osobami w grupie; doświadczanie akceptacji i pozytywnych emocji oraz wypracowywanie wspólnych celów z innymi; ponawiana zachęta i wyrażane wprost docenianie ze strony współpracowników; atmosfera współpracy; dysponowanie odpowiednim zapleczem materialnym, społecznym i organizacyjnym w pracy; pomoc ze strony służb publicznych; sieć towarzyska, koleżeńska, sąsiedzka o wspólnych wartościach i przekonaniach; powtarzalne zachowania prozdrowotne osób z najbliższego otoczenia (modelowanie); dzielenie podstawowych dla instytucji wartości, które określają istotę kultury organizacji.
- W obrębie mezosystemu, np. dostosowanie oferty opiekuńczej (wychowawczej) placówki oświatowej do stylu wychowania (praktyk wychowawczych rodziców); uspołecznienie edukacji szkolnej, partnerski udział i wpływ rodziców na programy i zarządzanie placówkami oświatowymi; dopasowanie szkolnego stylu nauczania do sposobu uczenia się, dywersyfikacja form edukacji, tzn. dopasowanie form edukacji do zróżnicowanych potrzeb dzieci, rodziców i do specyfiki otoczenia społecznego; spójność informacji płynących od rodziców, nauczycieli, lekarzy, specjalistów różnych dyscyplin i rówieśników w zakresie norm, stylu życia, celów życiowych; atmosfera wspierania aktywności samorządów uczniowskich, kół lub klubów zainteresowań, związków pracowniczych, pozarządowych fundacji; możliwość dostosowania przekazu wartości religijnych w najbliższych osobie środowiskach; sprawność współpracy w rozwiązywaniu problemów.
- W obrębie egzosystemu, np. budowanie i udostępnianie szerokiej oraz atrakcyjnej oferty działań społeczności lokalnej (klubiki, żłobki, place zabaw, parki, kluby dla młodzieży itp.); wsparcie dla rodziców ze strony najbliższych, pomocy domowej, pomocy społecznej, pediatrów, lekarzy; przeznaczanie funduszy na wspieranie lokalnych inicjatyw w spędzaniu wolnego czasu; popieranie inicjatyw oddolnych; istnienie modeli pozytywnych, wzmocnień dla pozytywnych sposobów radzenia sobie; korzystne czynniki mikroekonomiczne (dobry stan lokalnego rynku pracy, niski poziom bezrobocia w danym rejonie, dostępność mieszkań budowanych z zasobów gminy itp.); wypracowanie rozwiązań lokalnych (systemowych), rozwiązywanie problemów w danej społeczności.

- W obrębie makrosystemu, np. ogólne warunki ekonomiczne panujące w kraju; walka z bezrobociem; ład i dobra organizacja społeczna, przemyślana polityka społeczna; zapewnienie dostępu do różnorodnych form kształcenia, odpoczynku i rekreacji; spójny kulturowy wzorzec wymagań obowiązujący w środowisku społecznym; przekaz kulturowy i społeczny doceniający pełnią rolę społeczną (np. rozmiękczenie spolaryzowanych stereotypów płciowych); treści oczekiwań społecznych umożliwiające realizację własnych preferencji (przyzwolenie społeczne na większą indywidualizację ścieżki rozwoju); rozbudowana oferta opieki zdrowotnej i socjalnej (korzystny sposób organizowania, szeroki zakres ogólnie dostępnych świadczonych usług); pozytywny przekaz dotyczący osób (np. starszych, przeżywających problemy rozwojowe) i ich właściwości (np. wagi, stylu życia) oraz ról społecznych (np. bycia matką) w mass mediach itp. (por. Antonovsky, 1995; Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008; Oleszkowicz i Senejko, 2013; Trempała, red., 2011).

W tym syntetycznym zestawieniu najwięcej miejsca poświęcono ludziom i ich znaczeniu dla stwarzania pozytywnego kontekstu rozwoju. Znaczenie czynników zewnętrznych/kontekstowych – zarówno w aspekcie społecznym, jak i ekologicznym – w realizacji celów życiowych najlepiej odzwierciedla twierdzenie, że „rozwijamy się tylko wśród ludzi i dzięki nim” (Brzezińska, red., 2005, s. 7). Z wiekiem coraz szersze i bardziej rozłączne są kręgi, z których pochodzą osoby znaczące (począwszy od rodziny, przez osoby ze środowiska szkolnego, grup formalnych i nieformalnych, z pracy itp.). Rośnie też liczba osób, które mają wpływ na życie człowieka, oraz zmienia się struktura wiekowa tych osób. U progu życia większe znaczenie mają dorośli, w następnych okresach konsekwentnie zyskują na znaczeniu rówieśnicy, a u kresu życia podkreśla się rolę bliskiego kontaktu z osobami z wszystkich pokoleń, w tym następnych, dużo młodszych. Można wręcz powiedzieć, że w każdym z okresów rozwojowych – ze względu na realizację konkretnych zadań rozwojowych – osoba potrzebuje różnych grup wsparcia.

We wczesnym dzieciństwie pierwszoplanowym zadaniem jest stworzenie skutecznego przywiązania i dlatego **podstawowy wpływ na życie dziecka mają jego rodzice** (Brzezińska, red., 2005). „Niemowlę przejawiające zdrowe, ufne przywiązanie wielokrotnie doświadczało troskliwych, czułych, wrażliwych i przewidywanych reakcji ze strony opiekującej się nim matki, które zostały w utajony sposób zakodowane w jego mózgu” (Siegel, 2009, s. 28–29). W opiece nad dzieckiem do zadań rodzica należy:

- uspokajanie,
- okazywanie czułości i współdziałanie,
- bycie dostępnym i otwartym,
- stanowienie bezpiecznej bazy,
- niezawodne udzielanie wsparcia,
- wyraźnie określone role i wartości, elastyczna samokontrola (Schaffer, 2008, s. 106).

Jeśli rodzice okażą się czułymi i responsywnymi opiekunami, to dziecko będzie miało szansę zrealizować w przyszłości cel życiowy, jaki jest zbudowanie zażyłości emocjonalnej z innymi osobami. Aby rodzice mieli swobodę opiekowania się dzieckiem, powinni być umiejętnie wspierani przez służbę zdrowia (rzetelne informacje i porada zdrowotna ze strony pediatrów ma tu duże znaczenie), móc korzystać z wsparcia finansowego i korzystnych rozwiązań prawnych (kodeks rodzinny z rozstrzygnięciami dotyczącymi urlopów macierzyńskich, tacierzyńskich i wychowawczych).

W średnim i późnym dzieciństwie równie ważna dla dziecka zaczyna być **jakość opieki kilku najbliższych dorosłych osób** w rodzinie i znaczących osób dorosłych poza rodziną. Obok środowiska rodzinnego wskazywane jest przy tym jako wiodące środowisko szkolne (ewentualnie przedszkolne). Jest tak dlatego, że podstawowe – często wręcz traktowane jako priorytetowe – zadanie tego okresu polega na zrozumieniu i przestrzeganiu reguł życia społecznego, uczeniu się przebywania z innymi. Jeśli w tym okresie dziecko zdobędzie świadomość tego, co dobre, a co złe, to będzie miało szansę zrealizować cel życiowy, jakim jest zbudowanie na tym fundamencie postawy socjocentrycznej. Równie ważne zadanie to przygotowanie się do nabycia/nabycie kompetencji liczenia, czytania i pisania (Brzezińska, red., 2005). Dlatego cenne jest uruchamianie nauczania kierowanego (uczenie się dzięki wskazówkom nauczyciela) oraz tutoringu rówieśniczego (uczenie się od siebie nawzajem przez rówieśników). Czynniki związane ze szkołą, sprzyjające kompetencjom szkolnym, łączą się z jakością stawianych przez nauczyciela wyzwań (por. sfera najbliższego rozwoju), sposobem zachęcania do nauki (budowanie motywacji wewnętrznej, ciekawości poznawczej) i opierają się na stworzeniu pozytywnej relacji z uczniem, z oczekiwaniem postępów. Opanowanie podstawowych umiejętności szkolnych zbliży dziecko do realizacji celu życiowego, jakim jest ukształtowanie zamierzonej aktywności poznawczej. Proces wychowania i nauczania dotyczy zarówno domu, jak i szkoły (a wcześniej żłobka, przedszkola). Atmosfera sprzyjająca nauce dziecka obejmuje angażowanie się rodziców w naukę (popieranie aspiracji, wybieranie gier i zabaw stymulujących intelektualnie). Reguły życia społecznego oraz proces uczenia się są najłatwiej przyswajane wtedy, gdy wymogi w środowisku szkolnym i pozaszkolnym są dostosowane, czy też dopasowane do siebie.

W późnym dzieciństwie i adolescencji **równie ważne jak relacje z dorosłymi zaczynają być relacje z rówieśnikami** (innymi dziećmi, młodymi ludźmi). W tym okresie priorytetowym zadaniem jest budowanie autonomii i niezależności od dorosłych oraz nastawienie na budowanie intymnych, bliskich relacji. Osiągnięcie tego przez nastolatka wymaga, by rodzice umiejętnie zrównoważyli (1) wspieranie dziecka, asystowanie mu, sprawowanie nad nim kontroli, uczenie go, co jest dla niego zagrożeniem, a co jest dla niego dobre i (2) okazywanie zaufania, pozwolenie na samodzielne decydowanie, popełnianie i naprawianie błędów. Grupę oparcia stanowią nie tylko rodzice, lecz przede wszystkim rówieśnicy. W młodości istnieje bowiem silna potrzeba uznania społecznego, porównań społecznych i to przy najsilniejszym krytycyzmie. Doświadczenie akceptacji i bycia częścią wspólnoty buduje intensywne i pozytywne relacje koleżeńskie. Zazwyczaj tego rodzaju relacje poprzedzają stworzenie intymnych i znaczących relacji przyjacielskich, które są rzeczywistym oparciem w różnych sytuacjach.

We wczesnej i w średniej dorosłości człowiek podejmuje wiele zadań, ról społecznych: pracownika, małżonka, partnera, rodzica, sąsiada; osoby włączającej się w życie społeczności (radnego, posła, wolontariusza) (Brzezińska, red., 2005). Najważniejszym zadaniem rozwojowym jest wówczas wykazanie się odpowiedzialnością społeczną, czyli trwanie w podjętym zobowiązaniu na rzecz innych osób mimo fizycznych, społecznych czy psychologicznych przeszkód. Na podstawie bliskich relacji budowane są wtedy sieci społeczne: zawodowe, towarzyskie, rozrywkowe, sąsiedzkie. Rola zawodowa – by mogła być z sukcesem realizowana – wymaga stworzenia zażyłości, wymiany z konkretną grupą pracowniczą; skutecznego komunikowania i współdziałania; tworzenia celów wspólnych. Podobnie role rodzicielska i małżeńska – by sprawiały długotrwałą satysfakcję – powinny być oparte na silnej więzi emocjonalnej z członkami rodziny, pozwalając na komunikację swoich potrzeb, tworzenie jasnych granic. Pozostałe role społeczne, np. radnego, trenera, wolontariusza, również wymagają nawiązania i podtrzymania komunikacji, stworzenia więzi z grupą towarzyską, stowarzyszeniem, organizacją polityczną, społeczną itp. (Brzezińska, red., 2005). Dzięki powtarzającym się

doświadczeniom podejmowania i realizowania zobowiązań zawodowych i/lub osobistych, mimo przeszkód, osoba gromadzi pozytywną wiedzę o sobie i otaczającej ją rzeczywistości. Pozwala jej to zbudować przekonanie o tym, że świat jest zrozumiały i że ma ona możliwości wpływania na swoje życie, na to, co dzieje się w świecie, oraz umiejętność formułowania pozytywnych oczekiwań dotyczących przyszłości. Sprzyja to realizacji celu życiowego, jakim jest osiągnięcie stabilności struktury osobowości oraz samodzielności życiowej.

Późna dorosłość to czas, kiedy najważniejsza jest umiejętność nadania pozytywnego sensu swojemu życiu. Co więcej, jest to okres, w którym kończy się aktywność zawodowa, zmienia się wygląd i kondycja fizyczna, słabną siły życiowe, zmniejsza się liczba kontaktów z ludźmi. Najważniejszym zadaniem staje się akceptacja ograniczeń, cierpienia i zgoda na nadchodzącą śmierć jako nieuchronną przyszłość, a zarazem wyrażona wprost aprobatą swojego dotychczasowego życia, akceptacja czasu, który upłynął i nadal płynie; to uznanie, że warto było/jest żyć, autentyczne przekonanie, że życie ma sens. Akceptacji tej pomagają silne wsparcie ze strony bliskich i/lub znaczące relacje z przyjaciółmi, opiekunami, grupami samopomocy. U progu życia i u jego kresu człowiek musi polegać na gronie pomagających mu osób, bez których nie sposób przeżyć.

Ani uwarunkowania psychologiczne, ani uwarunkowania społeczne same w sobie nie decydują o zdrowiu czy chorobie. **Podstawowe znaczenie mają relacje osoba–otoczenie.** Schaffer (2006), obok indywidualnych cech człowieka i sił, które działają na człowieka, wymienia interakcję między nimi. Nawet skrajnie negatywne czynniki, jeśli nie działają zbyt długo, mogą zostać odpowiednio zniwelowane (kompensacja strat; efekt nadrobienia zaległości, *catch up effect*).

2.2. Uwarunkowania trudności związanych z realizacją zadań rozwojowych

Trudności z poradzeniem sobie z zadaniami rozwojowymi nie tylko pogarszają samopoczucie osoby, lecz także często powodują, że odczuwa ona brak społecznej aprobaty (Przetacznik-Gierowska i Tyszkowa, 2001). Mogą też być traktowane jako przyczyna zaburzeń (Sęk, red., 2008a). „Można je [zaburzenia rozwoju] rozumieć – ujmując najogólniej – jako niespełnienie zadań rozwojowych, przypisanych poszczególnym okresom” (Sęk, red., 2008a, s. 26). Ponieważ niemożność dopasowania się do wzorów kulturowych czy wymagań społecznych i niedostosowanie do zmian biologicznych może prowadzić do nasilania się trudności adaptacyjnych, osobie warto udzielić pomocy psychologicznej (Czabała i Sęk, 2000). Pomoc ta zależy od sposobu rozumienia sytuacji osoby, w tym od wskazania uwarunkowań trudności, kryzysów, które u niej wystąpiły, oraz uwarunkowań możliwości ich pokonywania. Na najbardziej ogólnym poziomie – co już zostało zasygnalizowane – wpływ na realizację zadań rozwojowych wywierają czynniki wewnętrzne (zbyt niskie, niewielkie zasoby indywidualne) i czynniki zewnętrzne (zbyt niskie, niewielkie zasoby środowiskowe).

Zasoby indywidualne, które mogą stanowić o trudności w realizacji zadań rozwojowych, wiążą się z niewłaściwym funkcjonowaniem osoby, jej pogorszonym stanem zdrowia, obniżoną sprawnością i/lub psychiczną niedojrzałością. Zostaną one omówione szczegółowo jako psychologiczne uwarunkowania trudności w realizacji zadań rozwojowych. Zasoby środowiskowe, które mogą mieć podobnie negatywny wpływ, łączą się z brakiem wsparcia bądź zbyt małym udzielanym wsparciem i zachętą płynącą ze strony otoczenia. Zostaną one omówione jako uwarunkowania trudności w realizacji zadań rozwojowych związane z otoczeniem podmiotu, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu społecznego. Warto jeszcze raz podkreślić, że niekorzystne uwarunkowania psychologiczne i społeczne, podobnie jak biologiczne, połączone np. z

dojrzewaniem ośrodkowego układu nerwowego, muszą współwystępować, współdziałać bądź nakładać się na siebie, by rozwój został zakłócony/zahamowany. Naprawdę niekorzystna jest sytuacja, w której osoba nieposiadająca wystarczających umiejętności radzenia sobie (szerzej – niemająca zasobów osobistych) nie otrzyma wystarczającego wsparcia środowiskowego w momencie pojawienia się skomasowanych trudności (Brzezińska, red., 2005; Schaffer, 2008). Gdy sytuacja jest zbyt trudna, zbyt często się powtarza, a możliwości są słabe, to potencjał kompensacyjny szybko się wyczerpuje.

2.2.1. Psychologiczne uwarunkowania trudności związanych z realizacją zadań rozwojowych

Utrudnieniem w realizacji zadań rozwojowych jest fakt, że osoba nie nabyła właściwych danemu okresowi indywidualnych właściwości bądź zostały one zablokowane. Każdy z tych wymiarów, czy też obszarów rozwoju osobistego ważnych w życiu osoby może być umiejętnie wspierany, o ile zdiagnozowana zostanie taka potrzeba.

Osoba z trudem realizuje zadania rozwojowe, jeśli nie została do nich przygotowana przez ciąg przemian zachodzących w jej organizmie i psychice. Na przykład jeśli dziesięcioletnie dziecko nie jest w stanie zrealizować zadania rozwojowego, jakim jest zdobycie podstawowych umiejętności czytania, pisania i liczenia, to należy sprawdzić jego gotowość szkolną. Taka ocena pozwala określić, m.in. jego dojrzałość fizyczną i sprawność ruchową, rozwój sensoryczny i percepcyjny, procesy poznawcze, dojrzałość emocjonalną, komunikację i socjalizację (por. Bogdanowicz, 2011; Brazelton, 2013a; Brzezińska, 1987; Brzezińska, red., 2005; Gruszczyk-Kolczyńska, 1994; Schaffer, 2008; Harwas-Napierała i Trempała, red., 2006; 2007). Jeśli np. weźmie się pod uwagę tylko sfery fizyczną oraz motoryczną, to można stwierdzić, że bardzo trudno sprostać wymaganiom szkolnym, gdy dziecku brakuje takich osiągnięć rozwojowych, jak:

- właściwa koordynacja wzrokowo-słuchowo-ruchowa i wysoka sprawność ruchowa ręki dominującej (w zakresie szybkości i precyzji ruchów),
- odpowiedni poziom graficzny rysunków wykraczający poza bazgroty i preschematyzm,
- odtwarzanie wzoru graficznego z zachowaniem proporcji, wymiarów, kierunku i ułożenia w przestrzeni,
- ustalona lateralizacja.

Zdiagnozowanie tych utrudnień powinno zaowocować wskazaniem do wykonywania przez dziecko ćwiczeń ręki, usprawniających koordynację ruchową bądź ogólnousprawniających (np. ćwiczeń grafomotorycznych według Tymichowej; ćwiczeń ruchowych i ruchowo-słuchowych oraz ruchowo-wzrokowo-słuchowych według Metody Dobrego Startu; ćwiczeń „z”, „razem” i przeciwko” według Metody Ruchu Rozwijającego).

W podręcznikach dotyczących rozwoju człowieka szczegółowo są omawiane trudności w realizacji zadań rozwojowych lub szerzej – czynniki ryzyka zakłócenia, zahamowania rozwoju wynikające właśnie z **niewystarczających osiągnięć rozwojowych** (Bee, 2004; Brzezińska, red., 2005; Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008; Gruszczyk-Kolczyńska, 1994; Harwas-Napierała i Trempała, red., 2006, 2007; Holmbeck, Greenley i Franks, 2006; Orzechowski i Śmieja, red., 2008; Schaffer, 2008; Sęk, 2007; Stuart-Hamilton, 2006; Trempała, red., 2011; Vasta, Haith i Miller, 2001; Wolański, 2006). Znaczącym utrudnieniem w realizacji zadań rozwojowych – niezależnie od etapu życia człowieka – jest brak stabilności w psychofizycznym samopoczuciu, tj. zła kondycja zdrowotna, niewystarczająca sprawność ruchowa, nieprzejawianie samodzielności

życiowej, porównywalnej z tą, którą osiągają osoby w podobnym wieku. Podobnie niekorzystne dla podejmowania zadań, w sposób uogólniony, są niedojrzałość emocjonalna, brak poczucia bezpieczeństwa w kontakcie z innymi, brak poczucia dobrego emocjonalnego kontaktu i więzi oraz niski poziom socjalizacji. W sferze poznawczej poważnym utrudnieniem jest niewykorzystywanie potencjału intelektualnego. Podobnie problematyczna okazuje się również – ujawniająca się we właściwościach zachowania – niewystarczająca zdolność regulacji (docelowo w rozwoju ważna jest bowiem samoregulacja, czyli zdolność do planowania, monitorowania i regulowania własnej aktywności).

Każdy z wyróżnionych wymiarów życia człowieka – fizyczny i motoryczny, emocjonalny, poznawczy, moralny i społeczny – ma swoje odmienne znaczenie w różnych okresach życia. Można wskazać, jakie braki będą najbardziej uciążliwe w dzieciństwie, podczas dorastania i w dorosłości. Najczęściej utrudnienia psychologiczne opisywane są jako obejmujące niedostateczny:

- **Rozwój fizyczny i motoryczny** (w dzieciństwie szczególnie kłopotliwa jest np. zbyt mała samodzielność w zakresie samoobsługi czy nieskuteczny trening czystości; w adolescencji i wczesnej dorosłości problematyczny okazuje się brak zaangażowania w ochronę własnego zdrowia, np. nieprzykładanie wagi do dbałości o higienę czy realizowanie aktywności seksualnej bez zabezpieczenia się przed niechcianą ciążą czy chorobą przenoszoną drogą płciową; w średniej dorosłości do znaczących trudności prowadzi tryb życia nieuwzględniający potrzeby snu, odpoczynku, zrównoważonej diety; w późnej dorosłości najbardziej kłopotliwe staje się zaangażowanie w aktywności przekraczające znacząco zmniejszoną odporność, obniżoną wydolność organizmu, ograniczenia ruchowe).
- **Rozwój emocjonalny i społeczny** (w najwcześniejszym dzieciństwie problemy stwarza przede wszystkim nieufność przywiązania, to, że dziecko nie jest w stanie używać dźwięków i/lub słów do komunikacji z innymi; w okresie szkolnym podobnie istotna jest nieumiejętność nawiązywania i podtrzymywania relacji z rówieśnikami, satysfakcjonującego komunikowania się z nimi, niedostatek samokontroli emocjonalnej; brak pozytywnego nastawienia do nauki, brak poczucia wewnętrznej kontroli nad procesem uczenia się; brak wytrwałości w dążeniu do celu i zaangażowania; w adolescencji najbardziej znaczącym utrudnieniem okazuje się niewielka świadomość własnych przeżyć, brak refleksyjności w relacji z innymi czy istnienie emocjonalnego uzależnienia od rodziców; we wczesnej dorosłości problematyczna jest niezdolność do poznawczego opanowania emocji oraz niezdolność, trudność tworzenia intymnych relacji interpersonalnych, w średniej i późnej dorosłości takie znaczenie ma niewyrażanie troski bądź trudność w odpowiadaniu na troskę ze strony bliskich osób; brak zainteresowania działaniami prospołecznymi, lokalnymi, charytatywnymi, by „poczuć się potrzebnym”).
- **Rozwój poznawczy i moralny** (we wczesnym i średnim dzieciństwie najbardziej problematyczny jest brak nastawienia na poznawanie, odkrywanie, badanie, na samodzielne próbowanie różnych dróg działania; w późnym dzieciństwie główne utrudnienie wiąże się z nieopanowaniem reguł zachowania bądź opanowaniem niewielu oraz z brakiem wglądu we własne działania, percepcji własnych możliwości, brakiem poczucia kompetencji, poczucia własnej skuteczności oraz autonomii [samodeterminacji]; w adolescencji najbardziej problematyczny staje się brak planowania, monitorowania i regulowania procesu zapamiętywania i koncentracji uwagi, w dorosłości na pierwszy plan jako poważna bariera wysuwa się brak zdolności dochowania wierności wyznawanym wartościom i dotrzymywania zobowiązań, dysfunkcyjność przekonań, skłonność do posługiwania się strategią

rozumowania charakterystyczną dla poziomu operacji konkretnych, a nawet przedoperacyjną w sytuacjach szczególnie trudnych).

- **Rozwój osobowy** (w dzieciństwie podstawowym utrudnieniem jest brak tworzenia zrębów osobowości, w adolescencji kłopotliwe okazuje się niepodjęcie trudu formowania tożsamości; w dorosłości przeszkodą jest niezintegrowana osobowość, wysoka neurotyczność – uczuciowość negatywna; wysoka impulsywność – odhamowanie).

Jeśli w jednym z wymienionych obszarów, w kilku lub we wszystkich pojawiają się niewystarczające osiągnięcia rozwojowe, może to – ale nie musi – utrudniać zaspokojenie indywidualnych potrzeb i uniemożliwiać realizację zadań rozwojowych. W świetle koncepcji **zachowania zasobów/gospodarowania zasobami** (*conservation of resources model*) Hobfolla, istotne jest to, czy osoba nieposiadająca zasobów osobistych – związanych z temperamentem, osobowością i innymi czynnikami budującymi odporność na stres oraz stresor – może skorzystać z innych, tkwiących w jej środowisku zasobów (Brzezińska, red., 2005; Heszen, 2013; Jelonekiewicz, 2012). Tymi zasobami są zazwyczaj:

- przedmioty określające status społeczny, np. dom, samochód,
- zasoby okolicznościowe, warunki, np. udane małżeństwo, stała praca, dobra posada,
- zasoby energetyczne, umożliwiające przetrwanie, tj. środki służące pomnażaniu innych zasobów, np. pieniądze, czas, wiedza, energia własna.

Najczęściej można się dobrze przygotować do poradzenia sobie z przyszłymi wyzwaniami. Każdy z posiadanych zasobów zewnętrznych pozwala bowiem budować zasoby osobiste i pomnażać inne. Na przykład uzupełnianie kwalifikacji, uczenie się sprzyja rozwijaniu osobowości. Podjęta rola zawodowa pozwala czerpać korzyści finansowe i podwyższa status społeczny. Troska o rodzinę wyraża się często przez zabezpieczanie jej bytu, czyli gromadzenie dóbr materialnych, które budują zasoby okolicznościowe i energetyczne. Do badania posiadanych zasobów posłużyć może Kwestionariusz Samooceny Zysków i Strat (COR-Evaluation, polska adaptacja narzędzia Hobfolla).

Również w **modelu salutogenetycznym** Antonovsky’ego (1995) cechy środowiska fizycznego i naturalnego są opisywane jako uogólnione zasoby odpornościowe (*generalised resistance resources*). Człowiek może wykorzystywać zasoby zewnętrzne tkwiące w warunkach materialnych, społeczno-kulturowych. Te zasoby obejmują wsparcie społeczne (sieci wsparcia), kulturową stabilność, religię (sacrum), filozofię, sztukę, instytucje społeczne, w tym służbę zdrowia, autorytety nakłaniające do zachowania zdrowia mimo działania stresorów (Sęk, red., 2008a).

W świetle modelu **przekroczenia progu równowagi między czynnikami ryzyka a zasobami** czynnik wywołujący stres można zdefiniować jako brak równowagi między wymaganiami a możliwościami osoby w zakresie radzenia sobie z nimi (Heszen i Sęk, 2008). Przy tym rozbieżność między możliwościami osoby a wymaganiami otoczenia może być obiektywna albo tylko subiektywnie spostrzegana. W oczywisty sposób utrudnieniem są zbyt małe możliwości w stosunku do stawianych wymagań. Wystarczy jednak znacząco obniżyć wymagania, czy też dostosować je do możliwości osoby, by problem się nie pojawił. Model nierównowagi wskazuje na drugie niebezpieczeństwo: może być ona wynikiem zbyt niskich wymagań wobec osoby, której możliwości są znaczące. Na przykład nuda i brak wyzwań intelektualnych mogą być przyczyną nieadekwatnych osiągnięć szkolnych ucznia wybitnie zdolnego.

W klasycznej **poznawczo-transakcyjnej teorii radzenia sobie ze stresem** Lazarusa i Folkmana ważne są zarówno istniejące realnie zasoby, jak i sposób ich oceny (Heszen, 2013; Jelonekiewicz,

2012; Lazarus, 1986). Osoba ocenia sytuację w kategoriach zagrożenia (a nie wyzwania), gdy „zakłada, że dane otoczenie jest wrogie i niebezpieczne, a brak jej zasobów do zapanowania nad nim” (Lazarus, 1986, s. 19).

Sugestia, że „słabości” tkwiące w osobie zyskują na znaczeniu, jeżeli wpływy środowiska są niekorzystne, znajduje się w **modelu podatność na zranienie–stres** (*vulnerability–stress model*), zaproponowanym przez Zubina (Seligman, Walker i Rosenhan, 2003; Sęk, red., 2008a; Zubin i Spring, 1977). To, czy indywidualne czynniki podatności staną się rzeczywistym utrudnieniem w realizacji zadań rozwojowych, będzie zależało od wystąpienia czynników stresowych, obciążających, patogenu (sytuacje trudne i codzienne obciążenia życiowe lub krytyczne wydarzenia życiowe) oraz zdolności skompensowania przez otoczenie oraz jakości interakcji osoby z otoczeniem.

Radzenie sobie nie jest wymogiem kierowanym tylko do jednej osoby. Na przykład dziecko obiektywnie niesamodzielne życiowo ze względu na znaczną niepełnosprawność ruchową może otrzymać daleko idącą pomoc ze strony rodziców/opiekunów w domu oraz asystenta/pomocnika w szkole. Pomoc ta zmniejszy znaczenie jego trudności w poruszaniu się lub komunikowaniu. Wystarczy, że świat stanie się dostępny, a postawy otoczenia akceptujące (zamiast wykluczających). Pozwoli to dziecku ominąć indywidualne ograniczenia, pomagając w realizacji obowiązku szkolnego. W modelu społecznym zakłada się, że dzięki odpowiedniemu wsparciu osoba może odzyskać kontrolę nad swoim życiem, przejść od bezradności do pozytywnej aktywności (Feltham i Horton, red., 2013b). Niepełnosprawność jawi się jako twór społeczny wpływający na status osoby, dostęp do pracy, rozrywki, (bariery ekonomiczne, materialne). „Ludzi niepełnosprawnych ogranicza środowisko, a nie niepełnosprawność” (Feltham i Horton, red., 2013a, s. 85).

Również w **świele teorii wymiany społecznej**, przedstawionej przez Sęk (red., 2008a), jest możliwe, że przy niskich możliwościach i wysokich wymaganiach osoba potrafi poradzić sobie z trudnościami życiowymi. Warunkiem jest otrzymanie odpowiedniego, dopasowanego do jej potrzeb i akceptowanego wsparcia społecznego. Wymiana społeczna dotyczy dóbr emocjonalnych (w tym wypadku dawania poczucia bezpieczeństwa, okazywania troski, bliskości i zaufania, podtrzymywania nadziei lub samooceny), materialnych (pomocy rzeczowej i finansowej; bezpośredniego działania, tj. karmienia, udzielenia schronienia), instrumentalnych (podawania instrukcji i rad odnośnie do sposobu postępowania, modelowania skutecznych zachowań zaradczych), poznawczych (dostarczania informacji ułatwiających zrozumienie sytuacji, udzielania rad) i duchowych. Wsparcie uzyskiwane od innych – co może stanowić dobre podsumowanie tej części rozważań – odgrywa rolę pozytywną, gdyż daje poczucie przynależności, które działa wzmacniająco.

W sytuacji silnego stresu istniejące, spostrzegane i otrzymywane wsparcie społeczne działa jak bufor wobec zagrożenia patologią, ponieważ obniża występujące napięcie stresowe i umożliwia przezwyciężenie trudności, włącza się w złożony mechanizm stresu i radzenia sobie z nim, osłabiając jego negatywne skutki (Sęk, red., 2008a, s. 254).

2.2.2. Uwarunkowania społeczne trudności związanych z realizacją zadań rozwojowych

Użycie koncepcji systemowej analizy ekologii rozwoju Bronfenbrennera umożliwi uwidocznienie bezpośredniego, negatywnego oddziaływania środowiska społecznego na osobę realizującą swoje zadania rozwojowe (np. środowiska, które tworzą osoby znajdujące się w domu rodzinnym,

w szkole, w miejscu pracy czy wypoczynku, w najbliższym sąsiedztwie itp.). Od tych bezpośrednich, negatywnych uwarunkowań środowiskowych, w tym społecznych, zależy pojawienie się z opóźnieniem omawianych kamieni milowych rozwoju.

Kamienie milowe rozwoju ruchowego (podnoszenie głowy, siadanie, raczkowanie, stawanie, chodzenie itd.) pojawiają się jako skutek działania zegara biologicznego. Jednakże na ustawienia tego zegara wpływać mogą różne zdarzenia środowiskowe. Na przykład, gdy dziecko wychowywane jest w warunkach rażącego niedostatku, kamienie milowe rozwoju pojawiają się u niego ze znaczącym opóźnieniem. Porządek, w którym się one pojawiają, też nie jest rzeczą niezmienną i może zostać zakłócony przez brak sposobności do ich ujawnienia (Schaffer, 2008, s. 71).

Ta koncepcja akcentuje też kwestię bezpośredniego negatywnego oddziaływania na osobę, które jest efektem wspólnego oddziaływania wielu kontaktujących się ze sobą środowisk (jako efekt braku wymiany informacji między szkołą a domem, braku intensywnego kontaktu osobistego rodziny pracownika i jego pracodawcy i/lub braku uzgadniania sposobu oddziaływania przez poradnię zdrowia psychicznego i grupę przyjaciół itp.). Bardzo ważne wydaje się także uwzględnienie trzeciego aspektu społecznych uwarunkowań, mianowicie tych wszystkich oddziaływań negatywnych, które wpływają na środowisko osoby realizującej zadania rozwojowe, ale z którymi nie ma ona bezpośredniego kontaktu (np. wymogi stawiane członkom rodziny – przez ich przyjaciół, pracodawców itp. – które wpływają na niekorzystną organizację ich czasu, tworzą atmosferę napięcia, obniżają ich zdolności poznawcze itp.). W tej koncepcji uwypukla się też szeroki kontekst społecznego oddziaływania, co pozwala uwzględnić ogólne warunki ekonomiczne panujące w kraju (a nawet na świecie), rozwiązania prawne i kulturę środowiska, w którym żyje człowiek realizujący zadania rozwojowe. Utrudnieniem w realizacji zadań rozwojowych może być charakter oddziaływań ze strony organizacji, instytucji użyteczności publicznej: służby zdrowia, policji, systemu prawnego, szkolnego itp. Niekorzystne mogą też być istniejące w kraju rozwiązania precedensowo-ideologiczne. Uciążliwe okazują się niedostatki w zakresie demokratyzacji struktur społeczno-politycznych, tj. niski poziom samorządności, szczególnie lokalnej, co przejawia się brakiem struktur organizacyjnych służących pomocy i interwencji. Warto podkreślić, że niewystarczające mogą być również systemowe rozwiązania dotyczące promocji zdrowia, tj. niedostatek w sferze wspierania aktywności i odpowiedzialności społecznej oraz brak oddziaływań na rzecz jednostki i społeczności. Biorąc pod uwagę szerszą perspektywę, czyli nie krajową, lecz europejską, a nawet światową, trzeba uwzględnić jeszcze to, że środowisko życia współczesnego człowieka gwałtownie ewoluuje. Dzieje się to głównie wskutek:

- pojawienia się nowoczesnych mediów elektronicznych, zaawansowanej techniki informacyjnej,
- wzrastającej mobilności,
- powstania ponadnarodowych rynków ekonomicznych i grup interesów wpływających na gospodarkę (sposób eksploataowania środowiska naturalnego),
- powszechności wymiany dziedzictwa kulturowego,
- istnienia zagrożeń terrorystycznych itp.

Człowiek przestał być związany z jakimś konkretnym miejscem, kręgiem społecznym bądź kulturowym, a stał się uczestnikiem społeczeństwa otwartego. Ilość informacji i/lub umiejętności, które koniecznie należałoby opracować lub wyćwiczyć, jest niewyobrażalnie duża. Powodem

trudności rozwojowych, w najszerszej możliwej perspektywie, może być fakt „nienadążania” za przemianami społeczno-kulturowymi i technologicznymi.

Znaczenie tego czwórpodziału doskonale widać w przywołanym już przykładzie dotyczącym dziesięcioletniego ucznia, który nie opanował podstawowych umiejętności szkolnych. Przy udzieleniu mu umiejętnego wsparcia ważne byłoby to, jakie są warunki fizyczne środowiska uczenia się (np. wyposażenie szkoły i klasy, organizacja przestrzeni, rozwiązania architektoniczne itp.), które mogą być dla niego niekorzystne. Obciążeniami są nie tylko zbyt niski stolik czy długa (uciążliwa) droga do szkoły, lecz także brak miejsca do odrabiania lekcji w domu. Nie mniej ważne byłoby rozważenie, jakie są warunki społeczne środowiska uczenia się (np. wielkość szkoły i klasy szkolnej, interakcje między nauczycielem a uczniem, interakcje między uczniami, wymagania stawiane przez nauczycieli, warunki, zainteresowanie ze strony rodziców nauką dziecka itp.).

W podręcznikach poświęconych rozwojowi człowieka omawiane są szczegółowo trudności w realizacji zadań rozwojowych, bądź szerzej – czynniki ryzyka zakłócenia, zahamowania rozwoju wynikające właśnie z **niewystarczającego wsparcia udzielonego osobie przez otoczenie** bądź z **trudności odnalezienia się w zbyt szybko zmieniającym się świecie** (por. Bakiera, 2009; Beisert, red., 2006; Brzezińska, red., 2005; Brzezińska i in., 2007; Schaffer, 2006; Sęk, 2007; Zielona-Jenek i Chodecka, 2010).

Podobnie jak w wypadku uwarunkowań psychologicznych, istnieją ogólne uwarunkowania społeczne, działające niekorzystnie niezależnie od okresu, w którym się pojawiają. Taki ogólnie niekorzystny charakter mają np.: niski status socjoekonomiczny rodziny (brak zasobów materialnych, ograniczenia materialne i mieszkaniowe), brak akceptacji treści zadań rozwojowych w najbliższym otoczeniu osoby, zamknięte/jednostronne wzory komunikacyjne, zaburzenie struktury i granic, brak pomocy i wsparcia ze strony innych członków rodziny, brak poczucia bezpieczeństwa, dysfunkcyjne przekazy międzygeneracyjne, kryzysy ekonomiczne i trudności na rynku pracy itp.

Każdy okres życia jest też oczywiście „czuły” na określony sposób postępowania oraz inny zakres wpływu społecznego.

We wczesnym dzieciństwie efektem braku dopasowania stymulacji rodzicielskiej do rytmu funkcjonowania i potrzeb dziecka są trudności w nawiązaniu stabilnej więzi emocjonalnej. Dlatego w poradnictwie dotyczącym małych dzieci szczególnie ważne jest omawiane w rozdziale 1 nastawienie na uczenie rodziców, jak wspierać rozwój dziecka za pomocą adekwatnych metod i jak zmienić swoje relacje z nim, tak aby doświadczyli bliskości i miłości w kontakcie z dzieckiem. Temu rodzajowi wsparcia sprzyjają wspomagające oddziaływania ze strony innych, czyli np. możliwe do przedyskutowania wzorce we własnej rodzinie, wskazówki płynące od personelu medycznego (pediatry, położnej, pielęgniarek środowiskowych) i personelu opiekującego się dzieckiem w żłobku, klubie dziecka czy kąciku zabaw. Rodzice muszą też mieć realne szanse utrzymania pewnego standardu życia i odbierać jasny przekaz, jak wychowuje się dziecko, czego ono wymaga (zarówno prawodawstwo, jak i porady psychologiczne, pedagogiczne i medyczne ulegają zmianom). Pomoc psychologiczna w sytuacji wystąpienia trudności z powstaniem stabilnej więzi emocjonalnej u niemowlęcia powinna uwzględniać rozważane cztery poziomy uwarunkowań, wyróżnione przez Bronfenbrennera, tj. rozwijać wiedzę i umiejętności rodziców, wpływać na charakter ich interakcji ze znaczącymi środowiskami wspierającymi dziecko (tak aby realne stało się wsparcie rzeczowe/materialne, instrumentalne, a także emocjonalne), uwzględniać warunki kształtujące ich poglądy na rodzicielstwo oraz realia w naszym kraju.

W średnim i późnym dzieciństwie negatywne znaczenie mają też nadmierna wychowawcza wrażliwość bądź obojętność wychowawcza, niedostępność fizyczna i psychiczna (Bakiera, 2009; Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008; Sęk, red., 2008b; Vasta, Haith i Miller, 2001). Zarówno

niedbały, jak i permissywny (pobłażliwy, oznaczający nadmierne uleganie dziecku, skupianie się na nim i niestawianie mu wymagań) styl wychowawczy mogą negatywnie wpływać na funkcjonowanie dziecka. Rodzice opóźniają wtedy znacząco samodzielność i niezależność dziecka. Styl autorytarny zakłada przedkładanie reguł i zasad postępowania nad potrzeby dziecka. Stawiane dziecku wymagania są wygórowane i nie sposób im sprostać. Rodzice zaś nie dają dziecku ciepła i nie udzielają pomocy. Patrząc z jeszcze szerszej perspektywy, kłopotliwy i negatywny może się okazać wpływ braku uzgodnionego przez nauczycieli z rodzicami programu wychowawczego i programu nauczania. Rodzice mogą się poczuć wykluczeni, niedoinformowani. Możliwe, że będą chcieli bojkotować działania, których nie rozumieją, lub przynajmniej nie będą ich popierać. Balastem dla ucznia mogą być wpływające na niego pośrednio warunki pracy nauczyciela, czyli kwestie organizacyjne pracy danej placówki, np. wielozmianowość, niewłaściwy plan pracy. Kształtują one poziom zadowolenia konkretnych nauczycieli, odczuwany etos zawodu w konkretnej placówce. Pewien wpływ wywierają też ważkie społecznie kwestie związane z malejącym prestiżem zawodu nauczyciela w społeczeństwie, selekcją negatywną do zawodu oraz niedopracowaniem podręczników oraz treści wychowania i nauczania w przygotowanej przez ministerstwo podstawie programowej. Pomagając, trzeba dobrze rozróżnić, co zależy od osób zaangażowanych w proces, a co można rozpoznać jako balast do uwzględnienia i przepracowania na innej drodze niż poradniana (por. akcja „Ratuj maluchy”, która rozpoczęła dyskusję społeczną nad dojrzałością szkolną sześciolatków i optymalnymi warunkami uczenia się i nauczania).

W późnej adolescencji i wczesnej dorosłości niekorzystne jest nadmierne kontrolowanie dziecka, niepozwalanie mu na samodzielność (testowanie rzeczywistości w bezpiecznych warunkach). Dlatego w poradnictwie skierowanym do nastolatków i osób wkraczających w dorosłość najważniejsze okazują się, opisywane w rozdziale 1, określane przez rodzica i dziecko granice autonomii i zależności oraz autonomii i kontroli. Decydujące znaczenie w tym okresie ma poczucie przynależności, bycie kimś ważnym dla innych. Źródłem trudności mogą być nieprawidłowe relacje w systemie rodzinnym i/lub odrzucenie przez grupę, brak okazji do współdziałania z innymi bądź nadmierna presja grupy (podejmowanie zachowań, głównie ryzykownych, ze względu na oczekiwania innych, a nie ze względu na własne potrzeby). Dlatego też czynnikiem ryzyka wystąpienia trudności w adolescencji są przede wszystkim czynniki osobowościowe: konieczność budowania własnej tożsamości, potrzeba porównań społecznych, rywalizacji, kontroli. Sytuacje trudne potencjalnie stwarzają większe zagrożenie, gdy zdolności do radzenia sobie są małe, podobnie jak samoocena i dostępność grupy wsparcia. W tym okresie podstawowym uwarunkowaniem społecznym trudności w realizacji zadań rozwojowych jest z całą pewnością brak wsparcia i akceptacji ze strony rówieśników. Na szerszym pozarodzinnym i pozaszkolnym poziomie trudność stanowić będzie np. niespójność i sprzeczność informacji o ludzkiej seksualności, płynących od rodziców, nauczycieli, edukatorów seksualnych. Można tu także wspomnieć o braku funduszy na wspieranie lokalnych inicjatyw związanych ze spędzaniem wolnego czasu, a jeszcze szerzej – o deficycie w społecznym przekazie, np. w mass mediach, modeli pozytywnych. Akcent kładziony jest coraz bardziej na pracę z samym dzieckiem czy młodym człowiekiem i budowanie naturalnej grupy wsparcia, również poza rodziną pierwotną.

W okresie wczesnej i średniej dorosłości najważniejsze są sieci wsparcia w rodzinie pochodzenia i prokreacyjnej, w grupie towarzyskiej, przyjacielskiej, w pracy i miejscach spędzania czasu. Jednakże mogą to być zasoby zewnętrzne niewystarczające – jeśli środowisko, w którym człowiek żyje, jest skłócone, nadmiernie rywalizacyjne, zatowizowane, bezradne w obliczu trudności. Poważnym utrudnieniem są informacje zwrotne płynące od innych, że człowiek nie spełnia się w roli (tj. niedocenywanie lub negatywne oceny pracodawcy, brak uznania ze strony współpracowników; nierozwiązane konflikty rodzinne i towarzyskie). Na najbardziej ogólnym

poziomie za niekorzystne należy uznać ścieranie się różnych koncepcji męskości i kobiecości; różnych sposobów realizacji ról psychoseksualnych. Czynniki ekonomiczne, polityczne i społeczne mogą utrudniać podjęcie roli rodzica. Bezrobocie, niskie dochody, mała liczba mieszkań i ich wysokie ceny, jednym słowem, aktualna sytuacja społeczna może stanowić barierę dla rozwoju i dodatkowe utrudnienie w dobrym funkcjonowaniu.

W późnej dorosłości utrudnieniem w realizacji zadań staje się brak dbałości i troski ze strony osób ważnych. Najczęściej oznacza to brak wsparcia osób z najbliższego otoczenia – rodziny, przyjaciół, bliskich współpracowników, sąsiadów. To także niewystarczające wsparcie ze strony pomocy publicznej, organizacji pozarządowych, instytucji, fundacji i stowarzyszeń. Okazuje się to tym dotkliwsze, że osoba doświadcza nieuniknionych, nieuchronnych strat – nie może już tak swobodnie się poruszać, umierają osoby bliskie, kurczy się krąg znajomych i przyjaciół, znikają przyjazne, wspierające i inspirujące miejsca – przez co ogranicza się jej przestrzeń fizyczna, społeczna i psychiczna. Brakuje projektów społecznych na szczeblu lokalnym, zapobiegających marginalizacji i izolacji osób starszych. Brakuje prób aktywizowania i doceniania osób starszych (takich jak np. koła, kluby seniora, domy dziennego pobytu są niedofinansowane; rzadko pojawiają się inicjatywy bibliotek, muzeów czy szkół, pozwalające zachowywać wspomnienia, rozwijać tradycje; brakuje kursów dla seniorów, umożliwiających zapoznanie się z nowymi technologiami itp.). Niekorzystnym czynnikiem jest też kult młodości; niepoehlebny obraz starości, stereotypowy wizerunek ostatniego okresu życia obecny w mediach, w reklamach, naznaczony cierpieniem i rezygnacją.

Jak widać, za każdym razem niekorzystne uwarunkowania społeczne obejmują wszystkie cztery poziomy ekosystemu wyróżnione przez Bronfenbrennera – od bezpośrednio oddziałującego na osobę w obrębie interakcji do klimatu społecznego. Trudności w realizacji zadań rozwojowych wynikają po prostu z niewystarczająco wspierających warunków zapewnianych w środowisku o niskiej „wspomagalności” (*facilitiveness*).

Identycznie jak w rozważaniach przedstawionych w poprzednim podrozdziale – które dotyczyły tego, jak uwarunkowania podmiotowe, osobiste mogą utrudniać realizację zadań rozwojowych, tak i w tutaj, gdzie mowa o utrudnieniach wynikających z uwarunkowań społecznych – należy uwzględnić zdolności, potencjały zdrowotne oraz interakcję osoba–otoczenie. W przywoływanych już modelach patogenetycznych utrudnienia społeczne stanowić mogą czynnik ryzyka. Jeśli jednak wykorzysta się modele salutogentyczne, to za czynnik ochronny można uznać zasoby osobiste/osobiste potencjały zdrowia, czyli poczucie koherencji, poczucie odporności, adekwatną poznawczą ocenę.

Poczucie koherencji można potraktować jako „klucz do zdrowia”, tj. cechę sprzyjającą utrzymaniu i rozwojowi zdrowia (tytuł książki Antonovsky’ego z 1995 r. wprost zapowiada: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?*). Poczucie koherencji to złożona zmienna osobowościowa. Składa się z trzech istotnych elementów: poczucia zrozumiałości (*comprehensibility*), poczucia zaradności czy sterowalności (*manageability*) i poczucia sensowności (*meaningfulness*) (por. Antonovsky, 1995, s. 30–34; Kröninger-Jungaberle i Grevenstein, 2013; Sęk, red., 2008a; Wiesmann i Hannich, 2014). Poczucie zrozumiałości świata to składnik poznawczy, ułatwiający uporządkowanie, zrozumienie i przewidywanie wydarzeń życiowych. Poczucie zaradności, sterowalności to składnik poznawczo-behawioralny, pozwalający mieć przekonanie, że na świat i na swoje życie można wpływać i że ma się do dyspozycji zasoby umożliwiające sprostanie wymaganiom. Poczucie sensowności to składnik o charakterze motywacyjno-emocjonalnym, pozwalający na podjęcie wysiłku rozwiązywania problemów i radzenia sobie z nimi. Oznacza on spostrzeganie świata jako miejsca wartego zaangażowania,

wartego inwestowania wysiłku. Do badania poczucia koherencji służy Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29, polska adaptacja narzędzia skonstruowanego przez Antonovsky'ego).

Poczucie odporności to cecha, której istotą jest zdolność jednostki do oderwania się od negatywnych doświadczeń i elastycznego przystosowywania się do ciągle zmieniających się wymagań życiowych. Osoby charakteryzujące się prężnością, sprężystością psychiczną, cechuje wyższy poziom optymizmu i wewnętrznego spokoju — odznaczają się one większą energią życiową (Werner-Wilson, Zimmerman i Whalen, 2000). Właściwość tę można badać, stosując Kwestionariusz Sprężystości Psychiczej (adaptacja narzędzia opracowanego przez Blocka i Kremena).

W poznawczo-transakcyjnej teorii radzenia sobie ze stresem autorstwa Lazarusa i Folkman ważna jest właściwość osoby związana z poznawczą oceną wydarzenia życiowego, mianowicie właściwość spostrzegania wymagań sytuacji i własnych możliwości (Brzezińska, red., 2005; Heszen, 2013; Heszen-Niejodek, 2000; Jelonkiewicz, 2012; Lazarus, 1986). Sytuacje obiektywnie mogą nie łączyć się z zagrożeniem, ale w subiektywnej ocenie przerastają, czy też przekraczają indywidualne zasoby i stanowią zagrożenie (*threat*) bądź krzywdę/stratę (*harm/loss*), a nie wyzwanie (*challenge*). Badanie poznawczej oceny można wykonać za pomocą Kwestionariusza Oceny Stresu (KOS, który nawiązuje do koncepcji Lazarusa i Folkman). Wydaje się, że w wypadku radzenia sobie większe znaczenie mają subiektywne aspekty wsparcia: sposób spostrzegania kontaktów społecznych, poczucie posiadania wsparcia, przekonanie o czyjejs gotowości do niesienia pomocy (Brzezińska, red., 2005). Dlatego warto pracować nad wglądem we własne zasoby, bardziej optymistycznym i realistycznym spostrzeganiem problemu, gotowością do wyrażenia prośby o pomoc bez obawy o naruszenie poczucia własnej wartości i niezależności, nad komunikowaniem swoich potrzeb i korzystaniem z oferty pomocy.

Obiektywnie biorąc, osoba może być w bardzo trudnej życiowo sytuacji, czyli stanąć wobec wymagania życiowego, któremu trudno sprostać bez wsparcia innych. Jednakże mimo braku szansy na pomoc lub przy ewidentnych zagrożeniach środowiskowych (ubogie bądź patologiczne środowisko) może ona wykorzystać zasoby pochodzące z przeszłego życia.

Podsumowanie

Koncentrację na uwarunkowaniach psychospołecznych uzasadnia fakt, że skuteczną realizację zadań rozwojowych najczęściej uzależnia się właśnie od właściwości funkcjonowania osoby, właściwości środowiskowych oraz charakteru interakcji osoby z otoczeniem. Trzeba wiedzieć, co powoduje i podtrzymuje trudności w realizacji zadań rozwojowych (słabe strony) oraz jakie są zasoby osoby i jej otoczenia warunkujące zdrowie psychiczne (mocne strony), aby świadomie udzielać osobie pomocy psychologicznej, umiejętnie przy tym podtrzymując procesy prozdrowotne. Rozważania przedstawione w tym rozdziale umożliwiają zrozumienie, jak złożony i wielowymiarowy charakter powinna mieć owa pomoc. W poradnictwie psychologicznym należy dołożyć wszelkich starań, by poznać możliwości i preferencje osoby, ale też by zrozumieć wymagania jej środowiska i istniejące w nim wzory.

Pytania sprawdzające

1. Jaka jest najprostsza i najprecyzyjniejsza definicja zadań rozwojowych?
2. Co stanowi treść zadań rozwojowych w okresie dzieciństwa, dorastania i dorosłości?
3. Skąd można czerpać inspirację teoretyczną przy rozważaniu utrudnień w realizacji zadań rozwojowych?

4. Jak można by najbardziej syntetycznie przedstawić psychologiczne uwarunkowania trudności w realizacji zadań rozwojowych?
5. Które społeczne uwarunkowania trudności w realizacji zadań rozwojowych wydają się najistotniejsze w okresie dzieciństwa, dorastania i dorosłości?

Problemy do dyskusji

1. Kierunek zmian treści zadań rozwojowych.
2. Wypracowywanie procedur pozwalających oceniać możliwości psychologiczne, kondycję psychiczną.
3. Szanse psychologów na zmienianie szerokiego społecznego kontekstu rozwoju (a nie tylko systemu rodzinnego czy atmosfery szkoły, miejsca pracy, odpoczynku).

Literatura zalecana

- Brzezińska, A.I., Appelt, K., Ziółkowska, B. (2008). Psychologia rozwoju człowieka. W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2). Gdańsk: GWP.
- Oleś, P. (2012). *Psychologia człowieka dorosłego. Ciągłość – zmiana – integracja*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Schaffer, H.R. (2008). *Psychologia dziecka*. Przeł. A. Wojciechowski. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk, H. (red.). (2008a). *Psychologia kliniczna* (t. 1). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Trempała, J. (red.). (2011). *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Rozdział 3

Poradnictwo dla rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym

Witold Pawliczuk

Wstęp

Na początku tego rozdziału przedstawiono wybrane zadania rozwojowe dziecka w wieku przedszkolnym i szkolnym. Opisano także trudności z realizacją tych zadań, będące najczęstszą przyczyną zwracania się o poradę. W tym rozdziale przybliżono również sposób myślenia dzieci w okresie przedszkolnym i szkolnym, przy czym punktem wyjścia opisu jest teoria Piageta (1964, 2012). Rozumienie sposobu funkcjonowania poznawczego dzieci jest niezbędne profesjonalistom pracującym w poradniach do prowadzenia właściwej psychoedukacji rodziców, dotyczącej funkcjonowania ich dzieci.

W dalszej części rozdziału omówiono problem wpływu wzorca więzi oraz temperamentu na funkcjonowanie człowieka i jego adaptację do środowiska. Problem więzi został tu przedstawiony na podstawie teorii więzi i przywiązania Bowlby'ego (2007) oraz prac Ainsworth (1975). Problematykę temperamentu opisano natomiast na podstawie teorii temperamentu stworzonej przez Thomasa i Chess (Thomas, Chess i Birch, 1970; Thomas i Chess, 1977, za: Strelau, 2010), ze względu na jej użyteczność w dalszych rozważaniach na temat udzielania pomocy dzieciom.

Następnie zaprezentowano podstawowe zasady i terminy stosowane w behawioryzmie oraz sposoby pracy z dziećmi z wykorzystaniem metod behawioralnych. Zwrócono również uwagę na to, jak środowisko może

przyczyniać się do pojawienia się problemów emocjonalnych i behawioralnych, utrzymywania się ich oraz zmniejszenia ich natężenia.

W dalszej części tego rozdziału ukazane zostały trudności, z jakimi mogą borykać się dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Opisano je pod kątem praktycznych problemów, z którym autor spotyka się w swojej codziennej pracy poradnianej. W związku z tym w niniejszym rozdziale nie wyczerpano wszystkich trudności i nie omówiono wszystkich możliwych strategii działania; skoncentrowano się tylko na tych, które zdaniem autora sprawdzają się w pracy w poradni oraz w pracy klinicznej.

Na koniec wskazano na wybrane problemy etyczne i pułapki, jakie może napotkać specjalista z poradni, próbując udzielić pomocy z wykorzystaniem metod behawioralnych.

3.1. Zadania rozwojowe dziecka w okresie przedszkolnym i szkolnym

3.1.1. Okres przedszkolny (3–5 lat) – wybrane zagadnienia

Okres przedszkolny to bardzo ważny czas w życiu dziecka. To okres wyzwań i nowych zadań rozwojowych (Havighurst, 1981, za: Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008). Zadania te nie tylko – jak to było we wcześniejszych okresach – dotyczą opanowania własnego ciała i najbliższego otoczenia, lecz także wymagają nauki nawiązywania pierwszych relacji rówieśniczych i wspólnej zabawy z innymi dziećmi. W okresie przedszkolnym dziecko odkrywa świat społeczny oraz zasady i reguły nim rządzące, uczy się kontroli własnych impulsów i wyrażania potrzeb w sposób akceptowany przez rówieśników i dorosłych (Bee, 2004; Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008).

W sferze poznawczej rozpoczyna się okres **prelogiczny, przedoperacyjny**, kiedy to w myśleniu dziecka dominuje percepcja. Utrudnia ona śledzenie faz procesu przekształceń. Dominuje „centracja”, która powoduje, że dziecko w trakcie przekształceń koncentruje się na jednej cesze przekształcanego przedmiotu, np. długości szeregu, pomijając inne jego właściwości, np. liczbę elementów w szeregu. Z centracją wiąże

się również brak zdolności do przekształceń, co uniemożliwia odwracalność myślenia. Skutkuje to np. tym, że w rozumieniu dziecka dłuższy szereg wydaje się złożony z większej liczby elementów niż krótszy, choć w rzeczywistości liczy ich tyle samo.

Występuje także **transdukcja**, czyli wnioskowanie od szczegółu do szczegółu, np. jeśli tata chodzi do pracy do warsztatu samochodowego, to ktoś idący do pracy idzie do warsztatu. Rozwój wyobraźni determinuje specyficzny sposób postrzegania świata przez dziecko. Przedmioty martwe stają się ożywione (**animizm**), słońce na niebie powiesił człowiek lub bóg (**artyficyjalizm**), a księżyc świeci, aby w nocy było jasno i ludzie się nie pogubili (**finalizm**). U dzieci można również obserwować **egocentryzm wczesnodziecięcy**, a więc przekonanie, że „to, co ja myślę i czuję, myślą i czują wszyscy inni ludzie”, który pod wpływem coraz częstszych kontaktów z innymi dziećmi powoli zanika i nie występuje już u dzieci w wieku szkolnym (Piaget, 1964, 2012).

W okresie przedszkolnym dziecko uczy się panowania nad swoimi emocjami, czyli umiejętności dostosowania ich do kontekstu społecznego. Bardzo małe dzieci nie potrafią kontrolować emocji. Widać u nich wszystkie stany emocjonalne, których doświadczają. Nietrudno jest w wypadku dwulatka odgadnąć, czy w obecnym momencie jest zły, szczęśliwy lub smutny. U przedszkolaka sprawa się komplikuje, ponieważ powoli uczy się on kontrolować i ukrywać swoje emocje, np. uśmiechać się, kiedy sytuacja społeczna tego wymaga. Pozwala mu to na uczenie się akceptowanych przez innych sposobów wyrażania swoich emocji, w tym złości (Bee, 2004; Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008). Jednakże nie wszystkie dzieci w okresie przedszkolnym osiągają to zadanie rozwojowe i dlatego wybuchy złości i agresja wobec otoczenia są częstym problemem zgłaszanym przez rodziców i nauczycieli dzieci rozpoczynających naukę w szkole.

Okres przedszkolny to czas wspólnej zabawy z innymi dziećmi. Dziecko, aby móc się bawić z rówieśnikami i czerpać z tego satysfakcję, musi podporządkować się pewnym regułom i zasadom zabawy. Zabawa to podstawowy sposób uczenia się dziecka w tym wieku. Dzięki zabawie i w jej trakcie dziecko rozwija swoją wyobraźnię, uczy się wspólnego przestrzegania ustalonych zasad zabawy, wypełniania ról przydzielonych w zabawie oraz rozwiązywania konfliktów i nieporozumień, jakie mogą

się podczas niej pojawić. Zabawy ruchowe pozwalają dziecku na rozwój i doskonalenie umiejętności motorycznych, np. kopania i łapania piłki, skakania itp. (Bee, 2004; Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008). Dzieci, które nie potrafią dostosować się do zasad zabawy, próbujące narzucać swoje reguły bez konsultowania ich z innymi dziećmi, lub też unikające zabaw z kolegami, często są uważane za dzieci problemowe i kierowane przez nauczycieli wychowania przedszkolnego do poradni psychologiczno-pedagogicznych w celu diagnozy ewentualnego problemu.

Zdaniem Havighursta (1981, za: Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008) jednym z zadań rozwojowych przedszkolaka jest **osiągnięcie stabilności fizjologicznej**. Oczywiście, trening czystości już dawno powinien być zakończony i dziecko powinno potrafić sygnalizować swoje potrzeby fizjologiczne. Z różnych względów dzieciom nadal zdarza się jednak zmoczyć lub zanieczyścić. Tak więc okres przedszkolny to czas przejściowy, pozwalający nauczyć się „lepszego wczuwania” we własne ciało i szybkiego zgłaszania swoich potrzeb fizjologicznych.

Pierwsze dni w przedszkolu to dla dziecka trudny czas. Często po raz pierwszy zostaje ono na tak długo bez osoby, która się nim opiekuje i z którą jest silnie związane. W przedszkolu panują inne niż w domu zasady, którym dziecko musi się podporządkować, i nie ma mamy, babci, taty, którzy mogliby w każdej chwili pomóc. W związku z tym dziecko uczy się samodzielności, np. szybkiego samodzielnego ubierania się, mycia rąk, zgłaszania swoich potrzeb, doboru towarzyszy zabawy. Większość dzieci po krótszym lub dłuższym czasie potrafi sobie poradzić z separacją od opiekuna i zaczyna adaptować się do nowych warunków i zasad. Jednakże część dzieci ma trudności z dostosowaniem się do nowego środowiska i zasad w nim panujących.

3.1.2. Okres szkolny (6–11 lat) – wybrane zagadnienia

Dziecko kończące przedszkole to już inne dziecko niż to, które je zaczynało. Jeśli prawidłowo się rozwijało i osiągnęło zadania rozwojowe okresu przedszkolnego, to powinno być przygotowane do rozpoczęcia nauki w szkole, gdzie czekają na nie nowe zadania rozwojowe. Zdecydowana większość z nich dotyczy nauki, czyli zdobywania

umiejętność pisania, czytania i liczenia. Aby dziecko mogło się tego nauczyć, powinno opanować pewne umiejętności składające się na pojęcie **gotowości szkolnej**, czyli osiągnąć taki poziom rozwoju umysłowego, emocjonalnego, społecznego i fizycznego, jaki umożliwi mu udział w życiu szkolnym, czyli podjęcie i satysfakcjonujące wypełnianie roli ucznia. Gotowość szkolna zawiera się w trzech sferach:

- **psychomotorycznej** (np. dziecko potrafi skoncentrować się na zadaniu, nie ma problemów z utrzymaniem równowagi, potrafi zapamiętać podstawowe informacje),
- **słownikowo-pojęciowej** (np. dziecko ma bogaty zasób słownictwa, potrafi dokonywać klasyfikacji),
- **emocjonalno-motywacyjnej** (np. dziecko umie znosić napięcie, potrafi odraczać nagrodę).

Jednakże uzyskanie gotowości szkolnej to dopiero początek kariery szkolnej. Podczas nauki w szkole dziecko będzie musiało wypracować strategie uczenia się nowego materiału i jego powtórek oraz organizacji informacji w sposób pozwalający na późniejsze wydobywanie ich z pamięci (Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008). Będzie to możliwe, ponieważ zdecydowana większość dzieci osiągnie już taki poziom rozwoju poznawczego, że będzie mogła wkroczyć w etap **operacji konkretnych**. Według Piageta operacje konkretnie to zestaw silnych i abstrakcyjnych „reguł” lub „strategii działania”, takich jak odwracalność, dodawanie, odejmowanie, mnożenie i dzielenie oraz kategoryzacja. Każda z tych operacji dotyczy przedmiotów i wzajemnych relacji między nimi. Dziecko w tym okresie – ze względu na umiejętność „decentracji” – rozumie, czym jest **odwracalność**, i prawidłowo rozwiąże zadanie typu „który szereg jest dłuższy” (wspomniane przy opisie rozwoju przedszkolaka). Posiada już zdolność do tworzenia hierarchii klas (Pimpuś, sznauca, pies) i rozumie zależności między nimi. Potrafi posługiwać się **logiką indukcyjną**, np. dodanie jednej piłki do reszty piłek zwiększa zbiór piłek o jeden. Nie potrafi jednak posługiwać się logiką dedukcyjną, czyli z ogólnych praw wnioskować o pojedynczym zjawisku. Ogólnie mówiąc, dziecko bardzo dobrze rozumie to, co zna i widzi (zjawiska konkretne), i tym manipuluje. Nie ma jednak zdolności do manipulowania rzeczami, które są

potencjalnie możliwe lub ideami, np. co by było, gdyby na świecie zapanowała anarchia (Piaget, 2012).

Ważnym zadaniem rozwojowym dziecka w okresie szkolnym jest nauka współpracy i utrzymania relacji w grupie rówieśniczej (Havighurst, 1981 za: Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008). Uczestnictwo dziecka w grupie rówieśniczej pozwala nie tylko na uczenie się nowych zachowań, lecz także daje poczucie bycia akceptowanym i szanowanym przez rówieśników, a w konsekwencji poczucie spełnienia społecznego (Kulik, 2005). Akceptacja grupy rówieśniczej wpływa także na formowanie się **samooceny** dziecka, czyli aspektu Ja odnoszącego się do poczucia własnej wartości i poczucia kompetencji, jakiego doświadcza człowiek w stosunku do siebie (Schaffer, 2008). Samoocena dziecka w wieku szkolnym – inaczej niż u przedszkolaka – jest niezależna od sytuacji i stabilna w czasie (Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008). Chociaż wszystkie dzieci wykształcą w toku rozwoju specyficzne dla siebie myślenie o sobie i swoich kompetencjach, to część dzieci może mieć trudności z wykształceniem samooceny adekwatnej do swoich możliwości. Dzieci, które nie potrafią dostrzec swoich „silnych stron”, mogą wymagać wsparcia i pomocy w tym zakresie.

Podobnie jak w okresie przedszkolnym również na powodzenie w „starcie szkolnym” i dalszy rozwój dziecka mają wpływ jego sukcesy i porażki w realizacji wcześniejszych zadań rozwojowych (Bee, 2004; Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008). Część dzieci, które nie zrealizowały zadań rozwojowych z wcześniejszego etapu ze względu na różnego rodzaju trudności, może trafić do poradni w celu diagnozy problemu i otrzymania pomocy.

3.2. Trudności w realizacji zadań rozwojowych wynikające ze wzorca przywiązania

Małe dziecko rozwija się w środowisku rodzinnym. W rodzinie zaspokaja swoje potrzeby – zarówno fizjologiczne, jak i psychiczne. Interakcje między opiekunem a dzieckiem są bardzo ważne, ponieważ kształtują więź i przywiązanie między tymi osobami.

Według Bowlby'ego (2007), twórcy teorii więzi i przywiązania, jakość przywiązania zależy od wczesnodziecięcych doświadczeń z opiekunem. Na gruncie tych doświadczeń małe dzieci tworzą **wewnętrzne modele operacyjne**, czyli strukturę poznawczą, na podstawie której zaczynają interpretować otaczający je świat i budować zespół przekonań odnoszących się do opiekuna, siebie oraz samej relacji. Z obecnie prowadzonych badań wynika, że przywiązanie kształtuje się do ok. 3 r.ż., a wewnętrzne modele operacyjne tworzą się w prawej półkuli mózgu i są przechowywane w pamięci proceduralnej (Schore, 2000, 2001).

Utworzony w okresie wczesnego dzieciństwa wzorzec przywiązania jest matrycą dalszych więzi, jakie tworzy i jakie będzie tworzył człowiek w kontaktach z innymi osobami (Bowlby, 2007). Brak więzi i przywiązania ze strony ważnych dla dziecka osób, które zaspokajałyby jego potrzebę bezpieczeństwa, jest postrzegany jako czynnik rozwoju zaburzeń psychicznych. Badania Zeanaha (1996) wykazały, że dzieci z brakiem prawidłowej więzi wykazują znaczny poziom niepokoju oraz deficyty w funkcjonowaniu społecznym. Natomiast bezpieczna więź łączy się z brakiem zaburzeń psychicznych. Spełnia też funkcję ochronną, wywierającą wpływ na sposób radzenia sobie z traumatycznymi przeżyciami i stresem. Jakość przywiązania może więc wpływać na trudności z radzeniem sobie z zadaniami rozwojowymi, jakie stoją przed człowiekiem (Król-Kuczkowska, 2008).

Ainsworth (1975) na podstawie badań dzieci w wieku 12–18 miesięcy, przeprowadzonych za pomocą Procedury Obcej Sytuacji, która w dużym uproszczeniu polega na obserwacji reakcji dziecka w sytuacjach rozłąki z opiekunem, interakcji z obcą osobą i powtórnego połączenia z matką, wyróżniła trzy style przywiązania:

- **przywiązanie bezpieczne** (dzieci czują się swobodnie i są odważne w obecności matki; są zaniepokojone, kiedy zostają z obcą osobą, i powoli uspokajają się po powrocie matki),
- **przywiązanie lękowo-unikające** (separacja od matki nie powoduje silnego lęku; dzieci podobnie zachowują się przy matce, jak przy osobie obcej; po powrocie matki nie dążą do ponownego kontaktu z nią, unikają jej lub ją ignorują),

- **przywiązanie lękowo-ambiwalentne** (dzieci odczuwają stały poziom napięcia i niepokoju; na separację od matki reagują silnym stresem i rozpaczą, a po jej powrocie przyjmują postawę ambiwalentną: z jednej strony złością się i są lękowe, z drugiej zaś dążą do kontaktu z matką).

Main i Solomon (1986) wyróżniły jeszcze dodatkowo **styl przywiązania**, który nazwały **zdezorganizowanym**. Charakteryzuje się ono tym, że zarówno w sytuacji obecności opiekuna, jak i separacji od niego u dzieci można obserwować strach i zmieszanie, wyrażane przez kołysanie się, zakrywanie twarzy, uderzanie rękami lub głową o ścianę oraz zamieranie w bezruchu. Obserwuje się również pragnienie ucieczki z sytuacji, w której znalazło się dziecko, zachowania związane z przybliżaniem się do opiekuna i unikaniem go.

Dzieci cechujące się bezpiecznym stylem więzi i przywiązania potrafią nawiązać bliskie i trwałe relacje. Umieją regulować i doświadczać własnych emocji, potrafią odróżniać siebie, swoje myśli i uczucia od drugiej osoby. Potrafią różnicować siebie oraz innych jako odrębne istoty. Mają większą odporność psychiczną. Lepiej radzą sobie z traumą.

Dzieci cechujące się lękowo-unikającym stylem przywiązania zaprzeczają lub minimalizują potrzebę więzi i bliskości z drugim człowiekiem, aby nie doświadczać odrzucenia. Same pozostają w dużym dystansie wobec osób, do których są przywiązane.

Dzieci cechujące się lękowo-ambiwalentnym stylem przywiązania mają problemy z regulacją swoich emocji. Często przejawiają silne, nieadekwatne reakcje emocjonalne, co ma na celu uzyskanie kontaktu z osobą, do której są przywiązane. Takie osoby mają niską tolerancję na lęk przed opuszczeniem i odrzuceniem. Charakteryzuje je silne skupienie na relacji, w związku z którą przeżywają sprzeczne uczucia. Z jednej strony dążą do kontaktu, z drugiej zaś mają poczucie frustracji i niepokoju, nawet gdy kontakt zostanie uzyskany.

Osoby ze zdezorganizowanym stylem przywiązania często doświadczają lub doświadczały zdarzeń traumatycznych w rodzinie (przemocy fizycznej, emocjonalnej, seksualnej). Z tego też powodu na sytuacje emocjonalnej bliskości reagują one obronnie, często niszcząc relacje. Trudno im odróżnić rzeczywistość od własnych obronnych przekonań.

Mają trudność z refleksją nad otaczającą ich rzeczywistością, ponieważ odcięcie tej funkcji chroni je przed ponownym doświadczaniem uczuć związanych z traumą (Król-Kuczkowska, 2008).

Mimo iż dotychczasowe rozważania mogą wskazywać na to, że wzorzec przywiązania jest zdeterminowany przez rozwój wczesnodziecięcy, to z badań wynika, że choć jest on względnie trwały i stabilny w czasie, to może ulegać zmianie w ciągu życia i może być zależny od jakości środowiska, w jakim dziecko rozwija się, od jakości opieki, jakiej doświadcza, a także od poziomu stresu lub wsparcia, jakie otrzymuje (Sroufe i in., 1999). W związku z tym podczas pracy w poradni nie można pomijać wzorca przywiązania cechującego klienta i należy dopasować do niego swój styl pracy oraz wdrażane działania. Dotyczy to zarówno dzieci, którym profesjonalista stara się pomóc, jak i rodziców, którzy mogą stosować niewłaściwe strategie radzenia sobie z trudnościami dziecka ze względu na własny, inny niż bezpieczny, styl przywiązania.

3.3. Trudności w realizacji zadań rozwojowych wynikające z temperamentu

Na to, że niektóre dzieci mają problemy z adaptacją do nowych dla nich warunków szkolnych czy przedszkolnych, mogą wpływać różne czynniki, także temperamentalne. Jedną z ważnych koncepcji dotyczących dziecięcego temperamentu stworzyli Thomas i Chess (Thomas, Chess i Birch, 1970; Thomas, Chess, 1977, za: Strelau, 2010). W czasie swoich badań nad małymi dziećmi wyróżnili oni dziewięć wymiarów temperamentu dziecka:

- 1) poziom aktywności, czyli tendencja do aktywnego i energicznego poruszania się, zamiast pozostawania w bezruchu,
- 2) rytmiczność, czyli regularność snu, czuwania i karmienia dziecka,
- 3) zbliżanie się do nowych sytuacji/wycofanie się z takich sytuacji,
- 4) adaptacyjność własnego zachowania do nowych warunków, do nowego doświadczenia,
- 5) próg reaktywności na stymulację dziecka,
- 6) intensywność reakcji dziecka na bodźce,
- 7) jakość nastroju prezentowanego przez dziecko,

- 8) podatność na zakłócenie (dystrakcję) swojego zachowania [kiedy się w coś zaangażuje – przyp. W.P],
- 9) wytrwałość w realizacji swojego zachowania.

Na tej podstawie Thomas i Chess wyróżnili trzy typy temperamentu:

- 1) „Dzieci łatwe” – nie sprawiają wielu trudności, szybko ustala się ich stały rytm jedzenia i spania, szybko adaptują się do nowych warunków.
- 2) „Dzieci trudne” – rytm jedzenia i spania ustala się o wiele wolniej, żywo i negatywnie reagują na rzeczy nowe, są bardziej nerwowe i więcej płaczą.
- 3) „Dzieci wolno rozgrzewające się” – wykazują mało intensywne reakcje, na nowe sytuacje mogą reagować różnie, np. biernym oporem, jednak kiedy przyzwyczajają się do danej sytuacji, potrafią funkcjonować, nie sprawiając większych problemów.

Nie tylko sam temperament kształtuje specyficzny wzorzec zachowania się jednostki. Istnieje wiele czynników, które mogą wzmacniać lub modyfikować cechy temperamentu dziecka. Według Scarr i McCartney (1983) jednym z takich czynników jest „**odnajdywanie swojej niszy**”. Każdy z nas dopasowuje swoją aktywność do swojego temperamentu. Tak więc dzieci bardziej aktywne będą angażować się w zabawy ruchowe, a dzieci mniej aktywne poszukają sobie innego zajęcia, takiego jak czytanie książek. Temperament wpływa również na interpretowanie swojego doświadczenia. Dla niektórych dzieci częste zmiany mogą być wyzwaniem i aktywizować je, inne mogą odbierać takie sytuacje jako zagrażające i reagować lękiem (Bee, 2004). Innym bardzo istotnym czynnikiem jest – jak twierdzą Buss i Plomin (1984) – tendencja rodziców do reagowania zgodnie z temperamentem dziecka. Zazwyczaj rodzice wzmacniają cechy temperamentalne dziecka, nagradzając w różny sposób ich przejawy.

Innym problemem, zauważonym przez Ruttera (1978), jest to, że rodzice dzieci z temperamentem określanym jako „trudny” przystosowują się do negatywnych cech temperamentalnych dziecka bardziej niż rodzice dzieci o odmiennych typach temperamentu. Może to powodować trudności

z tworzeniem przez rodziców środowiska wychowawczego odpowiedniego do rozwoju ich dziecka i adekwatnego do jego temperamentu.

Jak już wcześniej wspomniano, różne cechy temperamentalne mogą być przez środowisko i opiekunów wzmacniane lub osłabiane. Należy zatem tak dostosować środowisko do temperamentu dziecka, aby to ostatnie mogło w pełni korzystać z oferowanych przez nie możliwości i prawidłowo się rozwijać. Jednym ze sposobów budowania środowiska przyjaznego rozwojowi są zaplanowane przez opiekunów oddziaływania behawioralne opisane w następnym podrozdziale.

3.4. Oddziaływania behawioralne w pracy z dziećmi

Jedną ze skutecznych metod pracy z dziećmi są oddziaływania behawioralne. We wdrożeniu tego rodzaju oddziaływań ważną okazuje się analiza zachowania dziecka i stworzenie bodźców, które są dla niego tak istotne, że mogą zwiększać motywację do utrzymania nowego zachowania (nagrody, pochwały) lub zmniejszać tendencję do powtarzania zachowań niepożądanych (konsekwencje, zasady). Ważnym elementem oddziaływań jest również dysponent tych bodźców, czyli osoba, która uważnie obserwuje zachowanie dziecka i adekwatnie do zachowania je stosuje. Tą osobą jest opiekun dziecka – czy to w środowisku domowym, czy to przedszkolno-szkolnym. Oddziaływania behawioralne nie są działaniami akcyjnymi bądź ad hoc. Jest to starannie zaplanowany model postępowania „tu i teraz” z dzieckiem lub dziećmi, nie tylko trudnymi. W dalszej części tego rozdziału zostaną opisane podstawowe prawa behawioryzmu oraz wybrane techniki behawioralne, skuteczne w pracy z dziećmi w poradni, w środowisku rodzinnym oraz szkolnym.

3.4.1. Podstawy behawioryzmu, czyli co to jest zachowanie, rodzaje warunkowania, wzmocnienia oraz kary behawioralne

Aby skutecznie stosować oddziaływania behawioralne, warto zapoznać się z podstawowymi zasadami behawioryzmu. W behawioryzmie

najważniejsze jest pojęcie **zachowania**. Zachowanie to „wszelka aktywność jednostki: wszystko, co organizm robi” (Siuta, red., 2009). Są to zatem wszelkie aktywności, jakie dziecko podejmuje. Nie należy tego mylić ze wszystkim, czego dziecko nie robi. Nie będziemy zajmować się tym, że dziecko nie odrabia lekcji lub nie sprząta zabawek, ale tym, co w tym czasie robi, np. gra na komputerze albo ogląda telewizję. Zachowanie można zatem zdefiniować w kontekście czasu, miejsca i okoliczności z nim się wiążących. Powiemy więc: „Janek po obiedzie, zamiast w swoim pokoju odrabiać lekcje, siada do komputera”, lub: „Kasia po kolacji, zamiast sprzątać rozrzucone w salonie zabawki, ogląda telewizję”. Jak widać, zachowanie jest bardzo konkretnie zdefiniowane. Pomocne w pracy będzie również określenie częstotliwości występowania zachowania, np. „Paweł w trakcie lekcji pięć razy szturchnął Monikę”. Dzięki takiemu dokładnemu zdefiniowaniu zachowania będzie można monitorować zmiany i określić, czy częstotliwość zachowania maleje, wzrasta, a może pozostaje bez zmian. Monitoring zmiany pozwala ocenić, czy nasze oddziaływania są skuteczne (Kołakowski i Pisula, 2011).

Bardzo istotną kwestią jest określenie, jakie działania mają być podjęte w celu modyfikacji zachowania. W klasycznym behawioryzmie przyjmowano, że istnieją **wzmocnienia**, **kary** oraz brak wzmocnienia i kary, czyli **wygaszanie**. Wzmocnienie zawsze wiązało się z dostarczeniem bodźca, który miał na celu zwiększenie częstotliwości występowania zachowania. Dla zwierząt, którymi zajmowali się behawioryści, **wzmocnieniem pozytywnym** było dostarczenie pokarmu, np. za naciśnięcie dźwigni. **Wzmocnieniem negatywnym** było zabranie pewnej niedogodności, np. odłączenie pewnej części klatki od prądu po naciśnięciu dźwigni. **Kara** w ujęciu behawioryzmu mogła być **pozytywna**, np. impuls elektryczny po naciśnięciu niewłaściwej dźwigni, lub też **negatywna**, polegająca na zabranii dotychczasowych udogodnień, np. ponowne podłączenie połowy klatki pod prąd. Mogło też nastąpić **wygaszenie reakcji** w postaci powstrzymania się badacza od wszelkiego działania mimo właściwie wyuczonej reakcji, np. ciągłego naciskania dźwigni (Skinner, 2005).

Obecnie stosuje się behawioryzm „z ludzką twarzą” i nie wprowadza się aż tak drastycznych środków. Zasady odkryte przez behawiorystów mogą być z powodzeniem stosowane, ale w nieco zmodyfikowanej postaci,

i dlatego w dalszej części tego rozdziału będzie wykorzystywany uproszczony sposób analizy behawioralnej, który jest bardziej zrozumiały dla rodziców zgłaszających się po pomoc. Wszelkie działania mające na celu zwiększenie występowania danego zachowania będą nazywane wzmocnieniem tego zachowania, a w celu zmniejszenia częstości występowania określonego zachowania będą stosowane konsekwencje, lub też brak reakcji i uwagi dorosłego, czyli wygaszanie zachowania.

Człowiek uczy się zachowań w różny sposób. Może uczyć się przez **warunkowanie klasyczne**, polegające na wprowadzeniu bodźca warunkowego, który dotychczas nie wywoływał reakcji bezwarunkowej, do związku bodziec bezwarunkowy–reakcja bezwarunkowa, tak jak to zrobił Pawłow ze swoimi psami. Po kilku skojarzeniach bodziec warunkowy wywoływał reakcję warunkową, taką samą jak reakcja bezwarunkowa (psy Pawłowa śliniące się na dźwięk dzwonka). Choć wydaje się, że taka sytuacja jest mocno laboratoryjna i nie występuje w życiu, to często nieświadomie kupujemy produkty w sklepach właśnie dlatego, że zostały one skojarzone z przyjemnością. Także osoby cierpiące na zaburzenie po stresie traumatycznym (PTSD) reagują lękiem na bodźce, które kojarzą się z traumą, ale same jej nie wywołały, np. piosenka odtwarzana podczas wypadku może powodować silną reakcję lękową nawet długi czas po tym wydarzeniu, choć sama piosenka go przecież nie spowodowała.

Warunkowanie sprawcze, nazywane też **instrumentalnym**, polega na tym, że większe staje się prawdopodobieństwo konkretnego zachowania, jeśli zostało ono wzmocnione, a mniejsze, kiedy zostało ono ukarane. Stąd chętniej spotykamy się z osobami, które nas lubią i poważają, niż z tymi, które nas wyśmiewają. W takiej sytuacji duże jest prawdopodobieństwo, że będziemy szukać różnych wymówek, aby uniknąć takiego spotkania. Tak samo uczeń ma większą motywację do chodzenia do szkoły wtedy, gdy dostaje pozytywne oceny, niż wtedy, gdy dostaje „jedyńki”.

Modelowanie to sytuacja, w której czerpiemy wiedzę o zachowaniu z wzoru (modelu) pokazującego nam, jak się zachować lub jak się nie zachowywać, aby zminimalizować ryzyko porażki i odnieść sukces. Kiedy pierwszy raz lecimy samolotem, bacznie obserwujemy innych, bardziej doświadczonych od nas pasażerów i powtarzamy za nimi ich zachowanie. Model jest tym bardziej skuteczny, im bardziej jest do nas podobny, ważny

dla nas i im większą darzymy go sympatią oraz wtedy, gdy obserwujemy, że jego postępowanie przynosi mu wymierne pozytywne lub negatywne skutki. Na przykład Jaś może naśladować zachowanie swojego taty, ale także swojego kolegi na lekcji przyrody. Może też naśladować zachowanie „Spidermana”, ponieważ model nie musi być postacią realną. Może to być bohater filmu czy gry komputerowej (Gerrig i Zimbardo, 2009).

Należy zwrócić uwagę na to, jakie zachowanie chcemy zmienić i w jaki sposób, ponieważ różne nasze działania mogą powodować odmienne od założonych skutki. Jeśli więc chcemy uzyskać większą częstotliwość określonego zachowania, np. mówienia „dzień dobry” dorosłym, to należy takie zachowanie pochwalić. Kiedy chcemy, żeby Kasia sprzątała w swoim pokoju, można takie zachowanie nagrodzić przez zwiększenie czasu gry na komputerze w danym dniu. Powinniśmy również zastosować konsekwencję w postaci zakazu wyjścia na dwór, gdy Kasia nie posprząta pokoju, i nie reagować (wygasić zachowanie), gdy mruczy coś pod nosem o wyższości bałaganu nad porządkiem, ale idzie sprzątać swój pokój. Warto jednak pamiętać, że bardzo łatwo wzmocnić zachowanie, którego wcale nie chcemy wzmocniać. Nie możemy więc pogrozić z uśmiechem miłemu, acz niegrzecznemu Tomaszowi, który trzaska drzwiami, ponieważ w ten sposób wzmocnimy w nim to zachowanie jako właściwy sposób na zdobywanie uwagi dorosłego. Paweł, który uderzył młodszego brata, nie może spokojnie, jak gdyby nigdy nic, iść grać na komputerze, ponieważ wzmocni to w nim poczucie bezkarności, a grzeczna Zosia powinna mieć szansę pochwalić się przed mamą lub nauczycielką narysowanym przez siebie rysunkiem, bez tego bowiem następnym razem może mieć mniejszą motywację do pokazywania swoich prac dorosłym.

3.4.2. Praca na poprzeczce

Innym aspektem, który należy brać pod uwagę, projektując oddziaływania behawioralne, jest tzw. **praca na poprzeczce**. Nie można zapominać, że nie wszystkie dzieci są takie same, i trzeba dopasować wymogi rodzica czy nauczyciela do możliwości dziecka. Dlatego ważne jest, by nie oczekiwać, że Jan, który dotychczas nie był w stanie zrobić dwóch zadań z matematyki, będzie robił ich cztery. Jeśli projektujemy oddziaływania

behavioralne, róbmy to tak, aby dziecko im poddane miało szansę odnieść sukces. W takim przypadku, jeśli Jan sam zrobi jedno zadanie, to należy go za to pochwalić i zmotywować do dalszej pracy (Kołakowski i Pisula, 2011). Doświadczenia autora w pracy z rodzicami i samymi dziećmi wskazują, że nic tak nie pomaga jak poczucie sprawczości i osiągnięcie nawet małego sukcesu.

3.4.3. Analiza behawioralna według Carol Sutton

Bardzo przydatnym narzędziem do pracy z dziećmi i ich rodzicami jest **schemat ABC według Carol Sutton**. Dzięki temu schematowi można rozważyć występowanie danego zachowania pod kątem możliwych czynników poprzedzających je oraz konsekwencji, jakie ono powoduje. Rozważmy przykład Tomka, który na polecenie mamy, aby zaczął odrabiać lekcje (czynniki poprzedzające A), zaczyna z nią dyskutować (zachowanie B). Mama rozmawia z synem, po czym złości się i wychodzi z pokoju, a Tomek nadal nie odrabia lekcji (konsekwencje zachowania C). Dzięki tak prostemu schematowi możemy zorientować się, czy zachowanie będzie zanikało, czy wprost przeciwnie, zostanie wzmocnione i będzie miało tendencję do powtarzania się. W przytoczonym przykładzie zachowanie chłopca będzie się powtarzać, ponieważ Tomek osiągnął swój cel – nie musi odrabiać lekcji. Ten prosty schemat pozwala zastanowić się, w jaki sposób nie dopuścić do wystąpienia zachowania, np. nie dać wciągnąć się w dyskusję (działanie w punkcie A). Pozwala również na zadziałanie w punkcie C, czyli ustalenie takich konsekwencji, które sprawią, że dalsze powtarzanie zachowania przyniesie więcej strat niż zysków, np. zakaz gry na komputerze dotąd, aż Tomek odrobi lekcje (por. Sutton, 1992).

TABELA 3.1

Przykład analizy zachowania według Sutton

A	B	C
Zdarzenie poprzedzające	Zachowanie	Konsekwencje
Mama wydaje polecenie, aby syn odrobił lekcje	Tomek dyskutuje	Mama się złości i ustępuje Tomek nadal nie odrabia lekcji

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sutton (1992).

3.4.4. Zasady (działanie w punkcie A)

Aby ograniczyć lub wyeliminować pewne zachowania u dziecka, można zachęcić rodziców do stworzenia zasad obowiązujących w domu. Również nauczyciel może z klasą ustalić zasady, które będą obowiązywać podczas jego lekcji. **Zasady** są swoistymi drogowskazami, jak się zachowywać, dlatego powinny być sformułowane w sposób konkretny i pozytywny. Lepiej więc wprowadzić zasadę „pół godziny po obiedzie siadasz do lekcji”, niż „pilnie się uczysz”. Tak samo w klasie uczniowie lepiej rozumieją zasadę „w trakcie lekcji siedzisz w ławce”, niż „nie przeszkadzamy podczas lekcji”. Zasady powinny być tak sformułowane, aby dorośli mogli łatwo ocenić, czy zasada została złamana, czy nie. Dzięki zasadom dziecko uczy się, jakie są wobec niego oczekiwania i jakie zachowania będą przez dorosłych akceptowane, a jakie nie. Dobrym sposobem jest spisanie ustalonych zasad i chwalenie dzieci za ich przestrzeganie lub stosowanie konsekwencji za ich nieprzestrzeganie. W niektórych sytuacjach, żeby nie dopuścić do niepożądanego zachowania, wystarczy przypomnieć zasadę. W innych wypadkach trzeba zastosować konsekwencję, aby pokazać dziecku, że takie zachowanie nie będzie akceptowane.

3.4.5. Nagrody, przywileje i pochwały behawioralne (działanie w punkcie C)

Bardzo skutecznymi narzędziami, pozwalającymi utrzymać zmianę zachowania dziecka lub pozwalającymi ją wzmacniać, są nagrody i pochwały behawioralne. Pomocne jest również ustalenie przywilejów, tak aby dziecko miało poczucie, że jego praca nad zmianą jest przez opiekunów dostrzegana i wspierana.

Jednym z narzędzi pozwalających wzmacniać zachowania dziecka jest nagroda. **Nagroda** jest przyznawana za wykonanie ustalonego wcześniej zachowania. Nagrodę można zatem otrzymać zarówno za posprzątanie pokoju, jak i za spokojne siedzenie w klasie na lekcji. Nagroda jest konkretna i wcześniej z dzieckiem ustalana. Jest to pewnego rodzaju umowa między rodzicem/nauczycielem a dzieckiem, np. dodatkowe

20 minut gry na komputerze za posprzątanie pokoju. Nagroda musi zostać zrealizowana w jak najszybszym czasie po wypełnieniu warunków ustalonych we wspólnej umowie. Musi być atrakcyjna, by mogła motywować dziecko do pracy. Zabranie dziecka do opery w nagrodę za poprawienie oceny z polskiego może w wypadku większości dzieci (które nie są melomanami) odnieść skutek odwrotny do zamierzonego. Myśląc o nagrodzie, często wyobrażamy sobie potrzebę poniesienia kosztów finansowych, jednak bardzo skuteczną nagrodą jest możliwość spędzenia przez dziecko czasu z ważnym dla niego dorosłym. Możliwe więc, że dla Krzysia atrakcyjniejszą nagrodą od batonika będzie 20 minut gry w karty z tatą lub mamą.

Do narzędzi związanych ze wzmacnianiem zachowań należy także przywilej. **Przywilej** to coś, co dziecko ma dziś i będzie miało też jutro, jeśli nie zaangażuje się w niepożądane zachowania, i nie zostanie on odebrany w ramach konsekwencji (działanie w punkcie C). Przywilejami są wszelkie udogodnienia, które dziecko otrzymuje dlatego, że jest dla nas ważne i je kochamy. Przywileje mogą być różnego rodzaju, np.:

- 1 godzina dziennie gry na komputerze,
- możliwość oglądania filmu po wiadomościach,
- możliwość otrzymania tygodniowego kieszonkowego,
- możliwość zapraszania do domu kolegów,
- odebranie ze szkoły samochodem,
- udział w zajęciach dodatkowych (piłka nożna, judo),
- możliwość używania telefonu komórkowego,
- możliwość doładowania telefonu komórkowego itp.

Wśród przywilejów nie mogą znaleźć się rzeczy, które dziecku musimy zapewnić, aby nie zostać pociągniętym do odpowiedzialności prawnej za zaniedbanie lub znęcanie się nad dzieckiem, a musimy zapewnić dziecku cztery pełnowartościowe posiłki w ciągu dnia, czyste, całe oraz odpowiednie do pory roku ubranie, przybory szkolne, zeszyty i książki, możliwość chodzenia do szkoły, łóżko oraz opiekę lekarską. Reszta rzeczy, które zapewniamy dziecku w domu, to przywileje (Kołakowski i Pisula, 2011).

Innym skutecznym narzędziem pracy z dziećmi jest pochwała behawioralna. **Pochwała behawioralna** wzmacnia zachowanie, które nam się podoba. Może okazać się skuteczna wtedy, gdy jasno określimy słowami zachowanie, które chcemy wzmocnić. Skuteczniejsza więc będzie pochwała „zielone spodnie pasują ci do koloru oczu”, niż „ładne spodnie”, albo „zrobiłeś jedno zadanie z matematyki, bardzo dobrze”, niż „odrobiłeś pracę domową”. W pochwałach należy unikać słów i sformułowań, które „psują” pochwałę. Nie należy więc używać sformułowań typu:

- „nieźle ci wyszło” (niespełnianie standardów),
- „cieszę się, że nie pobiłeś się z kolegą” (używanie przeczeń),
- „pracowałeś tak dobrze jak siostra” (używanie porównań),
- „zrobiłeś zadanie, ale mógłbyś się jeszcze bardziej postarać” (mieszanie pochwały z wychowaniem),
- „widzisz, jak chcesz, to potrafisz” (wychowywanie) itp.

Użycie tego rodzaju sformułowań sprawia, że osoba, do której kierowana jest pochwała, nie czuje się chwalona, a czasem nawet odbiera nasze słowa jako „czepianie się”.

3.4.6. Konsekwencje (działanie w punkcie C)

Konsekwencja to kolejne narzędzie pozwalające ograniczyć, a nawet wyeliminować niepożądane zachowanie. Uczy ono także ponoszenia konsekwencji własnych czynów. Konsekwencja tym różni się od kary, że kara często jest ustalana przez dorosłego w stanie silnego zdenerwowania. Wtedy też wymyślane są kary, które bardziej mają na celu odreagowanie przez dorosłego swoich emocji niż wychowanie dziecka. Często występujące kary typu „przez miesiąc nie wyjdiesz na dwór” lub „nie grasz na komputerze do odwołania”, po pierwsze, nie pozwalają dziecku na zrehabilitowanie się, a po drugie, nie są możliwe do wyegzekwowania.

Istnieją różnego rodzaju konsekwencje. **Konsekwencje regulaminowe** nie są związane bezpośrednio z przewinieniem i mogą polegać na:

- cofnięciu lub ograniczeniu przywileju, który dziecko ma (codzienna godzinna gra na komputerze),

- wykonaniu dodatkowego zadania (umycie naczyń),
- czasowym odesłaniu dziecka w nudne miejsce (np. łazienka, sypialnia, krzeselko odwrócone przodem do ściany lub miejsce w szkole, gdzie dziecko może przebywać i być bezpieczne, ale gdzie nie będzie mogło uzyskać uwagi dorosłego),
- zabranii uwagi, kiedy dziecko swoim zachowaniem stara się ją uzyskać.

Konsekwencje naturalne są naturalną reakcją na niepożądane zachowanie dziecka. Polegają na naprawieniu szkody, np. posprzątaniu rozlanej wody, przeproszeniu osoby pokrzywdzonej i jej zadośćuczynieniu. Konsekwencje naturalne ponoszą też dzieci, kiedy zniszczą swoje rzeczy, np. nadal się uczą z książki, którą podarły w złości. **Konsekwencje nadrzędne** to konsekwencje, które nie wymagają współpracy z dzieckiem. Na przykład wyłączenie komputera i pozostanie w swoim pokoju wymaga współpracy z dzieckiem, ale ograniczenie kieszonkowego lub rezygnacja z pójścia do kina w sobotę takiej współpracy nie wymaga.

Aby konsekwencja była skuteczna, powinna być:

- możliwa do zrealizowania,
- nieprzyjemna dla dziecka,
- adekwatna do przewinienia,
- wcześniej ustalona za złamanie konkretnej zasady,
- wykonana w ciągu maksymalnie 24 godzin,
- konsekwentnie stosowana po każdym przewinieniu, za jakie została ustalona.

Jeśli zaczniemy stosować konsekwencje, to należy się liczyć z czasowym zastrzeżeniem częstotliwości niepożądanego zachowania, ponieważ dzieci mają tendencję do sprawdzania, na ile rodzic/nauczyciel jest konsekwentny w swoich działaniach. Jeśli rodzic/nauczyciel w takiej sytuacji wycofa się z ustaleń lub nie będzie ich stosował, to spowoduje to utrzymanie się częstotliwości i nasilenie zachowania na wyższym poziomie. Jeśli jednak rodzic/nauczyciel będzie konsekwentny w swoich działaniach, to nastąpi proces wycofywania się dziecka z dotychczasowego zachowania, ponieważ koszty jego powtarzania przewyższają zyski.

Możliwa jest jednak sytuacja, że dziecko mimo zakazu nadal łamie ustaloną zasadę. W takiej sytuacji należy zaostrzyć konsekwencje, ponieważ najwyraźniej zyski przewyższają straty, jakie dziecko poniesie, kiedy zaangażuje się w niepożądane zachowanie. Może też się zdarzyć, że dziecko nie chce ponieść konsekwencji swojego działania. W takiej sytuacji należy mieć przygotowaną konsekwencję nadrzędną (Kołakowski i Pisula, 2011)

Warto pamiętać, że lepszym sposobem zmiany zachowania jest stosowanie wzmocnień – w postaci nagród, pochwał, przywilejów – niż kar, czy też konsekwencji.

3.4.7. Wybuch agresji impulsywnej (działanie w punktach A, B i C)

W trakcie stosowania konsekwencji, jak też w innych sytuacjach, można spodziewać się u dziecka **wybuchu agresji impulsywnej**. W czasie wybuchu dziecko często nie panuje nad tym, co mówi oraz robi. Można się wtedy spodziewać krzyków, niszczenia rzeczy lub rzucania nimi. Nierzadko występuje agresja wobec innych osób lub autoagresja. W wypadku wybuchu agresji impulsywnej można działać w dwóch punktach schematu Sutton (1992), mianowicie w punkcie A przed wybuchem i w punkcie C po wybuchu. W punkcie B jesteśmy jedynie w stanie kontrolować wybuch i działać tak, aby jak najbardziej ograniczyć szkody i wielkość oraz siłę wybuchu. Zanim dojdzie do wybuchu, można obserwować jego zwiastuny. U dziecka – podobnie jak i u każdej innej osoby – można zauważyć zwiastuny wybuchu, o ile zwróci się uwagę na zachowanie i reakcje mimiczne, które wskazują na silne, ale ukrywane emocje. Do zwiastunów wybuchu należą m.in.:

- zaciśnięte pięści,
- duża nadruchliwość (trudność ze znalezieniem sobie miejsca),
- zamykanie się w pokoju,
- wykonywanie rzadko wykonywanych, czasem nielubianych czynności (np. sprzątanie),
- czerwona twarz,

- płacz,
- marszczenie brwi,
- pozycja gotowości do walki,
- siedzenie w kącie itp.

Jeśli rodzic lub nauczyciel zna dziecko, to jest w stanie zauważyć oznaki zbliżającego się wybuchu i może spróbować go rozładować. Istnieją różne sposoby rozładowania wybuchu, takie jak:

- rozśmieszenie dziecka,
- zmęczenie go fizycznie, przez zabawy ruchowe,
- zachęcenie do nadmuchania balonu tak mocno, aż pęknie,
- zaproponowanie dziecku, by zamalowało całą kartkę papieru,
- zachęcenie do podarcia kartki lub starych gazet i wyrzucenie ich do kosza.

Kiedy jednak dojdzie do wybuchu, należy uważnie obserwować dziecko, tak aby nie zrobiło ani sobie, ani innym krzywdy lub aby nie zniszczyło cennych dla nas przedmiotów. Ważne jest, żeby w trakcie wybuchu nie rozmawiać z dzieckiem ani go nie przekonywać, że źle się zachowuje. Należy tylko dyskretnie obserwować dziecko, nie poświęcając mu uwagi. Kiedy jednak uznamy, że wybuch jest zagrożeniem dla nas, dziecka lub osób je otaczających, należy zwrócić się o pomoc do innego dorosłego, ponieważ dwie osoby łatwiej sobie poradzą z tego rodzaju sytuacją. Pojawienie się innych dorosłych w celu pomocy daje dziecku jasno do zrozumienia, że nie będziemy tolerować takich zachowań. Gdy wybuch się skończy, istotne jest, aby pozwolić sobie na „chwilę oddechu” i ochłonięcia. Dzieci szybko wracają do poziomu aktywności sprzed wybuchu, dorośli raczej nie. Można więc odesłać przepraszające dziecko do jego pokoju lub na przerwę, dając jasno do zrozumienia, że porozmawiamy z nim, kiedy sami chwilę odpoczniemy. Gdy już jesteśmy gotowi, dziecko powinno, jeśli jest taka konieczność, posprzątać po wybuchu, przeprosić wszystkich uczestników „akcji” oraz ponieść konsekwencję swoich działań (Kołakowski i Pisula, 2011). Konsekwencja powinna być dotkliwa, tak aby następnym razem dziecko starało się zapanować nad swoimi emocjami. Innego dnia można razem z dzieckiem

porozmawiać o sposobach radzenia sobie ze złością w sposób akceptowany przez innych domowników czy szkołę, a nawet je wypisać, żeby można było z nich korzystać. Często wydaje się nam, że poinformowanie dziecka o prostych sposobach radzenia sobie ze złością jest zbyteczne, że to strata czasu. Doświadczenia autora tego rozdziału wskazują jednak, że to, co jest zrozumiałe dla ukształtowanego społecznie dorosłego, może się okazać dużym odkryciem dla „uczącego się życia” dziecka.

3.5. Oddziaływania behawioralne w specyficznych problemach u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym

W dalszej części tego rozdziału zostaną ukazane techniki behawioralne skuteczne w radzeniu sobie ze specyficznymi problemami, jakie mogą pojawić się u dzieci w wieku przedszkolnym, szkolnym i nie tylko. Przedstawione tutaj techniki nie wyczerpują bogactwa technik behawioralnych, które mogą mieć zastosowanie w opisanych dalej trudnościach, a jedynie sygnalizują możliwe sposoby pracy z dzieckiem.

3.5.1. Lęk separacyjny

Moment pójścia do przedszkola to dla dziecka i opiekuna trudny czas. Następuje wtedy rozluźnienie często silnej więzi między rodzicem a dzieckiem. W zależności od temperamentu i dotychczasowego wychowania dziecka albo szybko adaptuje się ono do nowych warunków, albo nie jest w stanie opuścić rodzica. Dzieci mogą wymagać pomocy, kiedy reagują na rozdzielenie z opiekunem, do którego są przywiązane, silnym lękiem. Lęk ten utrudnia im chodzenie do przedszkola lub szkoły, utrzymuje się przez dłuższy niż 3–4 tygodnie okres i jest powiązany z wyobrażaniem sobie potencjalnych, czasem nierealistycznych zdarzeń, które mogą spowodować trwałą rozłąkę z opiekunem (wypadek, choroba, porwanie) (Derezińska i Gajdzik, 2010).

W takiej sytuacji pomocne okazują się metody behawioralne polegające na **stopniowym rozluźnianiu więzi dziecka z opiekunem**. Ich sednem

jest zaplanowanie powolnego ograniczania kontaktu z opiekunem przy jednoczesnym wprowadzaniu dystraktorów (zabawy, nauki), które mają na celu odwrócenie uwagi dziecka od myśli związanych z możliwymi nieszczęściami, jakie mogą zdarzyć się opiekunowi. Istotna jest tu metoda „małych kroków”, pozwalająca dziecku powoli adaptować się do nowej sytuacji i dyskomfortu związanego z rozstaniem z opiekunem. Na początku opiekun może pozostawać w zasięgu wzroku dziecka, ale z czasem okres pozostawania opiekuna w zasięgu wzroku powinien ulegać skróceniu. Zmiany powinny następować powoli, tak aby dziecko mogło adaptować się do nowej sytuacji. Na przykład rodzic przebywa większość czasu w sali bawialnej przedszkola, a kiedy widzi, że dziecko nie jest nim zainteresowane, znika z pola widzenia. Wraca, kiedy u dziecka obserwowany jest dyskomfort przeradzający się w lęk i poszukiwanie opiekuna. Wraz z wydłużającym się okresem zabawy dziecka i zanikaniem u niego dyskomfortu związanego z rozstaniem rodzic coraz krócej pozostaje w sali. W końcu przenosi się poza salę zabaw, a następnie wychodzi z przedszkola. Dodatkowo, w sytuacjach, w których dziecko starało się radzić sobie z dyskomfortem samodzielnie, należy je nagrodzić i pochwalić.

Jednym z problemów, jakie mogą pojawić się podczas stosowania opisanej tu procedury, są wypracowywane przez dziecko różne sposoby unikania pojawienia się lęku (np. odmowa pójścia do przedszkola) lub jego łagodzenia (np. ciągle dopytywanie, czy mama żyje, wymuszanie telefonów do opiekuna). W takich momentach ważne jest, aby nie pozwolić dziecku na stosowanie tego rodzaju strategii behawioralnych, gdyż powodują one dalsze narastanie lęku. Ogólnie unikanie sytuacji wywołujących lęk sprawia, że unikanie się nasila, i nie pozwala oswoić się z dyskomfortem związanym z pobytem w przedszkolu lub szkole bez mamy. Nie pozwala ono również na przekonanie się, że pobyt w przedszkolu czy szkole bez rodzica nie jest niebezpieczny i nie spowoduje trwałej rozłąki z opiekunem.

Zdarza się, że podczas pracy nad zmniejszeniem lęku u dziecka okazuje się, że problemem jest zachowanie opiekuna. Czasem większość pracy, jaką trzeba wykonać, aby poprawić funkcjonowanie dziecka, wiąże się z redukcją lęku przed separacją u rodzica. Należy więc przedstawić

rodzicowi pełną psychoedukację dotyczącą problemu lęku separacyjnego oraz pozyskać go do współpracy.

Na koniec warto wspomnieć o tym, że dziecko także powinno otrzymać rzetelną wiedzę o lęku i sposobach radzenia sobie z nim. Ważną z etycznego punktu widzenia kwestią jest poinformowanie dziecka, dlaczego zmniejszenie jego lęku separacyjnego ma tak duże znaczenie i co będziemy w tym celu robić.

Może się zdarzyć, że zastosowane sposoby pracy nie przyniosą efektów i lęk będzie utrzymywał się lub pogłębiał. W takiej sytuacji warto zwrócić się do lekarza psychiatrii dzieci i młodzieży w celu uzyskania pomocy i pogłębienia diagnozy. Przedstawiony wcześniej behawioralny schemat pracy z lękiem separacyjnym może być po pewnych modyfikacjach zastosowany również w środowisku szkolnym.

3.5.2. Moczenie mimowolne nieorganiczne

U bardzo małych dzieci problem moczenia nie zaprzęta rodzicom głowy. Może się jednak zdarzyć, że mimo prowadzenia treningu czystości i szczerych chęci dziecka nadal się ono moczy. Chociaż, jak wspomniano, we wczesnym dzieciństwie nie jest to problemem, to po 4 r.ż. rodzice powinni zacząć się niepokoić, a po 5 r.ż. zgłosić się po pomoc do specjalisty. Moczenie może być **dzienne** (dziecko moczy się w dzień) lub **nocne** (dziecko moczy się w nocy), lub też mieszane. Rozróżnia się **moczenie pierwotne** (dziecko mimo treningu czystości nadal się moczy) i **wtórne** (dziecko opanowało już trening czystości, przez 6 miesięcy nie moczyło się, po czym ponownie zaczęło się moczyć). Moczenie wtórne często jest spowodowane czynnikami psychicznymi, w wielu przypadkach nie można jednak wykluczyć czynników somatycznych. Natomiast psychogenne moczenie pierwotne występuje niezwykle rzadko i dotyczy raczej dzieci zaniedbanych, u których trening czystości prowadzony był nieprawidłowo lub go zaniechano, albo u dzieci wychowywanych w rodzinach patologicznych, w których nie zaspokajano potrzeb dziecka (Szymańska i Szymanik-Grzelak, 2005). Dlatego jeśli do poradni trafi dziecko z tego typu problemem, obowiązkowa jest konsultacja z lekarzem pediatrą, aby wykluczyć czynniki somatyczne. Leczenie oddziaływaniami

psychologicznymi problemów somatycznych nie jest skuteczne i może powodować frustrację dziecka, rodziców i pomagającego. Jednakże w tych przypadkach, w których pogłębiona diagnoza medyczna wskazuje, że moczenie mimowolne może być spowodowane czynnikami psychicznymi i wymagać pomocy psychologa, warto wprowadzić oddziaływania behawioralne i strategie pomagające złagodzić ten problem.

Bardzo prostą metodą ograniczania moczenia nocnego dziecka jest zmiana pewnych jego nawyków, co pozwoli na częstsze oddawanie moczu, lub też zmniejszenie jego produkcji. Skuteczne jest ograniczanie picia napojów gazowanych po południu oraz ograniczanie spożywania owoców i warzyw przed snem, ponieważ działają one moczopędnie. Można także ułożyć dziecko do snu po uprzednim oddaniu moczu, tak aby pęcherz przed snem był pusty. Ogranicza to zbieranie się moczu w pęcherzu podczas snu. Skuteczne jest również ustalenie określonej godziny wybudzania dziecka ze snu, np. 2 godziny po zaśnięciu, w celu oddania moczu, co pomaga dziecku wyrobić sobie nawyk chodzenia w nocy do toalety oraz pozwala na oddanie moczu już zebranego w pęcherzu.

Metodą bardzo skuteczną, bo pozwalającą na ograniczenie zarówno moczenia dziennego, jak i nocnego, jest **alarm enuretyczny** (wybudzeniowy) montowany w bieliźnie. Służy on do treningu toaletowego, czyli nauki hamowania mimowolnego oddawania moczu i uczenia się nawyku korzystania z toalety. Alarm taki składa się z sensora montowanego do pidżamy lub majtek i brzęczyka umieszczonego na pasku na nadgarstku lub w kieszeni. Alarm taki włącza się, kiedy następuje zawilgocenie bielizny, co powoduje zatrzymanie oddawania moczu i wybudzenie dziecka. W praktyce wygląda to tak, że dziecko budzi się, gdy słyszy alarm, wyłącza go i udaje się do toalety. W ten sposób w mechanizmie warunkowania klasycznego dziecko uczy się wybudzać w momencie wypełnienia pęcherza, zanim zacznie oddawać mocz (Herbert, 2006). Skuteczność takiego treningu w wypadku moczenia nocnego jest bardzo wysoka i dobrze udokumentowana (Doleys, 1977).

Dzieciom pomagają również nagrody za „noc suchą”, które zwiększają motywację do kontrolowania zwieraczy. W tym celu należy stworzyć kalendarz „nocy suchych i mokrych”. W takim kalendarzu za każdą „suchą noc” przyznawane są punkty, nazywane też żetonami, np. gwiazdki, samochodziki itp. Za odpowiednią liczbę żetonów dziecko może odebrać

nagrodę. Należy jednak pamiętać, że nagroda powinna być w zasięgu możliwości dziecka. Nagradzanie można także stosować w wypadku moczenia dziennego, aby zwiększyć motywację dziecka do kontrolowania pęcherza.

Kardynalnym błędem jest karanie dziecka za zmożenie łóżka lub bielizny. Może to powodować utrwalanie się problemu i pojawianie się dodatkowych problemów psychologicznych i psychicznych. Częstym błędem zarówno specjalistów, jak i opiekunów jest pozycja wyczekująca, związana z przekonaniem, że problem sam przejdzie. Co prawda, moczenie jest schorzeniem o wysokim odsetku remisji i często łączy się z niedojrzałością ośrodków nerwowych związanych z zawiadywaniem świadomą kontrolą oddawania moczu, lecz przedłużający się problem może wpływać na zawstydzanie dziecka, odrzucenie przez rówieśników, wyśmiewanie, a tym samym unikanie sytuacji rówieśniczych i wykształcanie się zaniżonej samooceny. Również takie czynniki, jak: zdarzenia traumatyczne, molestowanie seksualne, separacja z rodziną, kłótnie w domu, przeprowadzka czy zmiana szkoły mogą powodować wtórne moczenie się dziecka, którego nie należy bagatelizować (Szymańska i Szymanik-Grzelak, 2005; Herbert, 2006).

3.5.3. Zaniżona samoocena

Część dzieci ze względu na środowisko, w którym przebywają, oraz cechy temperamentalne ma większą tendencję do postrzegania siebie i swoich działań w kategoriach porażek. Często więc unikają one sytuacji, w których mogą osiągnąć sukces albo jeśli sukces osiągną, to go pomniejszają. Zdarza się, że środowisko, w którym funkcjonują, nierzadko daje im do zrozumienia, że są „do niczego”. Taka sytuacja może być podstawą rozwoju zaburzeń depresyjnych czy lękowych. Ważne więc jest, aby nie dopuścić do kształtowania się u dziecka dysfunkcyjnych przekonań, czyli sądów na temat siebie, innych oraz świata, koncentrujących się w tym wypadku na negatywnych doświadczeniach jednostki.

Często do poradni trafiają dzieci, które od samego początku zdradzają objawy zaniżonej samooceny. W takiej sytuacji zarówno rodzice, jak

i dzieci powinni oddzielnie otrzymać od udzielającego porad rzetelną wiedzę o tworzeniu się samooceny i jej wpływie na dalsze funkcjonowanie. Dzięki temu rodzice będą mogli nauczyć się, jak przez pochwały, nagrody, pozytywne zwrócenie uwagi, czas poświęcony tylko dziecku oraz przez wspólne rozmowy wspierać dziecko w zmaganiach z jego problemami.

Dziecko zaś powinno dowiedzieć się, w jaki sposób jego myślenie może wpływać na możliwość osiągnięcia sukcesu lub odniesienia porażki. Na przykład zakładanie, że „i tak mi się nie uda zrobić tego zadania”, sprawia, że nie wkłada się wystarczającego wysiłku w jego realizację, a porażka potwierdza tylko, że „jestem beznadziejny”. Dlatego ważne jest, aby zarówno w środowisku domowym, jak i przedszkolnym bądź szkolnym budować u dziecka „wyspy kompetencji”, czyli wzmacniać to, co mu wychodzi, np. „dobrze rysuję”, „dobrze gram w piłkę”, „najlepiej z klasy śpiewam”.

Osoba, która udziela pomocy dziecku z zaniżoną samooceną, często staje przed trudnością związaną z pokazaniem mu jego sprawczości i skuteczności. Nierzadko dziecko przypisuje swoje osiągnięcia czynnikom zewnętrznym („zadanie było proste”, „miałem szczęście”), a porażki czynnikom wewnętrznym („nic nie umiem, dlatego nie zrobiłem tego zadania na szóstkę”). Tak więc istotne jest, aby psycholog przez pokazywanie dziecku jego osiągnięć demonstrował i budował jego sprawczość oraz zdolność kierowania swoim zachowaniem.

Bywa jednak i tak, że wysiłki w poradni nie przynoszą korzystnych rezultatów, a obniżony nastrój u dziecka się utrzymuje. Warto wtedy skierować dziecko do psychiatrii dzieci i młodzieży, aby pomógł w diagnozie problemu i wykluczył depresję oraz inne zaburzenia psychiczne. Alarmująca jest także sytuacja, kiedy dziecko grozi samobójstwem, opowiada o nim lub przygotowuje się do niego. W takiej sytuacji konsultacja z psychiatrą dzieci i młodzieży jest obowiązkowa.

3.5.4. Dziecko nieposłuszne

Chociaż od dziecka w przedszkolu lub szkole wymaga się samodzielności w rysowaniu, załatwianiu swoich potrzeb fizjologicznych, zabawie itp., to

zdecydowana większość aktywności jest organizowana i kontrolowana przez dorosłych. Niestety, część dzieci nie została nauczona respektowania zasad i posłuchu dla dorosłych – zarówno w domu, jak i w przedszkolu czy szkole. Tworzy to często sytuacje konfliktowe z dorosłymi, ponieważ dziecko robi to, na co ma ochotę, a nie to, co jest w danym momencie wymagane. Często też prowokuje to zatargi z innymi dziećmi, gdyż nieposłuszne dziecko próbuje narzucać swoje zdanie i swoje zasady zabawy, nie respektując potrzeb innych. W kontaktach rówieśniczych często kończy się to odrzuceniem i wykluczeniem z zabawy. W relacjach z dorosłymi dziecko takie jest karane i łajane za brak posłuszeństwa. Taka sytuacja może powodować tworzenie się dysfunkcyjnych przekonań. Przekonania dysfunkcyjne, które mogą tworzyć się u nieposłusznego dziecka, to np.: „jestem zły”, „nie spełniam oczekiwań”, „jestem inny, odrzucany”. Mogą one wpływać na kształtowanie się zaniżonej samooceny. Dlatego ważne jest, aby wdrożyć dziecko do funkcjonowania w określonych ramach, czyli ustalić zasady, które dziecko zna, i uczyć je ich poszanowania. W wypadku pracy z dzieckiem nieposłusznym pomocna jest praca „na poprzeczce”. Istotne jest również, aby przez pochwały, przywileje i nagrody wzmacniać zachowania pożądane, a przez przypominanie zasady, lub też stosowanie konsekwencji zmniejszać częstość zachowań niepożądanych. Sposoby budowania zasad, stosowania pochwał, nagród, przywilejów i konsekwencji oraz realizowania pracy na poprzeczce zostały opisane we wcześniejszym podrozdziale.

Ponieważ zmiana zachowania dziecka jest tym skuteczniejsza, w im większym stopniu środowisko domowe oraz szkolne zostaną objęte zmianami w ich dotychczasowym funkcjonowaniu, dlatego w następnym podrozdziale zostaną przedstawione przykładowe sposoby pracy środowiskowej w celu zmiany zachowania dziecka i utrzymania zmiany tego zachowania.

3.6. Oddziaływania wpływające na modyfikację środowiska dziecka

Mając małego klienta w poradni, warto zastanowić się, jak rodzice i otaczające go środowisko mogą wpływać na pojawienie się problemu,

jego trwanie, a w końcu na zmniejszenie się jego natężenia. Nie można zapominać, że okres dzieciństwa to okres silnego oddziaływania rodziców i środowiska na dziecko. Należy więc zdać sobie sprawę z tego, że rodzic i dziecko stanowią „naczynia połączone” i zmiany w podsystemie rodzicielskim będą wpływać i wpływają na funkcjonowanie dziecka. Często w poradni słyszy się od rodziców, że to nie rodzice mają problem, tylko dziecko. Być może rodzina, która zgłasza się do poradni, nie jest rodziną dysfunkcyjną czy zaburzoną, ale jednocześnie sposób działania opiekunów dziecka – chociaż pozornie może wyglądać na właściwy – w rzeczywistości podtrzymuje problem. Na przykład matka, która pochyliła się w sklepie nad płaczącym, rozhisteryzowanym dzieckiem chcącym lizaka i kupuje mu go, z jednej strony zaspokaja potrzebę posiadania przez dziecko łakoci, a z drugiej wzmacnia u niego dysfunkcyjną strategię uzyskiwania dóbr i uwagi dorosłego. Tego typu przykłady można mnożyć. Dlatego też w wypadku dzieci praca z rodziną w zakresie poradnictwa i psychoedukacji oraz nauki technik behawioralnych przedstawionych w tym rozdziale jest kwestią podstawową, której nie można pominąć.

Innym środowiskiem mającym wpływ na funkcjonowanie dziecka, a tym samym na podtrzymywanie jego problemów, jest środowisko przedszkolne lub szkolne. Czasami zdarza się, że dziecko nie sprawia problemów w środowisku domowym, ale sprawia je w środowisku przedszkolnym bądź szkolnym lub odwrotnie. Ważne więc jest, aby oddziaływania, które sprawdzają się w jednym środowisku, zostały przeniesione do innego. Choć wydaje się to oczywiste, często okazuje się trudne do wdrożenia w życie. Dlatego w trakcie pracy poradnianej z dzieckiem i jego rodzicem należy rozważyć kontakt z placówką, do której uczęszcza dziecko, i psychoedukację na temat oddziaływań behawioralnych w tej placówce. Można np. wysłać do placówki zalecenia dotyczące sposobów postępowania z dzieckiem. Jeśli to nie jest skuteczne, to warto zastanowić się nad potrzebą kontaktu z przedszkolem lub szkołą w formie spotkania psychoedukacyjnego i superwizyjnego, umożliwiającego omówienie problemu i wdrożenie właściwych sposobów oddziaływania na dziecko. Należy pamiętać, że dziecko nie działa w „próżni społecznej”, ale funkcjonuje w pewnym systemie i tylko zmiany sposobu postępowania w całym systemie zwiększają skuteczność działań zmierzających do zmiany jego zachowania.

3.7. Dylematy i trudności w procesie poradnictwa

Jak wiadomo, każdy klient, który zgłasza się do poradni jest inny i dla każdego klienta należy wypracować indywidualny program pomocy. Nierzadko pomagający staje przed różnego rodzaju dylematami. W tym podrozdziale przedstawione zostaną różne problemy, jakie może napotkać profesjonalista.

3.7.1. Rodzina „przemocowa”

Kiedy podejmujemy pracę z dzieckiem w poradni, mogą pojawić się różne nieprzewidziane trudności, z którymi każdy pomagający musi się liczyć. Jednym z problemów jest przemoc w rodzinie, której ofiarą pada dziecko. W takiej sytuacji zgodnie z Ustawą z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. Nr 180 poz. 1493, art. 12) wymagane jest uruchomienie procedury Niebieskiej Karty. Należy jednak pamiętać, że wprowadzenie tej procedury wiąże się z zaangażowaniem innych instytucji w pomoc dziecku i rodzinie. Często w sytuacji wdrożenia procedury osoba pomagająca traktowana jest jak wróg rodziny i rodzina rezygnuje z dalszej z nią współpracy. Jeśli jednak zdarzy się, że rodzina nadal będzie chciała współpracować z nami lub z innym specjalistą z poradni, to należy być wyczulonym na pewien problem, jaki może pojawić się przy stosowaniu metod behawioralnych. W pracy z rodziną przemocową najskuteczniejsze jest zachęcanie do stosowania narzędzi, które wiążą się ze wzmacnianiem pozytywnych zachowań dziecka, lub też z zapobieganiem negatywnym zachowaniom przez ich przewidywanie. W tym wypadku nauka stosowania konsekwencji wobec dziecka jest niezasadna, a czasem niebezpieczna dla małego klienta poradni. Jest to spowodowane tym, że opiekunowie mający skłonność do zachowań przemocowych i agresywnych, często starają się korzystać z narzędzi typu konsekwencja i strategii radzenia sobie z wybuchem agresji impulsywnej dziecka, nie zwracając uwagi na pochwały i nagrody oraz przypominanie zasady. Na przykład jeden z rodziców za niechęć do odrabiania lekcji wsadził dziecko pod prysznic i oblał je zimną wodą. Inny zaś zniszczył ulubioną zabawkę dziecka w „konsekwencji” za zepsucie laptopa.

Pomagający musi więc zdawać sobie sprawę, że omawiane tutaj metody są skuteczne tylko wtedy, gdy między dzieckiem a opiekunem istnieje pozytywna relacja. Jeśli jej nie ma, trzeba ją zbudować i jest to podstawowe zadanie pomagającego.

3.7.2. Opiekunowie z dużymi wymaganiami wobec dziecka

Innym problemem są rodzice ze zbyt wysokimi oczekiwaniami i wymaganiami wobec dziecka. Jeśli pracuje się z taką rodziną, to należy zwrócić uwagę, czym jest dla rodziców „praca na poprzecze”. Nierzadko jest tak, że po pomoc dla dziecka zwracają się rodzice, którzy chcieliby mieć dziecko idealne. W ich rozumieniu dziecko ma problem, ponieważ nie spełnia oczekiwań, którym żadne dziecko ani dorosły nie są w stanie sprostać. Można np. usłyszeć: „Moje dziecko się nie uczy, bo ma tylko trzy piątki, a reszta to czwórki, a ja wiem, że stać je na więcej”, lub: „Proszę mi pomóc, moje dziecko jest zagrożone trójkami”. Był też tata, który zmuszał 9-letniego chłopca do oglądania wiadomości, ponieważ w badaniach psychologicznych wynik inteligencji jego syna określono jako „wysoki”. W takich sytuacjach należy pracować z rodzicami nad zmniejszeniem wymagań wobec dziecka. Jeśli bez dokładnego wywiadu i konceptualizacji problemu wdrożymy oddziaływania behawioralne, to stworzymy naszemu małemu klientowi „piekło na ziemi”. Możemy sprowokować sytuację, w której wobec dziecka będą wyciągane konsekwencje za niespełnianie standardów wyznaczonych przez rodziców, przy czym standardy te są dla niego – tak jak dla przeciętnego dziecka – nieosiągalne lub bardzo trudno osiągalne.

3.7.3. Opiekunowie lękowi

Rodzice lękowi mogą mieć różnego rodzaju problemy z wdrożeniem oddziaływań behawioralnych. Czasami przedstawiane w poradni metody spotykają się z oporem rodziców, ponieważ kojarzą się z kontrolą i oschłym wykonywaniem pewnych procedur. Tego typu rodzice często zaniżają możliwości swojego dziecka, bojąc się wymagać od niego umiejętności, które jest w stanie opanować, np. posłanie łóżka przez

dziecko 11-letnie, zmywanie naczyń itp. Twierdzą, że dziecko sobie nie poradzi. Nie potrafią też być konsekwentni w swoich działaniach z lękiem przed reakcją dziecka. W takim wypadku wymagana jest praca z rodzicami nad zwiększeniem pewności siebie oraz potrzebą zmniejszenia nadopiekuńczości mamy lub taty, aby dziecko mogło uczyć się samodzielności i realizować zadania rozwojowe adekwatne do jego wieku.

3.7.4. Rodzice niezaangażowani

Czasami do poradni zgłaszają się rodzice, którzy upatrują wszystkich swoich problemów w niepożądanym zachowaniu dziecka. Przy bliższym przyjrzeniu się i konceptualizacji problemu dziecka okazuje się, że opiekunowie nie poświęcają mu wystarczającej uwagi, dlatego dziecko zdobywa ją przez niewłaściwe zachowania. W takiej sytuacji skuteczne są metody behawioralne, zwłaszcza te, które pozwalają wydłużyć czas spędzany z dzieckiem oraz pozwalają na wzmacnianie jego zachowań pozytywnych. W tym wypadku pomoc w poradni powinna opierać się na wzmacnianiu więzi między dzieckiem a opiekunami i gruntownej psychoedukacji rodziców na temat tego, jak dzieci mogą próbować zwracać na siebie uwagę swoimi zachowaniami i dlaczego tak się dzieje.

Czasami działania pomagające mogą nie przynosić oczekiwanych efektów. Jeśli tak się dzieje, to warto rozważyć terapię rodzinną z certyfikowanym terapeutą rodzin. Być może **objaw spełnia ważną funkcję** w całej rodzinie i dlatego dziecko nie może z niego zrezygnować, ponieważ – jak już wspomniano w tym rozdziale – dziecko i rodzina to „naczynia połączone”. Nie należy jednak wdrażać terapii rodzin w rodzinach, w których nadal stosowana jest przemoc. W takiej sytuacji terapia rodzinna nie będzie skuteczna. Najpierw trzeba stworzyć bezpieczne środowisko rodzinne bez przemocy, by dopiero później prowadzić systemową terapię rodziny.

Podsumowanie

Praca w poradni stawia przed profesjonalistą wiele wyzwań. Wymaga od niego nie tylko koncentracji na problemie, z którym przyszedł klient i jego opiekun, lecz także zwrócenia uwagi na całokształt funkcjonowania dziecka oraz jego rodzinny, a także środowiska przedszkolnego czy szkolnego, w jakim klient się znajduje. Propozycje oddziaływań behawioralnych przedstawione w tym rozdziale będą skuteczne, jeśli będą konsekwentnie i systematycznie, dzień po dniu realizowane. Wymagają też od opiekuna i profesjonalisty utrzymywania z dzieckiem prawidłowej więzi opartej na bezpieczeństwie, empatii i zaufaniu. Dlatego tak ważne jest zwrócenie uwagi na różne dylematy, jakie mogą wystąpić w pracy z klientem, aby na ślepo nie wdrażać opisanych tu działań, a tym samym nie wyrządzać dziecku lub rodzicowi krzywdy.

Pytania sprawdzające

1. Podaj i opisz cechy trzech typów dziecięcego temperamentu według Thomasa i Chess?
2. Zdefiniuj termin „zachowanie” w świetle założeń i twierdzeń behawioryzmu. Podaj przykład zachowania.
3. Co to jest wzmocnienie negatywne? Podaj przykład takiego wzmocnienia.
4. Jakie techniki behawioralne można zastosować, kiedy dziecko zamiast się uczyć, gra na komputerze?
5. Co to jest „praca na poprzeczce”?

Problemy do dyskusji

1. Przypomnij sobie, jakim byłeś dzieckiem? Do jakiego typu temperamentu zaliczylibyś siebie według typologii Thomasa i Chess?
2. Zastanów się i spróbuj wytłumaczyć 7-letniemu dziecku, co to znaczy być grzecznym?
3. W pomocy psychologiczno-terapeutycznej istnieje zasada „niekarania za objawy”. W jakich sytuacjach oddziaływania behawioralne mogą łamać tą zasadę i pogarszać funkcjonowanie klienta?

Literatura zalecana

- Bee, H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Przeł. A. Wojciechowski. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Kołąkowski, A., Pisula, A. (2009). *Sposób na trudne dziecko. Przyjazna terapia behawioralna*. Sopot: GWP.
- Wolańczyk, T., Komender, J. (red.) (2005). *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Rozdział 4

Poradnictwo psychologiczne w okresie adolescencji

Witold Pawliczuk

Wstęp

W tym rozdziale zostały opisane wybrane zadania rozwojowe adolescenta i przemiany następujące w tym okresie. Ukazano w nim te zadania rozwojowe i trudności z ich osiągnięciem, które **są najczęstszą przyczyną zwracania się po pomoc do poradni**. Opierając się na teorii Piageta (2012), przybliżono sposób myślenia adolescenta. Profesjonalista pomagający w poradni powinien rozumieć sposób funkcjonowania poznawczego młodego człowieka i związane z tym implikacje.

Następnie opisano sposoby pracy z nastolatkiem oraz jego rodzicami jako ważny element powodzenia oddziaływań nakierowanych na adolescenta.

W dalszej części rozdziału przedstawiono trudności, z jakimi mogą borykać się adolescenty. Omówione tutaj zostały takie problemy, jak: trudności z budowaniem własnej tożsamości, lęk przed oceną przez innych, bunt nastoletni, eksperymentowanie z używkami, zjawisko przemocy rówieśniczej oraz podejmowanie przez młodzież prób samobójczych.

Na koniec wskazano na kwestie etyczne i pułapki, które może napotkać psycholog z poradni, gdy udziela pomocy młodym ludziom oraz ich rodzicom.

4.1. Zadania rozwojowe okresu adolescencji (12–18 lat) – wybrane zagadnienia

W życiu każdego dziecka nadchodzi taki wiek, kiedy przestaje się ono definiować jako dziewczynka lub chłopczyk i nie jest już zainteresowane zabawą lalkami czy samochodzikami. Zaczyna oczekiwać od dorosłych, że będą je traktować jak osobę dorosłą i odpowiedzialną, choć nadal trudno mu się tak zachowywać. W tym samym czasie dorośli zaczynają oczekiwać od niego odpowiedzialności i reagowania w sposób przewidywalny, a także dojrzałości w podejmowaniu decyzji, mimo iż dziecko zazwyczaj nie jest jeszcze w stanie takim oczekiwaniom sprostać. Wszystko to oznacza, że dla dziecka kończy się okres dzieciństwa i wkracza ono w okres adolescencji. W tym momencie społeczeństwo, biologia oraz rozwój psychiczny dziecka podnoszą mu poprzeczkę „zadań rozwojowych”, a kiedy młody człowiek ją pokona, wówczas staje się dorosłym człowiekiem.

W okresie adolescencji przed dzieckiem stoi wiele zadań rozwojowych, które powinno zrealizować. Niektóre zadania dotyczą akceptacji własnego ciała takim, jakie ono jest, oraz umiejętności efektywnego używania go, co wiąże się z poznaniem granic jego wytrzymałości (Havighurst, 1981, za: Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008). Warto zaznaczyć, że zadania te nie zawsze są dla dziecka łatwe do osiągnięcia, zwłaszcza że w trakcie adolescencji ciało pod wpływem hormonów zmienia się nie do poznania. U dzieci w wieku ok. 10–13 lat pojawia się „skok pokwitaniowy” (Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008), który rozpoczyna się mniej więcej 2 lata wcześniej u dziewcząt niż u chłopców. Następuje m.in. przyrost kości długich o ok. 7–10 cm, co powoduje wydłużenie się sylwetki ciała, u obu płci wzrasta masa mięśniowa, u dziewcząt przybywa tkanki tłuszczowej, natomiast u chłopców jej ilość maleje. W wieku ok. 9–14 lat rozpoczyna się intensywny rozwój płciowy i seksualny. Zmieniają się i rozwijają narządy płciowe (Bee, 2004). Z rozwojem seksualnym łączą się takie zadania rozwojowe, jak uzyskanie jasnej roli płciowej (mężczyzny lub kobiety) oraz nauczenie się nawiązywania bardziej dojrzałych relacji damsko-męskich (Havighurst, 1981, za: Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008). Na początku nastolatek przebywa

w jednorodnych pod względem płci grupach rówieśniczych, w których może poćwiczyć dotychczas zdobyte umiejętności społeczne, takie jak współpraca i dogadywanie się. Z czasem, gdy jest na to gotowy, zaczyna nawiązywać bliższe relacje z płcią przeciwną (w niektórych przypadkach z tą samą), co skutkuje pojawieniem się pierwszych poważniejszych relacji miłosnych. Początkowo opierają się one na egoistycznym zaspokajaniu własnych potrzeb, a z czasem stają się bardziej partnerskie i dojrzałe (Bee, 2004).

Kiedy rozpada się uporządkowany świat dziecka i powstaje chaotyczny świat nastolatka, pojawia się kryzys adolescencji i potrzeba zadania sobie ważnych pytań egzystencjalnych: „Kim jestem?”, „Jak ma wyglądać moje życie?”, „Jakim wartościom hołduję, a jakim nie?”. W zakresie moralności pojawia się w tym czasie potrzeba wartościowania, ustalenia hierarchii wartości oraz zaangażowania się w jakąś ideę, która mogłaby uporządkować ten „pokawałkowany” świat (Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008).

U nastolatka rozwija się tożsamość. Kształtuje się ona m.in. przez eksperymenty z własnym zachowaniem – wśród nich także niebezpieczne, jak używanie środków psychoaktywnych, popisywanie się swoimi możliwościami lub zachowania agresywne, które mają na celu zdobycie poklasku w grupie rówieśniczej, a zazwyczaj spotykają się z potępieniem ze strony dorosłych.

W rozwoju poznawczym następuje okres rozwojowy, nazywany **okresem operacji formalnych**. Adolescent tworzy już pewne hipotezy, np.: „Jak duży bałagan muszę mieć w pokoju, aby rodzice zrobili mi awanturę”, rozwija się myślenie dedukcyjne: „Jeśli dostałem jedynkę to znaczy, że nie zrobiłem prawidłowo żadnego zadania z matematyki” i inne zaawansowane operacje myślenia logicznego charakterystyczne dla większości osób dorosłych. Następuje więc oderwanie myślenia od konkretnych doświadczeń. Młody człowiek potrafi już rozważać sytuacje, które mogą się tylko potencjalnie zdarzyć, np. co będzie, jak będzie wyglądać moje życie, jeśli zostanę lekarzem? Potrafi również podejść metodycznie do rozwiązania problemu i systematycznie trzymać się jednej strategii, aby go rozwiązać. Osiągnięcie okresu operacji formalnych przez adolescenta pozwala mu myśleć o przyszłości i ją planować, a także rozumieć i przewidywać konsekwencje swoich decyzji (Piaget, 2012).

W rodzinach z nastoletnim synem lub córką często wybuchają konflikty np. o naukę, możliwość noszenia kolczyka w nosie lub zgodę na powrót z dyskoteki o trzeciej w nocy. Są one bardzo ważne z perspektywy rozwoju nastolatka, gdyż przygotowują go jako przyszłego dorosłego do uzyskania niezależności emocjonalnej od rodziny pochodzenia, do założenia własnej rodziny, rozpoczęcia kariery zawodowej oraz przyjmowania odpowiedzialności za swoje decyzje. Chociaż młodzież rzadko się do tego przyznaje, to oprócz środowiska rówieśniczego bardzo ważni są dla niej rodzice. Mimo że na ogół nastolatki spędzają z nimi mało czasu i ciągle się z nimi kłócą, to w rodzinach funkcjonujących prawidłowo rodzice są wsparciem i „bezpieczną bazą” (Bee, 2004).

Jak widać, okres adolescencji to trudny dla dziecka czas i nierzadko zadania rozwojowe przerastają nastolatka. Pojawiające się problemy mogą skutkować objawami depresji lub podejmowaniem prób samobójczych, a co za tym idzie – potrzebą uzyskania pomocy w poradni lub na oddziale psychiatrii dzieci i młodzieży.

Czasem młodzi ludzie nie radzą sobie z realizacją zadań rozwojowych, dlatego wymagają pomocy specjalisty i specjalistycznych metod działania dostosowanych do ich potrzeb i wieku.

4.2. Metody pracy z adolescentem

Dalej zostaną przedstawione różne metody i techniki radzenia sobie w pracy w poradni z problemami zgłaszanymi przez adolescentów. Opisano tutaj tylko kilka przykładowych technik, które według autora niniejszego rozdziału są w takiej pracy skuteczne. Nie wyczerpują one całego spektrum możliwości, stanowiąc raczej „wierzchołek góry lodowej”.

4.2.1. Dialog ukierunkowany

Praca z młodym człowiekiem będącym w kryzysie nie jest łatwa i wymaga od profesjonalisty dużego zaangażowania, przy jednoczesnej tolerancji i wyrozumiałości. W pracy takiej należy brać pod uwagę fazę rozwojową, w jakiej znajduje się adolescent, i jej prawa. Nie można się więc dziwić, że

młody człowiek ciągle zmienia zdanie, ponieważ jest w okresie kształtowania się światopoglądu i odpowiedzialności za swoje słowa. Warto też spojrzeć czasem z „przymrużeniem oka” na jego labilność emocjonalną i częsty bunt przeciw osobom dorosłym i ich zasadom (którym w oczach młodego człowieka hołduje – jako dorosły – także profesjonalista pomagający w poradni). Można i czasem trzeba spodziewać się ze strony adolescenta różnorodnych prowokacji, zaczepek słownych i innych działań, mających na celu postawienie psychologa po przeciwnej stronie barykady. Dlatego ważne jest dokładne słuchanie tego, co mówi młodzież, nieocenianie jej oraz nie pouczenie.

Według autora najlepszym sposobem rozmowy z młodym człowiekiem jest stosowanie tzw. **dialogu ukierunkowanego**, zwanego również **sokratejskim**. Dialog taki ma na celu pokazanie osobie zgłaszającej się po pomoc różnych rozwiązań, lub też wykazanie pewnych **błędów poznawczych** (nielogiczności) w myśleniu o sobie, ludziach i świecie, ale w taki sposób, aby do tych wniosków doszedł sam klient. Nie ma tutaj miejsca na pouczanie, sugestie, podsuwanie rad czy interpretowanie słów. Takie działanie mogłoby tylko zdenerwować nastolatka i spowodować rezygnację z dalszej pomocy lub wycofanie się z dalszego kontaktu.

Dialog ukierunkowany składa się z pytań, których celem jest uzyskanie większej ilości informacji np.: „Co się stanie, jeśli ta dziewczyna nie będzie chciała się z tobą umówić?”, lub pytań o znaczenie danej sytuacji dla klienta, np.: „Co by dla ciebie znaczyło, gdyby dziewczyna, którą poznałeś, więcej się już z tobą nie umówiła?”. Ważne jest empatyczne słuchanie, tak aby młody człowiek nie czuł się jak na przesłuchaniu, ale żeby miał poczucie, iż psycholog rozumie jego problem i chce mu pomóc. Czasem słowa, które wypowiada klient, mogą nie być rozumiane zgodnie z jego intencją. Aby zminimalizować ryzyko, że tak się stanie, ważne jest częste podsumowywanie wypowiedzi i pytanie, czy słowa wypowiedziane przez klienta zostały dobrze zrozumiane. Istotne są również pytania o wnioski, jakie klient wysnuwa z prowadzonej rozmowy. Chodzi tutaj o ukierunkowanie młodego człowieka, rozszerzenie jego perspektywy myślenia o problemie i jego dalszych rozwiązaniach (Popiel i Pragłowska, 2008; Padesky i Greenberger, 2004). Przykładem mogą być takie słowa: „Powiedziałeś, że jeśli ta dziewczyna jutro się z tobą nie umówi, to znaczy, że jesteś głupi i ona też tak myśli. Jakie mogą być jeszcze inne

powody tego, że się jutro nie spotkacie, jeśli tak by się stało?”. Dialog sokratejski daje bardzo ważną „broń” osobie pomagającej. Klient nie może pomagającemu zarzucić, iż ten narzuca swoje pomysły lub rozwiązania problemu, ponieważ wszystko, co jest efektem dialogu ukierunkowanego, zostało wypracowane przez klienta. Nie ma on więc możliwości przeniesienia odpowiedzialności za swoje działania na profesjonalistę.

4.2.2. Inne techniki przydatne w pracy z adolescentem

Oprócz dialogu sokratejskiego istnieją też inne techniki pozwalające na skuteczną pracę z młodzieżą. Częstym problemem, który pojawia się w pracy z adolescentami, są wątpliwości związane z podejmowaniem decyzji. W takiej sytuacji można posłużyć się **tabelą „plusów i minusów”** (Beck, 2005). Kartkę należy podzielić na dwie części i po jednej stronie wypisywać plusy, np. nieuczenie się na klasówkę, a po drugiej stronie wypisywać minusy danej decyzji. Takie rozpisanie sobie konsekwencji pozytywnych i negatywnych pozwala na bardziej racjonalne spojrzenie na sytuację i podjęcie decyzji z pełną świadomością konsekwencji pozytywnych i negatywnych, jakie się z nią wiążą. Nie należy hamować młodego człowieka w wymyślaniu pozytywnych konsekwencji np. nieuczenia się lub odmowy dalszych spotkań w poradni. Należy jednak przedstawić przez użycie dialogu ukierunkowanego negatywne konsekwencje takich decyzji. Często w takich sytuacjach nastolatek zaczyna realnie patrzeć na rzeczywistość i podejmuje dojrzałe decyzje. Jest to technika o wiele lepsza niż przekonywanie go do racji dorosłych, co zazwyczaj od początku skazane jest na niepowodzenie.

Innym ważnym elementem pracy z klientem jest **psychoedukacja**. Często nie zdajemy sobie sprawy, jak niewiele informacji na temat swoich trudności mają młodzi ludzie. Dlatego też ważne jest, aby w trakcie pracy z młodzieżą udzielać jej możliwie pełnej informacji o tym, czym jest adolescencja, z jakimi problemami się ona wiąże i dlaczego jest to tak trudny okres rozwojowy. Dobrze przeprowadzona psychoedukacja pozwala młodemu człowiekowi zrozumieć, dlaczego płacze i jest nieszczęśliwy, a za chwilę się śmieje. Dlaczego zastanawia się nad tym, kim jest i dokąd ten świat zmierza. Dlaczego ważne jest dla niego bycie w grupie,

a jednocześnie bycie indywidualistą. Psychoedukację należy prowadzić nie przez narzucanie swojego zdania i ocenianie zachowań młodego człowieka, ale przez przedstawianie pewnych faktów i porównywanie ich z doświadczeniem klienta. Tylko takie działania umożliwią adolescentowi poznanie swoich trudności bez poczucia, że zostało mu narzucone zdanie osób dorosłych.

Młodzież często **katastrofizuje**, czyli przewiduje swoją przyszłość, zwracając uwagę na negatywne, nierzadko wyolbrzymione konsekwencje różnych zdarzeń, nie biorąc pod uwagę innych możliwych jej wersji. Problemem bywają słabe oceny uzyskiwane w szkole albo lęk przed oceną dokonywaną przez innych rówieśników. W takiej sytuacji warto użyć przesady, aby pokazać błąd w myśleniu klienta, zwany katastrofizacją (Popiel i Pragłowska, 2008). Na przykład nastolatkowi, który martwi się, że dostanie ocenę niedostateczną z klasówki (przy czym nie ma problemów z nauką), można przedstawić wizję otrzymania oceny niedostatecznej, rozpoczęcia się z tego powodu trzęsienia ziemi, rozstąpienia się ziemi i pochłonięcia przez nią szkoły. W takiej sytuacji klient może zauważyć absurdalność swoich sądów i można porozmawiać o bardziej realistycznych konsekwencjach jednej oceny niedostatecznej. Kiedy nastoletnia dziewczyna przejawia lęk, że jest gruba i wygląda jak „słonica” (choć obiektywnie tak nie jest), można zapytać: „A jaki słoń? Taki mały, czy duży, azjatycki, czy afrykański? Taki co się tutaj w tym gabinecie mieści, czy nie?”. Pewna doza humoru pozwala rozładować napięcie i porozmawiać o trudnościach związanych np. z porównywaniem się z koleżankami, czy też z nieumiejętnością asertywnego reagowania na zaczepki.

Jeśli chodzi o uczenie umiejętności społecznych, bardzo skuteczną techniką może okazać się **odgrywanie ról**. Aby móc ją dobrze zastosować, istotne jest, aby to psycholog jako model pokazał, w jaki sposób można się zachować w danej problemowej dla adolescenta sytuacji. Młody człowiek staje się natomiast osobą, wobec której profesjonalista ma zachować się asertywnie. Później następuje zamiana ról i to klient ćwiczy na psychologu nową umiejętność. W takiej pracy należy wczuć się w możliwe reakcje młodzieży i starać się je prezentować, stopniując klientowi trudność odgrywanych scenek. Warto w takich sytuacjach pamiętać, że chodzi tutaj nie tylko o poczucie sukcesu u klienta, lecz także o wspólne stworzenie jak

najbardziej realistycznej sytuacji, tak aby młody człowiek mógł się uczyć nowych sposobów reagowania. Pomagający w czasie takiej sesji poświęconej odgrywaniu ról może udzielać wskazówek, jak adolescent powinien się zachować, np.: „Mów głośniej, bo nie jesteś słyszany, postaraj się to powiedzieć bardziej pewnie” itp. Pewne wskazówki dla osób, które chciałyby spróbować pracy przez odgrywanie ról, można znaleźć w programie Trening Zastępowania Agresji ART (*Aggression Replacement Training*). Ten stworzony przez Goldsteina program składa się z trzech modułów: „Treningu kontroli złości”, „Treningu umiejętności prospołecznych” i „Treningu wnioskowania moralnego”. Chociaż jest on skierowany do osób, które nie radzą sobie z hamowaniem swojej agresji, to jednak jego procedury dotyczące modułu treningu umiejętności prospołecznych mogą być skuteczne w uczeniu asertywności (zob. Goldstein, Glick i Gibbs, 2004; Goldstein, McGinnis, 2001) i z powodzeniem stosowane w pracy z młodzieżą.

Inną techniką wykorzystującą odgrywanie ról jest **zamiana ról**. Przydaje się ona, kiedy klient nie jest do końca przekonany do wniosków, które wypracował podczas wspólnej rozmowy. W takiej sytuacji warto zamienić się rolami, tzn. klient staje się pomagającym, a pomagający klientem (Popiel i Pragłowska, 2008). Teraz zadaniem młodego człowieka jako pomagającego jest przekonanie dorosłego do swoich racji i do swojego punktu widzenia. Dorosły wcielając się w rolę adolescenta wysuwa jego argumenty, np.: „Nie chce mi się chodzić do szkoły. Tam się tylko marnuje czas”. Zadaniem nastolatka jest wtedy zbijać argumenty tak, jak przed chwilą robił to psycholog, np.: „Być może spędzasz tam dużo czasu, ale czy zawsze jest on zmarnowany? Czy gdybyś nie chodził do szkoły potrafiłbyś, czytać i pisać?”. W ten sposób klient niejako utrwała sobie argumenty, które pozwolą mu mocniej utwierdzić się w swoim nowym sposobie myślenia. Na koniec warto wrócić do swoich ról i zapytać adolescenta, co takie doświadczenie mu dało i czy może sobie przytoczyć te argumenty, które przed chwilą przedstawiał, kiedy przyjdą mu do głowy myśli o tym, żeby rzucić szkołę lub do niej nie iść.

4.2.3. Dialog motywujący

Od niedawna na świecie oraz w Polsce popularność zyskuje wyrastający z koncepcji humanistycznej nowy styl pracy, zwany **dialogiem motywującym**. „Dialog motywujący to oparty na współpracy zorientowany na cel sposób komunikowania się, zwracający szczególną uwagę na język zmiany. Ma on w zamierzeniu umocnić osobistą motywację i zobowiązanie do osiągnięcia konkretnego celu przez wydobycie oraz zbadanie u osoby jej własnych powodów do zmiany w atmosferze akceptacji i współczucia” (Miller i Rollnick, 2010, s. 55). Celem dialogu motywującego jest rozbudzenie u klienta motywacji do zmiany i pomoc w zaplanowaniu przez klienta działań, które trzeba wykonać, aby ją uzyskać. Najważniejsze procesy dialogu motywującego to **angażowanie** klienta w kontakt z pomagającym, **ukierunkowywanie** rozmowy i wspólnych działań na współpracę i zmianę, **wywoływanie** u klienta motywacji do zmiany oraz **planowanie**, obejmujące zarówno dojrzewanie do przyjęcia zobowiązania do zmiany, jak i tworzenie konkretnego planu działania pozwalającego tę zmianę osiągnąć. Ponieważ dialog motywujący jest takim sposobem rozmowy, który nie narzuca rozwiązań, tylko pozwala klientowi samodzielnie uzyskać gotowość do zmiany, może być z powodzeniem stosowany w pracy z młodzieżą, zwłaszcza zagrożoną uzależnieniem, ale nie tylko. W dotychczasowych badaniach (Baer i in., 2008; Dunn in., 2004), w których oceniano skuteczność dialogu motywującego u osób w okresie adolescencji, uzyskano obiecujące wyniki.

Podsumowując: istnieje wiele technik i sposobów, które mogą być skuteczne w pracy z młodzieżą, jednak często sama praca z nastolatkiem nie wystarcza i okazuje się, że także rodzic młodego człowieka wymaga wsparcia i pomocy, żeby radzić sobie z problemami stwarzanymi przez syna lub córkę. Możliwe sposoby pracy z rodzicami zostaną przedstawione w następnym podrozdziale.

4.3. Metody pracy z rodzicem adolescenta

W pracy z młodym człowiekiem nie można zapominać, że nie żyje on w próżni. Mimo iż rozpoczął on już proces wypełniania zadania

rozwojowego, polegającego na oddzieleniu emocjonalnym od rodziców, adolescent nadal jest z nimi związany. Istnieją jednak pewne pułapki, w które pomagający może wpaść, jeśli potraktuje nastoletniego klienta jak małe dziecko.

Pierwszą rozmowę w poradni warto rozpoczynać od wspólnej rozmowy z młodym człowiekiem i jego rodzicami, aby zorientować się w charakterze relacji między dzieckiem a rodzicami, potem należy rozmawiać z nastolatkiem (Cepeda, 2012), a na końcu z rodzicami. Taki schemat postępowania pozwala ukrócić domysły adolescenta związane z poczuciem „wrogiego” nastawienia profesjonalisty do niego i namawianiem się dorosłych po to, aby go zmanipulować i „wyprać mózg”. Daje też szansę szybszego pozyskania zaufania klienta do profesjonalisty.

Podczas rozmowy z rodzicami warto uważnie słuchać tego, co mają do powiedzenia. Nie należy wchodzić z nimi w dyskusję i bronić adolescenta, ale trzeba uzyskać od nich informacje, jak oni widzą problem. Pozwala to zorientować się w sytuacji i dowiedzieć się, jak obie strony postrzegają istniejące trudności. W takim kontakcie warto wyrazić wsparcie i zrozumienie dla problemu z nastolatkiem. Czasem rodzice wyolbrzymiają problem i walczą z młodym człowiekiem, ale zazwyczaj robią to z troski i lęku o swoje dziecko, chociaż syn/córka może to widzieć inaczej, jako złośliwość.

Często w pracy z rodzicami potrzebna jest psychoedukacja na temat okresu adolescencji i sposobu funkcjonowania młodego człowieka. Taka rozmowa pozwala rodzicom lepiej zrozumieć wahania nastroju ich dziecka, przyczyny buntowania się oraz różne podejmowane przez nastolatka eksperymenty, a także nietrwałość jego postanowień. Tworzy to pewną platformę porozumienia i współpracy z profesjonalistą, adolescentem i jego rodzicami.

Okres adolescencji to często czas silnych konfliktów z rodzicami. Przy różnych sporach rodzice angażują się w „walkę” ze swoim dzieckiem o to, kto ma rację i kto jest mocniejszy. Takie działanie niczego młodego człowieka nie uczy i powoduje, że nastolatek próbuje forsować swoją wolę za wszelką cenę, co powoduje dalszą eskalację konfliktu. Należy więc rodzicom wytłumaczyć, że w takim wieku, w jakim jest ich dziecko, o wiele skuteczniejsze są negocjacje niż „twarde ustalenia”.

Czasem wymagana jest sesja z rodzicem, nastolatkiem i profesjonalistą, aby pokazać, w jaki sposób można negocjować np. późniejsze powroty do domu, krótszy czas grania na komputerze itp. W takich wspólnych ustaleniach ważne jest, by obydwie strony miały ustalone zadania do spełnienia. Nie chodzi tutaj o to, żeby wynegocjować bezwzględne posłuszeństwo, czego być może chcieliby rodzice lub żeby spotkanie zakończyło się narzuceniem przez nastolatka swoich zasad. Chodzi tutaj o tzw. spotkanie się w połowie drogi i uzyskanie kompromisu zadowalającego obie strony. Po takim spotkaniu dobrym sposobem jest spisanie wspólnych ustaleń oraz wydrukowanie ich dla nastolatka, rodzica i pomagającego oraz podpisanie przez każdą ze stron. Pozwala to profesjonalistcie w dalszej pracy odwoływać się do wspólnych ustaleń, szczególnie jeśli są one łamane przez którąś ze stron.

Czasami ważne jest, aby pomagający stanął po stronie dorosłych i powiedział młodemu człowiekowi, że do szkoły chodzić musi, a palenie papierosów czy picie alkoholu jest szkodliwe. Umiejętne odwołanie się do suchych faktów oraz przedstawienie swojego zdania, być może podobnego do stanowiska rodziców, nie powinno zniszczyć relacji między pomagającym a klientem, ale wskazać na stabilność i nieprzekraczalność pewnych granic.

W następnym podrozdziale zostaną przedstawione specyficzne problemy, z jakimi mogą borykać się adolescenty, oraz przykładowe sposoby radzenia sobie z nimi.

4.4. Oddziaływania w specyficznych problemach adolescentów

4.4.1. Pomoc w budowaniu własnej tożsamości

Stworzenie własnej tożsamości jest jednym z podstawowych zadań rozwojowych w okresie adolescencji, przy czym problem kształtowania się tożsamości jest bardzo złożony. Zgodnie z poglądami Eriksona (1997) konflikt toczy się między uzyskaniem tożsamości a niepewnością ról, czyli tzw. pomieszaniem ról. Pozytywne rozwiązanie tego konfliktu

skutkuje uzyskaniem tożsamości. Marcia (1980) wskazuje jednak, że istnieje wiele form tożsamości: tożsamość lustrzana, polegająca na przejęciu tożsamości innych ważnych ludzi; rozproszona, polegająca na totalnym chaosie i pomieszaniu ról; najbardziej dojrzała tożsamość, czyli osiągnięta, oraz moratorium, czyli czas poszukiwania i testowania różnych tożsamości. Ponadto każdy człowiek poszukuje własnej tożsamości, a także może ją zmieniać pod wpływem doświadczeń życiowych. Taki chaos tożsamościowy następuje w pracy z nastolatkiem i w poszukiwaniu odpowiedzi na najtrudniejsze dla niego pytanie: „Kim jestem?”.

Budowanie tożsamości opiera się na eksperymentowaniu z różnymi zachowaniami oraz grupami formalnymi i nieformalnymi. W związku z tym warto zachęcać nastolatka do próbowania sił w różnych dziedzinach i aktywnościach. Zazwyczaj w najbliższym środowisku istnieje oferta różnego rodzaju zajęć przeznaczonych dla młodzieży, należy jednak poświęcić czas na znalezienie takich zajęć, a następnie się w nie zaangażować. Warto zatem razem z młodym człowiekiem zastanowić się, co chciałby robić w wolnym czasie, stworzyć listę możliwych aktywności i umówić się z nim, że np. zapisze się na zajęcia taneczne lub karate, a potem porozmawiać o tym, jak mu się tam podobało i czy chce poszukać czegoś nowego, czy nie. Przy czym nie należy się denerwować lub załamywać, kiedy klient po 2 tygodniach chodzenia na zajęcia rezygnuje z nich i szuka czegoś nowego. Jedna z mam opowiadała, że: „Jej syn nie czyta książek, tylko je kupuje, a potem stoją na półce. Chodził na sztuki walki, ale po 2 miesiącach mu się znudziło, bo tam trzeba było dużo ćwiczyć”. Bardzo się tym martwiła, ale trzeba pamiętać, że takie są prawa adolescencji.

Nastolatki, które nie mogą znaleźć swojej drogi życiowej, pytają, jak my, dorośli, postąpilibyśmy w różnych sytuacjach na ich miejscu, np.: „Jak pan sądzi, czy powinienem iść na ściankę wspinaczkową, czy na koszykówkę?”. Na tak postawione pytanie nie należy odpowiadać, lecz zapytać klienta, dlaczego o to pyta. Trzeba pamiętać, że młodzi ludzie czasem mogą próbować przerzucać na profesjonalistę odpowiedzialność za swoje decyzje. Nie jest to korzystne dla rozwoju tożsamości osiągniętej i kształtuje tożsamość lustrzaną, a przecież żadnemu profesjonalistcie nie zależy na tym, aby tworzyć swojego sobowtóra. Warto więc pokazywać

młodemu człowiekowi istniejące opcje i dostępną ofertę aktywności, ale pozostawić mu możliwość decyzji i ponoszenia konsekwencji swoich wyborów – tych pozytywnych i tych negatywnych.

4.4.2. Lęk przed byciem ocenianym przez innych

Czasami do poradni zgłasza się młodzież, która chciałaby lepiej radzić sobie w sytuacjach związanych z byciem ocenianym przez nauczyciela lub egzaminatora. Zazwyczaj taka sytuacja zdarza się, kiedy młody człowiek przygotowuje się do matury i chciałby na niej „wypaść” jak najlepiej.

W takich wypadkach bardzo przydatne jest przedstawienie psychoedukacji na temat lęku. Warto tutaj podkreślić jego adaptacyjną funkcję, a także omówić z adolescentem objawy somatyczne świadczące o tym, że odczuwa się lęk (wzrost potliwości, czerwienie się, drżenie rąk, szybkie bicie serca itp.) oraz myśli i dysfunkcjonalne przekonania towarzyszące sytuacjom, w których klient odczuwa lęk („nie dam rady”, „pomyłę się”, „wyjdę na głupka”, „jestem niekompetentny”). Po zapoznaniu się adolescenta z psychoedukacją dotyczącą lęku warto zaproponować młodemu człowiekowi proste techniki relaksacyjne, takie jak przyjemne wyobrażenia lub spokojne głębokie oddychanie przeponą. Osłabiają one odczuwane objawy somatyczne lęku. Należy również wprowadzić **ekspozycję na lęk**, czyli działania mające na celu symulację sytuacji, w których adolescent odczuwa lub mógłby odczuwać lęk, np. przy wypowiedzi ustnej na lekcji lub na maturze ustnej. Ekspozycje dzięki mechanizmowi habituacji pozwalają na oswojenie się z obiektem lęku (Popiel i Pragłowska, 2008). Mogą one polegać na czytaniu na głos swojego wypracowania lub odpowiadaniu o nim, zadawaniu pytań przez pomagającego na temat wiedzy z przedmiotów szkolnych z wcześniej ustalonego materiału i udzielaniu odpowiedzi przez klienta itp. Ekspozycje warto omówić, kładąc nacisk na poszukiwanie dysfunkcjonalnych myśli (np. „nie uda mi się”, „nie odpowiadam spójnie”) i przekonań na temat siebie (np. „jestem niekompetentny”) i swojej wypowiedzi (np. „jest chaotyczna i niespójna”). Opisane tu działania, a także zastosowanie dekatastrofizacji i uświadomienie klientowi potrzeby dążenia do doskonałości w różnych obszarach jego

życia oraz perfekcjonizmu wypowiedzi pozwalają bardziej realnie spojrzeć na powstałą sytuację. Daje to przestrzeń do wypracowania razem z młodym człowiekiem strategii radzenia sobie w takich sytuacjach, a zwłaszcza stworzenia myśli konkurujących z dotychczasowymi, np.: „nie poradzę sobie – dam radę”, „moja wypowiedź jest niespójna – zacząłem, więc skończę”.

Tak było w wypadku jednej z dziewcząt, która zgłosiła się do poradni, ponieważ odczuwała niepokój przed wystąpieniami ustnymi w klasie. Chociaż dotychczas jej wyniki w nauce były bardzo dobre, martwiła się, że słabo wypadnie przed komisją egzaminacyjną podczas prezentacji maturalnej. Najbardziej bała się, że zapomni, co ma mówić i będzie mówić nieskładnie. Psychoedukacja na temat lęku i rozpoznawanie go u siebie, rozmowa na temat perfekcjonizmu i jego osłabianie, proste ćwiczenia relaksacyjne, ćwiczenia ekspozycyjne oraz odkrycie dysfunkcyjnych myśli, a także stworzenie myśli konkurujących pozwoliły obniżyć poziom niepokoju podczas wypowiedzi ustnych i obniżyć poziom lęku przed maturą ustną.

Przedstawiony schemat pracy może być zastosowany z pewnymi modyfikacjami do innych rodzajów lęku. W tym celu warto zajrzeć do programu „Fear” stworzonego przez Kendalla i współpracowników (2013a; 2013b).

4.4.3. Bunt nastoletni

W praktyce poradnianej często można zetknąć z sytuacjami, gdy nastolatki buntują się i nie chcą podporządkować się woli dorosłych. Jest to trudne dla rodzica czy wychowawcy, gdyż utrata wpływu na zachowanie dziecka podważa jego kompetencje jako skutecznego dorosłego. Na nastoletni bunt można jednak spojrzeć w dwojaki sposób. Z jednej strony jest to przeciwstawienie się drugiej osobie i intencjonalne wejście z nią w konflikt. Z drugiej zaś strony jest to narzędzie pozwalające adolescentowi na realizację zadań rozwojowych związanych z separacją oraz kształtowaniem niezależności emocjonalnej od rodziny pochodzenia. Tak więc bunt jest w życiu człowieka bardzo ważny. Z doświadczenia klinicznego autora wynika, że brak możliwości buntowania się może być

jednym z czynników przyczyniających się do wystąpienia problemów psychicznych i psychologicznych, w tym tak poważnych jak anoreksja czy zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Zaburzenia te powiązane są z brakiem możliwości wyrażenia swoich emocji lub z wyrażaniem ich przez objawy, które nie są traktowane jako sprzeciw, ale jako przejaw zaburzenia, są zatem dla dziecka bezpieczne.

Bunt nastoletni jest bardzo ważny rozwojowo, dlatego nie można zapomnieć o psychoedukacji rodziców na temat potrzeby buntu w życiu nastolatka. Często rodzicom i wychowawcom wydaje się, że należy przeciwstawiać się wszelkim przejawom buntu, ponieważ podważa on autorytet dorosłego. Czasem jednak warto zastanowić się, czy naprawdę warto walczyć z młodym człowiekiem np. o to, w jakiej koszuli pójdzie na imieniny do cioci albo kiedy kupi podręcznik szkolny.

Ustępstwa w mniej ważnych kwestiach pozwalają nastolatkowi zwiększać obszar, nad którym może on sprawować kontrolę, budują jego poczucie kompetencji i skuteczności, a tym samym mają pozytywny wpływ na samoocenę (Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008). W wypadku buntu nastoletniego działanie kategorycznym zakazem raczej nie przyniesie pożądanych rezultatów, jakie miałyby tego rodzaju postępowanie, gdyby chodziło o młodsze dziecko. Istotne więc jest, aby rodzic nauczył się negocjować ze swoim dzieckiem oraz pokazywał różne wybory i ich konsekwencje. Pamiętajmy jednak, że są sytuacje, w których należy postawić jasne, nienegocjowane granice. Jest to tym bardziej konieczne, że młody człowiek będzie czasem chciał sprawdzić, czy rzeczywiście granice postawione przez dorosłych istnieją – to także jest element jego rozwoju.

W praktyce może zdarzyć się, że nastolatek łamie ustalone przez dorosłych normy i nie zamierza się w żaden sposób im podporządkować, a wszelkie próby negocjacji i ustaleń oraz rozmów nie przynoszą pożądanych rezultatów. W takiej sytuacji pomagający powinien zastanowić się, czy u nastolatka nie rozwijają się zaburzenia opozycyjno-buntownicze lub poważne zaburzenia zachowania. Jeśli tak jest, to podejmowane przez specjalistę działania związane ze stawianiem granic i radzeniem sobie z buntem powinny mieć inny cel i funkcję, bardziej nakierowaną na uczenie nieprzekraczalności pewnych granic oraz minimalizowanie sytuacji, w których ich łamanie pozostaje bezkarne.

4.4.4. Eksperymentowanie z używkami

Jak już wspomniano, okres adolescencji jest okresem eksperymentowania z własnym ciałem i różnymi zachowaniami pozwalającymi sprawdzić własne granice. Na młodego człowieka czyha jednak wiele niebezpieczeństw, a jednym z nich jest eksperymentowanie z substancjami psychoaktywnymi, takimi jak alkohol lub narkotyki. Jest to niebezpieczne, ponieważ dla części adolescentów kończy się rozwojem pełnoobjawowego zespołu uzależnienia. Dlatego ważne jest, aby profesjonalista w poradni znał fazy i objawy zespołu uzależnienia oraz potrafił ocenić, czy jego klient dopiero zaczął używać substancji psychoaktywnych, czy używa ich od pewnego czasu, czerpiąc z tego korzyści, czy może jest już na etapie pełnoobjawowego uzależnienia. W klasycznej już pracy Jellinek (1946) wyróżnił cztery fazy uzależnienia. Opierając się na tych ustaleniach, w dalszej części niniejszego podrozdziału przedstawiono fazy uzależnienia oraz opisano ich cechy charakterystyczne, przydatne w konceptualizacji problemu klienta.

Faza I – „zapoznavanie się ze stanem odurzenia” – charakteryzuje się pierwszym kontaktem z używką i zażywaniem jej bardzo sporadycznie, często gdy ktoś nią częstuje. Miejsca użycia to zazwyczaj „prywatki” lub dyskoteki. W tej fazie tolerancja (czyli ilość substancji potrzebna do wywołania pożądaných skutków) jest niska, co pozwala szybko osiągać efekt odurzenia. Osoba używająca nie ma jeszcze problemu z utratą kontroli nad używaną substancją. Ponieważ substancja jest używana sporadycznie, osoby bliskie nie są w stanie zorientować się, że nastolatek używa substancji psychoaktywnej. Specyficzne dla tej fazy są drobne kłamstwa oraz tworzenie się grup rówieśniczych w celu stosowania używki (np. palenia marihuany lub picia alkoholu). Oprócz wspólnego celu takie grupy spaja również poczucie wspólnej tajemnicy związanej z używaniem substancji, która często jest nielegalna. Można powiedzieć, że faza, towarzysko-eksperymentalna, to „kuszenie” przez używkę i odkrywanie nowego świata z nią związanego, który tworzy iluzję świata lepszego, zabawniejszego, wolnego od problemów.

Faza II – „stan odurzenia staje się przyjemnością”. Substancja używana jest coraz częściej, już nie tylko w celu dobrej zabawy na imprezie, lecz

także po to, aby „wyluzować się” w ciągu tygodnia. Coraz częściej zdarza się, że ktoś przyjmuje używkę samotnie. Rozszerza się również spektrum środków, które są używane (amfetamina, ecstasy itp.). Osoby będące w tej fazie starają się zdobywać pieniądze na używki, podkradając je rodzicom, kradnąc ze sklepu lub po prostu sprzedając swoje rzeczy. Wokół dziecka zaczynają kręcić się nieznanie dotąd rodzicom osoby, często dilerzy narkotyków, których nastolatek im nie przedstawia. Zmienia się stosunek do substancji psychoaktywnych. Mogą pojawiać się różne symbole w postaci np. plakatów z liściem marihuany, koszulek, znaczków itp., wyrażających pozytywny stosunek do używek. Często osoby w tej fazie prowadzą „podwójne życie”, używając substancji psychoaktywnych przy jednoczesnym podejmowaniu prób niewypadania z roli „ucznia” i „dziecka”, co z czasem okazuje się coraz trudniejsze. Osoba używająca jest jednak przekonana, że to ona ma kontrolę nad używką, a nie odwrotnie, chociaż doświadcza negatywnych konsekwencji przyjmowania lub odstawienia używki.

Faza III – „stan odurzenia staje się celem nadrzędnym” – to faza, w której występuje pełnoobjawowe uzależnienie. W tej fazie przyjmowanie substancji psychoaktywnej jest już codziennością i wartością, która staje się najważniejsza. Jest ona potrzebna do zwykłego, dobrego funkcjonowania. Rośnie tolerancja na środek, wzrastają dawki, lub też przyjmowane są inne środki, które mają wywołać silniejszy efekt. Używki kosztują coraz więcej i trzeba je przyjmować w większych dawkach. Z tego powodu pojawiają się poważne przestępstwa np. włamania do mieszkań i samochodów, rozboje, wymuszenia. Często dopiero wtedy osoby najbliższe i sam używający zdają sobie sprawę z problemu i zaczynają szukać pomocy. Zazwyczaj jednak osoby uzależnione starają się samodzielnie zerwać z nałogiem, np.: „Od jutra nie palę zioła”. Niestety, takie próby zwykle kończą się niepowodzeniem, co rodzi frustrację, która wiąże się z dalszym używaniem i pogłębianiem się uzależnienia (Stawicka, 2006; Baran-Furga i Steinbarth-Chmielewska, 2005; Stowarzyszenie OPTA, 2006). Można to ująć w słowa tak, jak uczyniono to w programie profilaktycznym realizowanym przez Stowarzyszenie OPTA (2006): „Nie próbuj mnie zostawić. I tak ci się to nie uda. Nie umiesz beze mnie żyć. Chociaż mnie nienawidzisz, jesteśmy

na siebie skazani. Trochę mi przykro, że czasami masz mnie dosyć. Ale na szczęście wiem, że nie będzie ci łatwo mnie opuścić”.

Ostatnią fazą jest faza IV – „stan odurzenia staje się codzienną normą”. Wiąże się ona z ciągłym przyjmowaniem używki, kilkukrotnymi pobytami na oddziałach detoksykacyjnych, które jednak nie zapobiegają dalszemu przyjmowaniu szkodliwego środka. Odstawienie używki w tej fazie może łączyć się z poważnymi problemami somatycznymi, a nawet śmiercią. Jest to jednak faza, która rzadko występuje u dzieci i młodzieży (Stawicka, 2006) i nie będzie tutaj szerzej opisywana.

Ponieważ eksperymentowanie z używkami może być dla adolescenta zagrożeniem, należy zastanowić się nad przyczynami sięgania przez młodych ludzi po używki. Często powodem są nieprzyjemne emocje związane z funkcjonowaniem w grupie rówieśniczej, trudna sytuacja rodzinna nastolatka, a także chęć poznawania świata, dobrej zabawy i zwalczania bardzo nieprzyjemnego uczucia, jakim jest nuda (Kuntz, 2009; Stowarzyszenie OPTA, 2006).

Warto uzmysłowić nastolatkowi, że to nie koledzy, ale obawa przed odrzuceniem może być powodem sięgania po używki. Podobnie, to nie przegrany mecz czy zła ocena w szkole, ale smutek, złość lub rozpacz mogą sprawić, że szuka się pocieszenia w alkoholu lub narkotykach. Istnieją jednak inne sposoby odreagowywania emocji i dlatego ważnym zadaniem profesjonalisty jest poszukanie razem z klientem odmiennych sposobów radzenia sobie z emocjami i uzyskiwania przyjemności. Pomocne w poszukiwaniu innych niż używki sposobów odreagowywania emocji nieprzyjemnych i przeżywania emocji przyjemnych są wszelkie pasje i zainteresowania nastolatka. Jeśli ich nie ma, to zadaniem psychologa jest pomoc adolescentowi w ich znalezieniu.

Jeśli między dzieckiem a rodzicami nie ma silnego konfliktu, to nie należy rezygnować z ich pomocy i w miarę możliwości zaangażować ich w organizację czasu wolnego dziecka. Ważne, aby był to czas tylko dla nastolatka i aby sprawiał mu przyjemność. Może to być np. pójście do kina lub wspólne słuchanie muzyki. Taki czas spędzany czasem z mamą, czasem z tatą jest dla niego bardzo ważny – na tyle ważny, że niepożądane zachowania lub spożywanie używek przez nastolatka mogą mieć właśnie na celu zwrócenie uwagi rodziców i zmuszenie, by się nim zajęli. Tak zrobił jeden z chłopców, który mimo wysokich ocen uzyskiwanych

wcześniej w szkole, całkowicie zaprzestał nauki oraz przyszedł „upalony” na lekcję. Pociągnęło to za sobą konsekwencje w postaci zawieszenia w prawach ucznia i skłoniło rodziców do poszukiwania pomocy psychologicznej. Po zebraniu wywiadu okazało się, że ojciec poświęcał synowi mało czasu, ponieważ zmienił pracę i często nie było go w domu. W rodzinie panowały niespójne oczekiwania wobec syna i napięta atmosfera z powodu kłótni między rodzicami.

Kiedy rodzice są w konflikcie z dzieckiem, profesjonalista powinien starać się wygasić konflikt w rodzinie, a potem zająć się angażowaniem rodziców w spędzanie czasu z dzieckiem. Dzięki takim działaniom możliwe jest przywrócenie zniszczonej relacji między dzieckiem a rodzicami. Jeśli jednak nie ma takiej relacji lub bardzo trudno ją przywrócić, to pomocna może się okazać terapia całej rodziny u certyfikowanych terapeutów rodzinnych.

Często zdarza się, że nastolatek nie zgłasza problemu z używkami, ale rodzice – choć nie są tego pewni – podejrzewają, że dziecko używa substancji psychoaktywnych. Pomocna tutaj może być znajomość sygnałów mogących wskazywać, że młody człowiek angażuje się w spożywanie substancji psychoaktywnych. Wśród ich można wymienić:

- zmienny nastrój, naprzemienne ożywienie lub ospałość,
- ograniczenie lub rezygnacja z dotychczasowych zainteresowań,
- zaczerwienienie spojówek, łzawienie oczu,
- nadmierne rozszerzenie źrenic lub ich zawężenie,
- używanie kropli do oczu mających zmniejszyć zaczerwienienie spojówek,
- izolowanie się lub ograniczanie kontaktu z innymi domownikami,
- częste wietrzenie pokoju, używanie dezodorantów, kadzideł,
- późne powroty lub nagłe wyjścia z domu,
- pogorszenie się wyników w nauce,
- częste wagary,
- bełkotliwa, niewyraźna mowa,
- znajdowanie w pokoju lub w odzieży fifek, fajek lub bibulek od papierosów,
- znajdowanie w pokoju lub w odzieży kawałków osmolonej folii aluminiowej,

- częste napady głodu (Vetulani, 2006; Kuntz, 2009).

Oczywiście, te sygnały nie zawsze muszą wskazywać na używanie narkotyków, ale warto pamiętać, by „dmuchać na zimne”. Jeśli profesjonalista podejrzewa u nastolatka problem z nadużywaniem lub uzależnieniem od środków psychoaktywnych, to warto skierować go wraz z rodzicami do poradni uzależnień dla dzieci i młodzieży, aby specjaliści zajmujący się tym problemem na co dzień zdiagnozowali lub wykluczyli uzależnienie i ewentualnie skierowali młodą osobę do ośrodka terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży. Należy pamiętać, że pomagający nie musi się osobiście znać na wszystkim i może, a czasem powinien, skierować swojego klienta do innych specjalistów.

4.4.5. Przemoc rówieśnicza

Innym problemem, który występuje wśród dzieci i młodzieży, jest przemoc rówieśnicza. Z sytuacją przemocy mamy do czynienia wtedy, gdy osoba słabsza (ofiara) doświadcza przez dłuższy czas negatywnego działania osoby lub osób od niej silniejszych (agresorów). Te działania obejmują dokuczanie, bicie, przezywanie, deprecjonowanie, zabieranie pieniędzy i przedmiotów, niszczenie rzeczy. Istnieją także bardziej zakamuflowane sposoby krzywdzenia. Są to np. plotkowanie, oczernianie, naznaczanie lub izolowanie, czy też wykluczanie z grupy, przy czym tego typu zachowania częściej stosowane są przez dziewczęta niż przez chłopców (Rylke, Węgrzynowska i Milczarek, 1998). Obecnie można jednak obserwować zmianę modelu agresji u dziewcząt i stosowanie przez nie tak samo jak i przez chłopców jawnych i bezpośrednich form przemocy (Pawliczuk, 2011; Cudak, 2007).

W sytuacji przemocy bardzo istotne jest, aby profesjonalista nie opuścił w potrzebie doświadczającego jej dziecka. Nie chodzi tu tylko o opuszczenie fizyczne, czyli odmówienie dalszej pomocy ze względu na brak kompetencji. Chodzi tu także o opuszczenie emocjonalne, kiedy profesjonalista wysłuchuje klienta, udziela mu wsparcia emocjonalnego, obiecuje pomoc, ale nie podejmuje żadnych konkretnych działań lub bagatelizuje problem.

Należy pamiętać, że jeśli uzyska się od dziecka informację, że doświadcza ono przemocy, to trzeba poinformować o tym opiekunów dziecka i poprosić ich o interwencję w szkole. Można również w porozumieniu z opiekunami, o ile uzyskamy od nich pisemną zgodę na kontakt ze szkołą, zwrócić się tam z prośbą o pomoc dla nastolatka. Są to bardzo ważne kroki, ponieważ tylko ujawnienie przemocy może pozwolić na konstruktywne poradzenie sobie z problemem. Duże znaczenie ma również monitorowanie postępów szkoły w działaniach podejmowanych, w celu ograniczenia przemocy wobec naszego klienta. Działania mające na celu ujawnienie przemocy są niezwykle istotne, przede wszystkim dlatego, że sprawcy przemocy zazwyczaj starają się ukryć swoje postępowanie i dążą do tego, aby nie ponosić jego konsekwencji.

W sytuacji pracy z osobą doświadczającą przemocy, zaraz za znaczącym ograniczeniem lub wyeliminowaniem zachowań przemocowych, na które jest narażona, ważne jest okazanie jej empatii oraz wsparcia emocjonalnego. Tylko dzięki wysłuchaniu nastolatka i porozmawianiu z nim o uczuciach i myślach, które towarzyszyły mu w sytuacjach, kiedy doznawał przemocy, możliwe jest nawiązanie szczerzej relacji i skłonienie go do współpracy. Po nawiązaniu dobrej relacji z klientem można rozpocząć wspólną pracę nad poprawą jego samooceny oraz rozwojem umiejętności społecznych, m.in. asertywnym radzeniem sobie z trudnymi sytuacjami, jakich każdy młody człowiek może doświadczać w środowisku rówieśniczym. Na przykład można pracować nad radzeniem sobie z zaczepkami, wyrażaniem własnego zdania czy umiejętnością odmawiania.

Rozmawiając z nastolatkiem, który padł ofiarą przemocy, warto zwrócić jego uwagę na fakt, że to nie jego wina, że coś takiego go spotkało. Chociaż możemy u klienta dostrzegać różne zachowania lub cechy, które mogły predysponować go do stania się ofiarą przemocy, nie należy obwiniać go za pojawienie się przemocy. Przemoc podkopuje poczucie własnej wartości, sprawczości i zaufanie do samego siebie. Ponadto często zdarza się, że sprawcy przemocy działają w taki sposób, aby ofiara miała poczucie, że „coś z nią jest nie tak”, skoro doświadcza przemocy.

Uczenie umiejętności społecznych opisanych wcześniej można prowadzić przez wspólne odgrywanie scenek wziętych z życia ofiary i rozwiązywanie w asertywny sposób występujących w nich problemów.

Inaczej należy postępować wtedy, gdy uzyska się od rodziców informacje, że to klient jest sprawcą przemocy w szkole. Ważne jest wtedy, aby przeprowadzić z nastolatkiem psychoedukację dotyczącą tego, czym jest przemoc, jak mogą czuć się osoby, które jej doświadczają, oraz konsekwencji, jakie mogą spotkać sprawcę przemocy (przesłuchanie przez policję, usunięcie ze szkoły, sprawa sądowa, umieszczenie w ośrodku szkolno-wychowawczym). Należy również rozpocząć pracę nad konstruktywnym radzeniem sobie ze złością i nieprzyjemnymi emocjami. Pomocne w tej pracy mogą być materiały Treningu Zastępowania Agresji ART, a zwłaszcza moduł „Treningu kontroli złości” (zob. Goldstein, Glick i Gibbs, 2004). Podobnie z rodzicami nastolatka, będącego sprawcą przemocy, trzeba przeprowadzić psychoedukację dotyczącą skutków i konsekwencji przemocy oraz zachęcić ich do współpracy ze szkołą w celu ograniczenia niepożądanych zachowań. Ważne jest, aby zarówno szkoła, jak i rodzice wyciągali wobec młodego człowieka konsekwencje związane z powtarzającymi się zachowaniami przemocowymi, tak aby adolescent miał motywację do kontrolowania się i nauki nowych metod reagowania.

Jeśli profesjonalista pracuje w szkole, a nie w poradni, to wówczas jego działania mogą być bardziej systemowe i obejmować szkolenie nauczycieli w radzeniu sobie z problemem przemocy w klasie, warsztaty psychoedukacyjne dla klasy mające na celu pokazanie przyczyn przemocy, jej form, konsekwencji zachowań przemocowych oraz uczenie właściwych behawioralnych strategii reagowania na przemoc.

Jednak czasami, mimo działań wdrożonych przez pomagającego, przemoc nadal się utrzymuje, a nawet się nasila. W takich sytuacjach potrzebna może się okazać konsultacja z psychiatrą dzieci i młodzieży w celu potwierdzenia lub wykluczenia zaburzeń zachowania i ewentualnego wprowadzenia interwencji dopasowanych do specyfiki tego zaburzenia.

4.4.6. Próby samobójcze

Okres adolescencji to trudny rozwojowo czas. Nierzadko zbyt trudny. Zagubiony nastolatek w sytuacjach, które go przerastają, może sięgnąć po

środek tak radykalny jak próba samobójcza. Z danych epidemiologicznych wynika, że na świecie w latach 60. i 70. nastąpił nagły wzrost liczby osób leczonych z powodu przedawkowania leków i samookaleczeń (Hawton i Catalan, 1987 za: Fox i Hawton, 2009). W latach 80. liczba ta ustabilizowała się (Hawton i Fagg, 1992 za: Fox i Hawton, 2009), aby ponownie wzrosnąć w latach 90. (Hawton i in., 1997, za: Fox i Hawton, 2009). W Polsce od początku lat 50. odnotowano wzrost częstości śmierci samobójczej wśród młodzieży. Chociaż w naszym kraju śmiertelność z powodu samobójstw w populacji młodzieży powyżej 15 r.ż. jest mniejsza niż wśród dorosłych, a u wśród dzieci w wieku 5–14 lat samobójstwa są rzadkością, to jednak jest to ważny problem społeczny, którego nie można nie dostrzegać, zwłaszcza kiedy prowadzi się poradnictwo dla młodzieży.

Zjawisko pojawiania się myśli samobójczych i prób samobójczych z tym związanych nie jest takie proste, jak się z pozoru wydaje. Z jednej strony wiadomo, że wiele nastolatków miewa myśli rezygnacyjne i samobójcze. Często mają one charakter myśli przelotnych, tzw. zwiewnych, bez tendencji do ich realizacji, i nie muszą oznaczać, że dana osoba targnie się na swoje życie. Z drugiej strony pojawienie się myśli samobójczych jest sygnałem, że klient ma problemy i potrzebuje profesjonalnego wsparcia i pomocy (Brzozowska i Ciupak, 2005).

Istnieje wiele czynników ryzyka podjęcia prób samobójczych przez dzieci i młodzież. W literaturze przedmiotu wymienia się m.in.:

- wielokrotne podejmowanie prób samobójczych,
- występowanie prób samobójczych lub samobójstw u najbliższych krewnych,
- wysoka impulsywność,
- poczucie bezsilności i beznadziei,
- niska samoocena,
- zaburzenia psychiczne (depresja, choroba afektywna dwubiegunowa, zaburzenia zachowania, uzależnienie od substancji psychoaktywnych, kształtujące się zaburzenia osobowości pogranicza),
- brak umiejętności rozwiązywania codziennych problemów,
- problemy interpersonalne w kontaktach z rówieśnikami,
- płeć (męska – częstsze samobójstwa dokonane, żeńska – częstsze próby samobójcze),

- brak akceptacji swojej tożsamości seksualnej,
- odkrycie własnej orientacji homoseksualnej lub biseksualnej,
- trudności w szkole,
- konflikty w rodzinie,
- doświadczanie przemocy w rodzinie lub śmierć, któregoś z rodziców,
- samotne rodzicielstwo,
- oglądanie scen samobójstw w mediach, czytanie opisów samobójstw w książkach.

Specjaliści zwracają uwagę na to, że raczej wystąpienie kilku czynników i powiązania między nimi niż wystąpienie jednego czynnika ryzyka wiąże się z podejmowaniem prób samobójczych, ale jednak nie zmienia to faktu, że warto pamiętać o wymienionych wcześniej czynnikach i kontrolować je u osoby, która zgłasza myśli samobójcze (Brzozowska i Ciupak, 2005, Fox i Hawton, 2009; Stukan, 2008; Miller, Rathus i Linehan, 2011; Beisert i Izdebska, 2010).

W społeczeństwie pokutuje mit, że osoba, która mówi o samobójstwie lub nim grozi, nie podejmie takiego kroku (Brzozowska i Ciupak, 2005). Niestety, jest odwrotnie, dlatego należy być na to wyczulonym i uważnie słuchać informacji przekazywanych przez klientów. Jeśli w wypowiedziach adolescenta pojawia się wątek myśli o odebraniu sobie życia (myśli samobójczych), to nie należy panikować, tylko spokojnie spytać młodego człowieka, czy planuje się zabić. Często klienci mówią o swoich problemach wypowiadając myśli rezygnacyjne, takie jak: „ja już mam dość tego życia”, „najlepiej jakby mnie nie było”, ale kiedy zostaną wprost spytani, czy myślą o samobójstwie, odpowiadają „no co pan?”. Jest jednak grupa klientów, którzy dopiero wtedy zaczynają mówić o tym, co ich martwi i boli.

Jeśli przy zbieraniu wywiadu i wspólnej rozmowie klient deklaruje uporczywe myśli i fantazje samobójcze, podejmuje lub podejmował próby zabicia się, profesjonalista powinien wypytać go, jak bardzo nasilone są to myśli, kiedy ostatnio próbował się zabić, w jaki sposób, z jakiego powodu, co mu przeszkodziło lub pomogło w realizacji jego pomysłu, czy wcześniej podejmował takie działania. Wszelkie informacje na ten temat przydadzą się lekarzowi psychiatrze dzieci i młodzieży, do którego dziecko powinno być niezwłocznie skierowane w celu oceny ryzyka

wystąpienia dalszych prób samobójczych i podjęcia ewentualnej decyzji o umieszczeniu na oddziale psychiatrii dzieci i młodzieży.

Współwystępowanie myśli samobójczych z planami lub podejmowaniem działań w celu odebrania sobie życia jest w literaturze określane jako myśli samobójcze z tendencją do realizacji i wymaga pilnej konsultacji u psychiatry dzieci i młodzieży. Informacji o podejmowaniu przez dziecko prób samobójczych nie można zostawić dla siebie i należy podzielić się nią z opiekunem dziecka. Każdy specjalista pomagający dzieciom lub młodzieży zobowiązany jest do tego przez prawo i etykę zawodową. Możliwe, że taki klient nie będzie chciał już z nami dłużej współpracować. Może złościć się, że przyszedł po pomoc, a został skierowany do psychiatrii. Jednak w tym momencie zdrowie i życie dziecka jest ważniejsze niż dalsza współpraca z profesjonalistą udzielającym porad.

Może się też zdarzyć, że po pomoc zgłosi się do nas nastolatek, który w przeszłości podejmował próby odebrania sobie życia. W takim wypadku podczas spotkań warto monitorować jego stan emocjonalny, prosząc go o wypełnienie od czasu do czasu np. inwentarza objawów depresyjnych, zawierającego pytania o myśli samobójcze lub próby podjęcia takich działań. Jest to dobry sposób, aby bezpośrednio nie poświęcać uwagi próbie samobójczej i nie wzmacniać tym samym kształtowania się strategii zdobywania uwagi dorosłych przez groźbę samobójstwem, a jednocześnie uzyskać informację o stanie klienta bez wypytywania go o szczegóły.

Na koniec warto wspomnieć o pewnych zachowaniach, które mogą, ale nie muszą sygnalizować, że młody człowiek przygotowuje się do podjęcia próby odebrania sobie życia. Chociaż wiele danych wskazuje, że większość prób samobójczych dzieci i młodzieży opiera się na działaniu impulsywnym, bez przewidywania konsekwencji swoich działań (Hoberman i Garfinkel, 1998 za: Fox i Hawton, 2009; Shaffer i in., 1988 za: Fox i Hawton, 2009), to warto pamiętać, że:

- wypowiedzi o charakterze samobójczym,
- przesadne zainteresowanie śmiercią i umieraniem,
- objawy depresji,
- zmiany w dotychczasowym zachowaniu,

- oddawanie rzeczy ważnych o specjalnym znaczeniu,
- zamykanie niedokończonych spraw,
- problemy z apetytem i snem,
- zachowania ryzykowne (np. przebieganie przed jadącymi samochodami),
- nadużywanie substancji psychoaktywnych,
- utrata dotychczasowych zainteresowań

mogą, ale nie muszą świadczyć o przygotowywaniu się do podjęcia próby samobójczej.

4.5. Dylematy i trudności w procesie poradnictwa

W pracy z nastolatkiem i jego rodzicami pojawia się wiele dylematów etycznych. Często pomagający zadają sobie podstawowe i bardzo ważne pytanie: „Kto jest moim klientem, nastolatek, czy jego rodzice?”. Odpowiedź na pozór wydaje się prosta – oczywiście, że nastolatek. Jednak w takim razie, czy w sytuacji otrzymania informacji, np. o próbie samobójczej, przygotowaniach do pobicia kogoś, używaniu substancji psychoaktywnych lub częstych wagarach, powinniśmy podzielić się nią z rodzicami? A co z wypracowaną relacją między pomagającym a młodym człowiekiem?

W pracy z młodzieżą pomagający zawsze jest między przysłowiowym młotem a kowadłem. Ważne jest, by budował z adolescentem relację opartą na zaufaniu i współpracy, ale w niektórych sytuacjach jest zobowiązany przez prawo do poinformowania rodziców o próbie samobójczej, używaniu substancji psychoaktywnych (alkohol, narkotyki), częstym opuszczaniu szkoły, przygotowywaniu się zrobienia komuś krzywdy. Warto więc przy zawieraniu kontraktu na pomoc poinformować, że nie wszystkie sytuacje są objęte tajemnicą i jesteśmy zobowiązani przez prawo do działania w tego rodzaju przypadkach. Nastolatek powinien także wiedzieć, że pomagający superwizuje swoją pracę i że może przedstawiać jego przypadek na spotkaniu superwizyjnym, choć bez możliwości jego identyfikacji.

W pracy z młodzieżą pojawia się też problem, komu ufać. Zazwyczaj przedstawiane przez adolescenta i jego rodziców wersje zdarzeń się różnią, czasem diametralnie. Oczywiście, można spróbować pójść na skróty i uwierzyć w pełni nastolatkowi lub rodzicom, ale czy wówczas naprawdę pomagamy? W takich sytuacjach warto kierować się zdrowym rozsądkiem i nie nastawiać się na jedną z wersji, tylko spróbować poszukać „złotego środka”. Trzeba pamiętać, że w każdej opowieści jest „ziarnko prawdy”, „ziarnko” lub więcej, ale rzadko wyłącznie prawda.

Na koniec warto wspomnieć o bardzo poważnym dylemacie, który można ująć za pomocą sportowego powiedzenia „na kogo gramy?”. Znowu odpowiedź jest pozornie prosta, działamy bowiem dla dobra nastolatka. Warto się jednak zastanowić, czy działamy dla dobra, czy na korzyść młodego człowieka, ponieważ każda z tych deklaracji pociąga za sobą inne skutki. Czy pomoc w wynegocjowaniu z rodzicami krótszych godzin nauki w domu i spędzania więcej czasu przed komputerem jest działaniem dla dobra nastolatka? A sprzątanie pokoju co drugi dzień lub wracanie z dyskoteki o godzinę później? Według autora tego rozdziału odpowiedź jest następująca – nie gramy na nikogo, ale niczym sędzia pilnujemy zasad, tak aby gra toczyła się fair i nikomu nie stała się krzywda.

Podsumowanie

Praca z nastoletnim klientem jest trudna, ponieważ z racji swojego okresu rozwojowego nie chce on przyjmować informacji od osób dorosłych, zwłaszcza tych, którzy próbują wpływać na jego życie.

Przedstawione w tym rozdziale metody pracy mogą pomóc w prowadzeniu poradnictwa i przekazywaniu wiedzy młodemu człowiekowi, bez narzucania mu własnej woli, a tym samym umożliwić podejmowanie przemyślanych decyzji. W pracy z nastolatkiem często potrzebna jest także praca z jego rodzicami, którzy nierzadko czują się zagubieni i również potrzebują pomocy, wsparcia oraz potwierdzenia słuszności swoich działań. Pozyskanie rodziców do współpracy jest bardzo ważnym elementem pomocy adolescentowi.

Na koniec warto dodać, że aby skutecznie pomagać, profesjonalista powinien być autentyczny, działać rozsądnie, z wyczuciem

i zaangażowaniem – i to zarówno w kontaktach z nastolatkiem, jak i jego rodzicami. Tylko wtedy będzie miał szansę nawiązać ciepłą i empatyczną relację z młodym człowiekiem, odwieść go od nierozsądnych działań i budować w nim dojrzałą tożsamość.

Pytania sprawdzające

1. Co to jest „tożsamość lustrzana”? Podaj jej przykłady.
2. Dlaczego podczas pierwszej konsultacji w poradni zaleca się rozmowę z nastolatkiem i jego rodzicami, a potem z samym nastolatkiem?
3. Po czym można poznać, że nastolatek eksperymentuje z używkami?
4. Co to jest dialog ukierunkowany i na czym polega?
5. O co pytać, aby ocenić, czy nastolatek jest zagrożony próbą samobójczą?

Problemy do dyskusji

1. Dlaczego nastolatka tak trudno przekonać do racji dorosłych?
2. Jakie techniki podane w tym rozdziale można zastosować, aby przekonać nastolatka, że nie warto palić papierosów?
3. Co można odpowiedzieć nastolatkowi, który stwierdzi: „Pan/Pani tylko tak gada, bo bierze Pan/Pani za to pieniądze”?

Literatura zalecana

- Beck, J.S. (2005). *Terapia poznawcza depresji. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*. Przeł. M. Cierpisz. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Popiel, A., Pragłowska, E. (2008). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna, teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat.
- Rylke, H., Węgrzynowska, J., Milczarek, A. (1997). *Wychowanie przeciw przemocy. Aktywna Edukacja*. Warszawa: Fundacja Bene Vobis.
- Wolańczyk, T., Komender, J. (red.). (2005). *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Rozdział 5

Poradnictwo psychologiczne dla osób w okresie średniej dorosłości

Sylwia Kluczyńska

Wstęp

Średnia dorosłość, zwana często wiekiem średnim, obejmuje okres od 35–40 do 60–65 r.ż. W literaturze przedmiotu można napotkać wiele kontrowersji dotyczących granic wiekowych tego etapu rozwojowego (por. Olejnik, 2005; Brzezińska, Appelt i Ziólkowska, 2008; Oleś, 2012). Mimo tych wątpliwości oraz zacierania się różnic między poszczególnymi okresami dorosłości sądzi się, że średnia dorosłość istnieje jako specyficzny okres w życiu człowieka (Wojciechowska, 2008). Powszechnie jest ona określana jako czas między młodością a starością. To czas względnego zdrowia, równowagi oraz konsumowania wcześniejszych osiągnięć rozwojowych. Pojawiają się jednak poglądy przyrównujące ten okres do adolescencji, z powodu występujących w nim przejawów wzmożonego napięcia i zachwiania równowagi (Wojciechowska, 2005). Wiek średni to zazwyczaj okres dużych zmian: dorastanie, a następnie odchodzenie dzieci z domu, nierzadko choroby i śmierć rodziców, zmiana pozycji zawodowej. Człowiek konfrontuje się z młodością własnych dorastających dzieci oraz starością własnych dobiegających schyłku życia rodziców. Często jest to również czas podsumowań dotychczasowych osiągnięć i porównywania ich z wcześniejszymi planami; czas refleksji nad sensem i dalszym kierunkiem życia. Może to być niezwykle ważny i przełomowy okres w życiu człowieka, gdyż ma on wówczas jedyną w swoim rodzaju okazję dokonywać samodzielnych wyborów, zgodnych ze swoim systemem

wartości, oraz realizować swoje cele i pragnienia. Podejmując decyzje, może wykorzystać swoje wcześniejsze doświadczenia oraz uwzględnić rosnącą świadomość skończoności swojego życia. Średnią dorosłość można uznać za okres największej niezależności i samodzielności ludzi. Teraz to inni oczekują od nich pomocy, a oni mają liczyć przede wszystkim na siebie. Pozbawieni wsparcia, które było dla nich dostępne w poprzednich okresach rozwojowych, mogą czuć się osamotnieni i zagubieni.

Wiek średni dla wielu osób może być trudny ze względu na konfrontację z objawami starzenia się. Pojawiają się widoczne zmarszczki, siwe włosy, kłopoty ze zdrowiem. Zjawisko starzenia się jest przez wiele osób spostrzegane jako przykra niespodzianka, którą przynosi ze sobą życie (Bee, 2004). Istnieją też liczne stereotypy dotyczące średniej dorosłości, np. związane z kryzysem środka życia, syndromem „pustego gniazda”, z gorszym funkcjonowaniem intelektualnym, które mogą potęgować przygnębienie, obawy i lęk u osób wchodzących w ten etap życia. Warto podkreślić, że wiele z tych mitów nie znajduje wystarczającego potwierdzenia w dotychczas pozyskanych wynikach badań (por. Bee, 2004; Oleś, 2012). Nie warto więc tego okresu postrzegać jedynie jako czasu kryzysu i strat. Średnia dorosłość może być czasem wzrostu i nowych możliwości. Człowiek może jeszcze podjąć decyzję o zmianie swojego dotychczasowego życia, zwłaszcza jeśli nie przynosi mu ono wystarczającego zadowolenia lub, przeciwnie, rozwijać te dziedziny, z których czerpie satysfakcję.

5.1. Zadania rozwojowe w okresie średniej dorosłości

Okres średniej dorosłości charakteryzuje się dużą plastycznością i indywidualizacją rozwoju, który zależy od społeczno-kulturowego kontekstu życia jednostki i w niewielkim stopniu jest determinowany przez czynniki biologiczne. Choć obserwowany jest spadek wydolności wielu funkcji biologiczno-fizjologicznych, to zmiany te przebiegają w sposób stopniowy i łagodny. Dzięki postępowi medycznemu i aktywności fizycznej mogą one być doskonale niwelowane lub kompensowane (Olejnik, 2005). Ludzie w wieku średnim uświadamiają

sobie, że osiągnięcie osobistych celów zależy przede wszystkim od ich własnych działań, ale równocześnie mają też świadomość działania niezależnych sił, takich jak potencjalne pogorszenie się stanu zdrowia czy śmierć bliskich (Bee, 2004).

Zadania średniej dorosłości obejmują przede wszystkim osiągnięcie odpowiedzialności społecznej, wspomaganie rozwoju dorastających dzieci, utrzymywanie sprawności zawodowej, zapewnienie odpowiedniego poziomu życia rodziny, zaakceptowanie i dostosowanie się do biologicznych zmian wieku średniego (Havighurst, 1981).

Głównym zadaniem średniej dorosłości jest podejmowanie działań na rzecz innych ludzi. Osoby w tym okresie życia dbają o rozwój swoich dzieci, wspierają życiowego partnera, opiekują się swoimi starzejącymi się rodzicami, udzielają wsparcia merytorycznego swoim młodszym współpracownikom. Podejmują role powiernika, doradcy, eksperta czy mentora (Brzezińska, 2002).

Zadania rozwojowe tego okresu to również rozwijanie siebie, swoich pasji, zainteresowań i hobby. Osiągnięcie równowagi między zadaniami wykonywanymi dla innych a zadaniami związanymi z własnym rozwojem jest ważnym wyznacznikiem poczucia spełnienia i zadowolenia z życia w tym okresie.

5.1.1. Wspomaganie rozwoju dorastających dzieci

Podejmowanie ról rodzicielskich ma duże znaczenie dla rozwoju młodego pokolenia. Jest też wyrazem rozwoju dokonującego się w okresie średniej dorosłości. Rozwój człowieka w wieku średnim dokonuje się przez wspomaganie rozwoju osób młodszych. Generatywność jest wymieniana jako jedna z ważniejszych cech charakteryzujących wiek średni. Rozumiana jest ona jako aktywność dorosłych, która przejawia się zaangażowaniem w realizację zadań rozwojowych osób należących do młodszego pokolenia, m.in. przez rodzicielstwo, nauczanie, pełnienie ról liderów i mentorów. Osoby w okresie średniej dorosłości w sposób szczególny chcą opiekować się innymi, chcą czuć się potrzebne – tego wymaga od nich także społeczeństwo. Najczęściej za zachowania generatywne uważa się te, które wymagają tworzenia, podtrzymywania

i opieki oraz przekazywania kolejnym pokoleniom tego, co zostało już stworzone (McAdams, 2001).

Zdaniem Eriksona (1997) rodzicielstwo jest podstawą budowania generatywności. Podejmując działania mające na celu wspieranie rozwoju swoich dorastających dzieci, rodzice realizują istotną dla siebie potrzebę dawania i wpływania na kształt przyszłych pokoleń. Według Eriksona „poszerzająca się troska” i większe zainteresowanie innymi niż sobą to nowa siła witalna i cnota, którą rozwijają ludzie w średnim wieku. Dorosły człowiek potrzebuje być potrzebny. Możliwość dzielenia się z innymi swoją życiową mądrością i doświadczeniem daje mu poczucie ważności, użyteczności oraz chroni przed samotnością. Poszukiwanie metod przekazywania wartości i doświadczeń adekwatnych do potrzeb dorastającego pokolenia stanowi doniosłe wyzwanie tego okresu (Bakiera, 2004). W wieku średnim powinien ulec zmianie zakres podejmowanych działań rodzicielskich. Wymaga to od rodzica przewartościowania roli rodzicielskiej i łączących się z nią oczekiwań, postaw, metod wychowawczych. Rodzice muszą się zmierzyć z rosnącą potrzebą autonomii swoich dzieci. Trudności związane z realizacją tych zadań motywują rodziców do wypracowania nowych sposobów postępowania, które mogą być źródłem zadowolenia i spełniania się w roli rodzicielskiej. Rodzic stwarza optymalne warunki rozwoju swojemu dorastającemu dziecku, gdy okazuje mu zainteresowanie i zrozumienie, akceptuje jego rosnącą niezależność oraz pomaga w sytuacjach nowych, trudnych, związanych z fizjologicznym dojrzewaniem i społecznym dorastaniem. Dorastający człowiek potrzebuje wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego ze strony swoich rodziców. Pozwoli mu to zaakceptować dynamiczne zmiany rozwojowe oraz umożliwi lepsze radzenie sobie z oczekiwaniami, jakie ma wobec niego społeczeństwo (Bakiera, 2004). Różnorodność zmian w rozwoju oraz krytycyzm dorastających dzieci skłaniają rodziców do refleksji nad własnym stanem wiedzy, systemem wartości i postępowaniem. Dokonywana refleksja może być ważnym czynnikiem ich rozwoju. Może wyzwalać zmiany w ich strukturach poznawczych i emocjonalnych oraz stymulować zmianę w zachowaniu. Akceptacja dorastania i uniezależniania się własnych dzieci to ważne zadanie okresu środkowej dorosłości. Matki i ojcowie, którzy pozytywnie oceniają wejście swojego potomstwa w świat

dorosłych, mają bardziej pozytywny obraz siebie i swojego przeszłego życia. Rodzice, którzy uważają, że ich dzieci są szczęśliwe, potwierdzają wyższy poziom psychicznego dobrostanu (Ryff i Seltzer, 1996; Ryff, Schmutte i Lee, 1996, za: Appelt, 2005).

Generatywności nie można jednak zawęzić tylko do rodzicielstwa i czynić oba pojęcia równoznacznymi. Rodzicielstwo nie zawsze jest konieczną lub wystarczającą drogą do realizowania generatywności (McAdams, 2001).

5.1.2. Opieka nad starzejącymi się rodzicami

Opieka nad starzejącymi się rodzicami jest ważnym wyzwaniem środkowej dorosłości.

Postęp w medycynie pozwala ludziom żyć dłużej niż kiedyś. Jednak nie zawsze są oni w dobrym zdrowiu i formie pozwalającej im na niezależną egzystencję. Często potrzebują opieki lub pomocy. W porównaniu z innymi krajami europejskimi Polska jest wyjątkowa, jeśli chodzi o samodzielną opiekę rodzin nad ludźmi starymi. Zdecydowana większość osób starszych jest otoczona opieką swoich najbliższych członków rodziny. Opieka częściej dyktowana jest miłością i troską niż poczuciem obowiązku (Olejnik, 2005). Opiekunami niesamodzielnych już rodziców przeważnie zostają kobiety (Bee, 2004).

Kolejnym ważnym wyzwaniem rozwojowym jest poradzenie sobie ze śmiercią rodziców.

Śmierć rodzica to szczególny rodzaj straty oraz jedno z najtrudniejszych wydarzeń życiowych człowieka dorosłego. Choć jest wpisana w scenariusz normatywnych wydarzeń w tym okresie życia, może stanowić poważne zagrożenie i naruszać bezpieczeństwo „własnego istnienia”. Gdy umiera drugi rodzic, następuje zmiana w strukturze rodziny. Osoby w wieku średnim zyskują status najstarszych w rodzinie. Śmierć rodziców sprzyja refleksji nad własną śmiercią, zwłaszcza że niejako są „następne w kolejce”. Ponadto nieodwołalnie tracą one możliwość powrotów do swoich domów rodzinnych, w których otrzymywały różne formy wsparcia i pomocy. Następuje ostateczne oddzielenie od rodziców i bezpośrednio

narażenie na wszelkie zagrożenia ze strony ludzi i świata (Gould, 1978; za: Oleś, 2012).

5.1.3. Praca zawodowa

W wieku średnim aktywność zawodowa zajmuje szczególne miejsce wśród podejmowanych aktywności. Praca daje możliwość zaspokojenia podstawowych potrzeb, zapewnia odpowiedni status ekonomiczny i społeczny. Prawidłowy rozwój kariery zawodowej sprzyja budowaniu adekwatnego obrazu siebie, tożsamości osobowej, poczucia niezależności i godności osobistej. Praca stanowi zazwyczaj ważne źródło satysfakcji i umożliwia samorealizację oraz osiągnięcie wytyczonych celów życiowych (Rostowska, 2008).

W początkowym okresie średniej dorosłości statystycznie najczęściej osób otrzymuje awans i cieszy się wybitnymi osiągnięciami w sferze zawodowej. Prestiż i uznanie społeczne są wtedy tak samo ważne jak ciekawa i satysfakcjonująca praca oraz gratyfikacja finansowa. Wraz z upływem lat życie zawodowe stopniowo przestaje być najważniejszym obszarem, a satysfakcja zawodowa słabiej łączy się z ogólną satysfakcją życiową. Osoby w wieku średnim stopniowo podejmują działania mające na celu przygotowanie się do odejścia na emeryturę, m.in. przez stopniowe ograniczanie godzin pracy (Bee, 2004).

5.2. Wybrane trudności pojawiające się w realizowaniu zadań rozwojowych w okresie średniej dorosłości

W tym okresie czasami pojawiają się sytuacje, które mogą utrudniać realizację zadań rozwojowych, np. bezrobocie lub obawa przed utratą pracy, wypalenie zawodowe, brak pomyslnych perspektyw na usamodzielnienie się dorosłych dzieci, późne rodzicielstwo, nagła śmierć partnera, problemy finansowe, kłopoty zdrowotne, konieczność opieki nad starzejącymi się rodzicami. Niepodejmowanie zadań i wyzwań życiowych blokuje rozwój i utrudnia przejście do następnego etapu rozwojowego (por. Brzezińska, 2002; Appelt, 2005).

5.2.1. Trudności w pełnieniu ról w rodzinie

Optymalne relacje rodziców z dziećmi w wieku dorastania, charakteryzujące się pozytywnymi emocjami, są ważnym przejawem rozwoju w tym okresie. Natomiast niedostosowanie działań rodziców do zmieniających się potrzeb ich dorastających dzieci, np. nadopiekuńczość lub brak odpowiedniego wsparcia i troski, może być wyrazem ich trudności rozwojowych, dodatkowo może też wyraźnie ograniczać rozwój młodego człowieka (Bakiera, 2004).

Syndrom „pustego gniazda”

Gdy córka wyjechała na studia do innego miasta, nie spodziewałam się, że to będzie takie trudne. Tłumaczę sobie, że tak musi być, że nie ja jedna wyprawiam dziecko w świat, ale te argumenty mnie nie przekonują. Ona jest bardzo samodzielna i rozsądna, i wiem, że sobie poradzi z problemami. Ale mnie nie opuszcza świadomość, że będzie w domu już tylko gościem, a ja będę czekać. Na wiadomość, na telefon, na e-maila, na jej przyjazd (Maria, 55 lat).

Powszechnie uważa się, że rodzice w wieku 50–60 lat przechodzą **syndrom „pustego gniazda”**. Tak określa się stan przygnębienia i osamotnienia, gdy dziecko osiąga dorosłość i opuszcza dom, żeby uzyskać niezależność, określić swoją tożsamość. Syndrom ten przejawia się w dążeniu do utrzymania więzi z dzieckiem na dotychczas obowiązujących zasadach. Rodzic nie potrafi zaakceptować uniezależniania się własnych dzieci i nie przewartościowuje swojej roli. Stara się odroczyć moment odejścia dziecka z domu, a kiedy to następuje, boryka się z uczuciem pustki, osamotnienia, narastającym poczuciem bycia niepotrzebnym, a nawet zdradzonym. Jeśli dziecko stanowiło dla rodzica centralny punkt zainteresowania, było przedmiotem troski, a zarazem przyjacielem, powiernikiem i oparciem, to ciężko pogodzić się z jego odejściem. Często twierdzi się, że problem ten częściej dotyka kobiet, ponieważ silniej są związane ze swoimi dziećmi niż ojcowie (Wojciechowska, 2008). Przez lata to na kobietach spoczywała odpowiedzialność za wychowanie dzieci i ich życie było często w całości temu podporządkowane. Dla matki, która „w imię dobra dziecka” poświęciła swoje życie, aby przez nie realizować własne marzenia, potrzeby i aspiracje, jego usamodzielnienie się może być doświadczeniem

„pustki egzystencjalnej”. Nieakceptowanie dorastania dzieci i ich rosnącej potrzeby autonomii może wynikać z braku innych celów, które mogłyby nadawać życiu nowy sens (Sęk, 1990). W hierarchii wartości życiowych macierzyństwo ma bardzo wysoką pozycję. Elastyczne przeformułowanie tej struktury w postaci postawienia sobie nowych priorytetów i przesunięcia akcentów bywa trudne. Jest to niełatwe zwłaszcza dla tych kobiet, które były bardziej zorientowane na życie rodzinne i wychowywanie dzieci niż na karierę zawodową oraz samorealizację (Oleś i Baranowska, 2003). Aktywne zawodowo kobiety częściej przyjmują stadium pustego gniazda jako pozytywny etap w swoim życiu (Bee, 2004). Wykazano, że odejście dzieci z domu jest większym problemem dla matek, które nie doznawały wzajemnej satysfakcji i spełnienia potrzeb emocjonalnych w swoim związku (Sobieszcańska, Połać i Stetkiewicz, 2009). Rodzice jedynaków mają również spore trudności z zaakceptowaniem rosnącej niezależności swoich dzieci i ich odejścia z domu (Wojciechowska, 2008). Rodzice dotknięci syndromem pustego gniazda nie zdają sobie sprawy, że ich dzieci – „odcinając się” od nich – próbują zbudować swoją niezależność oraz tożsamość, tym samym realizują ważny etap w swoim rozwoju. To trudny czas w życiu młodego człowieka, kiedy to odpowiednia pomoc i wsparcie rodziców są szczególnie ważne.

Puste gniazdo to również poważny przełom dla par małżeńskich. Odejście dzieci z domu zmusza do konfrontacji ze stanem relacji małżeńskiej. W związkach, w których role rodzicielskie dominowały nad małżeńskimi, dom opuszczony przez dzieci może być źródłem stresu i niepokoju. Takie pary mogą mieć wrażenie, że zostały pozbawione ważnego, czasami jedyne celu w ich życiu, mianowicie rodzicielstwa. Spadek fizycznej atrakcyjności partnerów oraz nierzadko trudności w zaakceptowaniu zmian we własnym wyglądzie i fizjologii mogą dodatkowo utrudniać relacje małżeńskie (Liberska, 2003).

Praca zawodowa, udane relacje małżeńskie czy hobby ułatwiają przejście przez etap „pustego gniazda” w rodzinie. Uwaga do tej pory skoncentrowana na dziecku może zostać przeniesiona na inne ważne sfery życia.

„Przepętnione gniazdo”

Zanim nasz dorosły syn powrócił do domu, mieliśmy z mężem już własne życie. Raz w tygodniu chodziliśmy do kina, lubiliśmy długie spacery, jedliśmy kolacje tylko we dwoje, oglądaliśmy razem nasz ulubiony serial. Aż tu nagle koniec z wolnością, znów zostaliśmy sprowadzeni do roli rodziców i opiekunów! Wstaję rano, robię synowi kanapki do pracy, potem obiad. Dałam się znowu sprowadzić do roli mamuski, która „przyniesie, poda i pozamiata” (Danuta, 59 lat).

Kryzys gospodarczy oraz trudna sytuacja na rynku pracy utrudniają start życiowy i zawodowy młodych osób. Dość często okazuje się, że decyzja o „opuszczeniu gniazda” musi zostać odłożona w czasie. Zdarzają się też sytuacje, w których dorosłe dzieci powracają do domu rodzinnego po pewnym czasie. Może to być spowodowane złą sytuacją ekonomiczną, utratą pracy czy rozwodem. Niektórzy badacze sugerują się, że wyprowadzka dzieci z domu jest znacznie łatwiejsza do przyjęcia, niż ich pozostanie w nim. Nawet kobiety, które cierpiały na syndrom opuszczonego gniazda, nie są zazwyczaj zadowolone, gdy gniazdo zostaje znów „zapełnione”. Ponowne ułożenie sobie odpowiednich relacji w rodzinie może okazać się trudne i stresujące. Jednak ponad połowa rodziców mieszkających ze swoimi dorosłym dziećmi jest zadowolona z takiej sytuacji (Aquilino i Supple, 1991, za: Bee, 2004).

Późne rodzicielstwo

Staraliśmy się z mężem o dziecko przez prawie 20 lat. Po tylu latach, byliśmy już naprawdę tym zmęczeni. Stwierdziliśmy, że widocznie nie jest nam dane zostać rodzicami. Pojechaliliśmy w egzotyczną podróż. Zamiast kolejnej wizyty w centrum leczenia niepłodności kupiłam sobie nową sukienkę. Po przyjeździe z wakacji, zaczęłam się dziwnie czuć. Poszłam do internisty, bo w ogóle nie brałam pod uwagę tego, że mogę być w ciąży. Teraz z mężem czekamy na narodziny naszego synka. Umieram z przerażenia. Boję się o zdrowie dziecka... o siebie. Martwię się swoim wiekiem. Czy zdążę wychować swoje maleństwo? (Alicja, 43 lata)

45 lat, a tu ciąża. Jak ja będę wyglądała w tym wieku w ciąży? Wiekowe celebrytki mogą się dumnie obnosić ze swoją ciążą w blaskach fleszy, ale ja, w tym małym miasteczku? I od nowa to samo: nieprzespane noce, pampersy, choroby wieku dziecięcego? Dom zaczęliśmy budować, kredyt taki wielki, dzieci zaraz na studia pójdą. Co teraz będzie? Jak ja sobie z tym poradzę? (Ewa, 45 lat)

Współcześnie obserwuje się znaczny wzrost liczby kobiet świadomie decydujących się na późne macierzyństwo. Wynika to najczęściej z chęci posiadania dziecka w warunkach pełnej stabilizacji życiowej kobiety.

Umocnienie swojej pozycji społecznej i kariery zawodowej ma stanowić gwarancję dobrego, bezpiecznego rozwoju i wychowania potomstwa. Wiąże się to także z rozwojem medycyny, a w szczególności nowych technik rozrodu wspomaganego, które pomagają zająć w ciążę kobietom starszym (Kubiak-Fortecka i Wilczyński, 2009). W licznych badaniach podkreśla się, iż późne macierzyństwo jest obciążone dużym ryzykiem dla matki, płodu i noworodka. Zaawansowany wiek kobiet ciężarnych niesie ze sobą ryzyko takich powikłań, jak: poronienia i porody przedwczesne, cukrzyca ciężarnych, nadciśnienie tętnicze oraz patologie łożyska. Obserwuje się też wzrost częstości wykonywanych cesarskich cięć u rodzących powyżej 35 r.ż. (Kubiak-Fortecka i Wilczyński, 2009; Gadomska, Głuszak i Wielgoś, 2010; Stusiński i Lew-Starowicz, 2012). Ciąża i poród kobiet w wieku przedmenopauzalnym wymagają wzmożonej troski. Sam wiek nie przesądza jednak o traktowaniu ciąży kobiet dojrzałych jako patologii. W światowym piśmiennictwie można znaleźć wiele przesłanek dla uznania, iż przy odpowiednim nadzorze położniczym przebieg ciąży i porodu u dojrzałych ciężarnych jest prawidłowy, a ich wyniki położnicze nie odbiegają od wyników młodszych kobiet. Ponadto nie stwierdza się zwiększenia częstości występowania zaburzeń rozwojowych płodu, wad wrodzonych u noworodków czy wyraźnych odchyłeń w masie urodzeniowej noworodków (Kubiak-Fortecka i Wilczyński, 2009).

Dojrzałe pacjentki od początku ciąży powinny znajdować się pod specjalistyczną opieką. Istnieją jednak badania (Studziński, 2004), które wskazują, że nie korzystają one w zadowalającym stopniu z opieki medycznej. Można domniemywać, że część z nich nie uświadamia sobie zajścia w ciążę. W wieku przedmenopauzalnym nierzadko pojawiają się nieregularne cykle miesięczkowe. Brak krwawienia miesięczkowego bywa traktowany jako normalny stan rzeczy, nie budząc podejrzania ciąży. Kobiety myślą raczej o zbliżającej się menopauzie i całkowitym ustaniu krwawienia. Mogą też nie wiedzieć, że kobieta, która przestaje miesiączkować przed 50 r.ż. jeszcze w ciągu 2 lat może zająć w ciążę, natomiast po 50 r.ż. w ciągu jednego roku (Gadomska, Głuszak i Wielgoś, 2010). Być może część z nich dopiero po kilku miesiącach orientuje się, że jest w ciąży, i dopiero wtedy zgłasza do lekarza. Należy przy tym zwrócić uwagę, że ciąża w dojrzałym wieku jest coraz częściej świadomie

zaplanowana i pożądana, co sprawia, że kobiety starannie dbają o swoje zdrowie i rozmyślnie się do niej przygotowują (Witek i Bojdys-Szyndlar, 2006).

W ostatnich latach, w odpowiedzi na zapotrzebowanie społeczne, obserwuje się stały rozwój opieki prenatalnej, śródporodowej i neonatologicznej adresowanej do dojrzałych kobiet, co stwarza szansę na udane późne macierzyństwo (Gadomska, Głuszak i Wielgoś, 2010).

Późne rodzicielstwo niesie ze sobą wiele nowych wyzwań. Często partnerzy mają dzieci z wcześniejszych związków, zdarza się, że pięćdziesięciolatek jest już dziadkiem, gdy zostaje „młodym ojcem”. Wielu dojrzałych rodziców uważa, że wadą późnego rodzicielstwa jest brak fizycznych sił. Przyznają, że mieliby więcej energii na rodzicielstwo, gdyby byli młodszy. Często towarzyszy im obawa, czy będą żyli na tyle długo i czy będą na tyle zdrowi, by doczekać wejścia w dorosłość własnego dziecka. Obawiają się też stygmatyzacji z powodu późnego rodzicielstwa. Zaletą bycia starszym rodzicem dla większości rodziców jest to, że są o wiele lepiej przygotowani do rodzicielstwa, są bardziej świadomi, odpowiedzialni. Mają udaną karierę zawodową, elastyczną pracę, większe zabezpieczenie finansowe, silniejszą więź z rodziną. Przyznają, że jako starsi rodzice mają więcej czasu i cierpliwości dla swoich dzieci, niż mieli, kiedy byli młodszy.

Bezdzielnosc

44 lata to już nie czas na dzieci. Lekarz powiedział, że muszę pogodzić się z tym, że nigdy już ich nie będę mieć. Co z tego, że mam wszystko inne? Apartament, świetną pracę, zagraniczne wakacje i dobry wóz. No i kochającego w końcu mężczyznę u swojego boku. Liczył, że nam się z tymi dziećmi uda, ale ja już wiem, że nie jest to możliwe (Anna, 44 lata).

Niezamierzony brak dziecka obniża satysfakcję życiową i utrudnia planowanie przyszłości. Posiadanie dzieci wydaje się czymś naturalnym. Większość ludzi zakłada, że będzie mogła sama zdecydować, czy posiadać dzieci, czy nie (Drennan, 2013). Wiele współczesnych par decyzję o rodzicielstwie odkłada na później. Jest to często związane z niepewnością i niestabilnością zatrudnienia oraz z większymi oczekiwaniami pracodawców co do mobilności i dyspozycyjności pracowników. Odkładanie w czasie pierwszej ciąży czy poszukiwania pomocy w sytuacji pojawienia się kłopotów z prokreacją może ograniczać

skuteczność leczenia. Prawdopodobieństwo uzyskania ciąży obniża się wraz z wiekiem, nawet przy użyciu najlepszych procedur (Łepecka-Klusek, Pilewska-Kozak i Jakiel, 2012). Wraz z wiekiem maleje płodność, na co składa się spadek comiesięcznego prawdopodobieństwa zapłodnienia i wzrost ryzyka utraty wczesnej ciąży. Uważa się, że od 40–41 r.ż. płodność kobiety gwałtownie maleje i rozpoczyna się okres niepłodny, który o 10 lat wyprzedza moment pojawienia się menopauzy (Witek i Bojdys-Szyndlar, 2006). U mężczyzny związek wieku i płodności nie jest tak jednoznaczny (Łepecka-Klusek, Pilewska-Kozak i Jakiel, 2012).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, 2000) definiuje niepłodność jako niemożność zajścia w ciążę mimo regularnego współżycia płciowego, utrzymywanego powyżej 12 miesięcy, przy braku stosowania antykoncepcji. W etiologii niepłodności znaczącą rolę odgrywają uwarunkowania biologiczne. Współcześnie badacze są skłonni traktować czynniki psychiczne jako rezultat, a nie przyczynę niepłodności. Jednak silny stres, obniżony nastrój, niskie poczucie własnej wartości mogą silnie oddziaływać na procesy fizjologiczne, co w konsekwencji może utrudniać zajście w ciążę (Bidzan, 2010).

Zapoznanie się z diagnozą niepłodności jest trudnym doświadczeniem dla pary bez względu na to, po czyjej stronie leży przyczyna problemu. Kobiety doświadczają najczęściej rozczarowania, smutku, poczucia krzywdy i wstydu (Łepecka-Klusek, Pilewska-Kozak i Jakiel, 2012). Mogą też odczuwać obawy i lęk dotyczący trwałości swojego związku i własnej przyszłości. Pojawia się „huśtawka” nastrojów, drażliwość, poczucie bezradności. Często czują się nieakceptowane przez otoczenie, ponieważ nie wywiązują się ze swoich „naturalnych powinności”. Mężczyźni dość często zamykają się w sobie oraz uciekają od problemu, coraz bardziej angażując się w pracę zawodową. Samoocena i samoakceptacja stopniowo się obniżają zarówno u kobiet, jak i mężczyzn (Bielawska-Batorowicz, 2006). Pary, które odkładały w czasie decyzję o posiadaniu potomstwa, często uznają niepłodność za swoistą karę. Obwiniają się za brak wcześniejszych starań o dziecko i skupianie się na swojej karierze zawodowej. Pytają: „Dlaczego ten problem dotknął akurat nas?”. Często nawzajem obarczają się winą za niemożność posiadania dziecka. Wycofują się z kontaktów z rodziną i przyjaciółmi, zwłaszcza z tymi, którzy mają dzieci. Zdarza się, że ukrywają problem niepłodności przed rodziną

i otoczeniem, aby uniknąć stygmatyzacji społecznej. Może nastąpić pogorszenie jakości więzi małżeńskiej oraz satysfakcji ze sfery seksualnej (Drennan, 2013).

Małżonkowie stają w obliczu podjęcia decyzji co do dalszych działań w związku z diagnozą niepłodności. Zazwyczaj rozważają trzy możliwości: rozpoczęcie leczenia, podjęcie starań o adopcję lub zaakceptowanie bezdzietności. Doświadczają wielu silnych emocji, które zależą m.in. od znaczenia, jakie nadają posiadaniu dziecka, motywacji związanej z jego urodzeniem, jakości związku małżeńskiego, czasu leczenia (Bidzan, 2010). Leczenie niepłodności zazwyczaj zmienia jakość życia i dobrostan partnerów. Narusza ich system wartości, sferę intymną oraz przyjęte normy etyczne i moralne (Drennan, 2013). Niektóre pary tracą sens swojego życia, kiedy lekarze zalecają zakończyć leczenie z uwagi na nikłe szanse powodzenia i wiek kobiety. Decyzja o wycofaniu się z leczenia niepłodności jest trudna. Oznacza, że prawdopodobnie partnerzy nie doświadczą przeżyć związanych z ciążą i porodem oraz mogą nie mieć możliwości spełnienia się w roli rodziców. Jednakże dalsze leczenie opóźnia lub w ogóle uniemożliwia zostanie rodzicem przez adopcję, m.in. ze względu na wiek. Część osób uważa, że tylko urodzenie własnego dziecka i jego wychowywanie jest jedyną szansą na spełnienie siebie w roli rodzica. Zazwyczaj małżeństwa potrzebują pomocy psychologicznej w „wypracowaniu” rozwiązań, które uwzględnią potrzeby i obawy obojga partnerów. Zaakceptowanie bezdzietności wymaga weryfikacji dotychczasowych planów życiowych oraz czasu, by przeżyć żal po „straconym rodzicielstwie”. Niemożność posiadania dziecka stanowi źródło frustracji wielu potrzeb. To nie tylko niezrealizowanie wymagań związanych z biologiczno-społeczną rolą kobiety i mężczyzny, lecz także utrata potencjalnego obiektu miłości, brak szans na przedłużenie własnego życia w egzystencji przyszłych pokoleń (Brachowicz, 2009). Ważne jest, aby małżonkowie otrzymali wsparcie, polegające na wzmocnieniu ich samooceny, oraz informacje dotyczące dalszej pomocy. Istotna jest też możliwość odreagowania emocji, takich jak rozpacz, złość, gniew, poczucie winy, żal, poczucie krzywdy, bez kierowania ich przeciwko sobie czy partnerowi. Wsparcie – zarówno informacyjne, jak i emocjonalne – sprzyja rozwijaniu korzystnych strategii radzenia sobie z problemem. Brak wsparcia zwiększa

prawdopodobieństwo pojawienia się objawów depresyjnych u kobiet, które nie mogą mieć dzieci. Badania wskazują na pozytywne efekty stosowania technik relaksacji i wizualizacji, które pomagają w obniżeniu poziomu stresu i lęku oraz korzystnie wpływają na przebieg wielu procedur medycznych. Ponadto warto przeanalizować inne sposoby realizowania potrzeb rodzicielskich. Adopcja daje sposobność bycia rodzicem, chociaż wiele par nie bierze w ogóle tej opcji pod uwagę. Wynika to często z obaw związanych z potencjalnymi trudnościami, jakie mogą się pojawić w trakcie wychowywania dziecka adoptowanego. Gdy para deklaruje silną potrzebę bycia rodzicem biologicznym, adopcja nie jest wskazana (Novotny, 1991, za: Bidzan, 2010). W takich sytuacjach potrzebę „działania na rzecz innych” można realizować przez opiekę nad innymi osobami, np. starszymi rodzicami, innymi członkami rodziny, pielęgnując idee i plany społecznikowskie, opiekując się zwierzętami.

Trudności w opiece nad starzejącymi się rodzicami

Właśnie skończyłam 57 lat. Dopisuje mi zdrowie, dobrze dogaduję się z mężem. Oboje pracujemy. Wciąż szukam wyzwań na miarę własnych możliwości oraz realizuję swoje nowe pomysły. Jest mi teraz łatwiej, bo nauczyłam się patrzeć na życie z dystansem. Za to coraz częściej mam wrażenie, że bliscy mnie osaczają, że z każdej strony ktoś czegoś ode mnie oczekuje. Nasz syn właśnie się ożenił. Zaciągnęliśmy z mężem kredyt na wesele i na doposażenie mieszkania dla młodych. Te zobowiązania będziemy jeszcze spłacać przez kilka dobrych lat. Młodzi często bez uprzedzenia, a to wpadną na obiad, a to przenocują, a to pożyczą pieniądze. Nie protestuję, bo chcę pomóc młodym „stać na nogi”. Niedawno okazało się, że mój ojciec wymaga kosztownego, specjalistycznego leczenia. Właściwie nie poprosił o pomoc, ale przecież sama wiem, że pomoc trzeba. Dlatego wzięłam jeszcze jedną pożyczkę w pracy. Przez 3 lata moje zarobki będą znacznie niższe o te wszystkie raty, które spłacam niejako w imieniu swoich bliskich. Mam wrażenie, że znalazłam się w pułapce, jak plaster sera między dwiema kromkami chleba (Jolanta, 57 lat).

Pokolenie „kanapkowe” czy „przegubowe” – tak w języku polskim można oddać angielskie określenie *sandwich generation* (Miller, 1981). To pokolenie osób, które równocześnie zajmuje się dorosłymi dziećmi, wnukami oraz swoimi rodzicami, wymagającymi opieki z racji wieku lub choroby, a najczęściej i z jednego, i z drugiego powodu. Określa się tę grupę jako **pokolenie pomiędzy**, ponieważ sprawują opiekę nad dwiema generacjami – starszą i młodszą. Przedstawiciele *sandwich generation* ponoszą jednocześnie koszty związane z opieką nad sędziwymi rodzicami

i finansowo pomagają swoim dzieciom, które rozpoczynają samodzielne dorosłe życie. Udzielają więcej pomocy, niż sami jej otrzymują.

Doświadczają obciążenia emocjonalnego z powodu kłopotów rodziców, którzy zwracają się o pomoc do swych dojrzałych dzieci i problemów dorastających dzieci, które oczekują wsparcia i zrozumienia ze strony doświadczonych rodziców. Specyfika tego nowego zjawiska była jeszcze do niedawna zupełnie nieznana, ponieważ panowały inne trendy demograficzne; ludzie wcześniej umierali, a młodzi szybciej podejmowali życie wyłącznie na własny rachunek. Obecnie liczebność „pokolenia pomiędzy” wzrasta, dlatego też coraz większego znaczenia nabierają ich trudności związane z realizacją zadań na rzecz dwóch generacji.

Opieka nad rodzicem, u którego zdiagnozowano chorobę Alzheimera lub innego rodzaju otępienie, jest szczególnie obciążającym zadaniem. Dla osoby, która stara się pogodzić opiekę ze swoim życiem rodzinnym i zawodowym, jest to tym trudniejsza sytuacja. Sprawowanie długotrwałej opieki nad osobą chorą pociąga za sobą negatywne konsekwencje, które w literaturze nazywa się **obciążeniem rolą opiekuna** (Bee, 2004). Opiekunowie osób z otępieniem częściej borykają się z objawami depresji, lęku, mniejszą odpornością na infekcje, nadciśnieniem tętniczym i innymi zaburzeniami somatycznymi. Zmniejszona odporność może utrzymywać się nawet do 4 lat po śmierci chorego. Ryzyko depresji wzrasta wraz z czasem trwania opieki nad chorym. Stwierdzono istotną zależność między depresją opiekuna a stanem funkcjonalnym chorego. Im gorsza sprawność chorego, tym większa możliwość wystąpienia depresji u opiekuna. Opieka nad niedołączającym, potem już leżącym chorym wymaga siły i sprawności fizycznej. Sprzyja to zaostrzaniu się zespołów bólowych i występowaniu urazów kostno-stawowych u osoby sprawującej opiekę. Na polepszenie kondycji psychofizycznej opiekunów wpływają wsparcie małżonka i innych członków rodziny oraz profesjonalna pomoc. Najbardziej efektywnymi sposobami pomocy opiekunom są programy edukacyjne (dostarczające informacji na temat choroby, jej przebiegu i możliwości leczenia), interwencje polegające na ich czasowym odciążeniu oraz wsparcie psychologiczne koncentrujące się głównie na emocjach i odczuciach związanych z opieką nad chorym (Kłoszewska 2007).

5.2.2. Kryzysy wieku średniego

Całe życie starałem się zdobyć to, co mam: rodzinę i przyjaciół, pozycję, mieszkanie, samochód i bezpieczną przyszłość. Udało mi się. Odniosłem sukces. Ale zamiast radości odczuwam silny niepokój i niechęć. Skoro mam już to wszystko, o co teraz będę walczyć? I dlaczego nie jestem szczęśliwy? (Krzysztof, 44 lata)

Jestem mężatką od ponad 20 lat. Mam dwójkę udanych dzieci. Pozornie idealne życie: żadnych problemów finansowych i wszystko, czego potrzebuję. Ale czegoś jednak mi brakuje. Moje życie zaczęło mnie nużyć, doświadczam dręczącej pustki i dziwnej obojętności. Coś bym chciała zmienić, gdzieś uciec. Mam wrażenie, że życie, które dotąd prowadziłam, nie może dalej trwać, ale nie wiemy, jak żyć inaczej. Czegoś poszukuję, ale sama nie wiem czego (Adela, lat 45).

Kryzys wieku średniego dotyczy ludzi, którym towarzyszy refleksja nad przemijalnością życia. Nazywany jest też kryzysem „przełomu życia” lub „połowy życia”. Może nastąpić, gdy człowiek osiąga połowę oczekiwanego czasu życia. W tym okresie ludzie konfrontują się z faktem, że prawdopodobnie połowę życia mają za sobą, a czas jaki mają na realizację tego, co chcą jeszcze osiągnąć, jest już ograniczony. Śmierć staje się zdarzeniem coraz bardziej realnym. Kryzys połowy życia przejawia się w obawie o przyszłość, nieumiejętność cieszenia się czasem wolnym, przekonaniem o pogarszającym się zdrowiu, negatywnej ocenie pożycia małżeńskiego oraz pracy, stresie związanym z koniecznością opieki nad starzejącymi się rodzicami (Shek, 1995, za: Oleś, 2000). Jest okresem przejściowym w życiu człowieka, który może wystąpić z większą lub mniejszą intensywnością. Efektem kryzysu może być przewartościowanie dotychczasowych priorytetów związanych z pracą zawodową, małżeństwem czy rodziną. W większym stopniu dotyczy osób wykształconych, inteligentnych i dojrzałych (Płużek, 1991). Dane dotyczące tego, jaki procent ludzi w średnim wieku doświadcza tego kryzysu, są niejednoznaczne. Niektórzy twierdzą, że nie jest to powszechne zjawisko (Bee, 2004).

Kryzys połowy życia można ujmować jako „proces intensywnych i subiektywnie trudnych przemian osobowości, które dotyczą koncepcji siebie, świata i wartości oraz zadań życiowych” (Oleś 2000, s. 135). Zaleca się, by terminu „kryzys połowy życia” używać tylko w odniesieniu do zespołu zjawisk związanych z punktem zwrotnym, przełomowym, który wiąże się z radykalną zmianą punktu widzenia, sposobu

spostrzegania samego siebie, świata i własnych relacji ze światem. Natomiast w odniesieniu do całokształtu procesów, które zachodzą w okolicy środka życia i przebiegają zarówno na zasadzie stopniowych zmian, jak i radykalnych przewartościowań, proponuje się używać terminu „przemiany połowy życia” (Oleś i Baranowska 2003).

Człowiek w kryzysie wieku średniego ma często uczucie niespełnienia mimo zrealizowania wyznaczonych przez siebie celów. Zamiast zadowolenia pojawia się niepokój i wątpliwości. Człowiek zaczyna się zastanawiać nad tym, co jest prawdziwą wartością w perspektywie przemijania i śmierci. Towarzyszy temu poczucie zagubienia, braku oparcia zapewnianego wcześniej przez stabilną wizję siebie i własnej przyszłości. Kryzys może wynikać z rozczarowania dotychczasowym kierunkiem życia. Doświadczający kryzysu nie czerpie satysfakcji z obecnego sposobu życia – z małżeństwa, z pracy. W okolicach 40 r.ż. człowiek konfrontuje się z postępującymi objawami starzenia. Uświadamia sobie, że jego siła witalna i młodość przechodzą do przeszłości. Może to wywoływać poczucie straty, lęk lub skłaniać do depresji, zwłaszcza wtedy, gdy marzenia i cele życiowe nie zostały zrealizowane. Lęk przed starością, chorobą i śmiercią należą do głównych problemów dotyczących człowieka w wieku średnim (Bytheway i Johnson, 1996, za: Kałużna-Wielobób, 2010). Uświadomienie sobie konieczności własnej śmierci może przyczynić się do wystąpienia kryzysu wieku średniego. Pojawiają się wówczas egzystencjalne pytania o istotę życia i śmierci. Człowiek, który żył w przeświadczeniu, że jego życie zależy w dużym stopniu od niego samego, staje wobec takich kwestii, jak konieczność śmierci czy niemożność uniknięcia starości i cierpienia. Doświadczenie to może zdecydowanie zmienić hierarchię jego wartości oraz stanowić ważny punkt zwrotny w jego życiu. Człowiek zaczyna poszukiwać i koncentrować się na tym, co pozostaje wartością nawet w perspektywie śmierci.

Nierzadko przeżycie kryzysu wieku średniego prowadzi do zmiany dotychczasowego kierunku życia. Osoba w wieku średnim zdobywa większą świadomość siebie i swoich potrzeb, lepiej zdaje sobie sprawę z tego, co chce dalej robić w życiu, a także realizacji jakiej wartości chce się poświęcić. Jednakże możliwości wyboru w tym wieku są ograniczone z uwagi na podjęte zobowiązania rodzinne, zawodowe oraz zdobyte we

wcześniejszych latach wykształcenie. W tym okresie często dokonuje się zmiana zainteresowań i form aktywności, którym człowiek się poświęca. Kryzys wieku średniego może zakończyć się odnowieniem struktury życiowej i uzyskaniem ponownej stabilizacji, związanej z nowymi planami i celami. Może również prowadzić do zmiany w sposobie postrzegania siebie, sensu swojego życia, wartości czy relacji z innymi (por. Oleś, 2012; Kałużna-Wielobób, 2010).

Kryzys może też stanowić zagrożenie dla tożsamości osobistej i zdrowia psychicznego. Niektórzy badacze sugerują (Tamir, 1982, za: Oleś, 2012), że uzależnienia, zaburzenia nerwicowe i depresyjne, zachowania autodestrukcyjne lub rozwody należy traktować jako negatywne konsekwencje kryzysu wieku średniego.

5.2.3. Specyficzne trudności kobiet w wieku średnim

Nie dość, że tak ciężko pogodzić się z upływem lat, ze zmianami w wyglądzie, to jeszcze te okropne dolegliwości. Uderzenia gorąca i poty jakoś znoszę. Najgorsze są zmiany nastroju, nerwowość i lęk, które pojawiają się, nie wiadomo dlaczego. W pracy nie mogę się skoncentrować, często boli mnie głowa i swędzi skóra. Jestem wciąż zmęczona, to pewnie dlatego, że ostatnio mam problemy ze snem. Nic mi się nie chce robić. Wciąż chce mi się płakać. Brakuje mi chęci do życia i pracy (Elżbieta, lat 50).

Przeprowadzone oszacowania wskazują na wyraźną tendencję do zwiększania się liczby kobiet w wieku 50 lat i więcej na całym świecie. Skutkiem wydłużenia się średniej długości życia kobiet jest fakt, że coraz więcej kobiet doświadcza okresu menopauzalnego. Dane demograficzne wskazują, że obecnie każdego roku ok. 25 mln kobiet na świecie przechodzi menopauzę. W języku medycznym **menopauza** oznacza ostatnią miesiączkę, po której w ciągu następnych 12 miesięcy nie pojawiło się krwawienie miesiączkowe. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, 1996) definiuje okres okołomenopauzalny jako obejmujący 2–8 lat poprzedzających ostatnią miesiączkę i rok po jej ustąpieniu. Średni wiek menopauzy w Polsce wynosi 50 lat, najczęściej występuje ona między 45 a 55 r.ż. (Lew-Starowicz i Szymańska, 2010).

W życiu każdej kobiety menopauza jest naturalnym procesem fizjologicznym, podczas którego ustają jej zdolności reprodukcyjne. W tym czasie jajniki przestają działać, obniżeniu ulega produkcja

hormonów steroidowych i peptydowych. Dochodzi do fizjologicznych zmian w ciele, które są wynikiem zaprzestania pracy jajników, ale także procesu starzenia się organizmu. U części kobiet objawy są łagodne, ale często bywają nieprzyjemne i mogą być przyczyną wyłączenia kobiety z codziennego funkcjonowania. Zmiany psychiczne i fizyczne towarzyszące temu procesowi mogą pojawić się dużo wcześniej i trwać jeszcze długo po menopauzie (WHO, 1996).

Objawy wazomotoryczne, somatyczne i psychiczne, które towarzyszą kobietom w okresie okołomenopauzalnym mogą przyczyniać się do pogorszenia jakości życia i powstawania problemów psychicznych. Objawy wazomotoryczne to m.in. uderzenia gorąca, zaburzenia snu i pocenie się. Do objawów somatycznych należą np. bóle mięśni i stawów, zawroty i bóle głowy, drętwienie różnych partii ciała, trudności z oddychaniem, zakłócenia czucia w dłoniach i stopach. Objawy psychologiczne to labilność emocjonalna, obniżony nastrój, poczucie zmęczenia i braku energii, bezsenności, nerwowości trudności z koncentracją, podwyższony poziom lęku (Bielawska-Batorowicz, 2005). Kobiety, które doświadczają częstych objawów somatycznych i psychologicznych mają mniejszą satysfakcję z życia (Czarnecka-Iwańczuk i in., 2012).

Wejście w wiek menopauzalny zazwyczaj wymusza zmianę stylu życia i jego struktury. Często pojawia się lęk związany z utratą ważnych dla niektórych kobiet wartości, na których opierały swoją dotychczasową samoocenę, takich jak fizyczna i seksualna atrakcyjność, opieka nad dziećmi, czy praca zawodowa. Kobietom trudniej poradzić sobie z objawami starzenia niż mężczyznom (Sęk, 1990). Nierzadko z powodu typowych objawów, np. uderzeń gorąca, napadów pocenia się i czerwienia, dobrze funkcjonujące do tej pory kobiety zaczynają unikać sytuacji związanych z ekspozycją społeczną, co może skutkować zaprzestaniem kontaktów towarzyskich, załamaniem kariery zawodowej, zaprzestaniem wychodzenia z domu (Krogulski i Lipińska-Szałek, 2004). To może być czynnik spustowy wystąpienia napadów paniki, lęku uogólnionego lub znacznego obniżenia nastroju (Sobieszkańska, Połać i Stetkiewicz, 2009).

Przez wiele lat twierdzono, że istnieje ścisły związek między menopauzą a depresją. Jednakże w wielu badaniach wykazano, że

przyczyny depresji są o wiele bardziej złożone i nie można ich łączyć jedynie z biologicznymi procesami leżącymi u podstaw klimakterium (por. Bee, 2004; Olejnik, 2005). Depresja okresu przekwitania może być również trudna do zdiagnozowania, m.in. z powodu lekceważenia jej objawów zarówno przez kobietę, jak i lekarza. Poza tym część wczesnych objawów niedoboru estrogenów przypomina objawy depresji, a są to np.: bezsenność, zmiany nastroju, niepokój, nadmierna drażliwość, utrata koncentracji, zaburzenia pamięci i utrata libido. To sprawia, że depresje – szczególnie o lekkim i umiarkowanym nasileniu – pozostają nierozpoznane. Zaburzenia depresyjne występują częściej u kobiet z obciążonym wywiadem rodzinnym w kierunku występowania zaburzeń afektywnych lub psychicznych, z wcześniejszymi zaburzeniami nastroju, narażonych na stres, problemy zdrowotne i/lub rodzinne, z doświadczeniem wczesnodziecięcej traumy. Wśród czynników sprzyjających pojawieniu się zespołów depresyjnych w okresie przejścia menopauzalnego wymienia się śmierć bliskich osób, wdowieństwo, rozwód (Sobieszkańska, Połać i Stetkiewicz, 2009).

Okresowi przejścia okołomenopauzalnego często towarzyszą objawy związane z zaburzeniem aktywności seksualnej kobiet. Znaczący wpływ na obniżenie aktywności seksualnej mają zmiany stężeń hormonów: estrogenów, androgenów i progesteronu. Około 40% kobiet w wieku menopauzalnym zgłasza problemy w sferze życia intymnego. Najczęstsze zaburzenia seksualne obejmują zmniejszenie popędu płciowego, awersję do współżycia, brak pobudzenia, ból w trakcie stosunku (Marks i Lambert, 1998).

Nasilenie, czas wystąpienia i różnorodność objawów w okresie okołomenopauzalnym zależą m.in. od: zmiennych demograficznych, sytuacji ekonomicznej, uwarunkowań kulturowych i etnicznych, stylu życia kobiet oraz predyspozycji genetycznych (Czarnecka-Iwańczuk i in., 2012). Jeśli kobiety traktują menopauzę jako „normalną fizjologiczną zmianę”, to lepiej sobie z nią radzą oraz dostrzegają więcej jej pozytywnych aspektów, zwłaszcza wtedy, gdy mają ten etap już za sobą (Bielawska-Batorowicz, 2004). Jako pozytywne elementy okresu menopauzalnego kobiety wymieniają poczucie ulgi z powodu ustąpienia menstruacji i konieczności stosowania antykoncepcji (Hvas, 2001).

Ćwiczenia fizyczne mają korzystny wpływ na zmiany zachodzące w organizmie kobiety po menopauzie. Dzięki nim ulega obniżeniu ciśnienie tętnicze oraz wskaźnik masy ciała. Ponadto aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko wystąpienia m.in. zespołu metabolicznego czy zachorowania na nowotwór piersi i endometrium. Jakość życia obniżona przez zaburzenia powodowane menopauzą i procesami starzenia się organizmu zwiększa się u osób aktywnych fizycznie (Piotrowska i Majchrzycki, 2013).

Obecnie niekorzystne i wywołujące dyskomfort objawy menopauzy można zniwelować, stosując hormonalną terapię zastępczą oraz zmieniając styl życia.

5.2.4. Specyficzne trudności mężczyzn w wieku średnim

Z niepokojem obserwuję u siebie spadek libido. To mnie zaskakuje i przeraża! Nigdy wcześniej tego nie doświadczałem. Może z tego powodu popadam w apatię. Jestem drażliwy i wybuchowy. Wybudzam się w środku nocy i nie mogę spać. Potem jestem zmęczony i niewyspany. Przy niewielkim nawet wysiłku fizycznym zlewam się cały potem. Czuje się tak, jakby mnie opuszczały moje siły życiowe. Żona się złości i mówi, że ma mnie dosyć. Nie rozumiem, co się ze mną dzieje (Paweł, 56 lat).

Mężczyźni również doświadczają specyficznego procesu biologicznego, jakim jest **klimakterium męskie**, które rozpoczyna się zazwyczaj po 50 r.ż. Zaburzenia związane z niedoborem androgenów u starszych mężczyzn były znane od dawna i stosowano do ich zdefiniowania wiele różnych określeń. W 1939 r. zaburzenia występujące u mężczyzn nazwano „męskim klimakterium”. Na początku lat 90. XX w. wprowadzono pojęcie andropauzy, które miało być odpowiednikiem menopauzy występującej u kobiet. Termin ten jest dość powszechnie używany, choć w zasadzie nie jest prawidłowy. U mężczyzn, w odróżnieniu od kobiet, nie dochodzi do nagłego i całkowitego zatrzymania zdolności rozrodczej, zostają one jedynie obniżone. Andropauzę definiuje się jako zespół objawów psychofizycznych i biochemicznych, pojawiający się w procesie starzenia się i uwarunkowany spadkiem poziomu różnych hormonów, ale głównie androgenów, co powoduje znaczne pogorszenie jakości życia i niekorzystne, wielonarządowe zmiany organiczne. Z męskim klimakterium łączą się charakterystyczne symptomy i dolegliwości.

Można wyróżnić trzy grupy symptomów andropauzalnych: zespół objawów somatowegetatywnych, zespół objawów dotyczących psychiki i zespół objawów związanych ze sferą seksualną (Vermeulen, 2000). Na zespół objawów somatowegetatywnych składają się bóle stawów i mięśni, pocenie się, uderzenia gorąca, zlewne poty, kłopoty z zasypianiem, budzenie się przedwcześnie lub w środku nocy, zwiększona potrzeba snu w ciągu dnia, długotrwałe poczucie zmęczenia i senności, pogorszenie ogólnego samopoczucia, zmniejszenie siły i masy mięśniowej, redukcja masy kostnej, wzrost ilości tkanki tłuszczowej wisceralnej, zawroty i bóle głowy. Do objawów dotyczących sfery psychicznej zalicza się nerwowość, nadmierne napięcie wewnętrzne, niemożność pełnego zrelaksowania się, niepokój, lęk lub napady paniki, drażliwość, zniechęcenie, smutek, częstą zmienność nastroju, poczucie bezsensu życia i wyczerpania energii życiowej, pogorszenie pamięci i zdolności do koncentracji. Do objawów związanych ze sferą seksualną zalicza się m.in. spadek potencji, zmniejszenie częstości porannych erekcji, obniżenie libido oraz aktywności seksualnej. Najczęstsze dolegliwości andropauzy to: zaburzenia erekcji, ogólne osłabienie i zaburzenia pamięci (Tan, 2001, za: Mędraś, 2002). Problemy z erekcją mogą przyczyniać się do wystąpienia depresji, zmniejszenia poczucia własnej wartości, nieudanych prób współżycia, co w konsekwencji prowadzi do negatywnych reakcji ze strony partnerki. W końcu mogą prowadzić do całkowitej rezygnacji z życia seksualnego i w efekcie do pogłębiania się problemów w związku partnerskim. Ponadto u mężczyzn w okresie andropauzy można często zaobserwować objawy subdepresji, a także pojawienie się zazdrości, podejrzliwości, wybuchowości, trudności w podejmowaniu decyzji, objawów hipochondrycznych albo nadmiernej aktywności zawodowej. O ile zmiany organiczne, np. utrata masy i siły mięśniowej, występują z wiekiem u wszystkich mężczyzn, o tyle zespół dolegliwości andropauzalnych pojawia się tylko u części mężczyzn. Przyjmuje się, iż występuje on u ok. 10–20% mężczyzn w wieku ok. 60 lat, lecz obserwuje się osoby znacznie młodsze, w wieku 45–50 lat, u których występują jego symptomy – głównie psychiczne (Mędraś, 2002). Gdy objawy andropauzy są dotkliwe, można przemyśleć zastosowanie hormonalnej terapii zastępczej. Nie jest to jednak terapia dla wszystkich. Mężczyźni

rozważający ten rodzaj kuracji powinni skontaktować się z lekarzem, który zadecyduje, czy w konkretnym przypadku jest ona wskazana.

5.2.5. Trudności w pracy zawodowej

Transformacje polityczne i społeczno-gospodarcze ostatnich kilkadziesiąt lat spowodowały istotne zmiany sytuacji na polskim rynku pracy. Przeciążenie pracą, wypalenie zawodowe oraz bezrobocie to coraz częściej zgłaszane problemy przez osoby w wieku średnim. Zagrożenie utratą pracy również stanowi poważne źródło stresu. Pracownicy, zwłaszcza ci po 50 r.ż., często obawiają się, że stracą pracę z powodu obniżającej się sprawności intelektualnej, gorszej pamięci i osłabionej zdolności skupiania uwagi w porównaniu z ich młodszymi współpracownikami. Równocześnie mają świadomość, że w sytuacji utraty pracy mogą mieć małe szanse na znalezienie nowego zatrudnienia. Chcąc utrzymać pracę, podejmują się licznych zadań i zobowiązań, które często przekraczają ich możliwości psychofizyczne. Prowadzi to do **przeciążenia pracą**, wyczerpania emocjonalnego, a następnie do wypalenia zawodowego.

Wypalenie zawodowe

Moja praca to prawdziwa udreka. Już w poniedziałek myślę o tym, jak przeżyć do piątku. Nawet w weekend nie potrafię cieszyć się wolnym czasem. Martwię się, że za 2 dni koszmar zacznie się od początku. Wciąż chowam się za komputer i udaję, że robię coś ważnego. Moja efektywność jest zerowa. Chciałbym zmienić posadę, ale boję się, że nie znajdę innej. Z drugiej strony sama myśl, że mogę stracić pracę, mnie paraliżuje (Adam, lat 60).

Wypalenie zawodowe jest definiowane jako „zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi” (Maslach, 2000, s. 15). Te trzy komponenty stanowią o pojawieniu się wypalenia zawodowego i odróżniają je od innych stanów psychologicznych, takich jak zmęczenie. Wyczerpanie emocjonalne opisywane jest często jako utrata energii, osłabienie czy znużenie. Może objawiać się chronicznym zmęczeniem, bólami głowy, bezsennością, zaburzeniami gastrycznymi, częstymi przeziębieniami. Depersonalizacja

ujawnia się w postaci przedmiotowego reagowania na innych ludzi. Najczęściej przejawia się w przyjmowaniu postawy obojętnej i cynicznej. Obniżone poczucie dokonań osobistych oznacza spadek poczucia własnych kompetencji, niezadowolenie z osiągnięć w pracy, stopniową utratę zdolności do rozwiązywania pojawiających się problemów zawodowych. Wypalenie jest jedną z wielu możliwych reakcji organizmu na chroniczny stres związany z pracą. Szczególnie ważnym czynnikiem w rozwoju wypalenia jest nabranie przekonania o braku możliwości poradzenia sobie z trudnościami, obciążeniami, które niesie ze sobą praca zawodowa (Sęk, 2000b). Wypaleniu zawodowemu sprzyjają takie cechy pracownika, jak: niska samoocena, niepewność, defensywność, zależność, bierność, poczucie kontroli zewnętrznej, nieracjonalne przekonania o roli zawodowej, niskie poczucie skuteczności zaradczej (Terelak, 2001), wysoka reaktywność i silna motywacja do pracy (Golińska i Świętochowski 1998).

Wypalenie zawodowe stanowi jeden z ważniejszych problemów indywidualnych i społecznych, związanych z zawodowym funkcjonowaniem człowieka. Konsekwencje wypalenia dotyczą nie tylko osób, które temu wypaleniu uległy, lecz także ich klientów, współpracowników, członków rodzin, odczuwane są również na poziomie instytucji (Bilska, 2004). Skutki wypalenia zawodowego to m.in. niska efektywność pracy, nieskuteczność w rozwiązywaniu i wykonywaniu powierzonych zadań, wycofanie z pełnionej roli zawodowej, liczne dolegliwości somatyczne, zwiększona absencja (Fengler, 2000). Długotrwałe poczucie braku sensu oraz satysfakcji z wykonywanych obowiązków zawodowych mogą skutkować pojawieniem się depresji oraz myśli samobójczych.

Wydaje się, że pracownik może uniknąć wypalenia, gdy systematycznie będą wzmacniane jego zasoby podmiotowe i środowiskowe. Z wielu badań wynika, że m.in. poczucie własnej zawodowej skuteczności w osiąganiu ważnych celów zawodowych, wsparcie społeczne, posiadanie pozazawodowych zainteresowań mogą skutecznie chronić przed wypaleniem (Sęk, 2000a).

Utrata pracy

Nie mam pracy. Zwolnili mnie po 25 latach pracy w szkole. I to w jakim stylu! Do tej pory nagrody, premie i gratulacje, a potem, z dnia na dzień, na bruk! Jak psa! Nowa dyrektorka nawet do mnie nie przysłała, pismo przyniosła pani Ela, sekretarka. I co ja mam teraz zrobić? Mam kredyt do spłacenia i dwoje dzieci na studiach. Od 2 tygodni nie śpię i rozpaczam (Maria, lat 54).

Osoby w wieku średnim często traktują utratę pracy jako życiową klęskę i upokorzenie. Niepewność przyszłości i niemożność realizowania swoich ważnych potrzeb, trudności finansowe, brak wsparcia społecznego są czynnikami pogarszającymi ich stan psychiczny. Najczęstsze konsekwencje bezrobocia to izolacja społeczna, utrata zorganizowanego czasu, problemy finansowe, obniżone poczucie własnej wartości. U osób, które utraciły pracę, obserwuje się podwyższony poziom lęku i depresji, wyższy współczynnik zachorowań oraz niższy poziom zadowolenia z życia (Rostowska, 2008). Jeśli praca w dużej mierze wyznaczała poczucie własnej wartości oraz zaspokajała potrzebę znaczenia i uznania społecznego, to bezrobocie okazuje się szczególnie trudne. Reakcje na taką sytuację zależą m.in. od stanu rodzinnego i stopnia zaangażowania w pracę zawodową. Utrata pracy jest znaczącym obciążeniem emocjonalnym dla osób samotnych i dla tych, którzy są jedynymi żywicielami rodziny. Bezrobocie jednego partnera zazwyczaj pociąga za sobą negatywne reakcje współmałżonka. To sprawia, że osoby bez pracy nie otrzymują wystarczającego wsparcia ze strony swoich partnerów, co często prowadzi do konfliktów i osłabia związek małżeński. Kobiety w sytuacji bezrobocia częściej niż mężczyźni opiekują się pozostałymi członkami rodziny i pomagają innym, ale zazwyczaj nie podnosi to ich samooceny. Długotrwałe bezrobocie stanowi istotny czynnik ryzyka samobójstw, zwłaszcza wśród mężczyzn w okresie środkowej dorosłości (Brzezińska, Appelt i Ziółkowska, 2008).

5.3. Wybrane metody pomocy osobom w okresie średniej dorosłości

Wiek średni to czas największych możliwości, ale też najpoważniejszego ryzyka, iż nie będą one właściwie wykorzystane (Oleś, 2012). Człowiek jest zmuszony dostosowywać się do zmian dokonujących się zarówno w nim samym, jak i wokół niego. Wielość zadań, obciążeń rodzinnych,

społecznych i zawodowych oraz przemian związanych z utratą młodości może przyczynić się do zachwiania równowagi emocjonalnej i zdolności samodzielnego radzenia sobie z trudnościami.

Poradnictwo psychologiczne może odgrywać ważną rolę w działaniach prewencyjnych na rzecz zdrowia osób w wieku średnim, przy jednoczesnym zarezerwowaniu psychoterapii dla osób chorych psychicznie. Poradnictwo psychologiczne w okresie średniej dorosłości powinno pomagać w powrocie do równowagi emocjonalnej, przywróceniu zdolności do samorozwoju oraz wypracowywaniu nowych standardów tożsamości, uwzględniających zmiany psychofizyczne w biegu życia, zmiany pełnionych ról oraz oczekiwań społecznych. Ponadto poradnictwo umożliwia rozwój bardziej skutecznych metod rozwiązywania problemów oraz wzmacnia gotowość do podejmowania nowych wyzwań. Stwarza szansę na zmianę dotychczasowego życia, jeśli nie dawało ono wystarczającego zadowolenia.

Ważnymi elementami oddziaływań psychologicznych w poradnictwie są psychoedukacja, wzmocnienie poczucia własnej wartości i samooceny, odreagowanie negatywnych emocji, wspieranie konstruktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem.

Warto podkreślić, że poradnictwo psychologiczne adresowane jest do osób zdrowych psychicznie. W wypadku poważniejszych problemów może być jedynie działaniem poprzedzającym oddziaływanie psychoterapeutyczne. Z tego powodu należy wnikliwie ocenić, czy stan dyskomfortu psychicznego klienta łączy się z aktualną trudną sytuacją, czy też objawy mogą wynikać z określonych zaburzeń właściwości osobowościowych.

5.3.1. Praca nad konstruktywnym wyrażaniem emocji

Człowiek doświadczający kryzysu rozwojowego może doświadczać silnych uczuć, takich jak lęk, smutek, wstyd, gniew, poczucie winy, smutku, wstydu, poczucie bezradności i bezsilności. Uczucia te pojawiają się adekwatnie do okoliczności i wiążą się m.in. ze zmianami w organizmie, stratą, chorobą, starością. Pojawiają się pytania i wątpliwości, czy starczy czasu na wychowanie dzieci, zrealizowanie

swoich celów i marzeń, czy życie ma sens, skoro nic nie udało się jeszcze osiągnąć?

Silne emocje, które łączą się z aktualnymi trudnościami w realizowaniu zadań rozwojowych, mogą przeszkadzać w jasnym formułowaniu myśli, poszukiwaniu rozwiązań i skutecznym działaniu. Świadomość przeżywanych uczuć pozwala lepiej organizować działania oraz pozytywnie wpływa na zdrowie. Brak takiej świadomości prowadzi do dezorganizacji, błędnych zachowań i w konsekwencji do choroby (Czabała, 2013).

Oznaki ograniczonego wyrażania emocji lub nieadekwatnego reagowania są istotnym wskaźnikiem poziomu nasilenia kryzysu. Przede wszystkim warto rozważyć, czy reakcje emocjonalne klienta na sytuację trudną można uznać za adekwatne do okoliczności, przeanalizować, czy w podobnych warunkach inni mają skłonność do reagowania w podobny sposób (Kluczyńska, 2011).

Na emocjach klienta koncentrujemy się zwłaszcza wtedy, gdy trudność sprawiają mu rozpoznawanie i wyrażanie uczuć, gdy doświadcza skrajnie silnych emocji i/lub gdy odnosi wrażenie, że przestaje je kontrolować. Zwracamy uwagę na bieżące odczucia i analizujemy znaczenia doświadczanych emocji dla niego samego i jego otoczenia. Warto stworzyć bezpieczną przestrzeń, tak aby klient mógł wyrażać swoje nieprzyjemne, czasami ambiwalentne uczucia. Umożliwi mu to rozładowanie napięcia emocjonalnego oraz przyniesie ulgę i odprężenie. Jeśli chcemy zachęcić do rozmowy o uczuciach, możemy użyć następujących pytań: „Czy możesz mi pomóc zrozumieć, jak się wtedy czułeś/czowałaś?”, „Jak się czujesz teraz, kiedy mi o tym opowiadasz?”, „Nie mam pewności, czy dobrze rozumiem, jakie są twoje uczucia wobec tej sytuacji?”. Ważne jest, by klient mógł rozpoznać i zrozumieć swoje uczucia oraz nauczył się je akceptować, nie wyrządzając przy tym krzywdy sobie i innym. Uznanie ważności swoich uczuć zwiększa akceptację własnych potrzeb i pragnień oraz mobilizuje do podejmowania działań zmierzających do ich realizacji.

Ponadto w trakcie spotkań staramy się stworzyć warunki do tego, żeby klient otworzył się również na doświadczanie pozytywnych emocji. Możemy podjąć takie tematy, jak zainteresowania czy miłe wspomnienia, które wzbudzą pozytywne emocje klienta. Dodatkowo, zachęcamy do

podejmowania planowanej aktywności, która umożliwi dalsze doświadczanie przyjemnych sytuacji i odczuć.

5.3.2. Psychoedukacja

Pomoc w kryzysach rozwojowych wymaga działań psychoedukacyjnych nakierowanych na spostrzeganie problemu jako normatywnego (Szczukiewicz, 2005). Brak wiedzy, mgliste wyobrażenia o zadaniach i roli człowieka w wieku średnim mogą budzić obawy i lęk. Psychoedukacja ma na celu przekazywanie wiedzy na temat zmian i wyzwań rozwojowych, które są typowe dla osób w wieku średnim. Dzięki zdobytej wiedzy na temat typowych trudności tego okresu możliwe jest zmniejszenie poczucia lęku i odzyskanie większej kontroli nad sobą i swoim życiem. Osoby doznają ulgi, gdy dowiadują się, że doświadczają typowych trudności dla wielu ludzi w ich wieku. Zdobyta wiedza ułatwia zdefiniowanie problemu oraz zrozumienie jego wpływu na ich funkcjonowanie, pozwala też znaleźć odpowiednie rozwiązania.

5.3.3. Praca nad rozpoznawaniem niekorzystnego sposobu myślenia

Błędne przekonania oparte na braku wiedzy o naturalnych zmianach w organizmie czy rodzinie mogą utrudniać radzenie sobie z sytuacją problemową. Oceniając stan funkcjonowania poznawczego klienta, należy odpowiedzieć sobie na kilka zasadniczych pytań: „Na ile realistyczne i spójne jest myślenie klienta o sobie i swojej sytuacji?”, „Na ile jego sposób myślenia pogłębia przeżywanie trudności?”, „Jak długo trwają objawy kryzysowo zmienionego myślenia?”, „Na ile klient wydaje się otwarty w myśleniu i gotowy do zrewidowania swoich poglądów na problemową sytuację?”.

Warto pomóc klientowi zidentyfikować jego nieprawidłowe interpretacje dotyczące jego osoby oraz wypracować bardziej przystosowawczy sposób myślenia. Rozpoznanie i weryfikacja niekorzystnego sposobu myślenia mogą nastąpić za pomocą poznawczych

technik werbalnych. Używając dialogu sokratejskiego, można pomóc klientowi w odkryciu istotnych dla niego przekonań i błędów w myśleniu. Przeanalizowanie dowodów wspierających i podważających aktualny sposób myślenia ułatwia zakwestionowanie dysfunkcyjnego myślenia oraz osłabia wiarę w negatywne przekonania. Pozwoli to klientowi na sformułowanie bardziej racjonalnych wniosków o sobie i swoim życiu (por. Beck, 2005; Popiel i Pragłowska, 2008).

5.3.4. Wzmacnianie samooceny

Osoby w wieku średnim mogą kwestionować własną wartość z powodu złej oceny swojego dotychczasowego życia czy pojawiających się objawów starzenia. Poczucie niskiej wartości wyraża się najczęściej w takich stwierdzeniach, jak: „nic nie udało mi się osiągnąć”, „nie mam powodów do dumy”, „moje ciało jest stare i brzydkie”, „nie wykorzystałem swojego czasu”, „jestem do niczego”, „zawiodłem siebie i innych”, „nic dobrego po sobie nie zostawię” itp. Taki sposób myślenia sprawia, że ludzie podejmują działania poniżej swoich możliwości oraz unikają wyzwań. W relacjach mogą przejawiać chęć nadmiernego zadowalania innych, a także nie podejmować działań na rzecz troski o siebie. Mogą uznać, że ich potrzeby nie są wystarczająco ważne, by je realizować. W takich sytuacjach celem pracy psychologicznej będzie wypracowanie bardziej zrównoważonego obrazu siebie. Wzmocnienie samooceny klienta można uzyskać przez analizę jego mocnych stron oraz sukcesów, które udało mu się odnieść w jego życiu. Aby pomóc w rozpoznaniu osobistych zasobów, można zastosować następujące pytania: „Co w sobie lubisz i cenisz?”, „Jakie są twoje mocne strony?”, „Jakie masz umiejętności?”, „Jakie masz talenty?”, „Co inni ludzie w tobie cenią i szanują?”, „Jakich złych cech nie posiadasz?”, „Co udało ci się osiągnąć?”, „Jakim trudnościom stawiałeś/stawiłaś czoła?” „Jakich pozytywnych cech nie doceniasz w sobie, na które inni zwracają uwagę?”.

Ważne jest, aby na podstawie odpowiedzi osoba sporządziła „listę swoich pozytywnych cech i sukcesów”. Lista powinna być stopniowo uzupełniana o nowe zasoby i często analizowana. Ludzie, którzy borykają się z trudnościami, są skłonni do niezauważania lub minimalizowania

swoich dokonań i osiągnięć. W takich sytuacjach można zaproponować prowadzenie „notesu pozytywów”, w którym będą zapisywać codzienne sukcesy niezależnie od ich wielkości. Należy zapisać, co konkretnie się zrobiło i o jakim indywidualnym zasobie to świadczy, np.: „dzisiaj spędziłam 5 godzin, kończąc ważny projekt – to znaczy, że jestem konsekwentna, pracowita, zaangażowana”, „spędziłem miłe popołudnie z wnuczką, dawno się tak nie śmiałem – to znaczy, że mam poczucie humoru, jestem pomysłowy i zabawny”. Taki „notes pozytywów” może stać się łatwo dostępnym magazynem dobrych, przyjemnych wspomnień budujących pewność siebie. Można do niego sięgać w sytuacjach trudnych, gdy kwestionowane jest poczucie własnej wartości (Fennell, 2008). Wszystkie sposoby poprawiania samooceny mają na celu zbudowanie akceptacji siebie i zaufania do siebie. Ważne jest, aby klient uznał siebie za człowieka wartościowego, godnego szacunku, który ma szansę na tworzenie pozytywnej przyszłości mimo pojawiających się zmian psychofizycznych i ról pełnionych w swoim życiu.

Zastosowanie omówionych technik poznawczych służy wypracowaniu bardziej zróżnicowanego sposobu spostrzegania czynników utrudniających rozwiązanie aktualnych problemów rozwojowych oraz czynników związanych z nieadekwatną, ale nie patologiczną samooceną.

5.3.5. Szukanie nowych rozwiązań i możliwości

Większość ludzi poszukuje pomocy, gdy ich dotychczasowe sposoby radzenia sobie z problemami nie są skuteczne. W sytuacji, w której mamy pomóc osobie znaleźć nowe możliwości, warto pozostawić jej odpowiedni czas na samodzielne znalezienie rozwiązania. Pomocne w tym zadaniu mogą okazać się następujące pytania: „Co powinno się stać, żebyś poczuł/poczuła się lepiej?”, „Jakie rozważasz rozwiązania?”, „Co mogłoby spowodować rozwiązanie twojego problemu?”, „Z jakimi problemami udało ci się wcześniej poradzić?”, „Jakie działania pomagały Ci rozwiązać wcześniejsze problemy?”, „Co mógłbyś/mogłabyś zrobić teraz, aby choć trochę poprawić swoją sytuację?”, „Czy są jakieś osoby – może jedna, dwie – z którymi mógłbyś/mogłabyś się skontaktować i byłyby pomocne w Twojej sytuacji?”, „Jak sobie radziłeś/radziłaś z problemami

w przeszłości?”, „Jak możesz wykorzystać to, co lubisz, żeby rozwiązać problem?”.

Takie pytania pozwalają dostrzec dawne rozwiązania i wypracować nowe sposoby radzenia sobie z problemami, zwracają też uwagę na zasoby klienta. Zachęcamy go, aby rozważał różne możliwości oraz konsekwencje danego rozwiązania. Pomocne w tym zadaniu mogą się okazać następujące rozważania: „Wyobraź sobie, że zadecydowałeś/zadecydowałaś, że nie podejmiesz się opieki nad wnukiem. Jak byś się czuł/czuła, gdybyś dokonał/dokonała takiego wyboru? Jakie byłyby korzyści takiej decyzji i jakie mogłyby się pojawić straty? Co mógłbyś/mogłabyś zyskać? Co mógłbyś/mogłabyś stracić?”. Ostatnie pytanie z listy jest szczególnie ważne, ponieważ obawa przed stratą powstrzymuje ludzi przed dokonaniem wyboru. Decyzja może być łatwiejsza, jeśli osoba odrzuci możliwości, do których nie jest przekonana. Zdarza się, że osoba nie może znaleźć rozwiązania albo nie jest w stanie podjąć decyzji. Rozwiązanie w tym momencie jest po prostu dla niej nieosiągalne i nie jest to niczym niewłaściwym. Uświadomienie sobie tego faktu może sprawić, że presja, pod jaką się znajduje, osłabnie, a to z kolei może przyczynić się do poprawy samopoczucia i stanowić załączek zmiany.

Możemy też spróbować rozszerzyć perspektywę widzenia potencjalnych możliwości, prosząc, by przypomniiała sobie swoich znajomych, którzy doświadczali podobnych problemów, np. odejścia dzieci z domu, choroby partnera, utraty pracy i dobrze poradzili sobie z tą sytuacją. Prosimy, by klient przeanalizował ich sposoby radzenia sobie z problemami oraz zastanowił się, na czym polegał sekret ich sukcesów i czego mógłby się od nich nauczyć (por. Leahy, 2008).

W okresie średniej dorosłości straty i konflikty są nieodzowną częścią życia. Mimo że ze stratą związane jest zazwyczaj cierpienie, to można traktować ją jako wyzwanie i szansę na rozwój. Jeśli osoba ma trudność w poradzeniu sobie z odejściem dziecka z domu, to należy zachęcać ją, aby skupiała się na nowych możliwościach, które wynikają z tej sytuacji. To, co się wydarzyło, może być przecież okazją do odnowienia kontaktów z dawnymi znajomymi, może być korzystne dla jej rozwoju zawodowego i osobistego. Można powiedzieć: „W tym momencie jest pan/pani zagubiony/a w tej nowej sytuacji. Odczuwa smutek, żal i tęsknotę. Spróbujmy jednak spojrzeć na tę sytuację z punktu widzenia nowych

szans, które otwierają się przed panem/panią. Co dobrego dla pana/pani może wyniknąć z tej sytuacji?” (por. Leahy, 2008).

5.3.6. Wsparcie społeczne

Szczególnie ważną rolę w poradnictwie odgrywa wsparcie społeczne. Ludzie potrzebują i poszukują wsparcia społecznego w kryzysach rozwojowych. Przyniesie ono jednak pozytywny efekt pod warunkiem, że będzie udzielane w taki sposób, by człowiek sam umiał sobie pomóc (Dunkel-Schetter i Wortman, 1981). Prawidłowo udzielone wsparcie przełamuje dotychczasową alienację i wyizolowanie klienta oraz inicjuje pożądane zmiany w relacjach z jego otoczeniem. Przede wszystkim jednak przywraca jego poczucie własnej wartości i upewnia w przekonaniu, że jest zdolny rozwiązać sytuację trudną i budować plany na przyszłość (Kubacka-Jasiecka, 2005).

5.3.7. Techniki radzenia sobie ze stresem

Nakładanie się ról i zadań w wieku średnim stanowi poważne źródło stresu. Warto zaprezentować klientowi podstawowe sposoby relaksacji oraz zachęcić go do wypróbowania konkretnych technik. Najczęściej proponowane techniki to: ćwiczenia oddechowe, progresywna relaksacja mięśni Jacobsona, trening autogenny Schulza, wizualizacja.

Wiele osób ma trudności z osiągnięciem stanu odprężenia. Naukę relaksacji warto rozpocząć podczas spotkań indywidualnych, daje to bowiem możliwość sprawdzenia poprawności wykonywanych ćwiczeń (por. Popiel i Pragłowska, 2008).

5.3.8. Rozwój osobisty

Możemy założyć, że kiedy osoba w wieku średnim odkryje swój problem i podejmie działania w kierunku jego rozwiązania, wówczas będzie następował jej rozwój osobisty. Przyjmując, że rozwój osobisty ma związek z efektywniejszym funkcjonowaniem człowieka oraz stwarza

możliwości dokonywania osobistych wyborów, warto w ramach poradnictwa zwrócić uwagę na ten aspekt. Osoby korzystające z pomocy psychologicznej zazwyczaj są zainteresowane samorealizacją i zwiększaniem swojego szczęścia, jak również poprawianiem relacji z innymi. W zależności od ich potrzeb dodatkowo można zaproponować im udział w treningach umiejętności społecznych, asertywności, twórczości, zarządzania czasem. Celem tych treningów jest wspieranie rozwoju przez pogłębianie samoświadomości oraz poszerzenie kompetencji osobistych i społecznych.

Podsumowanie

Osoba w wieku średnim może doświadczać trudności adaptacyjnych wynikających z nakładania się zadań rozwojowych i wystąpienia niekorzystnych sytuacji życiowych, takich jak rozwód, bezrobocie, choroba. Prowadzi to do nasilenia negatywnych uczuć i zwiększa ryzyko pojawienia się zaburzeń zdrowotnych. Nie zawsze pogorszenie się funkcjonowania człowieka zapowiada groźne problemy natury psychicznej, może to być jednak ważny sygnał świadczący o potrzebie pomocy i wsparcia. Osiągnięcie wieku średniego jest dobrym momentem, by dokonać przeglądu pragnień i dążeń, które udało się podjąć i zrealizować. Jeśli bilans wypadnie negatywnie, to jest jeszcze czas, by dokonać stosownych zmian i wyrównać straty. Gdy życiowe doświadczenie i zasoby osobiste zostaną właściwie wykorzystane, wiek średni może się okazać czasem wzrostu i nowych możliwości.

Pytania sprawdzające

1. Scharakteryzuj zadania rozwojowe okresu średniej dorosłości.
2. Wymień trudności pojawiające się w realizowaniu zadań rozwojowych w okresie średniej dorosłości.
3. Omów specyficzne trudności kobiet w wieku średnim.
4. Omów specyficzne trudności mężczyzn w wieku średnim.
5. Omów cele poradnictwa psychologicznego adresowanego do osób w wieku średnim.

Problemy do dyskusji

1. Późne rodzicielstwo – wada czy zaleta?
2. Wiek średni – okres największych możliwości czy zagrożeń?
3. Kryzys wieku średniego – prawda czy mit?

Literatura zalecana

- Appelt, K. (2005). Środkowy okres dorosłości. Jak rozpoznać potencjał dojrzałych dorosłych? W: A. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa* (s. 503–552). Gdańsk: GWP.
- Fennell, M.J.V. (2008). *Przewycięzanie niskiego poczucia własnej wartości. Przewodnik samopomocy w oparciu o techniki poznawczo-behawioralne*. Przeł. M. Klimaszewska. Gdynia: Alliance Press.
- Kałużna-Wielobób, A. (2010). *Marzenia kobiet w wieku średnim*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Wojciechowska, L. (2008). *Syndrom pustego gniazda. Dobrostan matek usamodzielniających się dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo IP PAN.

Rozdział 6

Poradnictwo psychologiczne dla osób w okresie późnej dorosłości

Stanisława Steuden

Wstęp

Starość – kolejny okres rozwojowy – oznacza nowe zadania, niekiedy bardzo trudne. W powszechnej opinii łączy się ona z życiową mądrością, doświadczeniem, cierpliwością, powściągliwością w wyrażaniu opinii, ale także z obniżaniem się sprawności fizycznej i psychicznej, wycofywaniem się z ról społecznych, zawodowych, szybszą męczliwością. Z danych szacunkowych GUS (2009) wynika, że w 2020 r. ogólna liczba osób starszych na świecie sięgnie ponad 1 mld, co stanowi ok. 30% całej populacji, a w 2025 r. w Europie ok. 25% populacji osiągnie 65 lat, przy czym średni wiek życia będzie wynosił ok. 80 lat. Podobne wskaźniki odnotowuje się w warunkach polskich – z Memoriału Komitetu Prognoz „Polska 2000 Plus” (Kleiber, 2008) wynika, że liczba osób w wieku emerytalnym wzrośnie z 5,9 mln w 2005 r. do 9,6 mln w 2030 r. Zmiany w strukturze wieku ludności związane z wydłużaniem średniej długości życia niewątpliwie są efektem osiągnięć cywilizacyjnych: medycznych, technicznych, socjalno-bytowych czy edukacyjnych. Wiążą się one także z koniecznością opracowania polityki wobec osób starszych w wymiarze społecznym, medycznym, kulturowym czy ekonomicznym na poziomie poszczególnych państw i społeczności lokalnych. Zainteresowanie problematyką osób starszych w wymiarze międzynarodowym datuje się od połowy XX w., a jego wyrazem są fora dyskusyjne i zgromadzenia dotyczące osób starszych (Argentyna 1948; Malta 1969; Wiedeń 1982; Madryt 2002) w znacznym stopniu inicjowane i nadzorowane przez

Organizację Narodów Zjednoczonych. Efektem zgromadzenia w Wiedniu było opracowanie Deklaracji wiedeńskiej odnoszącej się do pięciu głównych obszarów funkcjonowania osób starszych: niezależności, uczestnictwa, opieki, samorealizacji i godności (Steuden i Marczuk, 2006; Steuden 2011b). Niezależność osoby starszej odnosi się do jej prawa do opieki zdrowotnej, korzystania z różnych programów edukacyjnych i szkoleniowych podnoszących jakość życia. Zasada uczestnictwa stanowi o podtrzymaniu bliskiej więzi ze społeczeństwem, aktywnym udziale w opracowaniu i realizacji programów mających wpływ na warunki bytowe osób starszych, dzieleniu się wiedzą i doświadczeniem z młodszym pokoleniem. Zasada opieki dotyczy zapewnienia dostępu do opieki medycznej, zapobiegania chorobom; możliwości współdecydowania osób starszych o sposobie jej sprawowania. Zasada samorealizacji stanowi o stwarzaniu osobom starszym możliwości dalszego rozwoju osobowego, duchowego i intelektualnego. Zasada godności wskazuje na prawo osób starszych do szacunku, sprawiedliwego traktowania oraz poszanowania ich wartości i godności niezależnie od stanu zdrowia czy zasobów materialnych (por. Marczuk, 2006; Mazurkiewicz, 1999; Steuden, 2011b). Należy podkreślić, że Deklaracja wiedeńska miała istotne znaczenie dla opracowania różnych form działania na rzecz osób starszych, przyczyniła się także do konstruowania programów edukacyjnych. Efektem zgromadzenia w Madrycie (2002 r.) było m.in. opracowanie II Międzynarodowego Planu Wsparcia Osób Starszych i projektu badań nad starością w XXI w. Fernández-Ballesteros (2006, s. 13) omawia programy badawcze mające na celu podnoszenie jakości życia osób starszych i wskazuje na trzy priorytetowe kierunki działań dotyczące: (1) specyfiki starości – poznania i oceny zasobów osób starszych w tym zdolności poznawczych i zdolności uczenia się oraz opracowania i promocji programów optymalnego starzenia się; (2) promocji zdrowia i dobrostanu osób starszych – znaczenia ustawicznego kształcenia dla stanu zdrowia i podtrzymania sprawności funkcji poznawczych oraz (3) kształtowania wspierającego, dostępnego i umacniającego środowiska, stanowiące istotne wyzwanie dla współczesnej psychologii.

6.1. Charakterystyka okresu późnej dorosłości

6.1.1. Fizjologiczny wymiar starzenia się i starości

W rozważaniach na temat starości warto odnieść się do dwóch określeń: starości oraz starzenia się. Pod pojęciem **starości** rozumie się okres rozwojowy w życiu człowieka, mający określoną charakterystykę, która uwzględnia wiek metrykalny, społeczny, biologiczny i psychologiczny. Wiek metrykalny odpowiada liczbie lat i jest on pomocny nie tylko w ustalaniu przedziałów wiekowych tego okresu życia, lecz także odpowiadających im norm rozwojowych. Wiek społeczny dotyczy oczekiwań społecznych i kulturowych co do sposobu zachowania się osób starszych, ich aktywności społecznej czy zawodowej. Jego prawnym wymiarem jest m.in. uzyskanie przez osoby starsze prawa do świadczeń emerytalnych, uprawnień czy przywilejów socjalnych. Wiek biologiczny mierzy się sprawnością fizyczną organizmu oraz stopniem zaawansowania zmian w poszczególnych układach i narządach. Wiek psychologiczny wyraża się stopniem sprawności umysłowej, radzeniem sobie z codziennymi zadaniami i wydarzeniami (Steuden, 2011b; Stuart-Hamilton, 2012). W literaturze psychologicznej nie ma jednolitego stanowiska w kwestii progu starości – w Polsce jej umowny początek jest utożsamiany z osiągnięciem wieku emerytalnego (60 lat dla kobiet i 65 dla mężczyzn), ale kryterium to jest nieprecyzyjne ze względu na różnice w progach świadczeń emerytalnych, jak również istniejące prawo wcześniejszego przechodzenia na emeryturę przez niektóre grupy zawodowe (np. służby mundurowe). Odmienności w stanowiskach różnych autorów na temat progu starości mogą obejmować wiele lat (por. Lazarus i Lazarus, 2006; Przetacznik-Gierowska, 1996; Steuden, 2011b). Podobnie różne są kryteria periodyzacji starości, przy czym Światowa Organizacja Zdrowia wyodrębnia trzy okresy starości: **wczesna starość** (60–74), **późna starość** (75–89 lat) oraz **długowieczność** (90 i więcej). Niekiedy przyjmuje się określenie **trzeci wiek** (60–90) i **czwarty wiek** (90 i więcej) (por. Steuden, 2011b; Stuart-Hamilton, 2012; Washburn i Humboldt, 2013). U osób starszych mieszczących się w wyodrębnionych przedziałach wiekowych tempo dokonujących się zmian może być różne, o ile jednak

w pierwszym okresie starości (do ok. 70–75 r.ż.) większość osób zachowuje sprawność fizyczną i psychiczną, o tyle w miarę upływu lat obserwuje się jej znaczne ograniczenie oraz wzrost potrzeby opieki i wsparcia społecznego.

Starzenie się jest długotrwałym, nieuniknionym i nieodwracalnym procesem fizjologicznym obejmującym liczne zmiany o charakterze inwolucyjnym (można je rozpatrywać na poziomie komórek, układów i narządów). Proces ten zachodzi w rozwoju każdego żywego organizmu – u człowieka rozpoczyna się w wieku średnim i nasila się wraz z upływem lat, a objawy starzenia stają się bardziej widoczne na przełomie piątej i szóstej dekady życia.

Zmiany biologiczne mają charakter wielokierunkowy i zróżnicowany (poszczególne systemy organizmu starzeją się nierównomiernie), występują także różnice międzyosobnicze. Osoby starsze różnią się między sobą pod względem tempa i obrazu starzenia się, co wynika z odmiennych zadatków genetycznych, innych doświadczeń życiowych i strategii adaptacyjnych (Bee, 2004). Starzenie się fizjologiczne umożliwia samodzielne radzenie sobie z problemami typowymi dla tego okresu życia, ale przyczynia się do zmniejszenia rezerwy funkcjonalnej organizmu, a także do zmian w zakresie funkcjonowania psychofizycznego (mniejsza odporność immunologiczna, mniejsza zdolność adaptacji do zmieniających się warunków otoczenia).

W wymiarze psychologicznym starzenie się fizjologiczne zasadniczo charakteryzuje się brakiem istotnych odchyłeń od stanu prawidłowego w zakresie pamięci, rozległości wiedzy, osądu praktycznego, umiejętności zmagania się z różnymi problemami. Osoby starsze są sprawne w wypełnianiu codziennych czynności – potrafią korzystać z różnych form zapisów, które ułatwiają zapamiętywanie i przypominanie ważnych treści, a także podejmować i realizować nowe zadania, po części związane z ich wiekiem. Można jednak obserwować obniżenie tempa wykonywania zadań, zdolności rozwiązywania problemów, koordynacji wzrokowo-ruchowej, tempa przetwarzania nowych informacji, zdolności koncentracji i podzielności uwagi oraz zapamiętywania i uczenia się nowych rzeczy (Baltes i Lindenberger, 1997; Baltes, Staudinger i Lindenberger, 1999; Stuart-Hamilton, 2006, 2012). Mimo zmian dokonujących się w zakresie niektórych funkcji psychicznych sprawność intelektualna większości osób

utrzymuje się na podobnym poziomie do ok. 60 r.ż., a w kolejnych okresach starości zależy od jej fazy i ogólnego stanu zdrowia (Birch i Malim, 1999). Skargi na zaburzenia pamięci, które pojawiają się w pierwszym okresie starości, zwykle dotyczą spraw codziennych (zapominanie nazwisk osób niedawno poznanych, gubienie i poszukiwanie różnych przedmiotów codziennego użytku, zapominanie numerów telefonów czy dłuższej listy spraw do załatwienia). U wielu osób zmiany w zakresie funkcji poznawczych stają się bardziej wyraźne po 75 r.ż. i wiążą się z obniżeniem tempa wykonywania zadań i zdolności zapamiętywania oraz nabywania nowych umiejętności (Bee, 2004; Marcinek, 2007).

Z doświadczeń klinicznych wynika, że obniżenie sprawności niektórych funkcji poznawczych, a zwłaszcza sprawności pamięci, u wielu osób starszych (także u ich bliskich i opiekunów) może budzić zaniepokojenie, lęk, obawę przed ośpieniem, zniedołężnieniem i utratą samodzielności. Z tego powodu osoby starsze (ich bliscy) poszukują konsultacji specjalistycznych, głównie internistycznych, a w mniejszym stopniu neurologicznych, geriatrycznych, psychiatrycznych czy psychologicznych, choć są one ważne dla prawidłowego zdiagnozowania stanu psychicznego. Konieczne staje się odróżnienie zmian fizjologicznych związanych ze starością od zmian, które są wyrazem rozmaitych zaburzeń ujawniających się w tym okresie życia (Steuden, 2011b).

Badania psychologiczne poświęcone osobowości osób starszych (w tym także długofalowe) nie dały jednoznacznych rezultatów w kwestii jej obrazu. Przyjmuje się, że jej podstawowa struktura wydaje się stała (McCrae i Costa, 2005), a zmienność dotyczy cech kształtowanych na kolejnych etapach życia, zróżnicowanych ze względu na doświadczenia życiowe, sposób ich interpretacji i wpływu na funkcjonowanie osoby (Erikson, 1997; Erikson, Erikson i Kivnick, 1986; Glicken, 2009; Straś-Romanowska, 2000, 2002; Tornstam, 1996, 1999a, 1999b, 2005). Istotne znaczenie dla dalszego rozwoju osobowości osób starszych przypisuje się raczej trudnym doświadczeniom życiowym, z którymi zmagają się na kolejnych etapach życia, niż różnym sukcesom życiowym (Lazarus i Lazarus, 2006). U wielu osób starszych pozytywnym efektem zmagania się z sytuacjami trudnymi jest nabywanie życiowej mądrości, której cechami są m.in.: umiejętność równoważenia refleksji i działania,

zdolność odróżniania sytuacji, w których wytrwałość jest wskazana, od tych, w których konieczne jest wycofanie się, akceptacja życiowych paradoksów, otwarte i satysfakcjonujące odnoszenie się do fundamentalnych kwestii ludzkiej egzystencji (Baltes i in., 1995; por. także Steuden, 2011a, 2011b).

Według Eriksona (1997; Erikson, Erikson i Kivnick, 1986) ostatnie stadium rozwoju człowieka (integracja vs. rozpacz), nie stanowi prostej kontynuacji wcześniejszych zadań rozwojowych, ale jest nowym zadaniem życiowym, uwzględniającym wymagania starości. W tym stadium osoby starsze powinny osiąść zdolność uzasadnienia sensu własnego życia i dokonywanych wyborów, przy jednoczesnej akceptacji innych, niewykorzystanych możliwości, powinny także pogodzić się z nieuchronnością kresu własnego życia. Jung (1993) uważa, że rozwój i dojrzewanie osobowości to długotrwały proces wewnętrznej przemiany (indywiduacji). Istotne w tym procesie jest przejście od życiowej ekspansji, umacniania ego, poszukiwania stabilizacji rodzinnej i zawodowej w pierwszej połowie życia do integracji własnego życia, uświadomienia sobie jego sensu oraz akceptacji jego końca w drugiej.

W charakterystyce osobowości osób starszych często wymienia się takie cechy, jak: łagodność, cierpliwość, mądrość, wyrozumiałość, upór, skłonność do unikania ryzyka, niechęć do zmian, a jednocześnie nasilenie potrzeb przynależności, poczucia bezpieczeństwa, wyciszenia, samodzielności, bycia użytecznym. Na podstawie układu trzech wymiarów: cech osobowości, aktywności społecznej oraz poczucia satysfakcji życiowej, Neugarten, Havighurst i Tobin (1968) wyodrębnili cztery podstawowe typy osobowości osób starszych: zintegrowana, obronna, pasywno-zależna i niezintegrowana, i przedstawili odpowiadające im profile funkcjonowania psychospołecznego. Zaprezentowane profile wykazały istotne zróżnicowanie osób starszych w zakresie: aktywności społecznej i czerpania z niej satysfakcji życiowej; mechanizmów adaptacyjnych; jakości więzi z innymi ludźmi; postawy wobec własnej starości; zadowolenia z życia i poczucia jego sensu, sposobu zmagania się z problemami życia codziennego i związanymi z tym okresem życia (por. Steuden, 2011a).

Interesującą propozycję charakterystyki osobowości osób starszych wysuwa Braun-Gałkowska (2011). Za istotne w proponowanym modelu

uznała dwie podstawowe cechy: stopień aktywności (na osi aktywność–wycofanie) oraz stopień życzliwości dla innych (na osi życzliwość–egoizm) i na tej podstawie wyodrębniła cztery główne grupy osób starszych: życzliwych, łagodnych, samolubnych i gderliwych, posiadające odmienną charakterystykę osobowościową w zależności od stopnia nasilenia cech podstawowych. W jej opinii zmiany konieczne dokonują się na osi aktywność–wycofanie, dotyczą one sił fizycznych i psychicznych i są w znacznej mierze nieuchronne. „Nawet ludzie bardzo aktywni, witalni i silni, stają się z czasem coraz słabsi i bardziej niedołążni. Można przez własny wysiłek odsuwać ten moment, ale on zawsze, wcześniej czy później, przychodzi” (Braun-Gałkowska, 2011, s. 89). Zmiany na osi egoizm–życzliwość zależą od samego człowieka: „Życzliwości trzeba uczyć się wcześniej, najlepiej od dzieciństwa, można jednak starać się o nią i w wieku podeszłym” (Braun-Gałkowska, 2011, s. 90). Specyfika funkcjonowania osób starszych w zależności od kształtu ich osobowości stanowi podstawę do opracowania odpowiedniego wsparcia psychologicznego, umożliwiającego optymalne funkcjonowanie i podtrzymanie jakości ich życia.

Odnosząc się do wspomnianych typów osobowości według Neugarten, Havighursta i Tobina (1968), czy też według Braun-Gałkowskiej (2011) można wskazać czynniki, które są szczególnie ważne w poradnictwie psychologicznym dla osób starszych. Dla osób doświadczających poczucia osamotnienia, izolacji, zagrożenia istotne są próby ukazania znaczenia: relacji społecznych, wzajemnego wsparcia bez poczucia utraty autonomii. Dla osób, u których dominuje lęk przed starością, utratą fizycznej atrakcyjności, niepełnosprawnością i zniedołążnieniem, ważne jest ukazywanie prawdziwego obrazu starości i społecznego znaczenia osób starszych. Duże znaczenie ma także ukazanie różnych form ich wspierania oraz możliwości kompensacji zaburzeń wynikających z dysfunkcji różnych układów czy narządów (obniżenie sprawności wzroku, słuchu, lokomocji itd.). Specyficzną grupą wsparcia są osoby starsze o negatywnym bilansie życiowym. Kwestią podstawową w poradnictwie psychologicznym oferowanym tym osobom powinno być ukazywanie możliwości reinterpretacji własnego życia, nadawania pozytywnego znaczenia doświadczeniom trudnym. W odniesieniu do tej grupy istotne jest ukazywanie możliwości kompensacji doświadczanych niepowodzeń,

a także umacnianie poczucia ich godności. Należy także wskazać na tę grupę osób starszych, które określane są jako życzliwe, łagodne, które w sposób pogodny znoszą swoją starość, nie zadreęczają innych swoimi dolegliwościami, ani też nie koncentrują uwagi na sobie. Z codziennych obserwacji wynika, że z im większym dystansem, cierpliwością i zrozumieniem osoba starsza podchodzi do dolegliwości związanych z wiekiem, im bardziej jest pogodna, życzliwa dla innych, wdzięczna i pomocna, tym większą wzbudza sympatię, a także daje pozytywny obraz starości i przykład radzenia sobie z trudnościami w każdym wieku.

6.1.2. Przystosowanie do starości

Z wielu badań prowadzonych nad rozwojem człowieka w okresie całego życia (*life-span developmental psychology*) wynika, że faktyczny obraz osób starszych nie odpowiada funkcjonującym na ich temat stereotypom społecznym (Baltes i Baltes, 1990; Glick, 2009; Stuart-Hamilton, 2012; Tornstam, 1999b). Lazarus i Lazarus (2006) ukazują zarówno pozytywne, jak i negatywne wymiary starości. Do pierwszych zaliczają m.in.: satysfakcję z przejścia na emeryturę, dyspozycyjność a także możliwość wspierania swoich najbliższych (dzieci i wnuków), pogłębienia więzi z innymi ludźmi, a także dokonywania przeglądu i bilansu własnego życia. Wśród negatywnych cech starości wymieniają konieczność poradzenia sobie z świadomością zbliżającego się kresu życia, potrzebę dostosowania się do przemian cywilizacyjnych, społecznych i kulturowych, trudność w podtrzymaniu dialogu międzypokoleniowego, liczne utraty (śmierć osób bliskich, obniżanie się sprawności i atrakcyjności fizycznej, narastające dolegliwości chorobowe, odejście z aktywnego życia zawodowego). Mimo że doświadczenia te są wspólne dla większości osób starszych, ich zakres, sposób przeżywania i wartościowania mają charakter indywidualny, zależny od stanu zdrowia, doświadczeń życiowych, osobowości, systemu wsparcia, kontekstu rodzinnego i społecznego. Duże znaczenie w tym względzie mają obecne we współczesnej kulturze przekazy, łączące się z nierealistycznym ideałem młodości (sprawność i atrakcyjność fizyczna, powodzenie życiowe, szerokie możliwości działania) i równie

nierealistyczną, ale negatywną oceną starości (utrata atrakcyjności fizycznej, zły stan zdrowia, niepełnosprawność psychiczna).

Przystosowanie do starości nie dokonuje się z dnia na dzień, ale jest procesem długotrwałym, w którym istotne znaczenie mają m.in. mechanizmy adaptacyjne selekcji, optymalizacji i kompensacji (Baltes i Baltes, 1990). W teorii selektywnej optymalizacji z kompensacją wskazuje się na dużą plastyczność osoby starszej w przystosowaniu się do starości (Freund i Baltes, 1998; Lang i Carstensen, 1994). Selektywna optymalizacja i kompensacja pozwalają osobom starszym na podejmowanie nowych zadań oraz zastępowanie dotychczasowych form aktywności (np. zawodowej) innymi, uznanymi za wartościowe. Mechanizm selekcji umożliwia dokonywanie wyboru ważnych rzeczy, formułowanie nowych celów i sposobu ich realizacji. Mechanizm ten uwzględnia związane z wiekiem zmiany i ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu, a jednocześnie pozwala na wykorzystanie z posiadanych zasobów w realizacji tego, co sprzyja zadowoleniu i satysfakcji życiowej (Baltes i Baltes, 1990; Baltes i Carstensen, 1996; Freund i Baltes, 1998; por. też Steuden, 2011b). Optymalizacja wiąże się z plastycznością i zdolnością osoby starszej do modyfikacji i zmian środowiska w celu uzyskania bardziej korzystnych i pożądaných dla niej warunków oraz podejmowania nowych zadań. Istniejące w jej obrębie strategie mogą odnosić się do różnych obszarów: psychologicznego, społecznego i fizycznego. Pierwszy z nich dotyczy zabezpieczania się osoby starszej przed narastaniem niezadowolenia, stresu, napięcia w sytuacji, gdy stawiane wymagania (nowe środowisko, wielość zadań do wykonania, nadmiar informacji) przekraczają jej aktualne możliwości fizyczne i psychiczne (ze względu na obniżenie sprawności pamięci, tempa wykonywania zadań). Optymalizacja w obszarze społecznym polega na poszukiwaniu przez osoby starsze takich form aktywności, które podtrzymują ich niezależność i autonomię w codziennym funkcjonowaniu, a na poziomie fizycznym dotyczy unikania nadmiernego wysiłku fizycznego oraz przystosowania środowiska do potrzeb osoby starszej (Baltes i Carstensen, 1996). Mechanizm kompensacji pomaga osobom starszym w adaptacji do istniejących możliwości osobistych i warunków środowiskowych. Strategie kompensacji uwzględniają bowiem istniejące ograniczenia i wyzwania środowiska, zmniejszają wpływ doświadczanych

strat na funkcjonowanie osób starszych przez wykorzystywanie dostępnych zasobów (Freund i Baltes, 1998). Przykładem strategii kompensacyjnych jest wykorzystanie przez osoby starsze różnego typu protez, endoprotez i aparatów korekcyjnych (przy zaburzeniach widzenia, słuchu) lub przyrządów ortopedycznych w sytuacji ograniczeń lokomocyjnych.

O efektywności adaptacyjnej wymienionych mechanizmów decyduje posiadanie wiedzy o zmianach dokonujących się wraz z wiekiem, wiedzy o możliwości leczenia i rehabilitacji zaburzeń w zakresie różnych układów narządów, wiedzy o formach wsparcia (poradnictwo psychologiczne) osób starszych, a przede wszystkim świadomość osób starszych dotycząca możliwości ich dalszego rozwoju, wykorzystywania swoich potencjalności i nabywania nowych umiejętności niezależnie od wieku i istniejących ograniczeń. Zdolność osób starszych do poszukiwania sensu w doświadczeniach negatywnych oraz akceptacji przeciwności losu i nadawania im pozytywnego znaczenia jest odzwierciedleniem skutecznego radzenia sobie z problemami starości i wyrazem życiowej mądrości. W opinii wielu osób starszych świadomość możliwych zmian związanych z tym okresem życia pozwala na ich interpretację w kategoriach specyficznego wyzwania i przygotowanie do radzenia sobie z uciążliwościami tego okresu życia (Baltes i Baltes, 1990; Pietrasiński, 1990). Można powiedzieć, że osoba w podeszłym wieku jest nastawiona na przekraczanie swojego aktualnego stanu, które dokonuje się na kilku płaszczyznach: w stosunku do świata, do drugiego człowieka, do siebie samego i do Boga. Dyczewski (1986, s. 76) tak o tym pisze: „Starość, która przekracza swe aktualne stany, jest jednym z etapów w osiągnięciu pełnego człowieczeństwa i to o tyle ważnego, że w nim dokonuje człowiek podsumowania i oceny wszystkiego, co przeżył, przemyślał i zdziałał”. W nurt rozważań na temat starości wpisuje się koncepcja gerotranscendencji, zgodnie z którą osoby starsze są zdolne do przekraczania związanych z wiekiem ograniczeń i nakierowania na dalszy rozwój (Tornstam, 1989; Coleman i O’Hanlon, 2004; Steuden, 2011b).

Gerotranscendencja jest naturalnym procesem rozwojowym, dotyczy zmian w świadomości osoby odnoszących się do różnych obszarów jej funkcjonowania. Jest rozumiana bardziej w kategoriach procesu przemian niż efektu zmagania się z poważnymi życiowymi problemami (Tornstam,

1989). Proces ten może być jednak zahamowany w sytuacji nadmiernej koncentracji osób starszych (lub ich opiekunów) na aktywności, a ograniczaniu potrzeby dokonywania refleksji nad własnym życiem i integracją osobowości (Tornstam, 1999a). Ważnym zadaniem człowieka w okresie późnej dorosłości jest bowiem reorganizacja dotychczasowych priorytetów – wiele z nich traci swoje dotychczasowe znaczenie i jest zastępowanych przez nowe.

Frankl (1978) wyraża pogląd, że życie ludzkie nie jest pustą i bezsensowną egzystencją, ale o jego kształcie decyduje sam człowiek, mając możliwość wznoszenia się ponad własne ograniczenia. To przekraczanie własnych ograniczeń wymaga odpowiedzialności za życie, a tym samym odpowiedzialności za postawy, jakie człowiek przyjmuje wobec zadań osobistych. Ludzie mogą nadawać swojemu życiu znaczenie przez spełnianie specyficznych dla nich zadań, realizację ważnych w ich życiu wartości, przeżywanie choroby, cierpienia czy własnej niepełnosprawności.

Wpisany w rozwój człowieka proces przemian dokonujący się w okresie późnej dorosłości ułatwia integrację osobowości i wyłanianie się życiowej mądrości, która znajduje odzwierciedlenie w cechach, określanych także mianem cnót, takich jak: usłużność, delikatność, wyrozumiałość, łagodność, wdzięczność, cierpliwość, wierność, współczucie. Cechy te można uznać za bardzo ważne w obrazie osobowości osób starszych, ponieważ stanowią o sile integracji wewnętrznej, odzwierciedlają ich dojrzałość oraz przełamują negatywny stereotyp społeczny starości. Dążenie do ich kształtowania na przestrzeni całego życia i umacniania w okresie późnej dorosłości powinno być priorytetowym zadaniem w poradnictwie psychologicznym, gdyż sprzyja dobremu starzeniu się. Delikatność i wyrozumiałość osób starszych wiąże się ze zdolnością do przekraczania ograniczeń związanych ze wiekiem, zainteresowania się problemami innych ludzi, wczuwania w ich doświadczenia i rozumienia sytuacji z ich perspektywy, a także ze zdolnością do przebaczenia sobie i innym. Łagodność jest przejawem wewnętrznego spokoju, uporządkowania, cierpliwości. Jak pisze Braun-Gałkowska (1995, s. 11–12): „Często ludzie starzy są łagodni. Spowolnienie reakcji i ruchów przychodzące z wiekiem, choć początkowo przykre, z czasem staje się sprzymierzeńcem, [...] ludzie starzy z pewnym dystansem patrzą na

drobne uciążliwości, nie oburzają się tak łatwo, nie czują potrzeby wypowiedzenia się na każdy temat, krytykowania wszystkich błędów. Cisi i spokojniejsi stają się ostoją dla wnuków, dla których nie mają czasu zabiegani rodzice i nauczyciele, dla dzieci, które choć same są hałaśliwe, ale też bardzo zmęczone szkolnym hałasem”. Jedną z najważniejszych cech życiowej mądrości osób starszych jest zdolność wyrażania wdzięczności, gdyż odzwierciedla ona świadomość udziału i znaczenia innych ludzi w ich życiu.

W ostatnich latach zasadnicze pozytywne znaczenie w radzeniu sobie z problemami starości przypisuje się strategiom proaktywnym, których istotą jest zapobieganie potencjalnym zagrożeniom przez angażowanie się w cele wartościowe i ważne dla osoby starszej (Greenglass, 2002; Ouwehand, de Ridder i Bensing, 2007). Z badań przywoływanych w literaturze przedmiotu wynika, że osoby o dużym nasileniu zachowań proaktywnych w porównaniu z osobami o małym nasileniu zachowań proaktywnych w większym stopniu dążą do poprawy swojego życia, mniej zaś koncentrują się reakcjach na przeszłe lub przewidywane niepowodzenia. Osoby stosujące strategie proaktywne wyrażają przekonanie, że rzeczy udają się nie z powodu szczęścia, ale ze względu na branie przez nie odpowiedzialności za efekty działania. Zachowania proaktywne osób starszych łączą się nie tylko ze świadomością wystąpienia w ich przyszłym życiu sytuacji trudnych, lecz także ze zdolnością ich spostrzegania w kategorii wyzwań i opracowywania takich sposobów działania, jakie dają możliwości osobistego rozwoju. Określają je takie cechy, jak: intencjonalność, nastawienie przyszłościowe, ukierunkowanie na rozwój zasobów i tendencje do poprawy jakości życia (Heszen i Sęk, 2007). Mają one pozytywne znaczenie w okresie późnej dorosłości, ponieważ przygotowują osobę do pomyślnego radzenia sobie z problemami tego okresu życia. W ocenie badaczy ważne znaczenie mają tutaj zasoby własne i oferowane przez innych ludzi (Greenglass i in., 1999). Jednym z ważnych zasobów osobowych, pozwalających na przystosowanie do zmian dokonujących się wraz z wiekiem, jest poczucie humoru. Jest ono zasobem o charakterze emocjonalnym i poznawczym, umożliwiającym utrzymanie dystansu do siebie i do sytuacji, a przez to pomocnym w radzeniu sobie ze stresem (Frewen i in., 2008; Martin, 2002; Svebak, Martin i Holmen, 2004). W literaturze przedmiotu humor jest

rozumiany jako złożony fenomen obejmujący aspekty poznawcze, emocjonalne, behawioralne, fizjologiczne i społeczne. Wskazuje się także na jego pozytywne powiązania ze stanem zdrowia, samopoczuciem, relacjami interpersonalnymi, odpornością psychiczną. Właściwości poczucia humoru mogą sprzyjać adaptacji do warunków i wymagań środowiska (Martin i in., 2003). W sposób szczególny daje się zauważyć to u osób, które dystansują się od różnych sytuacji życiowych w efekcie bogatych doświadczeń. Niewątpliwie, ta właściwość dotyczy osób w okresie późnej dorosłości i jest związana z nabywaniem mądrości życiowej.

W poradnictwie psychologicznym należy uwzględnić to, iż w wypadku osób starszych szczególną pozycję ma religijne radzenie sobie (Harrison i in., 2001), które może być pozytywne lub negatywne. W pozytywnych strategiach religijnych dominuje wiara w sprawiedliwość oraz miłość Boga i w mniejszym stopniu niż w strategiach negatywnych zaznacza się potrzeba wsparcia jedynie w bieżących problemach (Harrison i in., 2001; Pargament, 1997). Religia, która jest wielowymiarowym fenomenem (zawiera m.in. system przekonań, wiarę, relacje z Bogiem, praktyki religijne), staje się częścią procesu rozumienia, wartościowania i reinterpretacji różnych sytuacji trudnych nie tylko przez osoby starsze (Pargament i in., 1998). Osoby starsze – w porównaniu z młodszymi – częściej zwracają się do Boga o wsparcie i siłę w poradzeniu sobie z sytuacją trudną, aniżeli jej odwrócenie, ponieważ w ich ocenie przynależy ona egzystencji człowieka (Pargament i Brandt, 1998).

Zaangażowanie religijne osób starszych łączy się z pomyślnym starzeniem się, poczuciem bliskości z innymi ludźmi. Duchowy wymiar ich życia pozwala kompensować braki w sferze zdrowia fizycznego i podtrzymywać poczucie jakości życia (Koenig, 1994, 2000). Co więcej, pozwala nie tylko dostrzegać wartość życia w jego przemijaniu, lecz także akceptować to, że śmierć jest częścią ludzkiego losu, a życie jako takie jest przemijaniem. Pargament i Brandt (1998) twierdzą, że religijne zmaganie się jest efektywne, ponieważ odpowiada na problemy, wobec których człowiek starszy staje się bezradny, umożliwia zrozumienie złożonych i trudnych sytuacji życiowych i daje wsparcie duchowe. Wpływa także na umacnianie integracji własnego Ja, przewyciężanie lęku przed śmiercią, poczucie większej bliskości z Bogiem. Znaczenie

religijnego zaangażowania osób starszych w zmaganiu się z trudnościami Koenig (1994, s. 134) wyjaśnia w następujący sposób: „dojrzała wiara, religijność działa jako źródło siły, uspokojenia i nadziei. Dla osób starszych w zetknięciu z kolejami życia zdolność do uczestniczenia w relacji z Bogiem jest jedną z najważniejszych ludzkich możliwości w tym okresie życia”.

6.2. Trudności pojawiające się w realizowaniu zadań rozwojowych w okresie późnej dorosłości

Nie sposób wymienić wszystkich rodzajów trudnych sytuacji doświadczanych przez osoby starsze, ponieważ ich zakres, sposób oceny i interpretacji jest zróżnicowany – zależny od wielu czynników osobowościowych, sytuacyjnych, stanu zdrowia, wsparcia, warunków socjalno-bytowych. Sami seniorzy wskazują na starość jako okres wielu strat (Lawrence i Schiler Schigelone, 2002), które mogą odnosić się do spraw osobistych (śmierć osób bliskich, utrata zdrowia, utrata więzi z innymi ludźmi, niepełnosprawność), egzystencjalnych (poczucie braku sensu życia, poczucie beznadziejności, negatywny bilans życiowy, poczucie izolacji i osamotnienia), materialnych (utrata domu, mieszkania, środków do życia) i społecznych (brak wsparcia społecznego, złe warunki socjalno-bytowe). Ze względu na perspektywę temporalną straty mogą odnosić się do przeszłości, teraźniejszości lub przyszłości, mają charakter powszechny, ale ich interpretacja może być różna.

Jedną z najtrudniejszych i najbardziej bolesnych doświadczeń osoby starszej jest śmierć osoby bliskiej, a zwłaszcza współmałżonka, ponieważ w istocie jest ona utratą przywiązania, burzy dotychczasowy układ, wpływa na dalszy bieg i całokształt życia, pociąga za sobą wiele kolejnych strat o charakterze osobistym, społecznym, ekonomicznym i niejednokrotnie łączy się z zagubieniem drogi życiowej (Caserta i Lund 2007; Holtslander 2008; Steuden, 2009, 2011b; Steuden i Kurtyka-Chałas, 2009; Ward, Mathias i Hitchings, 2007).

Z psychologicznego punktu widzenia istotne znaczenie ma reakcja na utratę osoby, określana mianem żałoby, która może oznaczać zarówno stan psychiczny, jak i usankcjonowany kulturowo i społecznie wzór zachowań

(Cook i Oltjenbruns, 1989; Torges, Stewart i Nolen-Hoeksema, 2008). W aspekcie psychologicznym żałoba jest ujmowana jako proces o złożonej strukturze i swoistej dynamice, a jej podstawowymi objawami są m.in.: poczucie osamotnienia, przygnębienie, smutek, żal, poszukiwanie sensu życia, lęk, poczucie winy, gniew. Typowy proces żałoby zawiera się w trzech fazach: początkowej (szok i niedowierzenie), pośredniej (dezorganizacja – naprzemiennie występowanie mobilizacji i demobilizacji) oraz końcowej (reorganizacja i pogodzenie się z utratą, przystosowanie się osoby osieroconej do nowej sytuacji, nowe formy zaangażowania) i jest podobny u wszystkich osób przeżywających żałobę (Caserta i Lund 2007; Stroebe i Schut, 1999; Stroebe, Schut i Finkenauer 2001; Stroebe i in., 2000; Torges, Stewart i Nolen-Hoeksema, 2008). Wyrazem efektywnego radzenia sobie ze stratą jest obniżanie się w miarę upływu czasu poziomu emocji negatywnych i wzrost pozytywnych przemian we własnym życiu. U wielu osób starszych śmierć osoby bliskiej (współmałżonka) łączy się z mniejszą zdolnością ponownego ułożenia sobie życia i czynnikami ryzyka wystąpienia żałoby powikłanej, której istotą jest zahamowanie ekspresji uczuć lub intensyfikacja i przedłużanie się czasu trwania objawów żałoby (Burton, Haley i Small, 2006; Holtslander 2008; Stroebe i in., 2000; Ward, Mathias i Hitchings, 2007).

Do czynników, które wzmagają ryzyko wystąpienia żałoby powikłanej u osób starszych, można zaliczyć: nieadekwatne bądź niedostępne wsparcie społeczne, brak oparcia w rodzinie, samotność, nadmierną zależność od osoby zmarłej, stan zdrowia, nakładanie się różnych strat. U osób starszych, pozostających w bliskich relacjach z osobą odchodzącą, można rozważyć trzy fazy żałoby: antycypowaną, występującą bezpośrednio po śmierci osoby bliskiej oraz w dalszym okresie po jej odejściu. W każdej z tych faz istotne znaczenie ma wsparcie rodziny, osób najbliższych, a także profesjonalistów (psychologa, lekarza, księdza czy pracownika socjalnego). Faza żałoby antycypowanej jest rodzajem psychologicznego „przymierzania się” do śmierci kochanej osoby. W tej fazie człowiek przepracowuje znaczną część stresu związanego ze stratą i prawdopodobnie lepiej potrafi sobie z nią poradzić, gdy ona nastąpi. Wsparcie psychologiczne może być pomocne w dokonaniu przez osobę odchodzącą przeglądu własnego życia, uporządkowaniu ważnych zdarzeń, a także zamknięciu spraw dla niej ważnych. Podstawowe, a zarazem

konieczne elementy wsparcia osób starszych w sytuacji doświadczania stresu choroby i antycypacji odejścia osoby bliskiej obejmują pomoc w akceptacji rzeczywistości związanej z chorobą, cierpieniem i nieuchronnością śmierci, pomoc w odreagowaniu emocji, w unikaniu zaprzeczania sytuacji, w słuchaniu i empatycznym towarzyszeniu osobie chorej w jej cierpieniu (Casarett, Kutner i Abraham, 2001; Steuden, 2011b).

W okresie bezpośrednio po śmierci osoby bliskiej najważniejsze staje się towarzyszenie osobie osieroconej. Ze względu na poczucie bezradności, przygnębienia, bólu psychicznego, a także stan zdrowia wiele osób starszych wymaga pomocy w załatwianiu różnych spraw związanych z pochówkiem. Trudności mogą dotyczyć także ich codziennego funkcjonowania. Niemal od początku doświadczania żałoby w wypadku wielu osób istotne znaczenie w pomocy profesjonalnej ma różnicowanie objawów żałoby normalnej i powikłanej. Jest ono jednak trudne, ponieważ takie objawy, jak: poczucie zmęczenia, obniżony nastrój, wyłączenie z kontaktów społecznych, utrata zainteresowań, mogą być zarówno objawami żałoby normalnej, jak i powikłanej (Harless i Zisook, 2003). W dalszym okresie trwania żałoby (po upływie miesiąca od śmierci osoby bliskiej) ważna staje się ocena sposobu funkcjonowania osoby starszej. U osób owdowiałych śmierć współmałżonka jest znaczącym czynnikiem ryzyka ich własnej śmierci – jest ono szczególnie wysokie w pierwszym roku żałoby (Harless i Zisook, 2003).

Wsparcie psychologiczne osób starszych pogrążonych w żałobie zależy od sposobu jej doświadczania, potrzeb ujawnianych przez osoby starsze, a także ich funkcjonowania w codziennym życiu i dotyczy:

- pomocy w akceptacji przez osobę starszą utraty i związanego z nią cierpienia,
- pomocy w odreagowaniu emocjonalnym, uwolnieniu się osoby starszej od emocji negatywnych (żału, poczucia winy, poczucia bezradności, rozpacz) i nadania doświadczanej utracie nowego znaczenia,
- pomocy w otwarciu się osoby starszej na nowe doświadczenia oraz zdolności do konstruowania planów dotyczących przyszłości,
- pomocy w przystosowaniu się osoby starszej do życia bez osoby, która odeszła, i kompensowania straty przez nauczenie się nowych

- umiejętności, podejmowanie nowych zadań i ról społecznych, nawiązanie nowych kontaktów,
- pomocy w regeneracji sił, zainwestowanie ich w nowe zadania życiowe, nowe sytuacje,
 - pomocy w pozostawieniu osobie, która odeszła, właściwego miejsca w życiu osoby osieroconej, oraz otwarciu się na innych bez poczucia winy z powodu sprzeniewierzenia się pamięci osoby zmarłej (por. Okła, 2009; Steuden, 2009).

W odniesieniu do osób starszych, u których proces przystosowania do straty i przeżywania żałoby wydaje się prawidłowy, zwykle pojedyncze porady i wsparcie społeczne (rodzinne, sąsiedzkie, osób bliskich) okazują się wystarczające. Rezultaty badań wielu osób starszych, które utraciły swoich bliskich, wskazują na wzrost otwartości i poszukiwanie wsparcia społecznego, zwłaszcza przez kobiety (Carstensen, Gottman i Levenson, 1995). Obserwacje te potwierdzają zasadność tworzenia grup wsparcia dla osób starszych, które to grupy umożliwiają dzielenie się doświadczeniami (zwłaszcza w pierwszym okresie żałoby), a także dają szansę kompensowania straty osoby bliskiej i podejmowania nowych zadań oraz angażują w różne formy aktywności społecznej. Ze względu na istotne znaczenie religii w życiu większości osób starszych uzasadnione wydaje się organizowanie grup wsparcia, które oprócz integracji społecznej, poczucia bliskości i więzi z innymi ludźmi zapewniałyby aktywny udział w różnorodnych formach praktyk religijnych.

Częstym doświadczeniem osób starszych, występującym we wszystkich obszarach kulturowych, jest **samotność i poczucie osamotnienia**. Doświadczenia te mogą być niezależne lub wzajemnie się wzmacniać. Samotność utożsamiana jest ze stanem obiektywnym, związanym z brakiem kontaktów międzyludzkich, izolacją czy odosobnieniem, także utratą osoby bliskiej (de Jong-Gierveld, 1987). Osamotnienie zaś łączy się doświadczeniem przez osobę starszą braku bliskich więzi z innymi ludźmi, cierpieniem i bólem psychicznym (de Jong-Gierveld, 1998; Rokach, 1988). Zarówno samotność, jak i poczucie osamotnienia mogą występować w poszczególnych okresach życia, ale ich nasilenie obserwuje się u wielu osób starszych powyżej 70 r.ż. (Nolen-Hoeksema i Arens, 2002). Jest wiele przyczyn doświadczania osamotnienia, m.in.: negatywne

stereotypy osób starszych i starości, które sprawiają, że wiele osób starszych wyłącza się z relacji z innymi ludźmi, dystans międzypokoleniowy, ubóstwo, zła sytuacja materialna, brak bliskich relacji z rodziną, wdowieństwo, separacja, rozwód, zły stan zdrowia psychicznego i choroby somatyczne, brak sieci wsparcia, negatywny bilans życiowy i inne. Bardziej osamotnione czują się osoby starsze schorowane, niepełnosprawne, w tym z zaburzeniem funkcji wzrokowych i słuchowych (Oleś, Steuden i Toczolowski, red., 2002; Steuden, 2002).

Uciążliwością dla wielu osób starszych jest ich własna **skłonność do martwienia się**. Według Daveya (1994, za: Janowski, 2012, s. 231) martwienie się jest „zjawiskiem psychicznym, którego przejawem są obawy o przyszłe zdarzenia, współwystępujące z uczuciem niepokoju. Składa się ono najczęściej z negatywnych, intruzyjnych i zakłócających myśli, obciążających emocjonalnie”. Martwienie się jest procesem poznawczym, towarzyszącym każdemu człowiekowi, może jednak stać się problemem i utrudniać codzienne funkcjonowanie, ponieważ w małym stopniu podlega kontroli. Jeśli martwienie się osób starszych jest nadmierne, nieproporcjonalne do aktualnego problemu, koncentruje ich uwagę się na kilku tematach (dotyczących codziennego życia, czy też spraw drugorzędnych), trudne do opanowania, zakłóca ich funkcjonowanie i powoduje cierpienie, to ma ono charakter patologiczny (Starcevic i in., 2007). Istnieje wiele przyczyn martwienia się osób starszych, ale w znacznym stopniu są one związane ze specyfiką przemian następujących w średniej i późnej dorosłości, a można do nich zaliczyć: odejście dzieci z domu i powstanie tzw. pustego gniazda, pogarszający się stan zdrowia, obniżenie sprawności psychicznej i fizycznej, lęk i narastające obawy przed utratą samodzielności i niezależności, niedostatek materialny i inne). Wsparcie psychologiczne oferowane osobom starszym ze skłonnością do martwienia się powinno zmierzać w kierunku: (1) umożliwiania im wyrażenia emocji negatywnych (napięcia, smutku, złości, niepokoju) i empatycznego rozumienia ich doświadczeń; (2) łagodnej i systematycznej zmiany ich sposobu myślenia, bez zaprzeczania lub unikania głównego tematu zmartwień, a także (3) wspierania ich w poznawczym podejściu do tematów zmartwień i wskazywaniu, że koncentracja emocjonalna na zdarzeniach trudnych nie jest strategią efektywną i nie przekłada się na jej rozwiązanie. Paradoksem jest to, że

zamartwianie się różnymi sprawami może niekiedy być interpretowane jako wyraz z troskania i poczucia odpowiedzialności za ich przebieg.

6.3. Dolegliwości nasilające się z wiekiem

Z obserwacji klinicznych wynika, że przyczyną pogarszania się sprawności psychofizycznej osób starszych częściej są choroby i ich następstwa niż charakterystyczne dla starości zmiany o charakterze inwolucyjnym (Derejczyk, 2002). Jeśli u osób młodych dominują choroby o przebiegu ostrym, to u osób starszych częściej mają one charakter przewlekły i nierzadko stają się przyczyną zaburzeń w codziennym funkcjonowaniu i lęku przed utratą samodzielności. Ze względu na związek z wiekiem można wskazać na:

- choroby występujące w każdym wieku np. zapalenie płuc, grypa, ale ich przebieg i powikłania są na ogół cięższe u osób starszych,
- choroby częściej pojawiające się w starszym wieku – zaliczyć tu można choroby nowotworowe, choroby układu krążenia, choroby stawów,
- choroby czy dolegliwości najczęściej związane z wiekiem starszym, a dotyczące narządu zmysłów (zaburzenia widzenia, zaburzenia słuchu); narządu ruchu (zwyrodnienie stawów, osteoporoza, łamliwość kości), układu sercowo-naczyniowego (zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie serca, zawały), układu moczowego (nietrzymanie moczu), ośrodkowego układu nerwowego (choroba Alzheimera, udary mózgu) (por. Steuden, 2011b; Stuart-Hamilton, 2012).

Zasadniczo można wskazać na dwie podstawowe grupy potrzeb i problemów osób starszych – zarówno zdrowych, jak i chorych – oraz ich rodzin. Pierwsze odnoszą się do zapewnienia dobrej opieki medycznej, możliwości diagnozy zaburzeń stanu zdrowia, dostępu do specyficznego leczenia, a także kontroli doznań bólowych. Drugie zaś są związane z obawą przed skutkami choroby: utratą samodzielnego funkcjonowania, niezdolnością do wykonywania codziennych czynności, obciążeniem

rodziny, brakiem zabezpieczenia finansowego, utratą znaczenia, zmianą w relacjach rodzinnych i społecznych. W wypadku choroby przewlekłej sytuacjami trudnymi dla chorego i osoby wspierającej są więc przewidywane straty, ale mogą one się opierać na rzeczywistych przesłankach (cierpienie związane z chorobą, utrata sił, przybliżanie się kresu życia) lub antycypowanych (lęk przed zniedołężnieniem, brakiem wsparcia, osamotnieniem, bezradnością).

6.3.1. Zaburzenia widzenia

Do chorób, które w sposób znaczący obniżają jakość życia i zdolność codziennego funkcjonowania, należy zaliczyć choroby związane z narządem wzroku, słuchu a także choroby układu nerwowego. Jeśli chodzi o **narząd wzroku**, to u większości osób po 60 r.ż. obserwuje się upośledzenie ostrości widzenia, wyrażające się trudnością w wyraźnym spostrzeganiu przedmiotów przy słabym oświetleniu oraz znajdujących się w oddali. Staje się ono najbardziej uciążliwe w sytuacji słabego oświetlenia, o zmierzchu, w czasie mgły, a także zachmurzenia. Osoby starsze potrzebują więcej czasu na powrót do normalnego widzenia, gdy zostaną oślepione światłem (np. reflektorów samochodowych, gdy przechodzą z pomieszczenia jasnego do ciemnego). Powszechne u osób starszych jest obniżenie zdolności akomodacji, czyli dostosowywania się narządu wzroku do spostrzegania przedmiotów znajdujących się w różnych odległościach (przekłada się to m.in. na bezpieczeństwo prowadzenia pojazdów i szybkość dostosowywania się do różnych odległości i prędkości pojazdów). Związane ze starością zmiany dokonujące się w zakresie widzenia są uciążliwe, ale w odniesieniu do wielu z nich istnieje możliwość korekty za pomocą szkieł korekcyjnych czy podjętego leczenia. Pozytywne efekty leczenia przywracają ostrość widzenia, pozwalają na prawidłową orientację przestrzenną i samodzielne funkcjonowanie. Problemem stają się zaburzenia widzenia, które są następstwem różnych chorób narządu wzroku, układu nerwowego, układu krążenia, układu hormonalnego. Objawy chorobowe nie sprowadzają się jedynie do upośledzenia (utruty) widzenia, ale mają wpływ na ogólną jakość życia osób starszych. Łączą się bowiem z ryzykiem utraty

samodzielności, niezależności, zdolności przemieszczania się i radzenia sobie z codziennymi sprawami, samoobsługą. Do najczęściej diagnozowanych u osób starszych tego rodzaju chorób zaliczyć można zaćmę, jaskrę, związane z wiekiem zwyrodnienie plamki żółtej czy retinopatię cukrzycową (Carabellese i in., 1993; Oleś, Steuden i Toczolowski, red., 2002; Rothermund i Brandtstädter, 2003; Steuden, 2002; Steuden i Oleś, 2005).

Zaćma (katarakta) to wrodzona lub degeneracyjna choroba oczu prowadząca do zmętnienia soczewki oka. Jest ona jedną z przyczyn ślepoty. Jej podstawowe objawy obejmują: pogorszenie widzenia (widzenie jak przez mgłę – jest ono szczególnie uciążliwe przy jasnym oświetleniu), podwójne widzenie jednym okiem, zaburzenia w ocenie odległości, pogorszenie ostrości wzroku, aż do jego całkowitej utraty, zaburzenia w poruszaniu się i samoobsłudze. Ryzyko zachorowania na zaćmę wzrasta u osób powyżej 60 r.ż. (Brian i Taylor, 2001).

Jaskra należy do grupy chorób, których częstość występowania wzrasta z wiekiem, a wspólną cechą jest postępujący zanik nerwu wzrokowego (w jej przebiegu może nastąpić całkowita i nieodwracalna utrata widzenia). Jaskra występuje u ok. 0,5% osób w 40 r.ż., w kolejnych latach częstość jej występowania wzrasta – dochodzi do 5% po 60 r.ż., oraz 8–10% po 70–80 r.ż. Z danych szacunkowych wynika, że na świecie na jaskrę choruje 70 mln osób. W Polsce jest ok. 200 tys. chorych, a zagrożonych jej rozwojem jest ok. 600 tys. osób. Choroba ta stanowi drugą najczęstszą przyczynę ślepoty na świecie (Quigley i Broman, 2006; Toczolowski i Klonowski, 2002).

Związane z wiekiem **zwyrodnienie plamki żółtej** (degeneracja plamki żółtej) jest główną przyczyną utraty wzroku u osób powyżej 50 r.ż. Dotyczy 5–10% osób w wieku 65–75 lat i ok. 20–30% osób w wieku ponad 75 lat. Choroba prowadzi do uszkodzenia siatkówki (szczególnie jej części centralnej – plamki żółtej), ubytków, a często całkowitej utraty widzenia centralnego i w konsekwencji do ślepoty. Do typowych objawów należą: widzenie prostych linii jako falistych lub zniekształconych i postępujące trudności w czytaniu. W związku ze starzeniem się społeczeństwa problem zwyrodnienia plamki żółtej narasta. Według Światowej Organizacji Zdrowia wskutek związanego z wiekiem zwyrodnienia plamki żółtej w 2020 r. będzie na świecie 75 mln ludzi niewidomych i aż 270 mln

słabowidzących (Rovner i in., 2011). W Polsce każdego roku u 200 tys. osób diagnozuje się suchą postać związanego z wiekiem zwyrodnienia plamki żółtej, a u ok. 20 tys. osób jej postać wysiękową (Edbom-Kolarz i Marcinkowski 2013).

Rezultaty badań nad jakością życia osób cierpiących na jaskrę i zaćmę (Oleś, Steuden i Toczolowski, red., 2002) wykazały, że poprawa obiektywna wzroku w znaczeniu klinicznym (po włączeniu specjalistycznych metod leczenia – operacyjnego, farmakologicznego) nie korespondowała z obniżeniem poziomu lęku i wyższą jakością życia w znaczeniu psychologicznym. Obserwacje poczynione w wielu badaniach (Oleś, Steuden i Toczolowski, red., 2002; Steuden, 2002; Van Zandt, Van Zandt i Wang, 1994) wskazują, że istotne znaczenie dla osób z zaburzeniami widzenia ma wzmacnianie ich umiejętności korzystania ze wsparcia społecznego, ale bez przyjmowania wobec nich postaw społecznych nadmiernie ochraniających, generujących poczucie zależności i niezdolności do samodzielnego radzenia sobie. Istotną w tym względzie rolę odgrywają osoby bliskie oraz profesjonalne grupy wsparcia, stowarzyszenia i instytucje. Jak się zdaje, podstawowymi celami wsparcia osób starszych z zaburzeniami widzenia są:

- obniżenie poczucia izolacji i osamotnienia oraz zabezpieczenie przed ich narastaniem depresji, zniechęcenia, poczucia małej wartości i inwalidztwa,
- obniżenie ich przekonania o wyjątkowości i uciążliwości problemów związanych z zaburzeniami widzenia, lub też lekceważenia istniejących i narastających objawów zaburzeń widzenia, ze względu na przekonanie o ich związku ze starością i brakiem sensu oraz możliwości ich leczenia,
- wypracowanie nowego sposobu funkcjonowania społecznego i oceny rzeczywistości w sytuacji zaburzeń widzenia (utruty wzroku) znacząco ograniczających samodzielne, codzienne funkcjonowanie,
- ważne jest także organizowanie osobom starszym możliwości dzielenia się ich doświadczeniami z innymi osobami o podobnych problemach (Borkman 1982, za: Van Zandt, Van Zandt i Wang, 1994, s. 245; por. też Steuden i Oleś, 2005).

Zaburzenia widzenia czy utrata wzroku w starszym wieku nie są jedynymi stratami w tym okresie życia – u większości osób starszych można bowiem zauważyć proces kumulowania się różnych strat, a tym samym narastania ryzyka różnych zespołów zaburzeń (poczucia osamotnienia, beznadziejności, depresji, poczucia zagrożenia, skarg na dolegliwości somatyczne). W tej sytuacji istotnym celem wsparcia psychologicznego byłoby także przeciwdziałanie temu zjawisku przez różne formy wsparcia społecznego i profesjonalnego. Z doświadczeń klinicznych oraz z danych zaczerpniętych z literatury przedmiotu (Janz i in., 2001; Sękowska, 1998; Witkowski, 1994) wynika, że w wypadku osób starszych z zaburzeniami widzenia najbardziej efektywne jest wsparcie emocjonalne i informacyjne. Pierwsze z nich przyczynia się do obniżania poziomu lęku i poczucia zagrożenia przed bezradnością, a przez to wzmacniania poczucia bezpieczeństwa. Drugie zaś łączy się z nabywaniem i poszerzaniem wiedzy o chorobie, jej leczeniu i kompensowaniu zaburzeń widzenia. Bardzo ważne jest podkreślanie pozytywnego znaczenia więzi z innymi ludźmi, która daje poczucie integracji społecznej, bezpieczeństwa i zdolności radzenia sobie w codziennym życiu. Efektem pozytywnym różnych form wsparcia w wymiarze społecznym jest to, że osoba starsza z zaburzeniem widzenia nie jest spostrzegana przez pryzmat jej niepełnosprawności i ograniczeń, ale uznaje się ją za pełnoprawnego członka grupy społecznej (Steuden i Oleś, 2005).

6.3.2. Zaburzenia słuchu

W zakresie **słuchu** u większości osób starszych obserwuje się niedosłyszenie starcze, obejmujące grupę zaburzeń będących następstwem ubytku słyszalności dźwięków o wysokich częstotliwościach (niekiedy mogą wydawać się mocniejsze), w mniejszym stopniu dotyczy to dźwięków o częstotliwościach niskich. Innym objawem, który sprawia trudności w komunikacji werbalnej osób starszych, jest zaburzenie zdolności różnicowania wyrazów i w efekcie odbieranie ich jako zlewających się ze sobą. Wskaźnik zaburzeń słuchu dotyczy ok. 32% osób w wieku 70–80 lat oraz ok. 50% powyżej 80 r.ż. (Bilikiewicz i Parnowski,

2002, s. 704; Stuart-Hamilton, 2006, s. 29). Pogarszanie się słuchu dla wielu osób starszych jest czymś zwyczajnym, co więcej, w jakimś sensie przyzwyczajają się one do tego i w różny sposób kompensują istniejące ograniczenia (uważnie słuchając, zadając dodatkowe pytania, regulując urządzenia medialne). W wypadku niektórych wad słuchu istnieje możliwość korekty za pomocą aparatów słuchowych, ale jej efekt nie zawsze jest zgodny z oczekiwaniami. Następstwem zaburzeń słuchu są trudności w codziennym funkcjonowaniu (rozmowie, orientacji w codziennych wydarzeniach, odbiorze przekazywanych treści, możliwościach komunikowania się za pomocą poleceń urządzeń telekomunikacyjnych), co łączy się z poczuciem zawstydzenia, niezrozumienia, zagrożenia, osamotnienia, izolacji, a często staje się przyczyną podejrzliwości. Duże znaczenie w podtrzymaniu dobrostanu psychicznego osób z zaburzeniem słuchu ma jakość ich relacji z rodziną, osobami bliskimi oraz otoczeniem społecznym. W kontakcie z osobą, która ujawnia znaczny ubytek słuchu, pojawia się konieczność zwiększenia głośności wypowiedzi, kierowania twarzy ku osobie starszej, wydłużenia czasu przekazywania różnych treści werbalnych tak, aby osoba mogła różnicować poszczególne słowa, co niejednokrotnie wymaga także ogromnej cierpliwości ze strony rozmówcy. Niezależnie jednak od wysiłku włożonego (przez rodzinę, innych ludzi) w to, by przekaz treści był zrozumiały, interpretacja sposobu komunikacji i treści komunikatu przez osobę starszą może być odmienna od intencji nadawcy. Osoby starsze mogą bowiem interpretować głośne mówienie jako krzyk, lekceważenie i poniżanie ich godności. Konsekwencją tego może być podejrzliwość i nieufność osoby starszej oraz wzajemne zniechęcenie, a przez to ograniczenie przekazu słownego do koniecznego minimum, lub też rezygnacja z wzajemnego kontaktu werbalnego (Steuden, 2011b).

6.3.3. Zaburzenia otępienne

Wraz z wydłużaniem się średniej długości życia wzrasta częstotliwość ujawniania się różnych zespołów zaburzeń geriatrycznych. Wskazuje się na kilka grup problemów przeżywanych przez osoby starsze: u ok. 7% osób starszych w wieku 65–85 lat oraz u ponad 30% osób w wieku

powyżej 85 lat diagnozuje się zespoły otępienne, które często współwystępują z poważnymi problemami w funkcjonowaniu społecznym, depresją, lękiem. Uciążliwe dla ponad połowy osób starszych powyżej 80 r.ż. są problemy z zasypianiem, u ponad 25% osób starszych stwierdza się nadużywanie leków, u ok. 8–15% występują zaburzenia depresyjne (Glicken, 2009).

Choć ryzyko pojawienia się **zespołów otępiennych** wzrasta w każdym wieku w przypadku chorób centralnego układu nerwowego (choroba Parkinsona, choroba Cruetzfeldta-Jakoba, choroba Huntingtona i inne), a także jego uszkodzenia (np. w następstwie urazu), to zespoły otępienne występujące w okresie starości stanowią podstawowy problem współczesnej psychogeriatry. Częstość ich występowania wzrasta wraz z wiekiem z ok. 1,9% w grupie wiekowej 65–69 lat do 16,5% u osób powyżej 80–84 lat (Bilikiewicz, Landowski i Radziwiłowicz, 1999; Bilikiewicz i Parnowski, 2002). Mimo iż większość zespołów otępiennych pojawia się w okresie późnej starości, to jednak nie są one naturalnym i nieodłącznym elementem procesu starzenia się i starości. Według definicji przyjmowanej przez Światową Organizację Zdrowia zespoły otępienne „są zespołem spowodowanym chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są takie wyższe funkcje korowe jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, język i ocena. Świadomość nie jest zaburzona. Upośledzeniu funkcji poznawczych towarzyszy zwykle, a czasami je poprzedza, obniżenie kontroli nad reakcjami emocjonalnymi, społecznymi, zachowaniem i motywacją” (Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, 1997, s. 51; Pużyński i Wciórka, 1998, s. 40–41). W diagnostyce różnicowej chorych w wieku podeszłym z upośledzeniem funkcji poznawczych wskazuje się na dwie grupy przyczyn zespołów otępiennych: (1) pierwotne zespoły i schorzenia neurologiczne (choroba Alzheimera, choroba naczyńniowa mózgu, która doprowadza do otępienia w efekcie licznych udarów – najczęściej niedokrwiennych, otępienie z ciałkami Lewy’ego, choroba Picka, choroba Parkinsona, płasawica Huntingtona, zmiany urazowe mózgu) oraz (2) choroby uogólnione, które mogą upośledzać czynności poznawcze (depresje, niedotlenienie, choroby układu krążenia, zaburzenia hormonalne, niedobory witamin, zaburzenia metaboliczne, zaburzenia

autoimmunologiczne, choroby o podłożu zapalnym, choroby nowotworowe i inne) (Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, 1997; Steffens i Morgenlander, 2000). W diagnostyce różnicowej należy także uwzględnić zaburzenia depresyjne, które mogą obejmować objawy podobne do wczesnego otępienia (dotyczy to szczególnie zaburzeń pamięci, spowolnienia myślenia i braku spontaniczności) (Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, 1997). Zespoły otępienne niekiedy wiążą się z ogromnym cierpieniem osób nimi dotkniętych, ale zawsze stanowią poważne obciążenie dla bliskich i opiekunów ze względu na dezorganizację życia rodzinnego. Stąd też ich rozpoznanie, odróżnienie od objawów występujących w innych zaburzeniach, a także od objawów starzenia się fizjologicznego – zwłaszcza w okresie początkowym – jest jednym z trudniejszych, a zarazem ważniejszych zadań w opiece zdrowotnej nad osobami starszymi (Steuden, 2011b). Wczesna profilaktyka zespołów otępiennych, której celem jest wdrożenie leczenia farmakologicznego, spowolnienie przebiegu procesu otępiennego i zaburzeń funkcji poznawczych (przez różne formy ich terapii), pomaga nie tylko osobom chorym, lecz także rodzinom i opiekunom, ponieważ zabezpiecza przed szybkim narastaniem negatywnych skutków obciążenia opieką nad osobą chorą.

Postępujące zmiany chorobowe u osoby starszej wymagają ustalenia nowego podziału obowiązków w rodzinie, głównie po to, aby obciążenia związane z opieką nie dotyczyły wyłącznie jednego członka rodziny (Sadowska i Steuden, 2009b). Należy jednak dodać, że wsparcie (emocjonalnego, informacyjnego, duchowego, materialnego) wymaga nie tylko osoba chora, lecz także jej opiekunowie. Uznanie pozytywnego znaczenia opiekuna w pomocy osobie chorej i jego wysiłku (zwłaszcza w sytuacji, gdy u osoby chorej, obok zaburzeń poznawczych, występują zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania) należy do podstawowych i ważnych elementów wsparcia psychologicznego. Celem różnych form wsparcia osób starszych z zespołami otępiennymi i ich opiekunów jest uczenie sposobu radzenia sobie problemami związanymi z chorobą i obniżanie tempa narastania jej skutków negatywnych. Nadmierne zaangażowanie, a także obciążenie opiekunów może pociągać za sobą wiele negatywnych skutków, które dotyczą zarówno osoby wspierającej,

jak i wspieranej. Po stronie osoby wspierającej można wskazać na przyjmowanie przez opiekunów postawy negatywnej wobec osób wspieranych, zaniedbywanie obowiązków opiekuńczych, instrumentalne traktowanie osób wspieranych, a nierzadko zespół wypalenia sił w opiece (Sadowska i Steuden, 2009a). Podstawą efektywnego wspierania jest posiadanie (nabywanie) wiedzy o procesie starzenia normatywnego i patologicznego. Istotne, pozytywne znaczenie w pomocy udzielanej osobom chorym i ich opiekunom mają:

- różne formy wsparcia psychologicznego osób starszych, mające na celu poprawę ich funkcjonowania,
- grupy wsparcia, w których opiekunowie, dzieląc się swoimi doświadczeniami, mogą korzystać z pomocy profesjonalistów: psychologów, lekarzy, prawników, pracowników socjalnych,
- stowarzyszenia, które przybliżają wiedzę na temat choroby i jej skutków, wskazują na sposoby radzenia sobie ze stresem choroby osoby bliskiej i stresem własnym w związku z opieką,
- instytucjonalne formy pomocy – oddziały psychogeriatryczne, domy pomocy społecznej, oddziały pobytu dziennego i całodobowego (Steuden, 2011b).

6.3.4. Zaburzenia psychiczne

Problemem wielu osób starszych (innym niż zespoły otępienne) są **zaburzenia psychiczne**. W ciągu ostatnich kilkunastu lat obserwuje się wzrost częstości występowania różnych zespołów zaburzeń psychicznych. Szacuje się, że tendencja wzrostowa (ok. 16% populacji osób starszych pod koniec XX w.) utrzyma się w kolejnych latach (do ponad 21% w 2030 r.; Carstensen, Gottman i Levenson, 1999; Jeste i in., 1998). W długofalowych badaniach szwedzkich, prowadzonych w grupie osób powyżej 70 r.ż., wskaźnik zaburzeń psychicznych dotyczył 30% populacji. Podobne rezultaty uzyskano w studiach berlińskich nad starością (Paul, Ayis i Egrahim, 2006; Skoog, 2004). Wśród zaburzeń psychicznych dotyczących osoby starsze najbardziej rozpowszechnione są depresje (Krzymiński, red., 1993; Krzymiński i Krzymińska, 1993), w których

najczęściej obserwowanymi objawami są: obniżenie nastroju, przeżywanie smutku, przygnębienie (13–29,7%), rzadziej natomiast obserwuje się ciężkie postaci depresji czy depresje reaktywne (Bilikiewicz i Parnowski, 2002). Do czynników ryzyka pojawienia się objawów depresyjnych w tej grupie wiekowej zalicza się m.in.: dolegliwości związane z chorobą przewlekłą somatyczną, niską ocenę stanu zdrowia, obniżoną zdolność funkcjonowania psychospołecznego, deficyty wzrokowe i słuchowe, spostrzeganie negatywnych zmian w życiu, utratę osób bliskich, osamotnienie. W diagnostyce klinicznej istotnym problemem staje się (1) różnicowanie stanów depresyjnych i otępienia, co wiąże się z tym, że zarówno zaburzenia depresyjne, jak i zespoły otępienne mają negatywny wpływ na funkcje poznawcze, zachowanie i codzienne funkcjonowanie osób starszych; (2) w obu zespołach zaburzeń stwierdza się podobieństwo niektórych objawów – dotyczy to zwłaszcza zaburzenia uwagi w zakresie jej wybiórczości i podzielności, trudności w uczeniu się, przypominaniu, pamięci bezpośredniej i operacyjnej, a wyraźne różnice dotyczą funkcji językowych i wzrokowo-przestrzennych; ponadto (3) występuje trudność w różnicowaniu symptomów depresyjnych i takich objawów, jak zmniejszenie zainteresowań, zmniejszenie wydolności fizycznej, zaburzenia snu i łaknienia, które obserwuje się w podeszłym wieku (por. Steuden, 2011b).

Kissane, Clark i Street (2001) oraz Clarke (2007) wskazują na **proces osłabiania sił, narastania zniechęcenia i utraty zainteresowań** u wielu osób starszych w sytuacji pogłębiania się objawów chorobowych, czy też w następstwie nawarstwiania się trudności związanych z codziennym funkcjonowaniem. W wypadku tych osób starszych efektywne staje się wsparcie informacyjne dotyczące ich choroby i sposobu radzenia sobie z jej objawami, wspomaganie ich umiejętności radzenia sobie z codziennymi zadaniami, a także analizowanie kwestii egzystencjalnych, dotyczących celu i sensu życia oraz znaczenia relacji społecznych. We wsparciu psychologicznym osób starszych, u których proces chorobowy doprowadza do zniedołężnienia, ważna jest umiejętność ich słuchania i empatycznego rozumienia oraz stworzenia im możliwości odreagowania przykrych stanów emocjonalnych i dokonania wglądu w trudną sytuację. Oczywiście, każdorazowo wsparcie psychologiczne musi być dostosowane do indywidualnych potrzeb i oczekiwań osoby starszej. Istotę tak

rozumianego wsparcia dobrze oddają następujące słowa: „[...] gdy człowiek cierpi, potrzebuje w sposób szczególny obecności innych. Potrzebuje doświadczyć wsparcia, by przy pomocy innych odbyć trudną drogę od straty do zgody na nowe, zmienione wprawdzie, ale równie wartościowe życie. [...] Trzeba umieć słuchać o bezgranicznej samotności, bezsensie, braku nadziei, wewnętrznym rozbiciu i braku wizji własnego życia w przyszłości. To wspólne trwanie z osobą cierpiącą, przemierzanie razem drogi cierpienia, bólu i rozpaczki pozwala w końcu znaleźć wyjście z tej trudnej sytuacji” (Okła, 2009, s. 201).

6.4. Metody pomocy osobom w okresie późnej dorosłości

Analiza autobiograficzna. Jej podstawowe cele to reinterpretacja i integracja doświadczeń życiowych, poradzenie sobie z przeszłością i umacnianie poczucia własnej tożsamości (Cohen-Mansfield i in., 2010). Odnosi się do treści zawartych w opowiadaniu (narracji) osoby o własnym życiu, przez które próbuje ona odnaleźć jego sens i zrozumieć samą siebie. Analiza treści narracji jest jednym z ważniejszych sposobów docierania do subiektywnego świata przeżyć, odzwierciedla ona zdarzenia i doświadczenia życiowe uszeregowane w jakimś porządku czasowym i przestrzennym, stanowiącym o tożsamości osoby. Interpretacja ich znaczenia dla osoby podlega zmianom w zależności od jej potrzeb, stanu zdrowia, czy też okoliczności zewnętrznych. Opowiadanie o własnym życiu pozwala odsłonić treści, które pomagają osobom starszym zrozumieć własne życie. Aby jednak móc przedstawić historię życia, potrzebna jest pamięć autobiograficzna, która pozwala odnieść się do: (1) poszczególnych okresów życia, wyznaczonych przez ramy czasowe; (2) zdarzeń ogólnych, uwzględniających różne wydarzenia w określonym okresie życia – ich znaczna część dotyczy interakcji społecznych, relacji z innymi ludźmi (3) oraz zdarzeń specyficznych, szczególnie ważnych dla osoby (Cohen-Mansfield i in., 2010; Maruszewski, 2005). Analiza treści przechowywanych w pamięci autobiograficznej jest dla osób starszych odkrywaniem, poznawaniem i rozumieniem historii własnego życia przez odwoływanie się do najważniejszych pozytywnych i trudnych wydarzeń z przeszłości, które były i są nadal szczególnie ważne w kształtowaniu

postawy wobec siebie i otoczenia. Znaczenie analizy biograficznej dla osoby dobrze oddaje następująca wypowiedź: „Ustalenie kalendarza życia możliwe jest dzięki pytaniom, które zadajemy sobie odnośnie wszystkiego, co następowało wcześniej lub później względem pewnych lat, dekad lub krótszych okresów, w których zazwyczaj możemy ustalić fundamentalne momenty egzystencji, które pamięć odnajduje jako pierwsze, bo już w momencie przeżywania nadaliśmy im określony, istotny sens” (Demetrio, 2000, s. 69). Dla osób starszych możliwość opowiadania historii własnego życia ma szczególne znaczenie ze względu na ich autentyczną i spontaniczną potrzebę dzielenia się doświadczeniami w takiej postaci, w jakiej zostały zapamiętane, stąd też ich treść ma wyjątkową wartość poznawczą, informacyjną i emocjonalną. Według Cozolino (2008) opowiadanie przez osoby starsze o ich życiu jest sposobem przekazywania wiedzy i mądrości w czasie i umacniania poczucia tożsamości. Dokonując refleksji nad własnym życiem, osoby starsze selekcjonują, porządkują i interpretują osobiste doświadczenia, nadają im znaczenie i tworzą z nich złożoną całość (Hermans i Hermans-Jensen, 2000). Ma to szczególne znaczenie w sytuacji pomocy psychologicznej, w której osoba wspierana może umacniać oraz modyfikować swoją tożsamość przez przywoływanie historii własnego życia, ma także możliwość reinterpretacji i nadawania nowego znaczenia konkretnym wydarzeniom (Duvarci i Nader, 2004). W jednej ze swoich książek Sacks (1996, s. 144) pisze: „Każdy z nas ma swoją historię życia, wewnętrzne opowiadanie – którego ciągłość, sens jest naszym życiem. Można powiedzieć, że każdy z nas konstruuje swoje opowiadanie, a to opowiadanie jest naszą tożsamością. Jeśli chcemy poznać jakiegoś człowieka, pytamy o jego historię – jego prawdziwą historię, najintymniejszą historię – ponieważ każdy z nas jest historią. Każdy z nas jest opowiadaniem, które wciąż nieświadomie piszemy – piszemy naszym postrzeganiem, uczuciami, myślami, działaniem; i, co nie jest bynajmniej błahe, naszymi rozmowami, przekazywaniem innym tego opowiadania. [...] Aby być sobą, musimy mieć siebie – posiadać historię swojego życia, a jeśli trzeba, osiąść ją od nowa. Musimy pamiętać siebie, pamiętać swoje wewnętrzne przedstawienie, opowiadanie. Człowiek musi mieć takie opowiadanie, bezustannie opowiadaną samemu sobie historię, by być sobą, by posiadać tożsamość”.

Odnosząc przytoczoną wypowiedź do osób starszych, można powiedzieć, że ich potrzeba wielokrotnego opowiadania o własnym życiu jest nie tylko potrzebą odkrywania samego siebie, swojego miejsca w rodzinie, w społeczeństwie, lecz przede wszystkim potrzebą umacniania własnej tożsamości. Ze względu na to, że analiza autobiograficzna wymaga sprawności pamięci autobiograficznej, jest ona efektywna w odniesieniu do osób starszych nieujawniających większych zaburzeń procesów poznawczych.

Reminiscencja. Jest to proces przypominania (wspominania) minionych wydarzeń i doświadczeń własnego życia, a u osób starszych jest naturalną aktywnością, która w wielu wypadkach służy wspieraniu ich w akceptacji życia i obecnych w nim doświadczeń. Pierwotnie reminiscencja była związana z praktyką kliniczną i miała znaczenie diagnostyczne, ale już na początku 2 połowy XX w. uznawano ją za metodę terapeutyczną, a przez to stała się integralną częścią programu aktywizacji osób starszych zarówno zdrowych, jak i ujawniających różne zaburzenia psychiczne i choroby somatyczne. Zasadniczo wskazuje się trzy główne funkcje reminiscencji jako metody diagnostyczno-terapeutycznej u osób starszych: (1) podtrzymanie i wzmacnianie tożsamości, a tym samym zmniejszenie ryzyka pojawienia się postawy rezygnacyjnej oraz stanów depresyjnych (Coleman i O’Hanlon, 2004; Lewis, 1971); (2) integracja Ja oraz wzmacnianie poczucia własnej godności oraz (3) uczenie osób starszych przekazywania innym (także młodszemu pokoleniom) treści zdobytych na podstawie ich własnych doświadczeń duchowych, religijnych, moralnych, społecznych, kulturowych i innych (Gutmann, 1997; Steuden, 2011b). W literaturze przedmiotu wskazuje się na różne rodzaje reminiscencji, zróżnicowane ze względu na ich funkcje: odnosząca się do przeglądu życia, integrująca, obsesyjna, transmisyjna (Wong i Watt, 1991), zmniejszająca znudzenie, wzmacniająca rozgoróczenie a także przygotowująca do śmierci (Webster, 1993, 2002, za: Coleman i O’Hanlon, 2004).

W pracy z osobami starszymi najczęściej wykorzystywany jest **przegląd życia** (Coleman, 1986). Metoda ta wymaga jednak zdolności wglądu i sprawności funkcji poznawczych, dlatego jest bardziej efektywna w odniesieniu do osób, które nie ujawniają poważnych zaburzeń poznawczych, a także we wcześniejszym okresie starości (Liebermann

i Tobin, 1983). Przegląd życia wiąże się z koniecznością refleksji nad własnym życiem oraz wysiłkiem prowadzącym do reinterpretacji celów życiowych, systemu wartości, rekonstrukcji Ja (Freeman, 1997) i służy bardziej możliwości zmiany Ja niż podtrzymaniu dotychczasowej koncepcji siebie (Butler, 1963). Przegląd życia spełnia funkcję integracyjną, służy bowiem powiązaniu przeszłości z przyszłością oraz życia i śmierci jako dwóch egzystencjalnie ważnych wymiarów człowieka, a przez to pozwala dostrzec wartość przemijania i zaakceptować śmierć (Butler, 1975; Tornstam, 1999a). Przegląd życia może więc być także specyficzną formą terapii, a podejmowane tematy mogą dotyczyć ważnych przemian życiowych, świata wartości, problemów egzystencjalnych, doświadczeń związanych z rodziną, pracą zawodową, wydarzeniami historycznymi (Cozolino, 2008). Pomocne w przypominaniu sobie przez osoby starsze różnych faktów z przeszłości, w jakimś stopniu związanych z historią ich życia, mogą być różne rekwizyty i przedmioty (pamiątki, fotografie, rzeczy pamiątkowe). Dzięki nim osoba może przywoływać w pamięci ważne osoby, wydarzenia, a także rozpoznawać siebie w różnych sytuacjach życiowych i w różnym czasie. W opinii wielu autorów (Butler, 1975; Coleman, 1986; Wink i Schiff, 2002) przegląd życia ma pozytywne znaczenie w przystosowaniu się osób starszych do starości, akceptacji dokonujących się przemian, a szczególnie pomocny jest w wypadku tych osób, które w przeszłości zmagaly się z trudnymi sytuacjami życiowymi (nierozwiązanymi) i mają negatywny bilans życiowy. Możliwość ponownego spojrzenia osób starszych na własne życie i obecne w nim wydarzenia z bezpiecznego dystansu pozwala na dokonanie ich reinterpretacji i ocenę pozytywną. Z kolei ocena pozytywna doświadczeń życiowych umacnia poczucie własnej wartości (także w odniesieniu do przeszłości). Poważnym utrudnieniem w zastosowaniu tej metody są zaburzenia w zakresie funkcji poznawczych i zdolności refleksyjnej oceny własnego życia. Kastenbaum (1975, za: Shmotkin i Eyal, 2003) wskazuje na kilka możliwych sposobów koncentracji osób starszych na własnej przeszłości:

- 1) Nadawanie przez osobę starszą własnemu życiu znaczenia przez odwoływanie się do przeszłości w celu umocnienia własnej wartości, a w sytuacji ich aktualnego zmagania się z sytuacjami trudnymi

odwołanie się do posiadanych dawniej zdolności i kompetencji, służących podtrzymaniu poczucia własnej wartości.

- 2) Dążenie niektórych osób starszych do ustalania granic, których celem jest wyraźne oddzielenie przeszłości od terażniejszości, głównie po to, aby jedne zdarzenia uwypuklić, a od innych się uwolnić. Taki sposób zachowania wydaje się efektem stosowania mechanizmów obronnych. Koncentracja na przeszłości może łączyć się z wspomnieniami pozytywnymi, które umacniają poczucie wartości i osiągnięć, a lekceważenie terażniejszości czy przyszłości może być wyrazem trudności w akceptacji starości i przemijalności ludzkiego życia. Ponadto koncentracja na przeszłości (dawnych sukcesach) może być przejawem unikania konfrontacji z procesem starzenia się, podobnie jak zaprzeczanie swojemu wiekowi przez nadmierne angażowanie się w nowe (nierealistyczne) plany życiowe, mimo iż wiele dotychczasowych problemów pozostaje bez rozwiązania (Butler, 1975). Koncentracja osób starszych na przeszłości może także wyrażać nieakceptowanie przemijania i procesu starzenia się i jest w pewnym sensie uwarunkowana lękiem przed stresem związanym ze starością. Ignorowanie przez osoby starsze dokonujących się przemian społecznych, ekonomicznych, kulturowych i powielanie sposobów zachowania z przeszłości sprawia, że osoby starsze stają się niedostosowane do wymagań środowiska.
- 3) Powtarzanie i ciągle powracanie do pewnych zdarzeń (zwłaszcza negatywnych) z przeszłości może być przejawem zaburzeń po doświadczeniach skrajnie traumatycznych, od których trudno się uwolnić i z tego powodu trudno też cieszyć się terażniejszością czy przyszłością. W tej sytuacji kurczowe trzymanie się przeszłości (w której obecne są zranienia z wcześniejszych okresów życia) zmniejsza możliwość elastycznego zachowania i może powodować trudności adaptacyjne. Ich wyrazem może być tendencja do interpretowania obecnych zdarzeń w odniesieniu do przeszłości, upatrywanie w niej trudności, które uniemożliwiły edukację, stanowiły obciążenia w dalszym życiu. Takie postępowanie może mieć również charakter obronny. Nadmierna koncentracja na przeszłości skutkuje także utratą energii i może prowadzić do

patologii. Prowadzi to do wniosku, że przeszłość spełnia swoją rolę jako ważna część Ja, o ile odnosi się do teraźniejszości i przyszłości.

Zbliżona do koncepcji przeglądu życia jest **reminiscencja integrująca**, wykorzystywana jako jedna z podstawowych form terapii i wsparcia psychologicznego osób starszych, które przebywają w domach spokojnej starości i innych instytucjach pomocowych. Jej celem jest podtrzymywanie zdolności rozpoznawania siebie i innych, umocnienie poczucia własnej tożsamości i tożsamości osób bliskich, poczucia bezpieczeństwa i oparcia w rodzinie. Pomocne w jej prowadzeniu są fotografie (znane rekwizyty) przedstawiające osoby starsze w różnych okresach ich życia, sytuacjach rodzinnych i społecznych.

Reminiscencję transmisyjną łączy się z dobrostanem psychicznym osoby starszej, jej doświadczeniem życiowym, potrzebą powracania do ważnych treści życiowych, przekazywania ich młodszym pokoleniom. Okazuje się ona pomocna w podtrzymaniu jakości życia osób starszych, wzmacniania w nich poczucia wartości i użyteczności. Treść wspomnień dotyczyć może rozmaitych ważnych wydarzeń życiowych, które mogą wiązać się z szacunkiem i uznaniem społecznym (ze względu na status społeczny, zasługi, osiągnięcia, pełnione role). Jest ona odzwierciedleniem pozytywnej samooceny i uznania ze strony innych ludzi, a także poczucia własnej godności, która zależy m.in. od docenienia zasług osoby starszej (por. Tadd i Bayer, 2006 – przy czym autorzy ci wskazują na cztery wymiary godności związane z poczuciem tożsamości społecznej, narodowej oraz ze szczególnymi zasługami, takimi jak udział w wojnie, zasługi dla kraju, oświaty itd.).

Reminiscencja obsesyjna u osób starszych łączy się z ciągłym powracaniem do wydarzeń trudnych, traumatycznych, jest obecna w zespołach zaburzeń po stresie urazowym. Jej istotą jest niepodlegające kontroli powracanie w pamięci do wydarzeń trudnych i sprawiających ból. Hunt, Marshall i Rowlings (red., 1997, za: Coleman i O'Hanlon, 2004) uważają, że u podstaw reminiscencji obsesyjnej może tkwić mechanizm obronny typu unikanie. W procesie reminiscencji obsesyjnej treści negatywne stają się centralne w doświadczeniu osoby starszej. Cechą znamioną jej zachowania jest z jednej strony unikanie traumatycznych wspomnień, niechęć mówienia o nich, z drugiej zaś niezdolność do

uwolnienia się od nich. Propozycje wsparcia w tej reminiscencji obejmują m.in. odwracanie od niej uwagi przez podejmowanie różnych działań, których wykonanie wymaga koncentracji uwagi. Inną propozycją wsparcia jest analiza sytuacji trudnej i próba zrozumienia jej aktualnego znaczenia dla osoby starszej, a także ukazania braku możliwości wpływu na zmianę wydarzenia, które już zaszło. Niewątpliwie ten rodzaj wsparcia jest możliwy w odniesieniu do osób starszych, u których nie stwierdza się poważnych zaburzeń funkcji poznawczych.

Analiza autobiograficzna i reminiscencja są nie tylko metodami diagnostycznymi, pozwalającymi dotrzeć do wewnętrznych doświadczeń osób starszych na podstawie ujawnianych przez nich treści w przekazie słownym, lecz także metodami terapeutycznymi, ponieważ stwarzają osobie starszej możliwość rozumienia, uporządkowania i reinterpretacji wydarzeń życiowych oraz ocenę ich wpływu na historię życia, postawę wobec siebie i innych ludzi.

Wśród znaczących kwestii, które stanowić mogą o efektywnym wsparciu psychologicznym osób starszych, można wymienić: wzmacnianie poczucia, że jest się tą samą osobą, niezależnie od upływu czasu, jakości doświadczeń życiowych; pomoc w integracji przeszłości, teraźniejszości i przyszłości, wypracowanie pozytywnego odniesienia do przyszłości na drodze akceptacji własnego przemijania i akceptacji faktu, że śmierć jest częścią ludzkiego losu; a także dostosowanie rytmu osoby do jej możliwości i wymagań otoczenia.

Podsumowanie

Starości nie da się uniknąć, ponieważ jest ona kolejnym etapem rozwoju człowieka, nie da się także wykluczyć czynników ryzyka zaburzeń, które pojawiają się częściej w tym okresie życia. Jednakże możliwe stają się działania służące podtrzymaniu jakości życia osób starszych, zabezpieczeniu ich przed poczuciem osamotnienia, marginalizacją i wykluczeniem społecznym, a także profilaktyka zaburzeń przez ich wczesną diagnostykę oraz opracowanie szerszych programów psychoedukacyjnych, kierowanych nie tylko do osób starszych. Ważnym celem wspierania osób starszych jest podtrzymywanie poczucia sensu

życia i pozytywnej postawy wobec nowych wyzwań, związanych z ograniczeniami i uciążliwością tego okresu życia. Pozytywne aspekty starości nie pojawiają się same, ale są efektem kształtowania postaw wobec starości w trakcie całego życia. Proponowane formy przygotowania i wychowania do starości powinny mieć charakter uniwersalny, co oznacza, że powinny odnosić się do różnych grup wiekowych, jak również potrzeb, preferencji, oczekiwań i możliwości osób starszych. Można je rozważać, uwzględniając różne perspektywy czasowe i różne obszary oddziaływania. Ze względu na perspektywę czasową za ważne należy uznać: przygotowanie do starości na różnych etapach życia; przygotowanie osób starszych do dobrego doświadczania własnej starości, niezależnie od trudności pojawiających się w tym okresie życia, oraz udział osób starszych w przygotowywaniu młodszych pokoleń do starości własnej i starości innych ludzi przez przekazywanie im bogactwa doświadczeń zdobywanych na kolejnych etapach życia i życiowej mądrości. Przygotowanie do starości powinno także odnosić się do różnych obszarów funkcjonowania człowieka: szeroko pojętego zdrowia i jego zaburzeń, kulturowego i społecznego. Należy tu wymienić: wyjaśnianie zmian związanych z wiekiem i wpływających na sprawność psychiczną i fizyczną, wskazywanie na zasoby osób starszych i połączone z wiekiem zadania rozwojowe, wskazywanie na możliwości kształtowania pozytywnych postaw wobec własnej starości i starości innych osób, ukazywanie znaczenia osób starszych w przekazie wartości religijnych, kulturowych, rodzinnych, społecznych, patriotycznych. Otwartą kwestią pozostaje sposób oraz zakres wsparcia udzielanego osobom starszym w relacji do wieku, stopnia sprawności fizycznej i psychicznej oraz potrzeb. O efektywności wsparcia decyduje przede wszystkim jego dopasowanie do potrzeb (Ranzijn, 2002). Jeśli wsparcie jest właściwe, to adaptacja do starości i związanych z nią uciążliwości jest możliwa, a jeśli jest niedostosowane (nadmierne lub niezgodne z oczekiwaniami osoby starszej), to może powodować takie zaburzenia w przystosowaniu, jak: nadmierna zależność od innych, niesamodzielność, bezradność, ujawnianie się postaw roszczeniowych, zaburzenia zachowania. Właściwa troska o osoby starsze powinna uwzględniać problemy zdrowotne, rodzinne, socjalne, środowiskowe, społeczne, psychologiczne, a także moralne i religijne, zwłaszcza że dominujący obecnie negatywny obraz starości

przyczynia się do tego, iż wiele osób we własnej starości z trudem dostrzega cechy pozytywne.

Przedstawienie ogólnych propozycji dotyczących przygotowania do starości i wspierania osób starszych w radzeniu z wyzwaniami starości wydaje się proste. Znacznie trudniejsze staje się nauczenie osoby starszej, jak ma włączać poszczególne propozycje we własne życie, ponieważ jest to kwestia jej osobistego wyboru. Osoba starsza sama decyduje o tym, czy chce przez cały czas koncentrować się na własnych uciążliwościach i problemach, czy chce przekraczać swoje ograniczenia, doświadczać pełni życia i dzielić się życiową mądrością z innymi.

Pytania sprawdzające

1. Scharakteryzuj zadania rozwojowe w okresie późnej dorosłości.
2. Przedstaw cele poradnictwa psychologicznego adresowanego do osób ujawniających zaburzenia słuchu i widzenia w okresie późnej dorosłości.
3. Przedstaw cele poradnictwa psychologicznego adresowanego do osób ujawniających zaburzenia funkcji poznawczych oraz do ich opiekunów.
4. Omów sposoby wspierania osób starszych w sytuacji utraty osób bliskich.
5. Omów specyfikę i znaczenie analizy autobiograficznej i reminiscencji w poradnictwie psychologicznym adresowanym do osób starszych.

Problemy do dyskusji

1. Okres późnej dorosłości – zagrożenie czy szansa na dalszy rozwój i integrację osobowości?
2. Obecność osób starszych w rodzinie i społeczeństwie – obciążenie czy dar?
3. Pozytywny bilans życia i akceptacja starości – efekt pozytywnych doświadczeń życiowych czy zdolności do gerotranscendencji?
4. Mądrość życiowa osób starszych – prawda czy mit?

Literatura zalecana

Steuden, S. (2011b). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Steuden, S. Marczuk, M. (red.). (2006). *Starzenie się a satysfakcja z życia*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Steuden, S., Stanowska, M., Janowski, K. (red.). (2011). *Starzenie się z godnością*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Stuart-Hamilton I. (2000). *Psychologia starzenia się*. Przeł. A. Błachnio. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.

Rozdział 7

Poradnictwo par.

Paradygmat poznawczo-behawioralny

Wojciech Stefaniak

Wstęp

Małżeństwo to bez wątpienia najbardziej wymagająca relacja międzyosobowa, jaką zdarza się ludziom nawiązać w życiu. Przewyższa wszystkie inne długością i intensywnością, często też trwałością i siłą przywiązania. Zasługuje więc na szczególną uwagę w hierarchii ludzkich poczynań i znaczny wysiłek zmierzający do uczynienia z niego jak najbardziej satysfakcjonującego obszaru życia i osobowego rozwoju (Braun-Gałkowska, 1985).

Zwykle związek partnerski powstaje w okresie dorosłości. Z tego też powodu zadania rozwojowe stojące przed osobami z tej grupy wiekowej są również obecne w związku. Trudności w ich realizacji zostały omówione w poprzednich rozdziałach książki. Należy jednak zauważyć, że samo stworzenie i utrzymanie satysfakcjonującego i poprawnie funkcjonującego związku staje się swoistym zadaniem rozwojowym, którego realizacja zależy od spełnienia wielu warunków. Małżeństwo jest przede wszystkim relacją w swoisty sposób testującą ludzką dojrzałość. Dzieje się tak dlatego, że w małżeństwie dokonuje się wiele zmian, wymagających od osób w nim uczestniczących predyspozycji do adaptacyjnego reagowania. Konfrontacja z potrzebami współmałżonka, zestawienie marzeń z rzeczywistością, problemy finansowe, konieczność dostrojenia wizji życia i wzajemnych oczekiwań, pojawienie się dziecka, zmiana stylu życia, czasem ograniczenie możliwości, jakie dawało życie samotne – to tylko niektóre z wyzwań stających przed często nieświadomymi ich

małżonkami. Brak dojrzałości intelektualnej, emocjonalnej lub społecznej znacząco może utrudniać radzenie sobie ze zjawiskami, które przynosi życie w związku. Niedojrzałość intelektualna przejawia się w nierealistycznym widzeniu sytuacji, myśleniu życzeniowym lub nadmiernie pryncypialnym. Niedojrzałość uczuciowa utrudnia tworzenie bliskich więzi opartych na empatii i wzajemnej trosce, przeszkadzając przy tym w radzeniu sobie z napięciami, negatywnymi emocjami i problemami. Osoba niedojrzała społecznie nie podejmuje ról małżeńskich, jest skoncentrowana na sobie i zaspokajaniu własnych potrzeb, ma ograniczone zdolności do tworzenia wspólnoty małżeńskiej (Ryś, 1997).

Małżeństwo to dynamiczny proces, w którym wspólnota stanowi sposób życia (Braun-Gałkowska, 1992). Realizuje się stopniowo, jest w ciągłym procesie i podlega zmianom. Te ostatnie mogą przebiegać w kierunku pogłębiania realizacji przywołanej definicji małżeństwa, a więc w kierunku budowania wspólnoty, lub w kierunku realizacji celów innych niż wspólnota, a tym samym mniej zintegrowanych. Braun-Gałkowska (1992) proponuje, by nie dzielić związków na udane lub nieudane, ale raczej umieszczać je na kontinuum od pełnej integracji, przez zmniejszający się jej poziom, aż do całkowitego rozpadu. W tej perspektywie podstawowym zadaniem rozwojowym stojącym przed parą jest utrzymanie jak najwyższego poziomu integracji wspólnotowego sposobu funkcjonowania. Najczęściej stosowaną miarą tego zjawiska jest poziom satysfakcji ze związku (Ryś, 1994; Rostowska i Rostowski, 2002).

Umiejętność poradzenia sobie z wyzwaniami, jakie niesie ze sobą życie w małżeństwie, stanowi nie tylko o poziomie satysfakcji ze związku, lecz także jest szczególnie ważna dla jego trwałości, stąd od lat zauważa się duży wysiłek wśród badaczy przedmiotu, zmierzający do określania czynników osobowych, które wspierają adaptacyjne zachowania w związku. Wiele kwestii zmusza do zastanawiania się, dlaczego w niektórych małżeństwach występują liczne napięcia i destrukcyjne interakcje, inne zaś związki mimo podobnych warunków zewnętrznych są w stanie funkcjonować z korzyścią dla siebie i związku. Podobnie zauważa się zainteresowanie tym zagadnieniem w kontekście możliwości praktycznej pomocy małżonkom w przezwyciężaniu trudności, z którymi się borykają. Zwykle zgłaszająca się po pomoc para jest w jakiejś formie

konfliktu. Czasem ten konflikt wynika z narastającej sytuacji kryzysowej w związku, czasem jego przyczyną jest przedłużające się napięcie w związku, wywołane pogłębiającą się deprywacją potrzeb partnerów. Niezmiennie wywołuje on jednak w partnerach dużo niepokoju i myśli związanych z zagrożeniem istnienia małżeństwa. Rozpad związku lub zagrożenie rozwodem jest zwykle wysoko klasyfikowane w hierarchii czynników odpowiadających za załamanie się linii życia, ponieważ zalicza się je do zdarzeń, które stanęły w opozycji do utrwalonej wizji świata, czasem aż do jej zburzenia włącznie (Rostowski, 1987; Ryś, 1999). Nie bez powodu respondenci wskazują na rozwód jako na drugą najpoważniejszą formę stresu, jakiej można w życiu doświadczyć, tuż po śmierci dziecka lub współmałżonka (Granvold, 2000).

Osoba pracująca z parą staje przed kilkoma istotnymi zadaniami. W pierwszej kolejności warto ustalić, z jakich powodów nastąpiło osłabienie poczucia satysfakcji ze związku, a tym samym pojawiło się zagrożenie integracji życia wspólnotowego. Następnie należy w procesie diagnozy sytuacji pary klarownie zdefiniować elementy podtrzymujące destrukcyjne interakcje, które na ogół pogłębiają kryzys w związku i utrudniają, lub wręcz uniemożliwiają jego przezwycięzenie. Potem pozostaje praca z parą z wykorzystaniem adekwatnych technik i interwencji – w odniesieniu zarówno do samego problemu, jak i do możliwości partnerów.

Poradnictwo par zwykle opiera się na pewnym modelu rozumienia dynamiki tego, co się w związku dzieje, oraz na spójnej teoretycznie konceptualizacji problemu pary. W niniejszym rozdziale zostanie przedstawiony paradygmat pracy z parami na gruncie koncepcji poznawczo-behawioralnej. Model ten został poddany większej liczbie badań kontrolowanych, potwierdzających jego skuteczność, niż jakakolwiek inna metoda terapeutyczna (Baucom i in., 1998). Współcześnie coraz częściej od metod pracy wymaga się skuteczności popartej dowodami płynącymi z empirycznych badań. Sam charakter pracy metodami poznawczo-behawioralnymi wydaje się także atrakcyjny dla klientów. Metodyka oparta na zasadach współpracy, pragmatyczność oraz klarowność zasad i treści zwykle pozytywnie wpływają na zaangażowanie partnerów w rozwiązywanie ich problemów. Wydaje się, że podejście poznawczo-behawioralne ma również duży potencjał integracji

z innymi nurtami pracy z parami ze względu wspólne dla wielu nurtów założenia co do możliwości i sposobu uzyskania zmiany (Dattilio i Epstein, 2005). Zaletą tego paradygmatu jest też jego szerokie zastosowanie. Czasem stanowi on podstawę do prowadzenia specjalistycznej psychoterapii zaburzeń psychicznych, czasem jest źródłem inspiracji w tworzeniu koncepcji i planu pomocy, a czasem dostarcza wielu technik, które można stosować zależnie od potrzeb i nie zawsze w konwencji pełnego protokołu terapeutycznego, co może okazać się szczególnie znaczące dla prowadzących poradnictwo (Alford i Beck, 2005). Specjaliści zajmujący się parami w USA, w miejscu powstania terapii poznawczo-behawioralnej, wybierają ten paradygmat jako główną metodę swojej pracy (Northey, 2002). W Polsce nurt ten jest obecny od ponad 10 lat, ale nadal warto i należy go przedstawiać i propagować, zwłaszcza w kontekście pracy z parami.

W rozdziale stosowane są zamiennie pojęcia małżeństwa, związku partnerskiego, pary, bez rozróżnienia na faktyczny status prawny związku. Jakkolwiek może on nieco różnicować pewne aspekty funkcjonowania osób żyjących w parach, nie wpływa jednak zasadniczo na rodzaj trudności, jakich para może doświadczać w realizacji wspólnotowego sposobu życia.

7.1. Utrzymanie pozytywnego poziomu satysfakcji ze związku

Mimo że spada odsetek respondentów wskazujących na posiadanie rodziny jako na czynnik udanego życia, związek małżeński nadal jest najbardziej powszechną formą życia dwojga ludzi (Sikorska, 1996; Braun-Gałkowska, 1985). Powodzenie małżeństwa jest dla większości ludzi problemem doniosłym, warunkuje bowiem poczucie zadowolenia z życia oraz rzutuje na funkcjonowanie w innych obszarach. Satysfakcja z małżeństwa jest czynnikiem wzbogacającym poczucie sensu życia i ma istotny wpływ na określenie poziomu osobistego szczęścia. Brak satysfakcji nie tylko może stać się przyczynkiem do obniżenia poczucia jakości życia, lecz także wymiernie przekłada się na doświadczenie przewlekłego stresu (Plopa, 2005a). Może on wystąpić wtedy, gdy dochodzi do niezrealizowania

oczekiwań jednego lub obojga małżonków, pokładanych w kształcie i przebiegu małżeństwa. Szczególnie dotyczy to braku głębszej wymiany emocjonalnej, czy też nierównowagi w podziale ról. Tak więc nie bez powodu w wielu badaniach nadal dużo uwagi poświęca się jakości małżeństwa i satysfakcji z małżeństwa, uznawanym za istotne miary udanego związku (Rostowski, 1986; Rostowska i Rostowski 2002; Plopa, 2003). Jak się zdaje, z literatury przedmiotu wynika, że najszerszym pojęciem, ujmującym większość aspektów funkcjonowania związku, jest **jakość małżeństwa**, którą definiuje się jako subiektywną ocenę związku przez małżonków z uwzględnieniem pewnej liczby wymiarów (Rostowski, 1987; Ryś, 1994, 2004). Przydatne może być także pojęcie **zadowolenia ze związku**, ponieważ głównym elementem oceny stanu jakości małżeństwa jest subiektywne poczucie małżonków dotyczące poziomu ich zadowolenia ze związku. Dobra jakość związku jest zatem tożsama z udanym związkiem, gdyż wyłącznie subiektywne poczucie stanowi dostępną miarę tego zjawiska.

7.1.1. Trudności na poziomie zachowań wpływające na możliwości utrzymania satysfakcji ze związku

Tym, na co najczęściej uskarżają się małżonkowie, jest ich wzajemne zachowanie. „Jak on mnie traktuje”, „jej zachowanie wskazuje, jak bardzo się ze mną nie liczy” – tego typu skargi pojawiają się jako typowe na pierwszych spotkaniach w ramach poradnictwa. Rzeczywiście, zachowanie wydaje się najbardziej widocznym elementem, którego stan pozwala na wstępne zdiagnozowanie sytuacji w związku. Istnieje kilka wymiarów behawioralnych, których dysfunkcja szczególnie znacząco wpływa na kształt relacji partnerskiej.

Utrzymanie adekwatnego poziomu pozytywnych wymian behawioralnych

Partnerzy w codziennym funkcjonowaniu kierują do siebie liczne zachowania, które w zamierzeniu mają oddziaływać na wzajemną postawę i wywołać określoną reakcję emocjonalną. Z wielu klasycznych już badań

płynie wniosek, że poczucie satysfakcji ze związku jest powiązane z rodzajem wzajemnych zachowań partnerów. Pary dysharmonijne charakteryzuje niższy stosunek reakcji nagradzających i przyjaznych, wyższy zaś karzących (Jacobson i Margolin, 1979; Stuart, 1980). Z jednej strony powoduje to negatywny klimat emocjonalny w parze, z drugiej zaś wzmacnia dysfunkcyjne koło wzajemnych negatywnych wymian behawioralnych, w których odpowiedzią na negatywne zachowania są przeważnie równie nieprzyjemne reakcje. Co jeszcze ciekawsze, zadowolone i skonfliktowane pary nie różnią się liczbą i rodzajem sytuacyjnych problemów. Różnica polega głównie na tym, że wśród par niezadowolonych występuje znacznie mniej wzajemnych reakcji, które można określić jako pozytywne (Epstein i Baucom, 2002). Problem braku wzajemnych pozytywnych wzmocnień nasila się także z uwagi na fakt, że zachowania niepożądane mają znacząco większy wpływ na satysfakcję niż te pozytywne, które często są w sposób naturalny traktowane jako oczywiste, a przez to nie zawsze są zauważane i doceniane (Gottman, 1994). Stałe pozytywne wymiany zachowań chronią partnerów przed reakcją automatycznej negatywnej odpowiedzi na pojedyncze niepożądane zachowanie. W konsekwencji nie prowadzi to do powstawania serii negatywnych wymian, tak charakterystycznych dla par skonfliktowanych (Jacobson, 1992).

Przebieg i styl komunikacji

Związki małżeńskie ze swojej natury przechodzą dynamiczne okresy nierzadko w postaci trudnych sytuacji zewnętrznych (np. utrata pracy lub choroba), jak też naturalnych kryzysów rozwojowych (Wojciszke, 1994). Stąd zdolności komunikacyjne stają się istotną zmienną wpływającą na możliwości pary w ich przetrwaniu, a udzielanie wsparcia i zaangażowanie są często wskazywane w literaturze jako czynniki o istotnym znaczeniu dla jakości związku i jego trwałości (Rostowski, 1987; Ryś, 1999; Tryjarska, 2003). Niezależnie od zgłaszanych problemów w procesie poradnictwa zwykle zasadne jest ustalenie poziomu i przyczyn zaburzenia komunikacji.

Wyniki badań potwierdzają pewną trwałość stylów komunikacji, co zdaje się sugerować duży wpływ czynników osobowościowych w ich

stosowaniu przez partnerów. Jeśli na początku związku pojawiają się dysfunkcyjne wzory komunikacji, to z czasem raczej się utrwalą, niż znikną. Zaburzone interakcje rzadko poprawiają się spontanicznie. Dla trwałości związku dobrze rokują następujące czynniki: niski poziom pobudzenia w trakcie dyskusji konfliktowych, korzystna proporcja komunikatów pozytywnych i negatywnych, poczucie wspólnoty, wzajemna czułość i brak negatywnych ocen partnera (Gottman i Levenson, 1986). Czynnikiem wywołującym problemy w związku są braki w umiejętnościach słuchania i rozwiązywania nieporozumień komunikacyjnych (Epstein i Baucom, 2002). Komunikacja w związku wymaga też pewnej zdolności w opisywaniu swoich stanów emocjonalnych, jasnego określania problemu, czy też posiadania własnego zdania i umiejętności jego wyrażania.

Z badań wynika także, że istnieją pewne stałe tendencje we wzorcach komunikowania się, niezależne od bieżącej sytuacji pary. Na przykład poziom odpowiedzi na komunikaty pozytywne jest podobny u par niezadowolonych i zadowolonych (Margolin i Wampold, 1981). Niezależnie od poziomu zadowolenia we wszystkich związkach zauważa się również inną zależność – żony w procesie komunikacji częściej niż mężowie domagają się, a mężowie wycofują. Podobnie powszechna jest tendencja do odpowiedzi wrogością na wrogość (Turgeon, Julien i Dion, 1998). Komunikacja ma nie tylko służyć informowaniu, lecz także wzmacnianiu bliskości. Otrzymywanie wzmacniających wiadomości wzbudza dobre samopoczucie i buduje poczucie bezpieczeństwa w związku (Sieburg, 1985). Zadaniem małżonków jest ustalić właściwy wzór komunikacji w związku nawet wtedy, a właściwe zwłaszcza wtedy, gdy między nimi występują istotne różnice w stylach komunikacji. Styl konwersacyjny ujawnia się w kodowaniu lub kształtowaniu wiadomości oraz jej interpretowaniu (Tannen, 1990).

Warto zwrócić uwagę na Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej autorstwa Kaźmierczak i Plopy (2008). Za pomocą tego narzędzia doradca może lepiej rozpoznać styl konwersacji partnerów. Dzięki kwestionariuszowi można wyróżnić trzy wymiary komunikacji: wsparcie, zaangażowanie i deprecjację. Wsparcie manifestuje się przez okazywanie szacunku, docenianie, przejawianie zainteresowania, aktywne uczestnictwo w rozwiązywaniu problemów. Zaangażowanie opiera się na

umiejętności tworzenia atmosfery zrozumienia i bliskości. Ważnym komponentem tego wymiaru są emocjonalne zachowania wobec partnera, wskazujące na uznanie jego wyjątkowości. Osoba uzyskujące wysokie wyniki na skali zaangażowania dba o jakość wspólnego bycia razem i stara się zapobiegać konfliktom. Deprecjacja widoczna jest w zachowaniach agresywnych wobec partnera. W komunikacji przewagę ma wówczas chęć zdominowania i brak poszanowania godności partnera (Każmierczak i Płopa, 2008).

Sposoby rozwiązywania konfliktów

Swego rodzaju testem radzenia sobie z trudnościami w małżeństwie jest postawa, jaką małżonkowie przyjmują w obliczu konfliktów i kryzysów małżeńskich. Zważywszy na fakt definiowania konfliktów jako zderzenia przeciwstawnych potrzeb, poglądów, oczekiwań i postaw, ich pojawianie się w życiu dwojga ludzi w związku wydaje się nieuniknione (Fischaleck, 1990). Do konfliktu może dojść, ilekroć życzenia lub oczekiwania jednego z małżonków są niezgodne z tymi, które w tej samej kwestii prezentuje partner. Dodatkowo, konflikt może dotyczyć właściwe każdego obszaru życia: różnic w systemach wartości, sposobów wychowywania dzieci, zwyczajów, dostępu do zasobów, gospodarowania czasem. Jakiegokolwiek źródło stresu może generować konflikt, co tym bardziej wymaga przyjęcia założenia, że pojawiają się one w każdym małżeństwie (Rostowski, 1987). Tym samym nie tyle ich obecność lub brak, ile raczej zdolność ich przyjmowania i rozwiązywania staje się umiejętnością, która znacząco wpływa na jakość związku. Potwierdza to zarówno praktyka życia codziennego, jak i spostrzeżenia terapeutów i doradców pracujących z parami (Dattilio i Padesky, 1999; Kratochvil, 2006). Konflikty w bliskich związkach charakteryzują się złożonością celów, które małżonkowie chcieliby osiągnąć. Cele te czasem trudno ująć w racjonalny sposób. Trudno też je czasem współmałżonkowi zrozumieć. Ponadto nie jest łatwo oddzielić w komunikacji małżeńskiej funkcję ekspresyjną od instrumentalnej. Płaszczyzna, na której rozgrywa się konflikt, to nie zawsze tylko widoczny lub wypowiedziany przedmiot sporu. Znacznie częściej to obszar relacyjny, w którym chodzi przede wszystkim o ukryte znaczenia, bezpieczeństwo, wzajemny szacunek (Beck, 1996). Poza tym

pary mają swój indywidualny styl radzenia sobie z konfliktem. Styl ten kształtuje się szybko i jest często niezależny od treści konfliktu i sytuacji, co zdaje się wskazywać na pewne trwałe predyspozycje osobowościowe, które go tworzą (Tryjarska, 1995). W wielu badaniach potwierdzono zależność między dobrym komunikowaniem się, prawidłowym rozwiązywaniem konfliktów i oceną jakości związku (np. Budzyna-Dawidowski, 1994; Ryś, 2000). Małżonkowie zadowoleni częściej sięgają po racjonalne rozwiązania konfliktu, są mniej agresywni i bardziej zjednujący (Bell, Cowan i Cowan, 1995; Tryjarska 2003). Małżonkowie niezadowoleni ze związku w sytuacjach konfliktowych częściej stosują w komunikacji strategie walki, wymuszania i odrzucania. Mają także tendencję do odwzajemniania komunikatów negatywnych emocjonalnie i eskalacji zachowań negatywnych. Przekazują też mniej komunikatów pozytywnych (Gottman i Levenson, 1986; Tryjarska, 2003). Pojawienie się jednego negatywnego komunikatu podnosi prawdopodobieństwo negatywnej odpowiedzi i zmniejsza możliwość odpowiedzi pozytywnej u osób niezadowolonych ze związku (Margolin i Wampold, 1981). Ponadto małżonkowie niezadowoleni ze związku nie doświadczają poczucia wspólnoty, nie mają poczucia równości i szacunku. Coraz częściej i intensywniej pojawiają się u tych par takie zjawiska, jak: chłód emocjonalny, frustracja i deprecjonowanie partnera (Braun-Gałkowska 1992). W sytuacji konfliktowej żony częściej niż mężowie wyrażają niezgodę, częściej przekazują negatywne komunikaty niewerbalne oraz odwzajemniają negatywne emocje w intensywniejszej postaci (Gottman, Markman i Notarius, 1977).

Badacze poszukują także związków między satysfakcją z małżeństwa a stylem radzenia sobie ze stresem, na ogół intensywnie obecnym w sytuacji konfliktowej. Małżonkowie umiejący efektywnie postępować z sytuacją stresową lepiej funkcjonują w związkach. Żony niezadowolone istotnie częściej niż żony zadowolone stosują styl radzenia sobie skoncentrowany na emocjach własnych. To dla nich sposób na rozwiązywanie problemów małżeńskich przez fantazjowanie, przeżywanie, myślenie życzeniowe. Mężowie zadowoleni istotnie częściej niż niezadowoleni stosują styl zadaniowy oparty na konstruktywnym podejściu do problemu, wykazują przy tym obniżoną skłonność do stylu

emocjonalnego (Szczepaniak, Strelau i Wrześniewski, 1996; Plopa, 2005a).

Warto dodać, że sytuacje stresowe i problemowe stanowią nie tylko przedmiot troski dla par, lecz także są doświadczeniem, które może kształtować korzystne z rozwojowego punktu widzenia postawy i orientacje emocjonalno-poznawcze. Dzięki rozwijającej się w ciągu życia zdolności adaptacji osoba może postrzegać świat jako bardziej kontrolowalny, sensowny i zrozumiały (Antonowsky, 1979). To pomaga traktować kolejne pojawiające się sytuacje stresowe jako wyzwanie, a nie jako zagrożenie. Jednakże mała plastyczność zachowań, słabe korzystanie z dostępnych zasobów, niski poziom refleksyjności, słabe komunikowanie własnych stanów emocjonalnych – wszystko to wiąże się z niskim poczuciem adaptacyjności i z brakiem satysfakcji ze związku (Plopa, 2005a).

7.1.2. Trudności pojawiające się na poziomie przetwarzania poznawczego wpływające na możliwości utrzymania satysfakcji ze związku

Analiza i restrukturyzacja procesów poznawczych utrudniających rozwiązywanie bieżących problemów stanowi o istocie kognitywnego podejścia do pracy z parami. Wiele zjawisk poznawczych powszechnie występuje w związkach, lecz różnią się one intensywnością i stopniem zniekształcenia. Różny jest także poziom świadomości ich występowania u poszczególnych osób oraz możliwości ich zmiany.

Zniekształcenia poznawcze

Błędy w przetwarzaniu informacji przyjmują niejednokrotnie kształt zniekształceń poznawczych, czyli błędów logicznych prowadzących do wadliwych procesów wnioskowania. Czasem ich intensywność lub kontekst mogą przyczynić się do poważnego cierpienia, konfliktów i nieporozumień. Nieuświadomiane i wielokrotnie stosowane mogą prowadzić do zniekształceń w postrzeganiu, atrybuowaniu, tworzyć lub wzmacniać nieadekwatne i dysfunkcyjne oczekiwania, założenia

i standardy (Baucom i in., 1989). Opis zniekształceń poznawczych najczęściej przedstawianych jako charakterystyczne dla interakcji partnerskich zawarto w tabeli 7.1.

TABELA 7.1

Najczęściej występujące zniekształcenia poznawcze w relacjach małżeńskich wraz z przykładami

Rodzaj zniekształcenia	Opis zniekształcenia	Przykład zniekształconego myślenia
Nadmierne uogólnianie	Pojedyncze doświadczenie staje się podstawą do tworzenia zgeneralizowanego sądu	„Nigdy nie mogę na ciebie liczyć”
Wyolbrzymianie/minimalizacja	Postrzeganie sytuacji w sposób nieadekwatny, jako za dużo lub za mało znaczący	„Twoje spóźnianie się na obiad zrujnuje nasze małżeństwo”
Przeskakiwanie do konkluzji	Wyciąganie wniosków mimo braku wystarczających przesłanek	„Jeśli mąż zapomniał o naszej rocznicy, to z pewnością nic już dla niego nie znaczą”
Personalizacja	Odnoszenie większości zjawisk zewnętrznych do siebie jako ich przyczyny lub kontekstu	„Żona znowu rozmawia przez telefon ze swoją matką. Śmieją się. Oczywiście ze mnie”
Myślenie dychotomiczne	W widzeniu rzeczywistości dominuje skrajne postrzeganie zjawisk	„Albo każdym swoim zachowaniem udowadnia jak mnie kocha, albo nie mamy o czym rozmawiać”
Czytanie w myślach	Przypisywanie sobie zdolności ustalania, co myśli druga osoba bez komunikacji werbalnej	„Wiem, że on ciągle myśli o mnie, że jestem taka naiwna”
Etykietowanie	Nadawanie zwykle emocyjnej nazwy zachowaniom lub postawom charakteryzującym osobę	„Jesteś kompletnym nieudacznikiem życiowym”
Widzenie tunelowe	Skłonność do dostrzegania tylko tych treści, które są zgodne z aktualnym stanem umysłu	„Stale jestem na żonę wściekły. Nawet te obiady, które mi przyrządza, postrzegam jako celowe drażnienie mnie”

Stronnicze wyjaśnianie	Automatyczne założenie złych intencji u drugiej osoby	„Ten jej uśmiech nie wróży niczego dobrego. Z pewnością chce mnie zmanipulować”
Emocjonalne uzasadnianie	Stan własnego wzbudzenia emocjonalnego osoba postrzega jako dowód na istnienie zjawisk zewnętrznych	„Czuję się przy nim tak cudownie, to z pewnością jest ktoś wyjątkowy”

Źródło: opracowanie własne na podstawie Dattilio i Padesky (1999, s. 33–34).

Dysfunkcyjne przekonania dotyczące związku

Przekonania dotyczące związków często nie są jasno artykułowane, ale istnieją jako pewna pragmatyczna wiedza o tym, jak związek powinien wyglądać. Ponieważ wiedza o relacjach intymnych jest istotna z punktu widzenia organizacji życia, zawiera się ona w najbardziej rdzennych, podstawowych przekonaniach człowieka opisujących w sposób fundamentalny rzeczywistość (Beck, 1996). Mają one postać zwerbalizowaną, choć rzadko uświadamianą. Stanowią jednak rdzeń wiedzy człowieka i wpływają zarówno na jego działanie, jak i przeżywanie. W sensie węższym są stabilną i zorganizowaną strukturą poznawczą, służącą do możliwie najbardziej adekwatnego poznawczego kontaktu z rzeczywistością. W sensie szerszym odpowiadają za poszczególne funkcje psychiczne: zbieranie informacji, przeżywanie emocji, kontrolę i motywację. Zdaniem twórców koncepcji to kształt tych przekonań decyduje o zdrowiu lub zaburzeniu psychicznym człowieka, o sposobach radzenia sobie z rzeczywistością, także w sytuacjach kryzysowych (Beck i in., 1979).

Przekonania mają istotny wpływ na możliwości przetwarzania poznawczego osoby. Zależnie od treści pozwalają na dostrzeganie pewnych danych i pomijanie innych, jako niezgodnych z nabytą i zakodowaną wcześniej treścią. W ten sposób tworzy się osobisty model selektywności przetwarzania informacji, często leżący u podstaw trudności we wzajemnym zrozumieniu się partnerów. Przekonania stanowią poznawczą bazę dla procesów wnioskowania na temat zachowań innych ludzi. To one decydują o możliwej interpretacji tego, czego osoba doświadcza w relacji z partnerem (Epstein i Baucom, 2002). Koncepcje

poznawcze akcentują dostępność treści poznawczych zawartych w schematach. Nawet jeśli nie zawsze pozostają one w polu świadomości, to są dostępne człowiekowi, można je modyfikować, przebudowywać i doskonalić, co zresztą jest jednym z celów terapii poznawczej. Niemniej jednak cel ten nie jest łatwy do osiągnięcia, ponieważ dopiero nowe, wielokrotnie powtarzane doświadczenie, np. dostępne w wyniku pracy terapeutycznej, może wpłynąć na ich restrukturyzację (Johnson i Denton, 2002).

RAMKA 7.1

Przykłady najczęściej występujących dysfunkcyjnych przekonań w związkach

Warto prześledzić typowe dysfunkcyjne przekonania obecne w najczęściej zgłaszanych przez partnerów problemach małżeńskich i znacznie utrudniających ich rozwiązywanie. Część z nich wypowiadają małżonkowie otwarcie, część stanowi ich ukryte założenia.

- 1) Gospodarowanie wolnym czasem: „Tylko czas spędzony wspólnie z rodziną jest cenny”, „I co z tego, że jestem w związku – nie zamierzam nic zmieniać w sposobach spędzania wolnego czasu z tego powodu”, „Skoro jesteśmy razem, on powinien tylko zajmować się mną”.
- 2) Podział obowiązków i zasady finansowania: „Jestem mężczyzną – to do mnie należy decydowanie, na co wydaje się pieniądze w domu”, „Jestem kobietą – mąż powinien zaspokajać wszystkie moje potrzeby finansowe”, „Wszystkie obowiązki muszą być podzielone idealnie równo – nie dam się wykorzystywać”, „Obowiązki domowe to nie moja sprawa”.
- 3) Wychowywanie dzieci: „Dzieckiem zajmę się, jak będzie z nim można pogadać, wcześniej to sprawa żony”, „W moim domu tak się wychowywało dzieci i wyrosliśmy na porządnym ludzi, nie ma powodu, żeby coś zmieniać w tym systemie”, „Nie będę negocjowała zasad wychowawczych z mężem, to ja urodziłam nasze dzieci”, „Jestem świetnym rodzicem, żona nie ma prawa mi zwracać na nic uwagi”.
- 4) Negatywny wpływ innych członków rodziny na związek: „Odkąd mamy dzieci, tylko im trzeba poświęcać czas i uwagę”, „To prawda, że mama zbyt często wtrąca się w nasze sprawy. Nie mogę jednak jej zwrócić uwagi, ponieważ będzie jej przykro”, „Muszę zrobić wszystko aby zakończyła się relacja mojego męża z jego rodzicami. Skoro tak o nich dba, to zaraz zacznie zaniedbywać mnie”, „Jeżeli teściowa jeszcze raz odezwie się do mnie w taki sposób, to rozstanę się z żoną definitywnie”.
- 5) Kontakty i związki pozamałżeńskie: „Ostrzegałam, że go zdradzę, jak będzie mnie zaniedbywał. Nie ma prawa mieć teraz do mnie pretensji”, „Romans mi się należy, jestem taki samotny w moim związku”, „Przecież pojedynczy seks to nie zdrada, to tylko zaspokojenie fizjologicznych potrzeb”, „Nie wiem przecież, z którą kobietą będę najbardziej szczęśliwy i spełniony. Muszę stale próbować”, „Jeden mężczyzna to za mało, aby potwierdzić moją atrakcyjność”.

Źródło: opracowanie na podstawie praktyki własnej.

Wśród przekonań warunkujących sytuację w związku ważną rolę odgrywają te, które dotyczą stosunku osoby do przeżywania i ekspresji emocji, ponieważ to one w dużej mierze decydują o możliwościach ich przejawiania w interakcjach w związku. Przekonania typu „w małżeństwie można i trzeba spontanicznie i bez ograniczeń okazywać to, co się czuje” będą wzmacniały nieskrępowaną ekspresję emocjonalną, zwłaszcza „usprawiedliwionego” gniewu czy irytacji. Podobnie przekonania typu „w małżeństwie mogę mówić co i jak chcę” mogą powodować nadmierną liczbę komunikatów zbyt emocjonalnych, często treściowo zniekształconych mimo pozornej szczerości, nie liczących się z odczuciami drugiej strony. Osoby, które myślą: „Wyrażanie własnych emocji w związku prowadzi do nieuchronnych konfliktów”, będą miały tendencję do nieokazywania własnych stanów emocjonalnych (Heyman i Neidig, 1997).

Błędne i tendencyjne atrybucje

Jako ludzie mamy naturalną poznawczą skłonność do orzekania o przyczynach zjawisk. Wynika to ze stałej potrzeby człowieka do wyjaśniania i rozumienia. Szczególnie chętnie owemu orzekaniu o przyczynach poddaje się zachowania zachodzące w interakcjach. Jakkolwiek procesy atrybuowania są integralnie wpisane w procesy przetwarzania poznawczego każdego człowieka, błędy podczas nich dokonywane mogą mieć dalekosiężny wpływ na postawy i zachowanie. W parach przeżywających trudności narasta tendencja do wzajemnego obwiniania się i postrzegania zachowań drugiej strony jako przyczyny niepowodzeń w związku. Zwykle towarzyszy temu upatrywanie przyczyn negatywnych zachowań w stałych cechach partnera, jego złych intencjach lub egoistycznej postawie (Epstein i Baucom, 2003). Takie procesy intensyfikują poczucie rozczarowania partnerem oraz przekonanie, że trudno będzie doprowadzić do jakiegokolwiek zmiany na lepsze w związku. Ponadto osoba dokonująca takich atrybucji ma tendencję do bagatelizowania starań partnera i niedostrzegania tego, co w związku dobre, lub do uznawania zjawisk pozytywnych za dzieło przypadku. Rzadziej też jest skłonna przypisywać pożądanym zachowaniom partnera przyczyny stałe i zależne od niego. Wydaje się, że może to być powodem

do czynienia partnerowi wyrzutów, nieufności wobec jego intencji i zachowań, a w konsekwencji pogłębiać kryzys lub utrudniać jego redukcję (Bradbury i Fincham, 1990). Osoby upatrujące przyczyn swoich problemów małżeńskich we własnych zachowaniach bardziej niż w zachowaniu partnera, czy w okolicznościach zewnętrznych, z większą ufnością postrzegają możliwość zmiany na lepsze w przyszłości (Pretzer, Epstein i Fleming, 1991). Tacy partnerzy chętniej pracują nad zmianą związku, widzą bowiem możliwość bezpośredniego wpływu przez zajęcie się swoim sposobem przetwarzania poznawczego i zmianą własnych zachowań.

Nienegocjowalne założenia i standardy

Przekonania dotyczące związków tworzą się przez całe życie w wyniku przekazów, które otrzymuje się od osób znaczących oraz na podstawie własnych obserwacji i doświadczeń. Czasem ich istotną składową jest jakaś forma myślenia życzeniowego, zwłaszcza jeśli chodzi o miłość i związane z nią zachowania partnera (Wojciszke, 2004). Przekonania tego typu zwykle przyjmują postać pewnych założeń co do tego, jak powinien wyglądać związek. Założenia są swoistym drogowskazem, służącym interpretowaniu tego, co się w związku dzieje. Interpretacje zaś decydują o ważności spraw i tematów, a także o nastrojach i emocjach wokół nich oraz upodobaniach i awersjach (Gordon i Baucom, 1999). Szczególną próbą dla związku jest sytuacja, w której pojawiające się zachowanie partnera jest krańcowo niespójne z założeniami drugiej strony. Poradzenie sobie z takim dysonansem jest o tyle trudne, że w takiej sytuacji partner traci wewnętrzną podstawę poznaczą do interpretowania zachowań współpartnera. Wywołuje to silne poczucie zagubienia i destabilizuje funkcjonowanie. Nierzadkie w takiej sytuacji są następujące komentarze współmałżonka: „już nie wiem, co mam myśleć”, „nie znałam swojego męża”. Z poznawczego punktu widzenia to sytuacja bardzo trudna, ponieważ przynajmniej w danym momencie procesy przetwarzania poznawczego ulegają dużej dezintegracji, co zawsze łączy się z nasileniem negatywnych emocji, bardzo często kierowanych przeciw partnerowi jako „źródłu” dysonansu, a także z destabilizacją funkcjonalną, włącznie z wycofaniem z życia związkowego. W takiej sytuacji zadanie doradcy

polega na ustaleniu przeważnie ukrytych założeń, które zostały „zaatakowane” przez rzeczywistość, oraz na pomocy w ich urealnieniu i dostosowaniu do konkretnych okoliczności.

Pewnym rodzajem przekonań dotyczących tego, jak powinno być w związku, są tzw. standardy rodzinne (Dattilio, 1993). Na ich podstawie dokonuje się oceny tego, czy zachowania partnera są właściwe, czy nie. Standardy mogą zawierać dane określające, jak należy się odnosić do siebie w związku, jak okazywać miłość, jak poprawnie układać małżeńskie funkcjonowanie, jak rozwiązywać konflikty. Standardy ustalają proporcje między realizowaniem siebie a angażowaniem się w związek oraz zakresy ról dla kobiety i mężczyzny. W ich genezie szczególnie widoczny jest wpływ rodzin pochodzenia. Standardy potrafią przyjmować postać skomplikowanego systemu, czasem nieczytelnego dla osób spoza związku czy rodziny. Oczywiście, standard męża może być niespójny ze standardem żony w danej kwestii. Taka sytuacja jest zwykle przyczyną konfliktu, ponieważ na ogół żadna ze stron nie widzi potrzeby modyfikacji własnego standardu (Schwebel i Fine, 1992). W tym kontekście nie dziwi fakt potwierdzony w badaniach, że partnerzy mający podobne zasadnicze standardy, wynikające z wyznawanych wspólnie wartości, częściej uznają swój związek za satysfakcjonujący. Znamienne, że to nie określona treść standardów powoduje satysfakcję, ale fakt możliwości ich spełnienia (Baucom i in., 1996). Standard niespełniony w związku będzie siłą rzeczy wpływał na stan dyskomfortu i skutkował wzrostem napięcia w parze. Jest to ważna praktyczna wskazówka dla osób pracujących z parami. Należy bowiem dążyć do uzyskania takiego układu w parze, w którym spełnianie własnych standardów stanie się możliwe. W uzasadnionych przypadkach konieczna może okazać się restrukturyzacja standardu w kierunku jego większej realności. W tym celu niezbędne jest poznanie standardów obu partnerów i ustalenie ich wzajemnej spójności lub konkurencyjności.

Nierealistyczne oczekiwania i uprzedzenia w związku

Jakkolwiek potrzeba kontroli jest cechą immanentnie przypisaną ludzkiemu funkcjonowaniu, to różnimy się co do przypisywanej jej wagi i intensywności występowania. Wydaje się, że dla człowieka szczególnym obszarem kontroli jest przyszłość. Nie powinno to dziwić, zważywszy na

fakt, że z jednej strony człowiek ma świadomość ciągłości czasu i występowania przyszłej perspektywy jego życia, z drugiej zaś towarzyszy mu poczucie ograniczonego wpływu na to, co przyniesie przyszłość (Zimbardo i Boyd, 2009). W związkach częstym zjawiskiem korespondującym z temporalną perspektywą jest formułowanie wobec współmałżonka oczekiwań co do jego przyszłych zachowań. Potrzeba ułożenia przyszłości wedle własnego pomysłu wydaje się czasem tak przemożna, że partner, który nie spełnia oczekiwań, traktowany jest jako główne źródło nieszczęścia życiowego. Nadmierna koncentracja na niepożądanych zachowaniach partnera zwiększa prawdopodobieństwo, że będą one postrzegane jako przejaw stałej, a więc i niezmiennej cechy charakteru. Bywa, że wysiłek wkładany przez partnerów w oszacowanie i przewidywanie wzajemnych przyszłych zachowań ogranicza ich zdolności do przeprowadzania pożądanego dla dobra związku zmian. Nierealistyczne oczekiwania wsparte sztywnością myślenia tworzą negatywny układ kognitywny (Beck, 1996). Charakteryzuje go minimalizowanie znaczenia lub całkowite niezauważanie pozytywnych cech i postaw partnera oraz tworzenie się uprzedzeń wobec niego. Uprzedzenia nie tylko utrudniają widzenie tego, co dobre w związku, lecz także przyczyniają się do zacierania pozytywnych wspomnień. Z perspektywy uprzedzeń negatywna ocena pojedynczych zachowań rzutuje na ocenę całego związku. Uprzedzenia wywołują wrogie nastawienie, a to łączy się na ogół z błędną atrybucją i postawą oskarżającą, co w znacznej mierze ogranicza możliwości korygowania własnego sposobu myślenia.

Ponadto zauważono, że zarówno w związkach zadowolonych, jak i skonfliktowanych występuje skłonność do snucia refleksji na temat tego, co aktualnie myśli partner. W małżeństwach o wysokim poczuciu satysfakcji zjawisko to ma charakter empatycznej próby wczucia się w to, co przeżywa partner. W związkach niezgodnych często w podobnej sytuacji pojawiało się założenie o negatywnym afekcie lub motywacji (Epstein i Baucom, 2002).

Zdarza się, że małżonkowie we wstępnej fazie pracy skarżą się na wady partnera, krytycznie oceniając jego zachowanie. Znamienne, że te wady zdają się często tymi samymi cechami, które na początku związku były dla partnera atrakcyjne, choć występowały pod inną nazwą. Zjawisko takie

nazywa się zniekształconą oceną cech postrzeganych wcześniej jako zalety (Abrahms, 1983). Na przykład pierwotna cecha opisywana jako radosny stosunek do życia z czasem może być postrzegana jako brak odpowiedzialności, a dokładność – jako drobiazgowość. Zaznajomienie małżonków z tym zjawiskiem może wzmocnić ich zaufanie do modelu poznawczego. Jego zrozumienie pozwala bowiem uznać, jak wiele z tego, co dostrzegamy w osobie partnera, zależy od naszego osobistego nastawienia poznawczego.

RAMKA 7.2

Przykład zniekształconej oceny cech partnera postrzeganych wcześniej jako zalety

Podczas pracy z jedną z par nad uprzedzeniami dokonano analizy cech partnera pod kątem tych, na które obecnie szczególnie uskarża się współmałżonek. Następnie wskazano na cechy, które na początku związku wydawały się partnerom wzajemnie wyjątkowo atrakcyjne. Wnioski zebrane w tym miejscu dają wiele do myślenia w kwestii ludzkiej zmienności w nadawaniu znaczeń i budowaniu uprzedzeń oraz wpływu własnego myślenia na oceny stosowane wobec partnerów.

Cechy męża obecnie negatywnie oceniane	Cechy męża dawniej atrakcyjne
Nadmiernie uwikłany w relacje z rodzicami	Rodzinny
Niedojrzały i nieodpowiedzialny	Potrafiący doceniać radości życia
Zamknięty	Umiejący słuchać

Cechy żony obecnie negatywnie oceniane	Cechy żony dawniej atrakcyjne
Histeryczna	Spontanicznie okazująca emocje
Konfliktowa	Niezależna, posiadająca własne zdanie
Czepiająca się drobiazgów	Wnikliwa

Źródło: opracowanie na podstawie praktyki własnej.

7.2. Diagnoza sytuacji pary

Celem poradnictwa par jest pomoc małżonkom w przezwyciężeniu poważnych konfliktów i sytuacji kryzysowych oraz osiągnięciu zadowolającego poziomu satysfakcji ze związku. Aby tego dokonać,

niezbędne jest rozpoznanie bieżącej sytuacji pary, czyli ustalenie, z kim i nad czym będziemy pracować. Pomocne w tym procesie może być zwrócenie uwagi na liczne uwarunkowania, których kształt będzie znacząco wpływał na rozumienie i przedstawianie przez małżonków sytuacji problemowej oraz na możliwości jej rozwiązania. Do tych uwarunkowań należą: style przywiązania stosowane przez partnerów w związku, style relacji i interakcji występujące w parze oraz uwarunkowania psychiczne i osobowościowe partnerów wpływające na sytuację w parze.

7.2.1. Styl przywiązania

Teoria przywiązania Bowlby'ego doczekała się od momentu swojego powstania wielu badań i zastosowań. Do tej teorii sięgnięto także w poszukiwaniu wpływu relacji przywiązaniowych na kształt związków partnerskich. Pojawiła się koncepcja oparta na założeniu, że przywiązanie wczesnodziecięce może być traktowane jako prototyp relacji społecznych również w okresie dorosłości (Shaver, Hazan i Bradshaw, 1988). W jej świetle konceptualizuje się romantyczną miłość i więzi w niej powstające jako proces przywiązaniowy, który przypomina ten w relacji niemowlę-opiekun (Hazan i Shaver, 1994). Podobieństwo cech przywiązania i miłości oraz niemal identyczna dynamika reakcji stała się podstawą założenia o wspólnym procesie obu zjawisk, co potwierdzają wyniki badań wielu autorów (por. Collins i Read 1990; Feeney i Noller, 1990). Te obserwacje dały asumpt do poszukiwań korelacji między stylem przywiązania par a powodzeniem w związku (Johnson i Whiffen, 2003). Niektórzy badacze są skłonni uznać, że w związkach powstają dojrzałe style przywiązania oparte na posiadanych przez osobę schematach myślowych, dotyczących przede wszystkim treści związanych z zasługiwaniem lub nie na miłość oraz z możliwością zaufania innym. Zależnie od konfiguracji treściowej przekonań wyróżniane są cztery style przywiązania: ufny (jestem godny miłości, a inni są godni zaufania), zaabsorbowany (nie jestem godny miłości, ale inni są godni zaufania i w konsekwencji mojego zaangażowania), lękowo-unikający (nie jestem godny miłości i innym nie można ufać) i odrzucający (jestem godny

miłości, ale inni nie są godni zaufania) (Bartholomew i Horowitz, 1991). Partnerzy przywiązani ufnie wykazują najwyższy poziom satysfakcji ze związku (Senchak i Leonard, 1992). Partnerzy tworzący nieufny model przywiązania będą niepewnie radzić sobie w sytuacji nieprzychylnych zachowań partnera, wykazywać zwiększoną liczbę zachowań wrogich i gniewnych, mniejszą zaś akceptujących i wybaczących (Mikulincer i Shaver, 2007). Mogą także odczuwać trudność w okazywaniu partnerowi szacunku, podziwu i wdzięczności, które to reakcje uważa się za szczególnie ważne dla długotrwałości i jakości związków intymnych (Gottman, 1994).

Warto odnotować także polskie osiągnięcia w tym nurcie badań. Na podstawie tej teorii powstał Kwestionariusz Stylów Przywiązania autorstwa Plopy (2005b). Kwestionariusz ten umożliwia stwierdzenie, jaki typ przywiązania w bliskiej relacji preferuje i realizuje w związku osoba badana. Trzy typy przywiązania – będące jednocześnie wymiarami kwestionariusza – to: styl bezpieczny, lękowo-ambiwalentny i unikowy.

Styl bezpieczny charakteryzuje się wysokim poziomem satysfakcji z relacji z partnerem, przeświadczeniem o dostępności partnera w sytuacji trudnej lub znaczącej, okazywaniem sobie czułości i przywiązania. Osoba funkcjonująca w tym stylu nie ma oporu przed odkrywaniem się, wykazuje zaufanie i otwartość w komunikacji. Odczuwa trwałe poczucie bezpieczeństwa i satysfakcji z bycia razem. W wypadku stylu lękowo-ambiwalentnego występuje częsty niepokój o trwałość związku, obawa przed utratą partnera, czujność, zamartwianie się, czy partner jest zadowolony ze związku. Stany niepokoju nasilają się, gdy partner nie zachowuje się zgodnie z oczekiwaniami. W charakterystyce stylu unikowego widoczny jest brak tendencji do nawiązywania z partnerem bliskich i otwartych relacji. Osoba jest zażenowana, kiedy partner oczekuje bliskości, dobrze czuje się z wyraźnymi granicami. Zwierzenia są kontrolowane, nie są spontaniczne ani otwarte.

Badania zależności między stylem przywiązania a satysfakcją ze związku ujawniają wiele interesujących i ważnych z punktu widzenia rozumienia dynamiki relacji partnerskich tendencji. Osoby tworzące bezpieczny styl przywiązania lepiej funkcjonują w związku niż osoby o innych stylach. Bezpieczny styl przywiązania łączy się także ze stylem komunikacji ukierunkowanym na konstruktywne rozwiązywanie

problemów (Kobak i Hazan, 1991). Bezpieczny styl łączy się z większą elastycznością, odwzajemnieniem, wyższym poziomem ujawniania informacji na swój temat (Mikulincer i Nachson, 1991). Osoby bezpiecznie przywiązane do partnera z chęcią budują intymność w związku, przyjmują otwartą postawę wobec partnera, wyrażając tym samym gotowość do aktywnej troski o niego (Mikulincer, 1998). Badania z wykorzystaniem 16-czynnikowego kwestionariusza osobowości Roberta Cattella pozwoliły zarysować „psychologiczne portrety” mężczyzn i kobiety prezentujących bezpieczny styl przywiązania. Tak więc mężczyznę o tym stylu charakteryzują ciepło i serdeczność, śmiałość w kontaktach, otwartość na zmiany. Jest twórczy, nonkonformistyczny, szczerzy i spokojny. Kobieta o bezpiecznym stylu przywiązania jest stabilna emocjonalnie, otwarta w kontaktach, kreatywna, spokojna i cierpliwa (Plopa, 2005a). Bez wątplenia klienci poradnictwa tworzący w związku bezpieczny styl przywiązania należą do tych, u których i motywacja, i kompetencje do zmiany są największe.

Dużo więcej wymagań stawia przed doradcą praca z klientami charakteryzującymi się tendencją do realizowania dwóch pozostałych stylów przywiązania. Kobiety wykazują większe nasilenie stylu lękowo-ambivalentnego i unikowego niż mężczyźni. Wiek nie jest czynnikiem istotnie warunkującym przewagę któregoś ze stylów. Podobnie zmienna „staż małżeński” nie wpływa na rodzaj stylu. Poziom wykształcenia okazał się istotnie różnicujący tylko w wypadku kobiet o stylu lękowo-ambivalentnym. Kobiety z wyższym wykształceniem ujawniają mniejsze nasilenie tego stylu. Styl przywiązania lękowo-ambivalentny ma duży wpływ na poczucie satysfakcji ze związku. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni charakteryzujący się tym stylem mają trudności z tworzeniem bliskich związków opartych na intymności, podobieństwie i zaangażowaniu. Trudniej jest im też uzyskać poczucie satysfakcji z ról pełnionych w związku (Plopa, 2005b).

Unikowy styl przywiązania jest także opisywany jako niesprzyjający budowaniu satysfakcjonujących związków. Mężczyźni preferujący taki styl są zamknięci w sobie, sztywni w reakcjach i przyzwyczajeniach, mało otwarci na zmiany. Podobnie kobiety „unikowe” wykazują nadmierną powściągliwość, zmienność emocjonalną, niepewność siebie i podejrzliwość (Plopa, 2005a). Wymienione cechy są przynajmniej po

części efektem nadmiernej deaktywacji, która tłumii zachowania sprzyjające rozwojowi potrzeby więzi. Jest to strategia charakterystyczna dla osób o unikowym stylu przywiązania. W związku małżeńskim będzie manifestowała się ograniczonym zaufaniem do partnera, oporem i nerwowością wobec jego działań ukierunkowanych na pogłębianie bliskości, a jej skutkiem będzie brak komfortu z racji bycia w relacji (Kobak i in., 1993). Istnieją także badania wskazujące na połączenie unikowego stylu przywiązania z rozwiązłym stylem życia, co jest interpretowane jako sposób na osłabianie więzi ze stałym partnerem i specyficzna strategia radzenia sobie z napięciem wywołanym bliskością (Brennan i Shaver, 1995).

7.2.2. Style relacji i interakcji w parze

Style relacji określane są często jako style współżycia małżeńskiego. W dużej mierze zarówno definiują dynamikę związku, jak i wskazują na jej potencjalne bieżące problemy. Nazwy stylów stosuje się zamiennie z nazwami rodzajów związków, które kształtują się w wyniku ich występowania. Zalicza się do nich: związek w stałym konflikcie, związek zubożały uczuciowo, związek celowy i związek z wyłączością (Cuber i Haroff, 1971).

Związek w stałym konflikcie już na pierwszy rzut oka wydaje się związkiem wysoce dysfunkcyjnym. Częste kłótnie, wybuchy emocji oraz ich zmienna amplituda wskazują na dużą niestabilność i nagromadzoną konfliktowość między partnerami. Tymczasem w tym związku, co prawda, dostrzega się wyraziste reakcje emocjonalne i tendencję do silnej ekspresji, nierzadko połączonej z brakiem woli do kompromisu i udowadnianiem własnych racji, lecz nie łączy się to z agresją i niechęcią partnerów do siebie. Ich związek okazuje się stabilny i trwały i mimo ciągłej różnicy zdań żaden z partnerów nie myśli o rozstaniu. W tym typie związku konflikt jest raczej formą ekspresji i nie ukazuje on rzeczywistego stanu relacji. Ten styl staje się faktycznie problemowy dopiero wtedy, gdy tylko jedna ze stron go preferuje, druga zaś źle znosi tego rodzaju sposób emocjonalnego wyrazu. Bywa, że przyczynami takiego stanu są duża odmienność temperamentalna

i wynikająca z niej niska tolerancja na emocje negatywne u siebie i innych (Alden i Bieling, 1998).

W związku zubożałym uczuciowo mamy do czynienia z sytuacją, w której poziom wzajemnych pozytywnych emocji jest zdecydowanie niewystarczający. Często są to pary, które wskutek naturalnej dynamiki i zmian podczas rozwoju związku utraciły intensywność przeżywania wzajemnych odniesień emocjonalnych, a w ślad za tym również wzajemne zainteresowanie. Partnerzy w tego typu związkach relacjonują je jako puste, nudne, a nawet bez przyszłości. Prowadzą właściwie osobne życia. Wspólnota ogranicza się głównie do wypełniania obowiązków i wychowywania dzieci (Wojciszke, 2004). Część osób akceptuje taki stan rzeczy jako naturalny. Jednakże dla niektórych ustanie silnych uczuć, charakterystycznych dla początkowego okresu związku, kojarzone jest z utratą więzi z partnerem. W takiej sytuacji partnerzy często przestają się starać o jakość związku, co z oczywistych przyczyn pogarsza jeszcze stan rzeczy i może prowadzić do poważnego kryzysu w związku. Taka sytuacja oznacza także duże wyzwanie dla doradcy, gdyż zmiany w tym zakresie wymagają dłuższej i zaangażowanej pracy obojga partnerów (Cuber i Haroff, 1971).

Związek celowy charakteryzuje się świadomą decyzją partnerów co do przyczyn jego powołania. Zwykle wśród nich jasno i na plan pierwszy – a bywa, że jedyny – wysuwają się wyraźnie sprecyzowane oczekiwania wobec współpartnera. Dotyczą one najczęściej kwestii finansowych, relacji seksualnej, uzyskania odpowiedniej pozycji społecznej lub zagwarantowania pożądanego stylu życia. Związek celowy jest więc rodzajem umowy na wzajemne świadczenie sobie określonych zobowiązań. Partnerzy zachowują się według ustalonych norm, unikają konfliktów, które mogłyby zakłócić ich porozumienie i umowę. Przeważnie od samego początku taki związek pozbawiony jest ładunku emocjonalnego, pozytywnego, osobistego odniesienia stron do siebie nawzajem. Co prawda, chłód emocjonalny nie jest bezpośrednim źródłem frustracji w takiej relacji, ale w jej naturę nieuchronnie wpisana jest jakaś postać deprivacji wielu istotnych – z punktu widzenia rozwoju dorosłej osoby – potrzeb. Taka sytuacja może stać się bodźcem do poszukiwań spełnienia potrzeb poza związkiem i nierzadko odbywa się to w sposób

wysoce destrukcyjny dla związku (zdrady, uzależnienia behawioralne lub od substancji psychoaktywnych).

Czasem partnerzy potrafią we wzajemnej relacji zająć przeciwną do opisanej wcześniej pozycję. Tak bardzo dbają o spójność i wspólnotowość związku, że czynią z niego najważniejszą wartość i treść swego życia. Wszystkie swoje zadania rozwojowe podporządkowują wówczas relacji. Partnerzy bardzo dbają o to, aby nic i nikt nie zakłócał ich wzajemnego odniesienia. Tworzą związek zamknięty o silnie zarysowanych granicach. Taką sytuację opisuje się jako związek z wyłączością. Na ogół taki kształt związku nie jest problemem dla samych partnerów, choć ich funkcjonowanie ogranicza się wyłącznie do spraw związku, na czym cierpią ich kontakty i inne niż wspólnotowa strefy rozwoju (Cuber i Haroff, 1971).

Nie należy oczywiście zapominać, że dodatkowym źródłem problemów może stać się naturalna dla związku ewolucyjność stylów. Zmieniają się one wraz z upływem czasu, czasem w niejednakowym tempie i w różnych kierunkach dla obojga partnerów. Wywołuje to problem wzajemnego dostrojenia potrzeb i oczekiwań, a także poczucie wzajemnego niezrozumienia, wyjątkowo niekomfortowo w związkach odczytywane.

Rozmawiając z parą, warto również zwrócić uwagę na prezentowany przez nią styl interakcji, szczególnie widoczny w sytuacjach konfliktowych. Do najczęściej występujących stylów zalicza się: wzajemne obwinianie, wzajemne unikanie, obwinianie i unikanie (Wile, 1981). Para wzajemnie obwiniająca się ma skłonność do częstych i niekonstruktywnych sporów, podczas których dominującym elementem komunikacyjnym są oskarżenia, a emocjonalnym – frustracja i złość wynikające z niezaspokojonych wzajemnych oczekiwań. Taki styl utrudnia wskazanie rzeczywistego problemu, ponieważ partnerzy nie nazywają rzeczywistego źródła niezadowolenia, poprzestając na wyrażaniu negatywnych osądów wobec partnera. W związkach, w których dominuje wzajemne unikanie, charakterystyczną strategią jest pozostawianie istotnych kwestii nierozstrzygniętych. Partnerzy wolą pozostać na poziomie nieujawnienia własnej frustracji, budując fasadowo poprawny wizerunek związku. Przyczyn takiego stanu rzeczy należy szukać bądź w niechęci do stawiania czoła pojawiającym się w związku problemom, bądź w lęku przed konsekwencjami ich ujawnienia.

Jeśli jeden z partnerów ma skłonność do stylu unikowego, a drugi do obwiniającego, to dochodzi do dynamicznej, ale dla obojga partnerów trudnej komunikacji. Partner obwiniający dąży do konfrontacji, unikający zaś za wszelką cenę nie chce do niej dopuścić i w tym celu stosuje różne strategie opóźniające „trudne rozmowy”. Partner obwiniający, nieusatisfakcjonowany takim obrotem sprawy, zwykle intensyfikuje swoje próby podjęcia sporu, co wzmacnia jeszcze opór partnera unikającego lub wywołuje efekt pseudokooperacji. Czasem nasilenie takich wzorców jest na tyle duże, że wymaga to indywidualnej pracy z partnerami, która wesprze redukcję tego rodzaju wzorców. Dopiero wtedy para będzie mogła podjąć efektywną współpracę (Epstein i Baucom 2002).

7.2.3. Uwarunkowania psychiczne i osobowościowe partnerów

Czasami doradca zauważa nie tylko problemy w związku, lecz także osobiste problemy psychiczne jednego lub obojga małżonków, które mogą przybrać na tyle intensywną postać, że zasadne może się okazać postawienie diagnozy jakiejś formy zaburzenia psychicznego. Taka sytuacja wprowadza określone problemy do procesu poradnictwa. Jeśli jeden z partnerów cierpi na depresję, to należy spodziewać się jego negatywnego sposobu myślenia, charakterystycznego dla tego typu zaburzenia, obejmującego także związek. Inne typowe zjawiska towarzyszące depresji to wysokie poczucie beznadziejności, intensywny krytycyzm wobec siebie i sytuacji w związku oraz brak wiary w możliwości poprawy. Obniżony nastrój, spadek energii, niezdolność odczuwania przyjemności również będą składały się na obraz funkcjonowania partnera depresyjnego, podobnie jak zaniżone poczucie satysfakcji ze związku (Beck i in., 1979). Ważne jest, aby doradca umiał oddzielić te elementy systemu poznawczego partnera, które płyną z depresji, od tych, które są odpowiedzią na sytuację w związku lub stanowią stałe elementy systemu poznawczego. Pomoc parze w takiej sytuacji wymaga szczególnego uwrażliwienia ze strony doradcy i świadomości, że poczucie przytłoczenia i bezradności partner będzie przenosił na każdą, także związkową sferę życia (Beach, Sandeen

i O'Leary, 1990). Podobnie partnerzy lękowi będą najprawdopodobniej stosować do rozwiązywania problemów w związku swoje dysfunkcyjne strategie, takie jak katastrofizowanie czy zamartwianie się bez wyraźnego powodu. Skłonność do lękowego przeżywania rzeczywistości nie sprzyja uzyskiwaniu wysokiego poziomu satysfakcji ze związku. Kobiety o wysokim poziomie objawów nerwicowych oceniają swoje małżeństwa jako przeciętnie udane. Charakteryzujące je cechy funkcjonowania zdają się wskazywać na co najmniej ograniczone możliwości budowania satysfakcjonujących relacji partnerskich. Takie kobiety wykazują bowiem tendencję do cynizmu i sceptycyzmu, pesymistycznie widzą przyszłość. Mają głębokie przekonanie o swojej słabości i nieumiejętności radzenia sobie w sytuacji stresu i kryzysu. Niechętnie podejmują ryzyko, postawione przed wyborem wycofują się, brakuje im wiary w sens i rezultaty swojego zaangażowania. Są mało cierpliwe, niezdolne do długotrwałego wysiłku, niesamodzielne, izolujące się, oczekują też nieustannego wsparcia. Mężczyźni, u których stwierdzono nasilenie objawów nerwicowych, także wykazują niezadowolenie ze swoich relacji małżeńskich. Często przyjmują postawę obronną, są niezaangażowani, nie przystosowują się do problemów, jakie niesie życie, lękają się o przyszłość, wątpią w siebie. Nie potrafią cieszyć się życiem i własnymi sukcesami (Makara-Studzińska, 2000).

W wypadku wystąpienia zarówno zaburzeń depresyjnych, jak i lękowych wskazana jest indywidualna psychoterapia partnerów w celu leczenia tych problemów. Nie zawsze jednak po stronie uwarunkowań psychicznych utrudniających uzyskanie satysfakcji ze związku znajdują się stany klasyfikowane jako zaburzenia psychiczne. Poważną przeszkodą może być np. tendencja u jednego lub obojga partnerów do doznawania nadmiernie intensywnej emocji bez umiejętności ich modulowania i dbania o stonowaną formę ekspresji lub bez zgody na takie postępowanie. Szczególnie łatwość wpadania w gniew może przyczyniać się do destrukcyjnych interakcji w parze, a w konsekwencji do spadku satysfakcji ze związku (Epstein i Baucom, 2002). Ustalenie przyczyny szybkiego wzbudzania intensywnej emocji może wymagać przeprowadzenia testów neuropsychologicznych lub osobowościowych. Z badań korelacji między cechami temperamentu a stopniem satysfakcji z życia małżeńskiego wynika, że niezadowolone żony i mężowie wykazują

wyższy poziom neurotyzmu, niższy poziom ekstrawersji, ugodowości i sumienności w porównaniu ze partnerami zadowolonymi. Brak poczucia satysfakcji współwystępuje z obniżoną kontrolą stanów emocjonalnych, obniżonym poziomem optymizmu życiowego, zaufania do innych i obowiązkowości (Plopa, 2005a).

Czasem niemożność uzyskania odpowiedniego poziomu satysfakcji łączy się z nieumiejętnością budowania bliskości w związku, przede wszystkim bliskości emocjonalnej. Ten rodzaj dysfunkcji także traktuje się jako wynik osobowościowych uwarunkowań, zwłaszcza niskiego poziomu empatii (Ryś, 2000; Sitarczyk, 2002). Można i trzeba podejmować wysiłek w kierunku nabywania większych kompetencji w tym względzie. Należy jednak pamiętać, że zmienność czynników osobowościowych jest ograniczona przez na ogół genetycznie uwarunkowane cechy, w wypadku empatii chociażby przez poziom inteligencji emocjonalnej (Kriegerlewiecz, 2005).

Jeśli w procesie poradnictwa stwierdza się, że istotnym elementem generującym problemy w związku są cechy osobowościowe lub temperamentalne partnerów, to partnerzy muszą zastanowić się, co każde z nich powinno zmienić u siebie. W tym mogą pomóc pytania o wpływ własnej osobowości na kształt konfliktów oraz możliwości korekty w tym zakresie. Następnym krokiem jest namysł nad tym, jak postępować z partnerem o określonym kształcie osobowości, jakich zachowań w związku z tym unikać, a jakie preferować (Kratochvil, 2006).

7.3. Metody pomocy osobom doświadczającym trudności w związku

7.3.1. Interwencje behawioralne

Celami interwencji behawioralnych nie są badania i zmiany głębszych struktur osobowościowych partnerów, poszerzenie pola samoświadomości czy odkrywanie genezy własnych problemów. Ich zadaniem jest uzyskanie bezpośredniej zmiany zachowań przez wykorzystanie praw warunkowania i uczenia się (Jacobson i Margolin, 1979). Zgodnie z założeniami teorii

behawioralnych zachowania w małżeństwie podlegają takim samym zasadom jak inne zachowania ludzkie. Przed zastosowaniem interwencji behawioralnych należy więc zwrócić uwagę na rozkład wzmocnień w parze oraz na wzorzec wymian behawioralnych (Liberman, 1975).

Nauka adekwatnego i skutecznego wzajemnego wzmocniania pozytywnego

Problemy w związku istnieją w zasadzie od początku jego istnienia. Dopóki małżonkowie wspierają się w ich rozwiązywaniu, dopóty napięcia wynikające z ich występowania nie są zbyt dokuczliwe. Z czasem jednak obie strony wykonują coraz mniej przyjaznych gestów, ale rosną wzajemne oczekiwania. Dlatego problemy stają się coraz bardziej dostrzegane jako charakterystyczne dla sytuacji pary. W podejściu behawioralnym wzrost częstości wymian pozytywnych tradycyjnie już uważa się za skuteczną metodę poprawy funkcjonowania pary (Jacobson i Margolin, 1979). Nakłanianie małżonków do wzajemnych pozytywnych zachowań pozwala wytworzyć właściwą atmosferę w związku, ale również zachęca partnerów do współpracy w przezwyciężaniu trudności. Często stosowaną techniką w tym obszarze są tzw. dni opieki. Interwencja ta polega na wprowadzeniu do związku jak największej liczby pozytywnych zachowań i postaw. Zachęca się małżonków, aby zachowali się tak, jak gdyby nie byli w kryzysie, a ich wzajemne uczucie było w pełni rozkwitu. Każde z małżonków przygotowuje listę zachowań, które postrzega jako miłe i nagradzające. Listy są omawiane na spotkaniu z doradcą, eliminuje się oczekiwania zbyt wygórowane, następnie partnerzy wymieniają się listami i zobowiązują się do codziennego realizowania ich treści. Zakłada się, że zgodnie z regułą wzajemności partner chętniej zrobi coś przyjemnego dla współpartnera, jeśli sam uzyskuje od niego podobne zachowania (Stuart, 1980). Dzięki tym ćwiczeniom partnerzy mogą się przekonać o wpływie pozytywnych zachowań na ich związek. Wiele par uzyskuje poprawę już po kilku tygodniach jego stosowania. Ważne jest, aby nie powstrzymywać się od pozytywnych zachowań wobec partnera nawet wtedy, gdy czuje się do niego złość lub niechęć. Doradca zachęca partnerów do samodzielnego wychodzenia z propozycjami pozytywnych zachowań, bez oczekiwania równoważnych działań z drugiej strony. Przyjmuje się, że kiedy para

zaczyna pracować, łatwiej jest wpłynąć na zachowania niż wprost na wzajemny stosunek emocjonalny. Zmiana zachowań pozwala na wprowadzenie atmosfery współpracy i pozwala dostrzec małżonkom szansę na polepszenie sytuacji związku. Z biegiem czasu partnerzy zaczynają zauważać i doceniać własny wkład w zwiększenie zadowolenia drugiej osoby. Nagrodą za ten wysiłek jest poprawa kształtu związku i wzrost własnej z niego satysfakcji (Stuart, 1969). Pomocną interwencją w zmianie orientacji małżonków z negatywnej na pozytywną jest także zadanie, które polega na monitorowaniu wzajemnych „dobrych” zachowań. Każde z małżonków stara się notować te zachowania partnera, które uzna za miłe, przyjazne, wartościowe. Następnie rozmawiają o tym, dzieląc się spostrzeżeniami tylko na temat tego, co dobre w ich zachowaniach. Partnerzy ćwiczą w ten sposób kierowanie uwagi na pozytywne zachowania oraz rejestrowanie satysfakcji z konkretnych zachowań współmałżonka (Lieberman, 1975).

Trening komunikacji

Nauka prawidłowej i skutecznej komunikacji dotyczy prawie wszystkich przypadków zgłaszania się par po pomoc. Skarga typu „nie potrafimy ze sobą rozmawiać” jest bowiem jedną z najczęściej słyszanych w poradnictwie (Doss, Simpson i Christensen, 2004). Poza tym błędy komunikacyjne występują na ogół niezależnie od rodzaju zgłaszanych problemów szczegółowych, co najmniej utrudniając ich rozwiązywanie. Zaleca się więc zastosowanie treningu komunikacji, zanim zaczniesz szukać sposobu na zredukowanie problemów funkcjonalnych, z którymi dana para się boryka. Ze względu na edukacyjny charakter podejścia poznawczo-behawioralnego trening komunikacji dobrze sprawdza się w tym nurcie.

Oczekiwanie lepszej komunikacji często zawiera ukryte założenie jednego lub obojga małżonków, że w wyniku oddziaływań uda się uzyskać stan, w którym partner będzie się zgadzał we wszystkim i zniknie różnica zdań. Dlatego na początkowym etapie pracy komunikacyjnej z parą doradca omawia cechy dobrej komunikacji, które polegają na wzajemnym rozumieniu przekazywanych treści i wynikającej stąd możliwości rozwiązywania problemów bez konieczności każdorazowego zgadzania się

i ujednolicania stanowiska. Ponadto dobrze jest przedstawić komunikację jako proces korzystny dla obu stron, a nie jako próbę sił i okazję do udowodnienia własnych racji (Gottman i in., 1976). Praktyczne zasady dobrej komunikacji przedstawia ćwiczenie opisywane jako „dobry słuchacz i dobry mówca” (Beck, 1996). Jego sednem jest współpraca małżonków w odkrywaniu i definiowaniu, na czym polega ich problem. Każdy z małżonków ma w tej formie dialogu jasno sprecyzowane zadanie. „Dobry mówca” powinien przedstawiać w rozmowie wyłącznie swój punkt widzenia, unikać oskarżania i osądzania partnera. Skupia się na własnych emocjach i myślach związanych z konkretną sytuacją. „Dobry słuchacz” nie przerywa, stara się przede wszystkim zrozumieć punkt widzenia drugiej strony, powstrzymując się przy tym od polemiki i wyrażania własnego zdania. Może zadawać pytania, ale tylko zmierzające do lepszego zrozumienia stanowiska i stanu współmałżonka. Na zakończenie w parafrazie przedstawia swoje rozumienie wypowiedzi „mówcy”, który potwierdza trafność zrozumienia lub raz jeszcze akcentuje ważne dla niego punkty swojej wypowiedzi. Następnie partnerzy dokonują zamiany ról (Beck, 1996). Mimo początkowych trudności, jakie sprawia to ćwiczenie, małżonkowie szybko dostrzegają korzyści z wprowadzenia jednolitych zasad rozmowy, zwłaszcza w sytuacji, w której do tej pory komunikowali się w sposób uniemożliwiający zrozumienie. Dzięki temu ćwiczeniu oprócz lepszego zrozumienia – jakże pożądanego w sytuacji kryzysu – małżonkowie uzyskują także wiele nowych informacji o sobie nawzajem, co z kolei redukuje wzajemną złość i ułatwia rozwiązywanie problemów (Laswell i Lobsenz, 1973). Nie zaleca się wykonywania ćwiczeń komunikacyjnych w sytuacji, gdy małżonkowie są w stanie silnego wzbudzenia emocjonalnego. Idzie ono na ogół w parze z osłabieniem chęci współpracy i nasileniem wzajemnej deprecjacji. Utrzymanie zasad dialogu, kontrola wypowiedzi i zachowania mogą być wtedy utrudnione, a nawet niemożliwe. Wskazane są wówczas przerwy w rozmowach, tak aby nie doprowadzać do eskalacji emocji i przeciwdziałać ryzyku jej wystąpienia (Neidig i Friedman, 1984). Efektywny trening komunikacji powinien konsekwentnie prowadzić do ograniczenia występowania skarg i złośliwej krytyki, eliminować drwiny, postawy pogardy i wzajemnego obrażania się, niwelować postawy obronne oraz postawy wzajemnego niezainteresowania (Nichols, 1995).

Zadaniem doradcy w całym procesie poradnictwa jest zwracanie uwagi na kształt komunikacji małżonków. Podczas każdego spotkania w miarę potrzeb identyfikuje on nieodpowiednie wzorce komunikacyjne: krytykowanie, generalizacje, brak konkretów, nieuważność w słuchaniu, oskarżanie czy ocenianie. Po każdej korekcie wskazane jest, by małżonkowie przekazywali swój komunikat jeszcze raz, ale już bez błędów.

RAMKA 7.3

Komunikacja a wzmocnienia behawioralne

W treningu komunikacji warto poświęcić nieco uwagi na zaobserwowanie, jakie wzajemne wzmocnienia stosują małżonkowie przez określone sposoby werbalnych wypowiedzi. Wyobraźmy sobie następującą scenę: mąż z dużym zainteresowaniem ogląda transmisję meczu swojej ulubionej drużyny. W tym samym czasie żona próbuje go zainteresować tematem problemów edukacyjnych dzieci. Mąż konsekwentnie nie odrywa oczu od telewizora i milczy. W ten sposób nie nagradza pozytywnego stylu komunikacji żony, pośrednio prowadząc do jego osłabiania i wygaszania. Żona – czując własną nieskuteczność – zmienia strategię: zaczyna narzekać na brak zaangażowania męża, manifestując się unikaniem prac domowych i brakiem czasu dla spraw rodziny. Mąż przerywa oglądanie i ostrym tonem protestuje przeciw tym zarzutom. Zwróćmy uwagę, że z jednej strony zarzuty są dla męża formą kary, z drugiej zaś taka forma komunikacji została przez niego nagrodzona w postaci uwagi, którą poświęcił żonie.

Źródło: opracowanie na podstawie praktyki własnej.

Niektóre pary mogłyby stosować zasady dobrej komunikacji, lecz tego nie robią, ponieważ nie wkładają zbyt wiele wysiłku w poprawę swego związku. W paradygmacie pracy poznawczo-behawioralnej zwraca się szczególną uwagę na przekonania, które mogą utrudnić proces nabywania umiejętności skutecznego komunikowania się (Dattilio i Padesky, 1999). Do najczęściej występujących należą te, które dotyczą braku wiary w możliwość zmiany. „Mój współmałżonek nigdy się nie zmieni”, „nie mamy już żadnych szans, żeby się porozumieć”, „zbyt wiele się wydarzyło, aby mogło jeszcze być między nami lepiej” – to przykładowe i typowe zarazem przekonania z tej grupy. Inna grupa przekonań utrudniających komunikację koncentruje się wokół nietolerancji dla dyskomfortu emocjonalnego partnera lub własnego. Nie jest łatwo otwarcie rozmawiać o trudnych sprawach i problemach, kiedy myśli się

np.: „Problemy sprawiają ból i cierpienie, ich omawianie jeszcze ten stan pogłębia – to nie do przyjęcia”, „Zacniemy rozmawiać, a on znowu się zdenerwuje, nie wytrzymam tego”. Podobnie dobra komunikacja jest hamowana przez przekonania na temat lęku przed odkryciem siebie. „Uczucia są zbyt intymne, żeby o nich mówić”, „Pokazać prawdziwe emocje to jak odkryć się z własną słabością”, „Jeśli się otworzę, to zostanę zraniony”. Za szczególnie utrudniający komunikację uznaje się wzorzec poznawczo-emocjonalny, składający się z przekonania, że problemy, jakich doświadczamy, są szczególnie poważne, przekonania o bezsensie wspólnej nad nimi pracy, poczucia bezradności i przytłoczenia skargami partnera, postawy dystansu i izolacji wobec partnera oraz poczucia osamotnienia w związku (Gottman, 1994). Ważne, aby doradca zauważał zarówno pojawianie się przekonań z przedstawionych wcześniej grup, jak i ich wpływ na postawę małżonków wobec podejmowania wysiłku zmiany wzorców komunikacyjnych.

Beck (1996) sformułował kilka praktycznych porad ułatwiających poprawną komunikację, które nazwał taktycznymi zasadami komunikacji małżeńskiej. Mogą one stać się także częścią pracy w procesie poradnictwa: spróbuj poznać swojego partnera, spróbuj go zrozumieć i jak najbardziej zaakceptować, pozwól mu mówić i uważnie słuchaj, pomyśl czy warto zanim skrytykujesz, unikaj rozkazów, upominania i zrzędzenia, stosuj żart, wykorzystuj doświadczenie i przykład innych par, przyznawaj się do błędu, stosuj pochwałę, wykorzystuj komunikaty niewerbalne.

Metodologia sporu konstruktywnego

Znamiennym odkryciem w terapii par jest to, że nie każdy konflikt jest dla małżeństwa niszczący (Beck, 1996). Obserwuje się zjawisko tak zwanych konfliktów integrujących. Ich skutkiem może być wzmocnione poczucie jedności, wzajemnej współpracy, większa odporność na trudności, oczyszczenie emocjonalne, wzrost poczucia bliskości, zrozumienia i zaufania, a w konsekwencji tworzenie nowych zasad współdziałania, co sprzyja rozwojowi związku i pozytywnej ocenie jego jakości. W konfliktach dezintegrujących małżonkowie oddalają się od siebie z poczuciem krzywdy, żalu, lęku, czasem z chęcią zemsty. Mają poczucie niezrozumienia i destabilizacji w związku (Fischaleck, 1990; Ryś, 1998).

Cechy charakterystyczne dla konfliktów integrujących i destrukcyjnych przedstawiono w tabeli 7.2.

TABELA 7.2

Zestawienie cech konfliktów integrujących i destrukcyjnych

Cechy konfliktu	Konflikt integrujący	Konflikt destrukcyjny
Realność przedmiotu konfliktu	Odwoływanie się do faktów	Stosowanie domysłów i przypuszczeń
Styl argumentów	Fair, z poszanowaniem dla uczuć partnera	Wykorzystanie czułych punktów partnera, „ma boleć”
Zaangażowanie	Wzajemnie aktywne	Jednostronnie bierne
Odpowiedzialność	Wzajemna	Brak
Funkcja humoru	Rozładowuje	Wyśmiewa
Ekspresja	Otwarta	Ukryta
Styl komunikacji	Przejrzysty	Niejasny
Kierunek rozmowy	Jednoznaczny	Mglisty
Konkretność	Duża	Rozmyta

Źródło: opracowanie własne na podstawie Beck (1996, s. 98–99).

W paradygmacie behawioralnym sformułowano klasyczną już metodologię sporu konstruktywnego, który nazwano „uczciwą walką małżeńską” (Bach i Wyden, 1969). Jego ideą jest bezpieczne odreagowywanie emocji, wyrażenie krytyki lub niezadowolenia wobec partnera bez negatywnych skutków dla pary. Uzyskuje się to dzięki zachowaniu określonych reguł sporu. Procedura rozpoczyna się od określenia wzajemnie akceptowalnej formy odreagowania emocjonalnego. Następnie następuje ustalenie miejsca i czasu rozstrzygnięcia sporu. Wskazane jest, aby nadmiernie nie odwlekać interakcji, należy jednak uwzględnić realia życia codziennego. Z oczywistych powodów lepiej nie podejmować takiej rozmowy w czasie obecności w domu dzieci, gości lub przygotowań do znaczącego wydarzenia. Osoba „wzburzona” powinna określić, co chce uzyskać przez spór. Do dyskwalifikujących celów zalicza się chęć zdyskredytowania partnera, obrażania go lub pokonania w dyskusji. Dużo bardziej konstruktywnymi celami będą odreagowanie emocjonalne, zrozumienie postawy partnera i wypracowanie wspólnego rozwiązania. Spór rozgrywa się według reguł uczciwej walki, a więc bez

argumentów nierzeczowych, personalnych, ironicznych, czerpanych z przeszłości, opartych na groźbach czy szantażu. Spór powinien mieć swoje jasne zakończenie, po którym następuje refleksja także nad własną postawą, uznanie swoich błędów i wskazanie sposobów ich skorygowania w przyszłości. Zadaniem doradcy w tym treningu jest kontrolowanie przestrzegania reguł oraz ukierunkowywanie, gdy partnerzy zanedbują się od metodologii sporu (Kratochvil, 2006). Czasem pomocne okazują się konkretne zalecenia dla partnerów, zawierające informacje o tym, w jaki sposób warto podchodzić do konfliktów. Znajdziemy wśród nich zasady: staraj się w łagodny sposób formułować swoje stanowisko, akceptuj możliwość odmiennego stanowiska partnera, dostrzegaj i staraj się naprawiać negatywne interakcje, w konflikcie nie zapominaj o pozytywnych emocjach, jakimi darzysz partnera, ucz się jak uspokajać objawy wzbudzenia emocjonalnego u siebie i partnera, staraj się, aby każda rozmowa konfliktowa była lepsza od poprzedniej (Markmann, Stanley i Blumberg, 1994). Parom, którym szczególnie trudno przychodzi wzajemne zrozumienie i poszukiwanie kompromisu w konflikcie, zaleca się interwencję uprawomocnienia. Jest to postawa w komunikacji, informująca o zasadności stanowiska partnera bez konieczności wyrażenia na nie zgody. Uprawomocniona reakcja pozwala więc z jednej strony wyrazić zrozumienie dla racji partnera, z drugiej zaś zachować własne zdanie na temat sporu, co czasem pozwala na redukcję napięcia w konflikcie (Markmann, Stanley i Blumberg, 1994).

Konstruktywne rozwiązywanie problemów

Ponieważ pary podczas procesu poradnictwa wskazują na wiele problemów, z którymi borykają się w kryzysie, ważne jest, aby partnerzy mogli nauczyć się strategii efektywnego ich rozwiązywania. Jej zasadniczym założeniem jest to, że każdy problem właściwie zdefiniowany i w odpowiedni sposób przez parę przedyskutowany może znaleźć swoje rozwiązanie. Wymaga to trzymania się określonej procedury, na którą składają się następujące kroki: zdefiniowanie problemu bez oskarżeń i krytyki, ustalenie celu rozwiązania problemu, wskazanie na korzyści rozwiązania problemu, ustalenie kosztów, jakie trzeba ponieść, żeby rozwiązać problem, zgłaszanie wszystkich możliwych

rozwiązań problemu („burza mózgów”), wybór jednego rozwiązania, stworzenie planu realizacji rozwiązania, realizacja planu, ocena wyników i ewentualna modyfikacja (Jacobson i Margolin, 1979). Ten proces jest dość wymagający, dlatego zaleca się uważne eliminowanie wszystkich czynników zakłócających jego przebieg. Tak więc za komplikujące uważa się rozwiązywanie jednocześnie więcej niż jednego problemu. Zbędne jest także nadmierne odwoływanie się do historii problemu kosztem perspektywy przyszłości. Uwaga małżonków powinna być nakierowana na rozwiązania, a nie na wzajemne obwinianie się i przekonywanie do swoich racji. Niewskazana jest zatem rywalizacja w poszukiwaniu rozwiązań. Warto przy tym pamiętać, że nie zawsze uda się wypracować rozwiązanie w jednakowym stopniu satysfakcjonujące oboje małżonków. Czasem trzeba dokonać wyboru, kto będzie usatysfakcjonowany w konkretnym przypadku lub wybrać wariant częściowej satysfakcji obojga partnerów. Ważne, aby małżonkowie pamiętali o różnych opcjach i elastycznie z nich korzystali (Jacobson, 1977). Doradca przez cały proces uczenia konstruktywnego rozwiązywania problemów udziela małżonkom deskryptywnych informacji zwrotnych na temat ich sposobów reagowania, wzmacnia zachowania pożądane, a jeśli zachodzi taka potrzeba, demonstruje poprawną strategię komunikacyjną. Szczególną uwagę zwraca na komunikaty potwierdzające przyjęcie odpowiedzialności za kształt rozwiązania problemu, starania małżonków, zmierzające do zbudowania konstruktywnej interakcji oraz uwzględniania przez nich preferencji drugiej strony. Wzmacnianie tych elementów wspiera naukę skutecznego rozwiązywania problemów (Epstein i Baucom, 2002).

Podobnie jak przy treningu komunikacji również i w tym wypadku doradca stara się zwracać uwagę na te przekonania małżonków, które mogą blokować proces konstruktywnego rozwiązywania problemów. Należą do nich np. przekonania dotyczące granic negocjacji. Partnerzy czasem uważają, że poszli już na zbyt duże kompromisy w związku i oczekują teraz bezdyskusyjnej realizacji własnych pomysłów i potrzeb. Takie przekonania usztywniają małżonków w procesie poszukiwania rozwiązań i zamykają na opcje proponowane przez drugą stronę. Sposobem na wyjście z takiego impasu może być przyjęcie tymczasowej zasady, że wybieramy do realizacji tylko te rozwiązania, które są obopólnie akceptowane (Dattilio i Van Hout, 2006).

7.3.2. Interwencje poznawcze

Zgodnie z założeniami poznawczymi osobowość człowieka kształtują nie tylko czynniki środowiskowe i biologiczne, lecz także schematy poznawcze, których istotną składową są przekonania. Schematy powstają zwykle we wczesnym okresie życia w wyniku osobistego doświadczenia i przekazu osób znaczących. Spełniają niezwykle istotną funkcję, ponieważ biorą udział w procesach selekcjonowania, kodowania i oceniania informacji w ciągu całego życia. W świetle tej koncepcji problemy natury psychicznej powstają wtedy, gdy podczas kształtowania się schematów dochodzi do nadmiernych uproszczeń lub generalizacji doświadczeń, wyciągania błędnych wniosków, a także tworzenia przekonań bardziej opartych na wyobrażeniach i życzeniach niż na faktach. Ludzie uczą się niewłaściwych metod przetwarzania informacji pod wpływem wadliwych wzorców płynących ze środowiska lub biologicznie uwarunkowanej podatności do zniekształcania poznania. Niezależnie od tego, czy schemat jest zniekształcony, czy też nie, jego istotną cechą jest tendencja do samopotwierdzania. Oznacza to, że dla osoby najbardziej dostępne są te informacje ze środowiska, które potwierdzają już istniejącą treść schematu. Również interpretacja tego, co osobę spotyka, odbywa się zgodnie z treścią posiadanych schematów. Na gruncie niepoprawnych założeń powstają nieadaptacyjne zasady, które leżą u podstaw strategii i zachowań sztywno stosowanych bez uwzględnienia zmienności środowiska (Beck, Emery i Greenberg, 1985).

Nacisk w interwencjach poznawczych w procesie poradnictwa par jest położony na identyfikację dysfunkcyjnych procesów poznawczych, które uniemożliwiają skuteczne pokonywanie trudności. Zadaniem partnerów jest zatem odkrywanie własnych nieadaptacyjnych przekonań, ustalanie, w jakich sytuacjach się pojawiają i jak wpływają na emocje i zachowanie. Zważywszy, że większość sytuacji trudnych występuje w kontekście związku, ważną umiejętnością jest także dostrzeganie wzajemnego wpływu systemów poznawczych partnerów, ze szczególnym uwzględnieniem „zderzeń” przekonań wywołujących eskalację konfliktów (Dattilio, 1989).

Psychoedukacja

Psychoedukacja zwykle rozpoczyna właściwą część poznawczą pracy z parą. Jest to najbardziej dydaktyczna część pracy w konwencji poznawczo-behawioralnej, obejmuje bowiem dużo informacji, które doradca przekazuje wprost partnerom. Przedstawia się w niej podstawowe założenia pracy z parą. Przede wszystkim podkreśla się zasadę empirycznej współpracy jako głównej osi wszystkich interwencji. Zasada ta podnosi wagę zaangażowania wspólnego wysiłku w rozwiązanie problemu wszystkich stron – obojga partnerów oraz doradcy – a także wskazuje na sposób zbierania danych i weryfikowania wypracowywanych rozwiązań. Mają one sprawdzać się w praktyce, czyli być adekwatne do sytuacji związku i działać adaptacyjnie dla partnerów (Beck i in., 1979). Warto też w psychoedukacji przedstawić paradygmat pracy poznawczo-behawioralnej, oparty na założeniu, że ludzki sposób myślenia jest wynikiem uczenia, można go więc modyfikować. Jednocześnie wpływa on bezpośrednio na przeżywane emocje i generowane zachowania. Procesy te są ze sobą w stałej interakcji, więc zmiana w jednym obszarze będzie skutkować zmianami w pozostałych (Popiel i Pragłowska, 2008).

Narastanie trudności w uzyskaniu satysfakcji ze wspólnego życia przedstawia się w tym modelu jako wynik nierealistycznych przekonań i oczekiwań względem związku, które blokują możliwości harmonijnego funkcjonowania. Kryzys narasta, jeśli dodatkowo małżonkowie zaczynają negatywnie oceniać współpartnera, kiedy związek nie spełnia ich oczekiwań. Dlatego ważnym aspektem pracy jest odkrywanie przekonań prowadzących do konfliktów lub je podtrzymujących (Ellis, 1977). W psychoedukacji zwraca się także uwagę na zmiany, jakie zachodzą w trakcie trwania związku, a więc na osłabienie pozytywnego nastawienia i usztywnienie oczekiwań, podkreślając jednocześnie ich wpływ na eskalację konfliktu, wrogości lub obojętności.

RAMKA 7.4

Główne zasady przekazywane w psychoedukacji dla par na temat ludzkiego sposobu poznawania

Przytoczone zasady dobrze oddają poznawcze podejście do tego, jak małżonkowie powinni traktować własne sposoby poznawania i orzekania w związku.

- Nigdy nie mamy pełnej wiedzy o stanie umysłu innych osób.
- O postawach i pragnieniach innych informują nas, często wieloznaczne, sygnały.
- Do czytania sygnałów wykorzystujemy nasz własny system dekodowania, nie zawsze adekwatny.
- W zależności od stanu własnego umysłu dokonujemy interpretacji zachowań i postaw innych.
- Poziom poprawności naszej interpretacji może radykalnie różnić się od stanu faktycznego.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Beck (1996, s. 123).

Identyfikacja i krytyczna dyskusja dysfunkcyjnych myśli i przekonań partnerów

W podejściu poznawczym do pracy z parą akcentuje się znaczenie przekonań zarówno jako źródła konfliktu, jak i rozczarowania partnerów stanem związku. Takie ujęcie przyczyn pozwala skupić się nie tylko na problemach zgłaszanych, lecz także na problemach ukrytych każdego z partnerów. Zniekształcone przekonania często zaczynają utrudniać komunikację. Doradca stara się odsłonić system przekonań i umożliwić partnerom zrozumienie ich wzajemnego podejścia do związku. Następnie wspólnie starają się eliminować błędne przekonania i poszukiwać bardziej realistycznych zasad, w postaci myślenia alternatywnego. Charakteryzuje je większa elastyczność i wieloaspektowość, a mniejsza kategoryczność niż w wypadku myśli zniekształconych (Schlesinger i Epstein, 1986).

Przyjmuje się, że pierwszym krokiem w ujawnianiu przekonań jest praca z myślami, które automatycznie pojawiają się w konkretnych, trudnych sytuacjach. Stanowią one najbardziej dostępne, a jednocześnie wiele mówiący, poziom przetwarzania poznawczego (Beck, 2005).

TABELA 7.3

Przykład zapisu myśli, emocji i zachowania w sytuacji problemowej

Sytuacja problemowa	Myśli automatyczne pojawiające się jako poznawcza odpowiedź na sytuację problemową	Emocje doznawane przez osobę w związku z pojawiającym się sposobem myślenia	Zachowanie będące behawioralną odpowiedzią na sposób myślenia i przeżywania w tej sytuacji
Zaczytany mąż nie zwraca uwagi na żonę	Nic go nie obchodzi, wszystko jest na mojej głowie	Złość, frustracja	Wyrzuty wobec męża, oskarżanie i negatywne oceny

Po wyjaśnieniu natury myśli i przedstawieniu narzędzi do ich monitorowania doradca zachęca małżonków do śledzenia własnych myśli oraz nazywania pojawiających się w nich zniekształceń poznawczych. Dzięki temu małżonkowie nabierają większego krytycyzmu do własnego myślenia, lepiej kontrolują występujące w nim błędy i uczą się dostrzegać możliwości wpływu na własne zachowanie przez kontrolę myślenia. Uczą się także formułować bardziej adaptacyjne alternatywne myśli, pozbawione zniekształceń.

Następnym krokiem jest nauka zbierania dowodów potwierdzających myślenie alternatywne. Ważne jest, by małżonkowie nie przyjmowali nowych przekonań bezkrytycznie, lecz by sami dokonywali wysiłku ich uzasadnienia przez zebranie potwierdzeń dla ich wiarygodności (Dattilio, 1989). Szczególnie przydatna w pracy z parami jest eliminacja zniekształconego myślenia w opisach zachowań współmałżonka. Dlatego partnerzy po opanowaniu umiejętności konstruowania myślenia alternatywnego ćwiczą w praktyce nowe, bardziej elastyczne wyjaśnienia zachowań partnera, które dotąd ujmowali tendencyjnie lub jednostronnie.

RAMKA 7.5

Przykład zmiany myślenia podczas pracy z parą

Na spotkaniu z Anną i Janem przedmiotem analizy jest często powtarzająca się ostatnio w ich życiu sytuacja, w której mąż po powrocie z pracy milczy lub zdawkowo tylko odpowiada na pytania żony o to, jak minął dzień. Jan wie, że ostatnio nie jest między nimi najlepiej i postanowił nie obciążać żony dodatkowymi kłopotami przynoszonymi z pracy do domu. Dlatego unika rozmów. Anna jednak zwykle w tej sytuacji ma myśl automatyczną: „On już nic do mnie czuje”. Ta myśl wywołuje w niej smutek i przygnębienie. Powoduje także wycofywanie się z relacji i pogarsza i tak już nie najlepszą komunikację między małżonkami. W wyniku dialogu na ten temat Anna dostrzega, że jej myślenie jest tak naprawdę wynikiem arbitralnego wnioskowania. Udaje się sformułować nową myśl alternatywną: „Może istnieć wiele powodów, dla których mój mąż nie podejmuje dialogu”. Przyjęcie tej myśli osłabia pierwotną reakcję emocjonalną Anny, ułatwia jej bardziej otwarty sposób komunikowania się oraz szczerą i wolną od uprzedzeń rozmowę na temat rzeczywistych powodów zachowania Jana.

Źródło: opracowanie na podstawie praktyki własnej.

Eliminacja sztywnych oczekiwań i roszczeń na rzecz preferencji i życzeń

Wzajemne oczekiwania partnerów stają się w procesie pomocy parze szczególnie istotnym przedmiotem zainteresowania. Ich zniekształcony, nierealistyczny, a czasem też irracjonalny charakter w dużej mierze decyduje o sytuacji związku. Uważa się, że poziom sztywności utrzymywania tego typu oczekiwań można wręcz potraktować jako prognostyk poziomu stresu w parze. Nierealne oczekiwania będą powodować frustrację, niszczyć więzi, a nawet wywoływać patologiczne zachowania, takie jak obwinianie czy wrogość (Epstein i Eidelson, 1981). Małżonkowie na ogół oczekują, że partner będzie zaspokajał ich wszystkie osobiste potrzeby. Sytuacja ta intensyfikuje się, gdy partnerzy mają wiele potrzeb, które nie zostały zaspokojone w dzieciństwie. Wydaje się, że wówczas traktują małżeństwo jako naturalne środowisko dla ich zaspokojenia. Wywołuje to postawę roszczeniową, co zwykle kończy się nieporozumieniami i frustracją. Znamienne, że te roszczenia nie pojawiają się w pierwszej fazie związku i zwykle mija sporo czasu do momentu ich wyartykułowania. Tłumaczy to po części, dlaczego we wstępnej fazie związku na ogół nie występują większe trudności dotyczące nierealizowania wzajemnych oczekiwań (Wojciszke, 2004).

Ellis zaproponował oryginalną metodę pracy z dysfunkcyjnymi oczekiwaniami, opartą na dyspucie, której celem jest dostrzeżenie irracjonalności zawartych w nich przekonań oraz zmiana ich na bardziej realistyczne. Jej zastosowanie w pracy z parami daje dobre wyniki (Ellis, 1977). Przykładem myślenia irracjonalnego, które w interakcji małżeńskiej pojawia się bardzo często, jest tzw. myślenie wymuszające. Przybiera ono postać imperatywnego roszczenia, które wymaga bezwzględnej i najczęściej natychmiastowej wykonalności (Ellis i in., 1989). Myślenie wymuszające może dotyczyć siebie samego („muszę być idealnym mężem”) lub partnera. Jeśli np. w systemie poznawczym żony pojawia się myśl: „On musi zawsze zwracać uwagę na to, jak się czuję i zajmować się mną, dopóki się nie uspokoję”, to można się spodziewać, że tego rodzaju myśli z jednej strony wywołają silne napięcie u żony, z drugiej zaś jej komunikaty wobec męża będą wprost lub intencjonalnie zawierały potrzebę zaspokojenia tego imperatywu. Taka roszczeniowa

postawa zwykle nie wpływa pozytywnie na harmonię interakcji. W pracy z parą zaleca się, aby bezwzględne wymuszające imperatywy zamieniać na życzenia i preferencje, które są bardziej realistyczne. Pozwala to osłabić własną reakcję emocjonalną w sytuacji ewentualnego niespełnienia oczekiwania i zadbać o lepszy klimat w relacji.

Redukcja błędnych atrybucji i wzajemnych oskarżeń

Małżonkowie doświadczający poważnych trudności w swoim związku przeważnie poszukują winnych tej sytuacji. Istnieje naturalna ludzka tendencja do interpretowania negatywnych zdarzeń w korzystny dla siebie sposób (Tyler i Devinitz, 1981). Najczęściej konflikt w parze jest podsycany przez wzajemne obwinianie się połączone z niechęcią do wzięcia odpowiedzialności za stan związku i występujące w nim problemy. Zachodzi tu zjawisko błędnej globalnej zewnętrznej atrybucji przyczynowej. Przekonanie, że wszystkiemu jest winien partner, potrafi skutecznie zablokować chęć zmierzenia się z problemami. Ponadto stanowi ono źródło wielu nieporozumień i wzajemnych emocjonalnych „poranień”. Oskarżany partner czuje się zwykle potrącony niesprawiedliwie. Ma poczucie, że jest negatywnie oceniany, a jego starania nie są dostrzegane (Bradbury i Fincham, 1990). Atrybucja zewnętrzna wobec przyczyn problemów w związku jest silnie wzmacniana przez osobistą korzyść, jaką jest uwalnianie własnej osoby od odpowiedzialności za taką sytuację, a w konsekwencji za zmiany, których trzeba dokonać w związku. Jeśli zjawisko to jest szczególnie nasilone, to może się zdarzyć, że małżonkowie będą oczekiwać od doradcy jednoznacznego wskazania winnego i opowiedzenia się po którejś ze stron. Zaleca się wówczas, aby doradca zwrócił szczególną uwagę na kwestię ważności współpracy w rozwiązaniu sytuacji kryzysowej i przyjęciu perspektywy widzenia problemów jako wspólnych (Jacobson i Margolin, 1979). Kolejnym krokiem będzie przyjęcie osobistej odpowiedzialności i uznanie własnego udziału w tworzeniu sytuacji kryzysowej.

Bywa, że poziom wzajemnego oskarżania jest na tyle wysoki, że uniemożliwia dalszą pracę z parą. Zaleca się wówczas wprost wprowadzenie zakazu wzajemnego oskarżania się i robienia sobie wyrzutów. Zakazem objęte są także rozmowy, w których głównym

tematem są nieakceptowane, przeszłe zachowania partnera. Tak sformułowane zasady obowiązują tak długo, aż interakcje w związku staną się spokojniejsze i para będzie gotowa do dalszej pracy (Sokoluk, 1989). Po opanowaniu eskalacji oskarżeń następują kolejne kroki zmierzające do ich wyeliminowania z życia pary. Należy ustalić, jakie przekonania małżonków powodują błędne orzekania o winie i tym samym skłonność do oskarżeń. Następnie trzeba je przedyskutować, podobnie jak inne dysfunkcyjne przekonania, w celu wypracowania przekonań bardziej realistycznych i adaptacyjnych. Małżonkowie powinni także ćwiczyć się w umiejętności komunikacji bez oskarżeń, zastępując je wyrażaniem trudności, jakie mają w związku z konkretnymi zachowaniami partnera, oraz wspólnym zastanawianiu się, co można z tym zrobić (Baucom, 1987).

Ważnym elementem pracy z parą jest również trening radzenia sobie z ewentualnymi oskarżeniami partnera. Jakkolwiek staramy się w procesie poradnictwa zupełnie wyeliminować komunikację opartą na oskarżeniach, to nie zawsze w pełni się to udaje. Warto, aby w takich sytuacjach, w których do oskarżeń jednak dojdzie, małżonkowie pamiętali o kilku pomocnych zasadach ułatwiających adaptacyjne i niekonfliktogenne radzenie sobie z nimi: nie próbuj się bronić ani kontratakować, ustal, jakie twoje zachowanie wywołało oskarżenia, sprawdź, czy dobrze rozumiesz, co małżonek ci zarzuca, spróbuj zrozumieć punkt widzenia współmałżonka i jego racje związane z twoim zachowaniem, wyjaśnij swoje motywacje małżonkowi, wyraż swój żal z powodu tego, co się stało (Beck, 1996).

Dobrze sprawdzającą się opcją jest praca nakierowana na to, by małżonkowie zamiast obarczać się winą, uznali, że problem jest czymś zewnętrznym, a oni wspólnie mogą go rozwiązać (Jacobson i Christensen, 1996). Podstawą takiego procesu jest akceptacja różnic między małżonkami i rezygnacja ze zmieniania siebie nawzajem. Negatywne zachowanie partnera, jego „wina” za istnienie problemów są w tej perspektywie interpretowane jako naturalna konsekwencja różnic w oczekiwaniach i potrzebach. Skoro zaś odmienność ma być szanowana, to nie ma powodu do wzajemnego oskarżania się i obwiniania. To daje możliwość spojrzenia na problem jako na coś oddzielnego. Aby ułatwić kształtowanie się takiego właśnie stosunku do problemów, można w praktyce zastosować interwencję polegającą na „posadzeniu” problemu

na krześle i wspólnemu przyjrzeniu się jego naturze i możliwościom rozwiązania. W tej perspektywie problem błędnych atrybucji wydaje się zminimalizowany, a na pierwszy plan wysuwa się współpraca małżonków w przezwyciężeniu kryzysu, który ich dotknął (Jacobson i Christensen, 1996).

7.4. Dylematy i trudności w procesie poradnictwa par

7.4.1. Gotowe rozwiązania problemów czy raczej narzędzia do ich rozwiązania?

Kiedy doradca zapoznaje się z problemami pary, może pojawić się w nim dosyć naturalna „pokusa”, żeby przedstawić małżonkom jednoznaczne rozwiązania ich trudności, które powinni zastosować w celu zakończenia kryzysu. Jakkolwiek sama nazwa „poradnictwo” sugeruje taki typ interwencji jako oczywisty, to należy wystrzegać się sprowadzania pracy z parą jedynie do udzielania rad. Oczywiście zdarza się, że problem zgłaszany przez parę wymaga jedynie przedyskutowania i dostarczenia niezbędnych dla jego rozwiązania informacji. Jednakże w większości wypadków problemy wynikają ze złożonej sytuacji pary, którą należy rozpoznać, ponieważ bez tego rady na niewiele się zdadzą. Nawet przy dobrej woli małżonków ich zastosowanie może okazać się niemożliwe lub niewystarczające z racji nierozpoznania czynników blokujących rozwiązywanie problemów. Poza tym gotowe rozwiązania zwykle tylko częściowo są oparte na rzetelnej wiedzy psychologicznej o relacjach partnerskich. Zważywszy na powszechność doświadczenia takich relacji, każdy, również doradca, ma wiele nabytych w toku życiowego doświadczenia przekonań dotyczących związków i sposobów rozwiązywania występujących w nich problemów. Przyjęcie przez doradcę postawy „wiem lepiej, czego wam potrzeba” jest nieuprawomocnione, a w wypadku posiadania przez niego wadliwej wiedzy, wytworzonej na gruncie zniekształconych przekonań, wręcz szkodliwe. Ponadto taka postawa łączy się z ryzykiem nadużywania władzy przez doradcę i narzucania przez niego własnych poglądów. Dlatego w paradygmacie poznawczo-

behavioralnym zdecydowanie preferuje się podejście ustrukturyzowanej pomocy opartej na współpracy, w której doradca jest ekspertem w dziedzinie mechanizmów i zjawisk występujących w związkach. Przewycięzanie problemów jest jednak domeną aktywnej pracy małżonków. Tworzenie iluzji gotowych rozwiązań, jakie doradca mógłby przedstawić parze, prowadzi jedynie do większej frustracji i rozczarowania. Doradca wskazuje więc nie tyle rozwiązania, ile drogę do ich uzyskania. Wspiera na tej drodze małżonków swoją wiedzą o metodologii uzyskiwania zmiany i umiejętnościami warsztatowymi prowadzenia poradnictwa, a nie wiedzą życiową, którą posiada (Beck, 2005).

7.4.2. Brak gotowości do współpracy

Jak już wspomniano, praca z parą w paradygmacie poznawczo-behavioralnym opiera się na współpracy obojga małżonków w rozwiązywaniu trudności i pokonywaniu kryzysu. Niespełnienie tego warunku znacznie ogranicza możliwości pomocy. Zwykle w parze występuje jakaś różnica sił, czyli możliwości wpływania na partnera. Współpracę utrudnia duża asymetria w tym względzie. Istnieją pary, w których jedna ze stron uważa, że ma prawo do ostatniego słowa we wszystkich kwestiach. Można się spodziewać, że ta osoba podobnie będzie się zachowywać wtedy, gdy razem ze współmałżonkiem zgłoszą się do poradnictwa, i to zarówno na etapie przedstawiania problemu, jak i akceptacji sposobów jego rozwiązywania. Wobec takiego zjawiska druga strona przyjmuje najczęściej postawę pasywną lub pseudokooperacyjną, co zdecydowanie nie sprzyja współpracy. W skrajnych wypadkach jedna ze stron może być wręcz zmuszana do uczestnictwa w spotkaniach. W takich parach kontynuowanie pracy bez przedyskutowania różnicy sił w związku grozi nikłym efektem interwencji (Leahy, 2001).

Innym przejawem utrudniającym współpracę jest ciągłe przerywanie sobie, co uniemożliwia współmałżonkowi przedstawienie swojego stanowiska, czy nawet dojście doradcy do głosu. Nietrudno sobie wyobrazić, że nieopanowanie tego zjawiska może przekształcić spotkania z parą w niekontrolowaną i wysoce emocjonalną wymianę komunikatów

bez sprecyzowanego celu i terapeutycznego efektu. Oprócz jasnego przedstawienia zasad rozmowy podczas spotkań warto też zadbać o możliwość odreagowania emocjonalnego osoby słuchającej. Można to uzyskać, zachęcając ją do notowania wszystkich swoich myśli i odczuć, jakie pojawiają się w trakcie słuchania wypowiedzi partnera. Skupienie się na konstruktywnym zadaniu angażującym znaczną część zasobów przy jednoczesnej możliwości „odniesienia się” do stanowiska partnera skutkuje na ogół zmniejszeniem wzajemnego przerywania i zwracaniem większej uwagi na to, co partner mówi (Dattilio, 2007). Niezbędna jest pomoc małżonkom w dostrzeżeniu korzyści płynących z pełnego zaangażowania w rozwiązywanie problemów, wykorzystanie pełnego potencjału pary oraz zalet współpracy.

Czasem zdarzenia w związku są na tyle destrukcyjne, że w małżonkach wciąż wiele jest żywych emocji, które utrudniają im skupienie się na przewyciężaniu bieżących problemów i hamują proces poradnictwa. Jeśli przeważającymi emocjami są poczucie skrzywdzenia, zranienia czy deprivacji, to bardzo trudno jest namówić parę na współpracę i zmianę wzajemnego stosunku na bardziej pozytywny. Taka sytuacja wymaga czasem interwencji psychoterapeutycznej opartej na intensywnej pracy z negatywnymi schematami partnerów, dotyczącymi przede wszystkim ich oceny związku i jego cech postrzeganych najczęściej jako stałe i niezmiennie. Celem takiej interwencji jest osłabienie wpływu negatywnych wspomnień i otwarcie się na możliwość pozytywnych zmian. Każdy z małżonków musi taką pracę wykonać sam, bez oglądania się na działania współpartnera. Czasem pomaga, gdy małżonkowie wyrażają żal z powodu tego, co działo się w związku wcześniej. Pozwala to partnerom zamykać emocjonalnie trudne zdarzenia i przekierowywać uwagę na pozytywne w związku (Epstein i Baucom, 2002).

7.4.3. Trudności z zachowaniem zasady symetrycznego traktowania partnerów przez doradcę

Praca z parą wymaga symetrycznego traktowania obojga małżonków. Jest to warunek konieczny do zaangażowania się partnerów w proces poradnictwa. Daje to też podstawę do tworzenia bezpiecznego klimatu

interwencji. Utrzymanie zasady symetrycznego traktowania małżonków może przysparzać wiele trudności. Nie zawsze doradca jest w stanie w jednakowo prosty sposób zachować bezstronność wobec każdego problemu. Dotyczy to zwłaszcza tych problemów, które wydają się podobne do występujących w jego związku obecnie lub w przeszłości.

Nie zawsze też strony akceptują zasadę symetrii. Zdarza się, że jeden z partnerów próbuje „wywalczyć” sobie preferencyjne traktowanie przez doradcę. Może oczekiwać, że ten będzie bardziej go wspierał, potwierdzał jego punkt widzenia lub wprost atakował współpartnera. Wszystko to stwarzałoby klimat nieobiektywności i stronniczości spotkań. Ustalanie obowiązujących wszystkich zasad spotkań i odwoływanie się do nich w sytuacjach, w których jeden z małżonków próbuje nakłaniać doradcę do łamania reguły symetrii, jest najlepszym sposobem na rozwiązywanie tego typu trudności.

7.4.4. Trudności wynikające z osobowości, doświadczeń i systemu przekonań prowadzącego poradnictwo

W poradnictwie par napotyka się czasami niezwykle trudne sytuacje, historie i problemy, które przynoszą ze sobą małżonkowie. Potwierdza to nie tylko praktyka, lecz także badania wskazujące na pary jako najbardziej wymagających, a jednocześnie najmniej zadowolonych klientów spośród osób korzystających z różnych form pomocy terapeutycznej (Seligman, 1995). Pary niełatwo poddają się zmianom. Niektórzy w ogóle zmieniać się nie chcą i stawiają sobie zgoła odmienne niż własna zmiana cele. Nic dziwnego, że w obliczu takich faktów osoby pracujące z parami doświadczają wielu własnych trudności. To, jak sobie z nimi poradzą, zależy od kształtu kilku istotnych z tego punktu widzenia zjawisk. Trudni klienci, brak chęci współpracy i idące w ślad za tym nikłe efekty pracy mogą wywołać u doradcy poczucie przytłoczenia i bezradności. Łatwo w takiej sytuacji także o myśli dotyczące doznanej porażki i własnej zawodowej niekompetencji. Jeśli doradca podda się wpływowi tego typu wzorca, to utraci motywację do pracy, a tym samym zahamuje proces terapeutyczny. Należy w takiej sytuacji poszukiwać zewnętrznej pomocy w postaci dodatkowych szkoleń, konsultacji z kolegami lub supervizji

(Heaton, 2003). Przede wszystkim nie wolno przy tym zapominać, że nie każdej parze udaje się pomóc w jednakowym stopniu. Należy w związku z tym unikać formułowania nadmiernych oczekiwań co do celów poradnictwa. Powinny one być realistyczne i osiągalne, raczej krótkoterminowe i małe niż dalekosiężne i radykalne. W tak trudnej materii jak praca z parą z jednej strony warto nauczyć się pokory w ocenie własnych możliwości i w ocenie możliwości pary, z drugiej zaś – zauważania choćby drobnych postępów zmierzających do zwiększenia satysfakcji klientów ze związku.

Oczywistą, choć bardzo często bagatelizowaną trudnością, która może pojawić się w pracy z trudną parą, jest też fakt występowania w systemie poznawczym doradcy negatywnych i zniekształconych schematów dotyczących rodziny, związku, ról mężczyzny i kobiety, czy też natury miłości. Jeśli doradca ma przekonania, których treść dyskredytuje sens życia w związku, minimalizuje lub gloryfikuje którąś z płci lub wyraża brak wiary w możliwość poprawy jakości życia w związku skonfliktowanym, to łatwo sobie wyobrazić, jakie przynosi to negatywne skutki dla procesu poradnictwa. Podobnie rzecz się ma wtedy, gdy doradca nie przepracował własnych problemów związanych z sytuacją w jego rodzinie pochodzenia. Będą one powracać w trakcie pracy z parami, negatywnie wpływając na możliwości doradcy radzenia sobie z sytuacjami trudnymi.

Podsumowanie

Socjologowie dzielą stadia rozwoju małżeństw na: małżeństwo przed urodzeniem dzieci, małżeństwo z małymi dziećmi, małżeństwo ze starszymi dziećmi, małżeństwo po usamodzielnieniu się dzieci (Adamski, 1982). Istnieją też podziały oparte na analizie zjawiska miłości. Jej zmienność i dynamika w czasie pozwala na wyróżnienie następujących faz związku: okres zakochania, romantycznych początków, miłości pełnej, miłości partnerskiej i miłości pustej (Sternberg, 1988). W każdym z etapów występują charakterystyczne problemy. Szczególne trudności sprawiać mogą momenty przejścia między stadiami. Wymagają one bowiem znacznej elastyczności poznawczej, ułatwiającej adaptacyjne

zachowanie w nowych warunkach. Na każdym etapie związku poczucie satysfakcji nie tylko staje się kryterium subiektywnego zadowolenia, lecz także jest miarą radzenia sobie z wyzwaniami związanymi z życiem w parze. Zadaniem osoby prowadzącej poradnictwo jest pomóc partnerom w przezwyciężaniu kryzysów wynikających ze zmian stadiów i trudności dostosowania się do nowych wymagań. Doradca w swojej pracy skupia się nie tylko na opisie zewnętrznych czynników stanu małżeństwa i problemach, których ono doświadcza, lecz także na intrapsychicznych i relacyjnych powodach utrudniających lub wręcz uniemożliwiających partnerom rozwiązywanie bieżących problemów, a w konsekwencji przeżywanie i postrzeganie ich związku jako udanego. To właśnie te czynniki wpływają znacząco na to, jak sytuacja zewnętrzna jest przez małżonków interpretowana, odbierana emocjonalnie, a w konsekwencji – jak na nią reagują. Od wzajemnej koincydencji tych czynników zależy możliwość realizacji podstawowego zadania pary, jakim jest zbudowanie harmonijnego, poprawnie i satysfakcjonującego funkcjonującego związku.

Paradygmat poznawczo-behawioralny oferuje wiele strategii, które są pomocne w pracy z parami borykającymi się z przezwyciężaniem trudności w swoim związku. Mimo bardzo dobrych wyników badań, które wskazują na skuteczność tych interwencji, nie należy poddawać się ich pozornej oczywistości i łatwości, wynikających z logiczności i w wielu wypadkach zdroworozsądkowości. Skuteczne posługiwanie się tymi interwencjami wymaga rozległego treningu i posiadania znacznych umiejętności. Nawet jeśli doradca opanuje niezbędny do pracy z parami warsztat, nie jest wolny od potencjalnych trudności, jakie mogą go w tej pracy spotkać. Niemniej znacznym ułatwieniem w tej sytuacji jest przestrzeganie procedury postępowania. Klarowna ocena sytuacji pary daje doradcy niezbędną wiedzę do zaplanowania interwencji. Ustalenie czynników blokujących radzenie sobie małżonków z rozwiązywaniem problemów i przezwyciężaniem kryzysów to kolejny krok postępowania, po którym następuje ich metodyczne redukcje na gruncie przedstawionych metod pracy. Wszystko zaś odbywa się w klimacie życzliwej współpracy, opartej na postawie szacunku wobec małżonków oraz zasadach symetrii, bezstronności i profesjonalizmu doradcy.

Pytania sprawdzające

1. Jakie czynniki utrudniają utrzymanie stałej satysfakcji ze związku partnerskiego?
2. Jak wygląda wzorzec wymian behawioralnych w parze zadowolonej i niezadowolonej ze związku?
3. Jakie elementy poprawnej komunikacji wspierają proces przezwycięzania trudności rozwojowych w związku?
4. Istnieje pewna grupa przekonań, które są komunikowane nie wprost, ale przez określone zachowania wzajemne. Wyobraźmy sobie sytuację, w której żona zмага się z otwarciem wyjątkowo odpornej puszki tuńczyka. Dzieje się to w obecności męża. Dalej podano kilka możliwych postaw i zachowań męża:

- przejmuje puszkę, mówiąc łagodnie: „Pozwól mi sobie pomóc”,
- przejmuje puszkę i otwiera ją pewnym ruchem,
- niechętnie bierze puszkę i otwiera ją nerwowo,
- przejmuje puszkę zniecierpliwiony z grymasem na twarzy, otwiera, pomrukując,
- patrzy na żonę z uśmiechem, ale nic nie robi,
- w ogóle nie zauważa „zmagań” żony.

Jakie komunikaty przekazuje każda z behawioralnych odpowiedzi męża w opisanej sytuacji w odniesieniu do następujących kwestii: Jak widzę w związku siebie? Jak widzę w związku Ciebie? Jak widzę nasz związek?

5. Wszyscy dokonujemy różnych zniekształceń poznawczych, które są szczególnie widoczne w komunikatach wypowiedzianych na temat naszych przekonań, interpretacji i postaw. Warto je identyfikować i sukcesywnie eliminować z własnego systemu poznawczego. Zastanów się nad własnymi typowymi zniekształceniami systemu poznawczego.

Problemy do dyskusji

1. Czy istnieje granica „głębokości” pracy z przekonaniem partnerów w procesie poradnictwa? Jeśli tak, to gdzie przebiega?
2. Coraz więcej osób skłania się do pozostawiania w związkach, które zdają się eliminować ze swojej struktury ideę wspólnoty. Partnerzy nie mieszkają razem, nie czują się wobec siebie do niczego zobowiązani,

nie mają znaczących długoterminowych planów. Skoro oczekiwania partnerów są źródłem tak wielu nieporozumień i konfliktów, to może rzeczywiście słuszny byłby model związku całkowicie pozbawiony wzajemnych oczekiwań?

3. Rozróżnienie psychoterapii par i poradnictwa par bywa przez niektórych badaczy i praktyków restrykcyjnie przestrzegane, przez innych zaś bagatelizowane jako marginalne z punktu widzenia procesu pomocy. Czy doradca bywa czasem psychoterapeutą, a psychoterapeuta doradcą? To problem metodologicznie i merytorycznie doniosły, czy też należy go raczej kwalifikować do grupy tzw. sporów akademickich?

Literatura zalecana

Beck, A.T. (1996). *Miłość nie wystarczy*. Przeł. A. Jankowski. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina.

Dattilio, F.M., Padesky, C.A. (1999). *Terapia poznawcza dla par małżeńskich*. Przeł. M. Maciejewska. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.

Epstein, N.B., Baucom, D.H. (2002). *Enhanced cognitive-behavior therapy for couples: a contextual approach*. Washington, DC: American Psychological Association.

Jacobson, N.S., Margolin, G. (1979). *Marital therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Rozdział 8

Poradnictwo rodzinne

Irena Jelonkiewicz

I don't expect my clients to be perfect. I know that family members do the best that they can, and that sometimes the results are very destructive.

I am supportive, because I know I cannot find a wrinkle in any patient's psyche that has not already been pinpointed, examined, and magnified by that person and by every family member.

Nie oczekuję, że moi klienci będą doskonali. Wiem, że członkowie rodziny to, co mogą, robią jak najlepiej, ale czasami wyniki ich działań są destrukcyjne. Wspieram ich, ponieważ wiem, że nie znalazłbym ani jednej rysy w psychice pacjenta, która już wcześniej nie została określona, rozpoznana i wyolbrzymiona przez niego samego i każdą osobę w rodzinie
Minuchin i Fishman (1981, s. 289).

Wstęp

Mimo przemian obyczajowych, społecznych i cywilizacyjnych rodzina pozostaje cenioną, potrzebną i pożądaną przez wielu ludzi formą wspólnego życia. Wszyscy mamy przeszłość rodzinną, zakładamy własne rodziny i wyobrażamy sobie życie następnych rodzin w łańcuchu generacyjnym. Dla ludzi podstawowe znaczenie mają transakcje przebiegające w rodzinie, ponieważ dotyczą ważnych osób – rodziców, rodzeństwa i dzieci. Rodzina jako mała grupa społeczna ma określone właściwości: zasady i normy organizujące jej życie, strukturę władzy, formy komunikowania się ze sobą oraz rozwijane przez lata sposoby rozwiązywania konfliktów i problemów. Relacje łączące członków rodziny są wynikiem doświadczeń i wypracowanej wspólnej historii. W obszarze rodzinnym powstaje również system przekonań i poglądów na świat, niejednokrotnie silnie wiążący ze sobą członków rodziny (Goldenberg

i Goldenberg, 2006). Relacje emocjonalne łączące ze sobą osoby, które tworzą rodzinę, są bardzo mocne, w sposób oczywisty podlegają zmianom w cyklu życia rodziny, niemniej więzy lojalności rodzinnej często wykraczają poza krąg terażniejszej rodziny, wpływając na życie kolejnych pokoleń.

Rodzina w swoim cyklu życia musi zarówno uporać się z normatywnymi, przewidywanymi zmianami rozwojowymi, jak i stawić czoło nieprzewidzianym, nieoczekiwanym wyzwaniom i kryzysom. W procesie zmagania się z trudnościami ogromną rolę odgrywają właściwości rodziny – zachowanie stabilności struktury oraz umiejętność dostosowywania się i elastycznej adaptacji do zmieniających się warunków.

W ostatnim dziesięcioleciu rozwijane są badania skoncentrowane na poszukiwaniu zasobów i możliwości rodzin, niezbędnych w procesie efektywnego przystosowywania się do wydarzeń życiowych. Przesunięcie akcentów z deficytów i poszukiwania źródeł patologii w stronę mocnych stron i rozwoju rodziny jest pochodną rozwijającego się nurtu psychologii pozytywnej. Jedną z bardziej inspirujących teorii wyjaśniających fenomen odporności rodziny na długotrwały stres, zagrożenie, przedłużający się kryzys jest koncepcja sprężystości (*resilience*), która opisuje mechanizm elastycznej adaptacji do niesprzyjających okoliczności życiowych i powrót do normalnego funkcjonowania (Heszen, 2013). Sprężystość (*resilience*) może charakteryzować osobowość poszczególnych członków rodziny, jak również rodziny jako całości (Masten, 2001; Luthar, Cicchetti i Becker, 2000). W tym rozdziale wśród wielu cytowanych prac można odnaleźć ten pozytywny sposób widzenia natury funkcjonowania systemów rodzinnych. Przyjęcie podejścia wykorzystującego potencjał naprawczy rodziny wymaga poszukiwania mocnych stron rodziny, pozytywnego bagażu doświadczeń, historii pomyślnych rozwiązań z przeszłości oraz wzmocnienia wewnętrznej siły i mądrości rodziny.

Rozwój i zmiany zachodzące w rodzinie jako całości stanowią jeden proces, a towarzyszy mu równoległy proces dorastania, rozwijania autonomii i indywidualnej tożsamości poszczególnych osób w rodzinie. W dobrze funkcjonującej rodzinie potencjał rozwojowy jej członków jest dostrzegany, a jednocześnie utrzymywana jest grupowa równowaga całej rodziny. W rodzinach „zablokowanych” trwanie całego systemu jest

przedłużone, ale indywidualne potrzeby członków rodziny pozostają niezaspokojone (Goldenberg i Goldenberg, 2006). Takie właśnie rodziny – zatrzymane w rozwoju, z deprivacją potrzeb poszczególnych osób, frustracją wynikającą z zablokowania możliwości osiągania wspólnych celów rodzinnych, dysfunkcją któregoś z członków rodziny – zgłaszają się po pomoc psychologiczną.

Obserwujemy wzrastającą rolę poradnictwa rodzinnego, również ze względu na powiększenie obszarów, w których udzielania jest pomoc psychologiczna. W odróżnieniu od psychoterapii pomoc psychologiczna dla rodzin (inaczej nazywana w tym rozdziale poradnictwem rodzinnym) nie sięga tak głęboko, jest mniej intensywna i krótkoterminowa. W psychoterapii szukamy mechanizmu wewnętrznego zgłaszanego problemu czy objawu, a niezbędnym warunkiem jej powodzenia jest utworzenie relacji terapeutycznej i przebudowa mechanizmów osobowościowych oraz uzyskanie wglądu. W poradnictwie ważne są rzeczywiste, zgłaszane problemy, kontakt dotyczy tego, co dzieje się „tu i teraz”, a pomagający może występować w roli doradcy udzielającego wskazówek i nauczyciela uczącego umiejętności rozwiązywania problemów. Rodziny nie zawsze potrzebują psychoterapii rodzinnej, która jest zalecana – lub nawet konieczna – w wypadku pojawienia się zaburzeń psychicznych. Dużo częściej rodziny szukają porady, konsultacji, mądrej interwencji wychowawczej czy możliwości podzielenia się problemami z innymi rodzicami w grupie wsparcia. Poradnictwo rodzinne może być realizowane w placówkach służby zdrowia (poradniach zdrowia psychicznego, przychodniach przyklinicznych), ale również w szkołach, ośrodkach pomocy społecznej, centrach pomocy rodzinie, ośrodkach interwencji kryzysowej itp. Rodziny z problemami i trudnościami mogą pojawiać się w bardzo różnych miejscach zatrudniających psychologów, stąd też potrzeba przybliżenia tych zagadnień szerokiemu gronu profesjonalistów. Szczególną rolę pełnią psychologowie zatrudnieni w szkole, ponieważ rodziny często wolą wybrać poradnictwo na terenie szkoły niż poradnictwo zewnętrzne. Poradnictwo w szkole uważa się za mniej zagrażające, a system szkolny jest spostrzegany jako bardziej przyjazny niż ośrodki zdrowia psychicznego i poradnie psychologiczno-pedagogiczne (Davis, 2001).

W tym rozdziale w wielu miejscach zaakcentowano systemowe spojrzenie na funkcjonowanie rodziny. Ten sposób rozumienia rodziny jest niezwykle użyteczny, ponieważ z jednej strony umożliwia przedstawienie podstawowych trudności w realizacji zadań rozwojowych w koncepcji cyklu życia, z drugiej zaś – uwzględnia bardziej złożony ogląd relacji rodzinnych, również w kontekście funkcjonowania w społeczności lokalnej i szerszych systemach społecznych.

Cel i funkcja poradnictwa rodzinnego zostały przedstawione na poziomie ogólnym, następnie uzupełnione i zilustrowane przykładami konkretnych technik użytecznych w pracy doradcy. Rozdział zamykają refleksje dotyczące dylematów i trudności pojawiających się w procesie poradnictwa rodzinnego.

Motto tego rozdziału, zaczerpnięte z pracy Salvadora Minuchina, znanego terapeuty rodzinnego, przypomina nam, jak dużo bólu i cierpienia mogą przynosić ze sobą rodziny zgłaszające się po pomoc i jaką postawę może przyjąć specjalista udzielający tej pomocy.

8.1. Trudności pojawiające się w realizowaniu zadań rozwojowych rodziny

8.1.1. Systemowe rozumienie rodziny

W realizacji zadań rozwojowych rodziny może pojawiać się wiele przeszkód i trudności. Są one zwykle powodem zgłoszenia się do szeroko rozumianego poradnictwa rodzinnego (realizowanego w szkołach, poradniach, centrach pomocy rodzinie, ośrodkach interwencji kryzysowej itp.). Dla osoby udzielającej pomocy psychologicznej często szczególnie trudne staje się uporządkowanie danych i informacji o rodzinie (np. kilka osób przedstawia odmienny opis codziennego życia rodziny) lub określenie istoty zgłaszanego problemu (czy jest nim: wagarujący syn, wycofana matka, a może nieobecny ojciec).

W opisie funkcjonowania rodziny niezwykle użyteczna jest perspektywa systemowa, która zarówno ułatwia przyjmowanie i organizację informacji płynących od rodziny, jak i poprawia rozumienie specyfiki

funkcjonowania rodziny. Szczegółowe opisy koncepcji systemowych rodziny można odnaleźć w kilku podręcznikach (Grzesiuk, red., 2005; Goldenberg i Goldenberg, 2006; de Barbaro, red., 1994; Namysłowska, 2000), dlatego też tutaj zostaną przywołane tylko wybrane informacje użyteczne dla procesu poradnictwa rodzinnego.

Systemowe rozumienie rodziny pojawiło się po wprowadzeniu ogólnej teorii systemów (von Bertalanffy, 1984) w obszar nauk psychologicznych. Ten nowy sposób myślenia zakładał, że:

- rodzina jest systemem, w którym pojawia się zróżnicowanie funkcji podsystemów (małżeńskiego, rodziców, dzieci),
- w rodzinie jako systemie w miarę upływu czasu narasta uporządkowanie jej funkcji,
- zmiana w zakresie jednego podsystemu wywołuje zmianę w pozostałych elementach systemu, czyli pojedyncza zmiana w rodzinnych interakcjach spowoduje zmianę w interakcjach w obrębie całej rodziny.

Ogólna teoria systemów pozwalała skupiać się na wybranych aspektach funkcjonowania rodziny:

- np. zasadach porozumiewania się – obserwujemy system komunikacji w rodzinie i odnajdujemy przykładowe wzory dysfunkcyjnego komunikowania się – zablokowanie komunikacji między niektórymi członkami rodziny,
- np. zasadach kierowania życiem rodziny i podejmowania decyzji – jaki jest system władzy w rodzinie?
- np. rodzajach i sile więzi emocjonalnych – opisujemy rodzinę jako system emocjonalny.

Szczególnie ciekawy, z punktu widzenia doradcy udzielającego pomocy psychologicznej, wydaje się opis dwóch uzupełniających się procesów zachodzących w rodzinie. Pierwszy proces – nazywany morfostatycznym – zmierza do utrzymania stabilności rodziny, która doznaje zwykłych, choć nieprzewidywalnych zmian („mimo chwilowej utraty pracy przez jednego z rodziców, nic nie zmieniamy w planach wakacyjnych”). Drugi –

morfogenetyczny – obejmuje zmiany nakierowane na dostosowanie struktury systemu rodzinnego do środowiska („ze względu na mniejsze dochody rodziców, na wakacje wyjedzie tylko mama z młodszym dzieckiem”). Oba procesy – przeciwdziałanie zmianom i dopuszczanie do zmiany w rodzinie – zazwyczaj są w równowadze, ale czasami sygnałem trudności rodzinnych jest przewaga jednego z nich, np. nasilanie zmiany w rodzinie lub „usztynienie” rodziny polegające na nieprzyjmowaniu żadnej zmiany w rodzinie jako możliwej do przeprowadzenia.

Stosując systemowe myślenie, bardziej niż problemami jednostki interesujemy się relacjami interpersonalnymi, wzorami komunikacji, zasadami rządzącymi życiem rodziny. Zakładamy również, że ważne jest zrozumienie „łańcucha” zależności między wszystkimi osobami w rodzinie, nie tylko tymi, które są opisywane jako powód zgłoszenia (dziecko z problemami wychowawczymi lub niepracujący ojciec). Możemy analizować system rodzinny na różnych poziomach:

- widzimy indywidualnego członka rodziny jako jednostkę,
- widzimy podsystemy diadyczne: matka–ojciec, matka–syn,
- opisujemy całą rodzinę jako system (na ile problemowe zachowanie jednej z osób w rodzinie tworzy napięcie w obrębie całej rodziny),
- analizujemy rodzinę i jej otoczenie jako system (np. niezgodność systemów wychowawczych domu i szkoły – może wywoływać objawy u dziecka).

Dzieci w szkole należą do wielu systemów (rodziny, szkoły, społeczności, kultury), które są ze sobą powiązane w serię podsystemów w obrębie ogromnego systemu. Rodzina również należy do wielu połączonych ze sobą systemów. Kiedy psycholog szkolny zastanawia się nad problemowymi zachowaniami ucznia, może przypuszczać, że w większym stopniu wyjaśniają je trudne interakcje rodzinne niż indywidualna psychopatologia dziecka (Davis, 2001).

Warto również dodać, w jaki sposób można wykorzystać ogólną teorię systemów do wyjaśnienia mechanizmu powstawania problemów i zaburzeń zdrowia. Przy systemowym ujęciu te same warunki wyjściowe (np. podobny status socjoekonomiczny dwóch rodzin) mogą doprowadzić do powstawania różnych efektów (mamy do czynienia z dobrze

funkcjonującym nastolatkiem lub nastolatkiem nadużywającym środków psychoaktywnych). Z podobnych przyczyn powstają zupełnie różne rezultaty – ta zasada nazywana jest ekwipotencjalnością (lub multifinalnością). Zgodnie z drugą zasadą – zasadą ekwifinalności – różna konfiguracja zasobów i doświadczanych trudności (np. rodziny z odmiennym statusem socjoekonomicznym) może doprowadzić do podobnych skutków (synowie z jednej i drugiej rodziny nadużywają środków psychoaktywnych). Z różnych przyczyn powstaje podobny rezultat. Obie zasady pozwalają w myśleniu o rodzinie unikać uruchomienia schematów i stereotypowych sądów o naturze zgłaszanego problemu.

8.1.2. Koncepcja cyklu życia rodzinnego

Koncepcja cyklu życia rodzinnego (Haley, 1995; McGoldrick, Gerson i Shellenberger, 2007; Goldenberg i Goldenberg, 2006) pozwala scharakteryzować problemy rozwojowe typowe dla każdej fazy cyklu oraz zrozumieć zdarzenia krytyczne, które „zatrzymują” rodzinę w jej biegu życia. W cyklu życia rodziny wydzielane są poszczególne stadia: małżeństwo do urodzenia pierwszego dziecka, małżeństwo od urodzenia pierwszego dziecka do urodzenia ostatniego dziecka, okres stabilizacji – wychowywanie dzieci, faza opuszczenia domu przez dzieci, „puste gniazdo”, gdy para pozostaje sama po odejściu wszystkich dzieci. Brown i Christensen (1999) bardziej szczegółowo opisali każdą z tych faz oraz najważniejsze zmiany docelowe:

- Wyprowadzenie z domu – młodzi dorośli niezwiązani małżeństwem, zaakceptowanie odpowiedzialności za siebie w wymiarze emocjonalnym i finansowym, rozwój intymnych relacji z rówieśnikami, ustosunkowanie się do pracy i niezależności finansowej.
- I faza – małżeństwo do urodzenia pierwszego dziecka, oddzielenie od rodziny pochodzenia, ustanowienie bliskich relacji przed uformowaniem nowej rodziny, przyjęcie ról żony i męża.

- II faza – renegocjacja zasad i relacji w związku z pojawieniem się dziecka, przyjęcie ról rodzicielskich a w rodzinie rozszerzonej – ról dziadków, w miarę dorastania dziecka ustanowienie interpersonalnych granic oraz utrzymanie bezpieczeństwa i rodzicielskiego autorytetu.
- III faza – pierwsze dziecko rozpoczyna naukę szkolną, ten etap trwa aż do momentu, w którym ostatnie dziecko wejdzie w okres dojrzewania; podejmowanie decyzji przez rodziców, jaką przyjąć postawę wobec obowiązków szkolnych; dzieci uczą się relacji rówieśniczych i poznają nowe autorytety.
- IV faza – rodziny z adolescentem: gdy pierwsze dziecko wchodzi w okres dorastania, granice rodziny muszą być na tyle elastyczne, by umożliwić uzyskiwanie autonomii przez nastolatka; rodzice zmieniają własne relacje i zasady, dotyczące wyjścia dziecka z rodziny.
- V faza – rodzina wypuszczająca dzieci w świat – osiągnięcie niezależności przez dzieci, oddzielanie się od rodziny, rozpoczynanie kariery zawodowej, studiów, wojska; rodzice rozwijają dorosłe relacje z dziećmi i renegocjują relację małżeńską bez dzieci.
- VI faza – rodzicielska – małżonkowie określają nowy sposób życia; konfrontują się ze stratą (rodziców, dziadków), przygotowują do emerytury.

Brown i Christensen (1999) podają analogiczny opis faz rozwojowych i zadań stojących przed osobami zawierającymi powtórnie związek małżeński:

- I faza – separacji/rozvodu: poradzenie sobie z utratą przyjaciół, rozwijanie na nowo trafnej samooceny i niezależności, przeżycie smutku i żalu z powodu utraty małżeństwa, akceptacja rozvodu przez rodzinę rozszerzoną.
- II faza – samotne rodzicielstwo – zmiana w rodzinie wynikająca z nowej organizacji opieki nad dzieckiem, poradzenie sobie z uczuciami winy i złości, tworzenie nowego systemu wsparcia społecznego.
- III faza – „zaloty” – pragnienie uzyskania ponownej akceptacji, bliskości, tolerowanie konfliktu w nowej relacji, tworzenie roli

potencjalnie nowego członka rodziny.

- IV faza – ponowne małżeństwo – porzucenie mitu o odtworzeniu poprzedniej rodziny, negocjowanie nowych zwyczajów, rozwijanie nowych przymierzy, integracja granic między starą i nową rodziną.

W każdej z tych faz należy uporać się z wymaganiami wynikającymi z danego etapu cyklu życia. Chroniczne zaburzenia interakcji między członkami rodziny mogą świadczyć o niezrealizowaniu przez rodzinę w przeszłości pewnych zadań rozwojowych. Pojawienie się problemów u jednego z członków rodziny jest wtedy sygnałem właśnie takich trudności – związanych z obecną fazą rozwojową lub przejściem do nowej fazy.

Carter i McGoldrick (1999) stwierdziły, że nuklearna rodzina jest trzygeneracyjnym systemem, który reaguje na ciśnienie z generacyjnego napięcia oraz rozwojowych zmian – inaczej mówiąc – obciążają ją stresory wertykalne (oś pionowa) i horyzontalne (oś pozioma).

Na osi wertykalnej niepokój jest przekazywany w obrębie generacji przez system rodzinnych oczekiwań, tajemnic i mitów wiążących rodzinę (np. „w naszej rodzinie często zdarzają się nieszczęścia”) oraz emocjonalne trójkąty funkcjonujące w obrębie rodziny (np. babcia nadmiernie związana z rodzicami). Na osi horyzontalnej niepokój wynika ze zmian w rozwojowym cyklu życia. Niektóre z nich są przewidywalne (np. opuszczenie domu przez dzieci), inne – nieprzewidywalne (np. śmierć członka rodziny). Jaka jest charakterystyka tych stresorów?

Źródłem stresorów wertykalnych działających w terażniejszości są:

- **zjawiska zachodzące w społeczeństwie:** rasizm, seksizm, stereotypy, np. związane z wiekiem, homofobia, konsumpcjonizm, ubóstwo,
- **procesy dotyczące społeczności:** zanik więzi ze społecznością, dłuższy czas pracy, mniejsza ilość czasu wolnego, brak czasu na kontakty ze znajomymi,
- **oddziaływanie dalszej rodziny:** wzorce emocjonalne obowiązujące w dalszej rodzinie, mity i sekrety rodzinne, dziedzictwo pokoleń doświadczających straty,
- **wpływ najbliższej rodziny:** przemoc, uzależnienia, depresja, brak duchowości lub marzeń dotyczących przyszłości,

- **właściwości jednostki**: konstrukcja genetyczna, zdolności i ich brak.

Na stresory horyzontalne (na osi czasu) składają się:

- **przewidywalne rozwojowe zmiany w cyklu życiowym**, np. zmiany miejsca zamieszkania,
- **nieprzewidywalne zmiany**, np. przedwczesna śmierć, nieuleczalna choroba, przyjście na świat niepełnosprawnego dziecka, wypadek, utrata pracy,
- **wydarzenia historyczne**, np. wojna, kryzys ekonomiczny, katastrofy naturalne.

Jeśli stres wyłoni się na obu osiach, a zasoby rodziny są niewystarczające, to może pojawić się kryzys. Trudności narastają zwykle w okolicach zmian w cyklu życia, kiedy członkowie rodziny muszą zreorganizować swoje relacje, swój sposób działania, tak aby móc przejść do następnej fazy. Rodzina, w której występują problemy, obrazowo mówiąc, jest „zamrożona w czasie” – nie umie przełamać impasu i rozpocząć nowego życia.

Według Carter i McGoldrick (1999) oraz Goldenberga i Goldenberg (2006) są takie wydarzenia zakłócające ciągłość, które doprowadzają do ogromnego wstrząsu w życiu rodziny. Warto na nie zwrócić uwagę w procesie poradnictwa rodzinnego. Są to zasadnicze zmiany w składzie rodziny: **przyrosty** (np. dzieci, które „dochodzą” do rodziny przez ponowne małżeństwo) lub **straty** (separacje rodziców, śmierć członka rodziny).

Można również spróbować wymienić kilka rodzajów problemów i trudności, które wynikają z systemowych właściwości charakteryzujących rodzinę w poszczególnych fazach jej cyklu życia.

We wspólnym życiu pary bez dzieci zwykle ustanawiane są **reguły i zasady funkcjonowania diady**, które pozwalają podtrzymywać dotychczasową więź emocjonalną partnerów, nauczyć się współpracy, ale również w razie potrzeby – przywrócić utraconą równowagę spowodowaną np. kłótnią. Mogą to być charakterystyczne spojrzenia, gesty, wypowiedzi korygujące napięcie i zapobiegające eskalacji napięcia lub konfliktu. Brak takich wypracowanych norm regulujących codzienne życie dwojga ludzi

może być źródłem ich dalszych problemów. Inne ważne zadanie młodego małżeństwa to **odseparowanie się** obojga partnerów **od rodzin pochodzenia**, po to aby nowo powstały system stał się niezależny i stabilny.

W kolejnych fazach cyklu życia pojawiają się w rodzinie dzieci, co wywołuje zmiany w rodzinnych wzorach interakcji, takie jak większe obciążenie matki odpowiedzialnością za opiekę nad dzieckiem, zaangażowanie ojca w dodatkową pracę, utratę wyjątkowej pozycji przez starsze dziecko. Dodatkowo, im bardziej są **sztywne wzory interakcji** w rodzinie, tym mniejsze szanse na przystosowywanie się do zmian rozwojowych w rodzinie, polegających np. na stopniowym powiększaniu swobody i niezależności dziecka (Goldenberg i Goldenberg, 2006). **Funkcjonowanie podsystemu małżeńskiego** jest podstawą skutecznych relacji w rodzinie. Dopasowanie małżonków, sposób podejmowania decyzji, rozwiązywanie konfliktów, zaspokajanie swoich potrzeb, planowanie przyszłości rodziny to zadania systemu małżeńskiego. Zakłócenia w jego funkcjonowaniu mogą prowadzić do pojawienia się zachowań buntowniczych u dzieci, walki z rodzicami lub rodzeństwem.

Dorastanie dzieci wyłania problem **elastyczności granic** rodzinnych, które pozwolą na uniezależnianie się nastolatków realizowane m.in. przez częste oddalanie się z systemu rodzinnego. Brak zgody rodziców na rozłąkę, opóźnianie odejścia z rodziny – to następne źródło trudności w realizacji zadań rozwojowych.

W okresie dorastania pewne niepisane **reguły rodzinne** mogą zakazywać poruszania trudnych tematów (np. rozpoczęcia życia seksualnego przez nastolatka) lub nakazywać lojalność wobec rodziny (o sprawach rodzinnych nie można rozmawiać z nikim spoza rodziny). Reguły takie ograniczają rozwój autonomii dzieci, które próbują odnaleźć się w świecie zewnętrznym wobec rodziny. Inny problem dotyczy **plastyczności norm** obowiązujących w tym czasie. Nastolatki wywierają presję na rodziców, aby zmienili zasady dotyczące powrotu dzieci do domu, spędzania wolnego czasu, wydawania pieniędzy. Próbują zakwestionować wartości i zwyczaje rodzinne, aspirują do traktowania ich jak ludzi dorosłych. Konieczne staje się renegocjowanie ról rodzinnych.

W kolejnej fazie cyklu, w której dzieci opuszczają dom rodzinny i małżonkowie pozostają ze sobą, potrzebne jest ustalenie innej, bardziej

partnerskiej relacji z własnymi dziećmi oraz zaakceptowanie ich niezależności. Trudnością dla podsystemu małżeńskiego może stać się ponowne **zdefiniowanie treści i jakości ich relacji**, co niekiedy doprowadza do wzmocnienia ich więzi lub odwrotnie – do ujawnienia tłumionych do tej pory problemów małżeńskich.

Obraz wieloetapowego cyklu życia rodziny pozwala nam w szerszej perspektywie zauważyć i lepiej zrozumieć zakłócenia w funkcjonowaniu rodzin, które tak często pojawiają się w momentach przełomu między kolejnymi fazami.

8.1.3. Wykorzystanie w poradnictwie rodzinnym różnych podejść teoretycznych: behawioralnego, strukturalnego, strategicznego, ekologicznego, Gestalt

Obszerne przedstawienie założeń teoretycznych, modeli terapeutycznych, implikacji praktycznych koncepcji zaszyfrowanych w tytule tego podrozdziału jest zadaniem niemożliwym w granicach przyjętej tematyki i sposobu organizacji materiału dotyczącego poradnictwa. Osoby zainteresowane poszczególnymi podejściami teoretycznymi, stosowanymi w obszarze psychologii i psychoterapii, mogą potrzebne szczegółowe informacje odnaleźć w istniejących podręcznikach psychologii. Przytoczone w tym miejscu wiadomości zostały wybrane ze względu na ich zastosowanie i użyteczność w dziedzinie poradnictwa rodzinnego.

Podejście behawioralne

Celem behawioralnego poradnictwa jest precyzyjne określenie tematu lub celu zmienianych zachowań (nie chodzi o zmiany ogólne lub zmiany w osobowości członków rodziny). Dzięki systematycznym ćwiczeniom, metodą stopniowych kroków dochodzi do uruchomienia zmiany. Ważne jest podkreślanie samokontroli klienta i wzmacnianie pojawiających się nowych zachowań. W wywiadzie przeprowadzonym z osobą zgłaszającą problem zwraca się uwagę na: prezentowane skargi, okoliczności, w których pojawiają się np. zachowania dziecka lub innego członka rodziny wywołujące napięcie czy konflikt. Zbierane są informacje o tym,

co dana osoba robiła z obecnymi lub przeszłymi kłopotami, sama lub razem z innymi. Doradca omawia aktualną sytuację: co można teraz zrobić, żeby przełamać trudność, szuka przykładów odpowiedniego zachowania, omawia proces zmiany. Im dłużej trwa pokonywanie nieprawidłowego zachowania, tym prawdopodobnie większy jest ciężar zgłaszanego przez rodzinę deficytu (Phillips, 1977). Opisany sposób pracy jest użyteczny w rozwiązywaniu przykładowych trudności wychowawczych rodziców, zgłaszanych do konsultacji przez jednego z członków rodziny.

Podjęcie strukturalne

Strukturalne myślenie o rodzinie może być inspiracją dla doradcy zarówno w fazie zapoznawania się z rodziną i jej oceny, jak i w późniejszym okresie – uruchamianiu zmiany w jej funkcjonowaniu (Brown i Christensen, 1999). W przyłączeniu się do rodziny ważny jest proces **akomodacji**, czyli zachowywania się doradcy w sposób zgodny ze stylem rodziny. Oznacza to, że doradca przyjmuje język czy metaforyczne wypowiedzi lub symbole rodziny, jak również poznaje i zachowuje szacunek wobec takiej, a nie innej struktury rodzinnej (rodzina wielopokoleniowa, zrekonstruowana, „patchworkowa”, a więc łącząca różne systemy rodzinne). W procesie komunikacji doradca podąża za rodziną, zadając otwarte pytania, „słuchając trzecim uchem”, używając metafor reprezentujących wzory komunikacji bądź metafor związanych z zawodem rodziny lub zasadą rodzinną. W kontakcie z rodziną jest skupiony na wydobyciu, **pokazaniu sytuacji, a nie na jej opisywaniu**. W związku z tym często obserwuje spontaniczne interakcje rodziny i decyduje, które z nich należy przybliżyć, np. przez ich ponowne odegranie. Daje mu to możliwość zaproponowania rodzinie alternatywnego sposobu reagowania. Rodzina często widzi swój problem w jednej „sztywnej” perspektywie, która może być zmieniona przez doradcę w nowym scenariuszu interakcji.

Struktura rodziny to zorganizowane wzory interakcji, a interakcje są transakcjami kierowanymi przez ukryte zasady. W strukturze rodziny istnieje hierarchia, w której dorośli i dzieci różnią się autorytetem i władzą. Podsystemy są tworzone przez członków rodziny, żeby spełniać

różne jej funkcje, przy czym wszyscy członkowie rodziny należą do przynajmniej jednego podsystemu – utworzonego według generacji, płci, zainteresowań. Granice są często niewidzialnymi barierami, które regulują zarówno interpersonalne interakcje między jednostkami i podsystemami w obrębie rodziny, jak i między rodziną a zewnętrznym światem. Jeśli są **zbyt sztywne**, to w rodzinie jest za mało kontaktów, niewiele wsparcia, dzieci są izolowane, rodzice ich nie kontrolują; dzieci uzyskują dużą swobodę w rozwoju, ale zbyt mało wsparcia. Taką rodzinę nazywamy niezaangażowaną. Jeśli granice są **zatarte**, to rodzinę charakteryzuje duża liczba interakcji, wszyscy wspólnie szybko reagują emocjonalnie, dzieci otrzymują dużo uwagi, ale kosztem autonomii, rodzice mogą mało racjonalnie reagować na kryzys dziecka. Ten typ struktury nazywany jest rodziną splątaną.

Celem strukturalnego rodzinnego poradnictwa jest zmiana organizacji rodziny, która może być dokonana przez analizę procesu rodzinnych interakcji. Tak zwana mapa rodziny może powstać dość szybko, już w trakcie pierwszego spotkania z rodziną. Elementami składowymi takiej mapy są informacje o: (1) strukturze rodziny, (2) podsystemach w rodzinie, (3) rodzaju granic. Doradca pomaga rodzinie w tworzeniu efektywnej hierarchicznej struktury, w której rodzice będą funkcjonować jako spójny, wykonawczy podsystem zarządzający (Davis, 2001).

Podjęcie strategiczne

W podejściu strategicznym przyjmuje się, że zgłaszane problemy podtrzymują homeostatyczną równowagę systemu rodzinnego. Mogą być również sposobem metaforycznego komunikowania się w rodzinie (np. buntownicze zachowania nastolatka pokazują niezgodę **całej** rodziny na ustanowione normy) lub odnosić się hierarchii władzy (to rodzice powinni sprawować władzę nad dziećmi i być na szczycie hierarchii). Ważnym elementem struktury rodziny są tzw. trójkąty, czyli trzyosobowe związki między członkami rodziny, które będą rozpraszać napięcie istniejące w rodzinie. Przykładowy trójkąt może obejmować koalicję między matką a dzieckiem skierowaną przeciw ojcu. Jak funkcjonuje taki trójkąt? Matka jest zmęczona opieką nad dzieckiem, dziecko zachowuje się niewłaściwie, matka prosi ojca o interwencję, która jest nieskuteczna.

Matka krytykuje ojca za nieumiejętne zajmowanie się problemem dziecka, co powoduje wycofanie ojca. Matka ponownie zbliża się do dziecka, a po pewnym czasie sekwencja zachowań rodzinnych powtórzy się. Identyfikacja trójkątów i nazwanie **sekwencji zachowań** pozwala zrozumieć procesy przebiegające w rodzinie i zaproponować zmianę wzoru powtarzających się interakcji. Twórcy tego podejścia uważali, że nie należy interpretować problemu zgłaszanego przez rodzinę inaczej, niż go przedstawia członek rodziny, nie warto również interesować się uczuciami członków rodziny, ale tym, jak są ze sobą powiązani. Dla doradcy bardziej diagnostyczne jest to, jak członkowie rodziny **reagują** na problem niż to, co **mówią** o zgłaszanym problemie (Goldenberg i Goldenberg, 2006).

Doradca wprowadza nowe zachowania, dając okazje do ćwiczenia ich między sesjami. Celem ćwiczenia nowych zachowań jest zmiana istniejących wzorów, które służą podtrzymaniu dysfunkcyjnych interakcji w obrębie rodziny (Davis, 2001).

Strategiczne interwencje mogą być instrukcjami zalecającymi zmianę problemowego zachowania: jednostka jest wtedy proszona w zachowanie się w rodzinie w odmienny sposób, lub paradoksalnie – klient może być proszony o kontynuację zachowania np. okazywanie niepokoju lub zdenerwowania ze specyficznymi wskazówkami: kiedy, gdzie, wobec kogo, jak długo powinien zachowywać się w określony sposób. Zakłada się, że jeśli klient wykona owo zalecenie, to będzie w ten sposób rozwijał poczucie kontroli nad objawem (Smith i Stevens-Smith, 1992).

Podejście Gestalt

Opisując reguły metody fenomenologicznej, Sills, Fish i Lapworth (1999) zwracają uwagę na konieczność odkładania na bok wartości, uprzedzeń osoby pomagającej, co nazywane jest „braniem w nawias”. Doradca zadaje następujące pytania: „Co teraz robisz?”, „Co czujesz?”, „Co dzieje się potem?”, „Czy chcesz tak robić?”. Nie wyjaśnia, lecz zachęca klientów do opisywania swoich doświadczeń. Jego spojrzenie jest horyzontalne, czyli wszystko w polu klienta jest tak samo ważne. Doradca dąży również do powiększenia u klienta poczucia odpowiedzialności za siebie, m.in. przez zaakceptowanie przekonań: „taki właśnie jestem”, „jestem taki, ponieważ

taki chcę być”, „jeśli zechcę, mogę być inny”. Specyficzne techniki pracy, takie jak odgrywanie ról, praca z pustym krzesłem (wyobrażoną osobą z rodziny), rozwijanie twórczej ekspresji przez dźwięk, rysunek, gest, mogą być również wykorzystywane w poradnictwie rodzinnym.

Podjęcie ekologiczne

Stormshak i Dishion (2002) podkreślają na wagę podejścia ekologicznego w poradnictwie rodzinnym. Istotą tego podejścia jest rozumienie społecznego funkcjonowania dzieci w wielu różnych kontekstach: domowym, szkolnym, rodzinnym, rówieśniczym, społecznościowym. Schemat ekologiczny nawiązuje do teorii rozwoju Bronfenbrennera (opisanej w rozdz. 2), zgodnie z którą dziecko możemy umieścić w symbolicznym wewnętrznym kole, które jest otoczone serią „gniazd”, czyli środowisk w różnym stopniu potencjalnie wpływających na jego rozwój. Systemowe uporządkowanie relacji między dzieckiem a otaczającym światem pozwala wyjaśniać różnice w społecznej adaptacji dzieci i młodzieży. Pozwala również formułować różne plany interwencji – odnoszących się do właściwości dziecka, interakcji rodzice–dziecko, relacji rówieśniczych, interakcji z nauczycielami, sąsiadami, innymi dorosłymi w miejscu zamieszkania. Wykorzystanie modelu ekologicznego w prewencji i interwencji rodzinnej umożliwia zgromadzenie informacji o rozwoju dziecka w różnym kontekście – z wyraźnym akcentem na poszukiwanie jego mocnych stron oraz siły ukrytej w badanym obszarze interakcji (np. wspierająca grupa rówieśnicza lub akceptujący nauczyciel).

W perspektywie ekologicznej odchodzi się od modelu medycznego lub terapeutycznego, w którym formułuje się ocenę problemu, a następnie planuje interwencję wprowadzaną w życie na zewnątrz terapii prowadzonej z dzieckiem np. w domu lub w szkole. W początkowej fazie, czyli fazie oceny, zbierane są dane z różnych systemów, w których funkcjonuje dziecko. Następnie przechodzi się do fazy zarządzania przypadkiem, w której rodzina organizuje się wokół zmiany – ustala się, kto, gdzie, jak, kiedy – będzie coś robił. Później następuje faza rzeczywistej interwencji, np. skierowania na terapię, interwencji w szkole lub kręgach sąsiedzkich.

Potwierdzenie motywacji do zmiany nieadaptacyjnych zachowań rodzicielskich można uzyskać przez krótką interwencję FCU (*Family Check-Up*). Interwencja składa się z trzech elementów: początkowego wywiadu, sesji oceniającej i sesji *feedback* (Stormshak i Dishion, 2002). Zaleca się, aby pierwsze spotkanie zostało przeprowadzone w domu. Doradca przez refleksyjne słuchanie dowiadyuje się, jakie są słabe i mocne strony rodziny oraz ocenia rozbieżność między obecnym a pożądanym funkcjonowaniem rodziny. W trakcie tej wizyty przekazuje rodzinie informacje na temat przebiegu planowanej interwencji.

Podczas drugiego spotkania zwraca się uwagę na różne aspekty rozwojowe dotyczące adaptacji dziecka: procesy interakcyjne w rodzinie, wpływy szkoły, otoczenia sąsiedzkiego. Informacje przekazywane rodzinie powinny obejmować zagadnienie centralnej roli rodziców w procesie przywracania dobrostanu dziecka oraz omówienie sposobów zmniejszenia niepokoju czy poczucia zagrożenia dziecka. Odpowiednia proporcja czynników ochronnych (mocne strony rodziny) do dolegliwości, problemów (czynniki ryzyka), umieszczona w informacjach zwrotnych od doradcy, wzmacnia motywację rodziny do zmiany. Autorzy sugerują, że optymalna proporcja tych informacji to stosunek 4 do 1.

Trzecia sesja jest podzielona na kilka części: najpierw rodzice omawiają własną ocenę funkcjonowania rodziny wynikającą z poprzedniego spotkania (ważne jest zrozumienie perspektywy rodziców i uzyskanie orientacji, czy i jak został uruchomiony proces zmiany). Dochodzi do klaryfikacji problemu i udzielenia wsparcia. Następnie doradca i rodzice wspólnie opracowują przegląd opcji zmieniających życie rodziny i przygotowujących sukces dziecka. W tym zestawie propozycji powinny się znaleźć przynajmniej dwie interwencje, a jedna z nich mówi: „żadne nowe zasoby nie są nam potrzebne”, co oznacza, że rodzina postanawia się nie zmieniać. Ta możliwość jest dogodna dla rodzin, które nie są jeszcze gotowe na zmianę, ale mogą skorzystać z fazy oceny i informacji zwrotnych w inny sposób, np. kontynuując dotychczasowe sposoby radzenia sobie z problemem dziecka. W drugim typie interwencji można proponować 1–2 konsultacje z rodziną poświęcone specyficznym zagadnieniom, spotkaniową grupę dla rodziców, indywidualną terapię dziecka, interwencję na terenie szkoły itp.

8.2. Metody pomocy osobom doświadczającym określonych trudności

8.2.1. Pojęcie, cel i funkcja poradnictwa rodzinnego

Poradnictwo rodzinne adresowane jest do osób doświadczających kryzysów rozwojowych lub mających przejściowe trudności z przystosowaniem się do trudnych wydarzeń życiowych, pojawiających się w życiu rodziny. Celem udzielanej pomocy jest wspieranie klientów w przejmowaniu większej kontroli nad swoim życiem. Schemat udzielania pomocy psychologicznej jest następujący: **diagnoza** aktualnego problemu, określenie **kontekstu** pojawienia się problemu i trudności ograniczających możliwość jego rozwiązania, **wspólne opracowanie** nowych sposobów rozwiązania i wreszcie wspieranie osób poszukujących pomocy w **wypróbowaniu** nowych rozwiązań problemu.

Zasady, które mogą organizować współpracę z rodzinami zgłaszającymi się po pomoc psychologiczną, dotyczą czterech obszarów (por. Shepard, 2011). Zostaną one kolejno omówione.

Pierwsza z nich odwołuje się do **zaufania między dzieckiem a dorosłym**. Wskazana przez Eriksona I faza rozwojowa (por. rozdz. 2) wymaga rozwiązania zadania społecznego nazywanego: zaufanie vs. brak zaufania (gdy nie są zaspokajane potrzeby dziecka). Spostrzeganie świata jest zapoczątkowane w rodzinie pochodzenia. Kwestia zaufania jest również testem dla doradcy. Rodzina powinna mu zaufać, dlatego może przyglądać się tak samo uważnie doradcy, jak kiedyś dziecko spoglądało na swoich rodziców. Stąd też pierwsze spotkanie ma podstawowe znaczenie w ustanowieniu przyjaznej, bezpiecznej i ufnej relacji między pomagającym a rodziną zgłaszającą się po pomoc.

Druga zasada jest powiązana z nabywaniem przez rodzinę kompetencji w rozwiązywaniu różnych trudnych problemów. Rodziny zgłaszające się do poradnictwa rodzinnego doświadczają wielu mieszanych uczuć. Trudno im zaakceptować myśl, że potrzebna jest pomoc zewnętrzna, ponieważ oznacza to, że dotychczasowe doświadczenia, przekonania, wartości, strategie rodziny nie są skuteczne i nie prowadzą do rozwiązania problemów. Przekonanie „jesteśmy niekompetentni” może rodzić poczucie

winy i obawę przed oskarżeniem ze strony profesjonalisty o nieumiejętne rodzicielstwo. Dzieci przychodzące do doradcy czasami nie wiedzą lub nie rozumieją powodów wizyty, a w dodatku – jeśli to ich zachowanie jest problemem rodzinnym – przewidują, że będą przedmiotem „przesłuchania” i staną w krzyżowym ogniu pytań doradcy. Shepard (2011) pisze, że **kompetencja tworzy różnicę** – rodzina tworząc nowe metody postępowania, uzyskuje nowe umiejętności i kompetencje w poradzeniu sobie z trudnościami.

W trzeciej zasadzie przyjmuje się, że **samokontroli można się nauczyć**. Dzieci często mają kłopot z odpowiedzią na pytanie: „Dlaczego tak się zachowujesz?”. Nie potrafią przewidywać konsekwencji swoich zachowań i jeszcze nie wiedzą, że szczególnie sekwencja ich działań może eskalować aż do pojawienia się poważnego kryzysu w rodzinie i poza rodziną. Rodzice mogą nauczyć się udzielania pomocy dzieciom przez zrozumienie problemów, a nie przez przypisywanie im winy. Doradca próbuje rodzicom wyjaśnić, jak ich zachowanie uniemożliwiało zaspokojenie potrzeb dzieci. Istotą tej zasady jest nauczanie dzieci odpowiedzialności za własne zachowanie.

W czwartej zasadzie akcentuje się pogląd, że **w dorastaniu dziecko powinno doznawać radości każdego dnia i oczekiwać przyjemnych wydarzeń w przyszłości**. Tak wiele czasu w rodzinach zajmuje zmaganie się z bólem, stresem, napięciem. Zapomina się o możliwości przeżywania radości, przyjemności, wesołości lub traktuje się ją jako mniej ważną część codziennego życia. Rodziny często zgłaszają się po pomoc psychologiczną z listą „brudów” – mówią o złych rzeczach w życiu rodzinnym, koncentrują się na uczuciach porażki i frustracji spowodowanej zablokowaniem realizacji obecnych potrzeb i niemożnością rozwiązania bieżącego problemu. Rzadko wspominają chwile wspólnej radości, sytuacje, w których razem celebrowali ważne chwile w rodzinie. Doradca może wyjaśniać, jakie znaczenie w rozwoju ludzi (dzieci również!) ma sytuacja przeżywania radości – zarówno w teraźniejszości, jak i planowanej przyszłości.

Zdaniem Shepard (2011) przedstawione zasady mają uniwersalny charakter i mogą być stosowane niezależnie od rodzaju prezentowanego problemu rodzinnego. Doradca to facylitator i edukator, który przekazuje

komunikat, że mniej istotne jest to, w jak poważnych kłopotach jest obecnie rodzina, ważniejszy jest sposób wydobycia się z tych kłopotów.

8.2.2. Metody pomocy

Formy i style udzielania pomocy

Według Murgatroyda (2000) można wyróżnić siedem podstawowych form udzielania pomocy: (1) informowanie, (2) działanie bezpośrednie, (3) nauka i trening, (4) zmiana systemu, (5) obrona interesów, (6) zapoznawanie z oddźwiękiem i (7) doradzanie. Istotą działań nakierowanych na niesienie pomocy psychologicznej jest dokonywanie mniejszych lub większych zmian w codziennym życiu ludzi. Ten sam autor przedstawia listę strategii stosowanych przez doradców współpracujących z osobami, którym udzielana jest pomoc. Przytaczamy tę listę, ponieważ odnosi się również do obszaru udzielania pomocy psychologicznej rodzinie:

- strategia instruktażowa – przekazywanie rad i sądów przez doradcę, który próbuje pokierować zachowaniami osób zgłaszających się po pomoc, a szczególnie tymi, które osoby wspierane realizują we własnym domu,
- strategia informacyjna – podawanie informacji wpływających na myśli i zachowania członków rodziny, przekazywanie interpretacji lub udzielanie wskazówek rodzinie,
- strategia konfrontacyjna – reagowanie i stawianie wyzwań rodzinie, które umożliwia rozpoznanie problemu i korektę dotychczasowego sposobu myślenia, reagowania lub zachowania,
- strategia oczyszczająca – stosowanie technik ułatwiających emocjonalne rozładowanie określonych emocji (np. smutku, żalu, złości),
- strategia katalizująca – sporządzenie umowy określającej obowiązki i zadania obu stron relacji pomagania, która umożliwia przejęcie kontroli nad własnym postępowaniem osób zgłaszających się do doradcy,

- strategia podtrzymująca – nawiązanie porozumienia i akceptacja problemów rodziny są źródłem wsparcia udzielanego rodzinie w przełomowym okresie jej życia.

Dwa główne style udzielania pomocy, powiązane z przedstawionymi wcześniej strategiami, to: (1) styl dyrektywny, w którym doradca kieruje i prowadzi rodzinę potrzebującą pomocy; (2) styl rozwijający, w którym doradca zachęca członków rodziny do samodzielnego osiągnięcia zaplanowanych celów (Murgatroyd, 2000).

Techniki udzielania pomocy

1. **Schemat WDEP** (*Wants, Doing/Direction, Evaluation, Plan*) – pomaga określić obecne relacje w rodzinie i zaplanować optymalną interwencję (Duba i in., 2009).

Duba i współpracownicy (2009) zaproponowali nieco odmienny (w stosunku do ujęcia systemowego) rodzaj myślenia o poradnictwie rodzinnym. Wymienieni autorzy wykorzystywali koncepcję terapii zorientowanej na rzeczywistość (*Reality Therapy*), stworzonej przez Williama Glassera (por. Prochaska i Norcross, 2006, s. 135–138).

Każdy człowiek ma pięć bazowych potrzeb, które pragnie zaspokoić: (1) potrzebę przetrwania, (2) uzyskania miłości i poczucia przynależności, (3) posiadania władzy i poczucia wartości, (4) odczuwania wolności i niezależności, (5) korzystania z przyjemności i zabawy. Zaspokojenie tych potrzeb daje jednostce poczucie kontroli. Jeśli w rodzinie pojawia się konflikt lub napięcie, oznacza to, że opisane potrzeby nie są zaspokajane lub istnieje niespójność między obrazem tych potrzeb u poszczególnych członków rodziny. Osoby zwracające się o pomoc do doradcy rodzinnego z jednej strony chcą, żeby inni w rodzinie dopasowali się do jej/jego obrazu potrzeb, ale z drugiej strony nie mają ochoty zmieniać własnych pragnień i oczekiwań. Ten paradoks – zgłaszanie zapotrzebowania na zmianę i równoczesne opieranie się zmianom – jest zwykle doskonale znany profesjonalistom pracującym z systemami rodzinnymi.

Duba i współpracownicy (2009) uważają, że poradnictwo rodzinne powinno obejmować trzy stadia: (1) ocenę pragnień poszczególnych osób w rodzinie, postrzegania pragnień innych członków rodziny oraz

oczekiwań całej rodziny, (2) interwencję, na którą składają się psychoedukacja rodziny, zmniejszanie napięcia i niepokoju poszczególnych osób, nauka nowych sposobów zaspokajania potrzeb, (3) działanie polegające na zaplanowaniu i wprowadzaniu w życie planu.

RAMKA 8.1

Technika genogramu

Genogram to graficzny zapis drzewa genealogicznego rodziny od strony matki i ojca. Wskazane jest, by rysunek obejmował trzy pokolenia. Przedstawia on obraz skomplikowanych wzorców rodzinnych, pozwala szybko zorientować się w strukturze rodziny. Pokazuje zmiany zachodzące w rodzinie w czasie i przestrzeni. Standardowy format genogramu i wzór symboli używanych do zapisu informacji podawanych przez członków rodziny zostały szczegółowo opisane przez McGoldrick, Gersona i Shellenberger (2007).

Źródło: opracowanie własne na podstawie McGoldrick, Gerson i Shellenberger (2007).

W historii rodziny można poszukać informacji wyjaśniających, w jaki sposób w przeszłości zaspokajali swoje potrzeby członkowie rodzin i w jakim stopniu wzory generacyjne mogą mieć wpływ na obecne pragnienia rodziny poszukującej pomocy. Do eksploracji przeszłości wykorzystuje się technikę genogramu (opisaną w ramce 8.1). Po omówieniu danych z genogramu wprowadza się system WDEP (*Wants, Doing/Direction, Evaluation, Plan*) kolejno badający następujące kwestie: W – eksploracja pragnień, potrzeb każdego członka rodziny zaspokojonych i niezaspokojonych; D – wyjaśnianie, jak każdy zamierza osiągnąć to, czego pragnie w życiu rodzinnym; E – ocena, czy obecne zachowanie członków rodziny daje im szanse otrzymania tego, czego chcieliby; P – określenie sposobów zaspokojenia potrzeb i pragnień, stworzenie dla każdej osoby możliwości omówienia planu działania, na który zgodzą się pozostali członkowie rodziny.

2. **Schemat SCAMPER** (*Substitute, Combine, Adapt, Modify, Put to other uses, Eliminate, Reverse*) – pomaga doradcy rodzinnemu w rozwijaniu kreatywnego sposobu wprowadzania zmiany przez klientów (Star i Cox, 2008).

Star i Cox (2008) piszą, że innowacyjny i niekonwencjonalny sposób myślenia o zdrowiu oraz kreatywność osoby udzielającej pomocy mogą poprowadzić rodzinę w kierunku stworzenia oryginalnego sposobu rozwiązywania zgłaszanych problemów. W planowaniu pomocy psychologicznej użyteczny jest schemat SCAMPER (*Substitute, Combine, Adapt, Modify, Put to other uses, Eliminate, Reverse*) – akronim kolejnych działań podejmowanych w pracy z rodziną. Sekwencja tych działań to: zmienić język opisu problemu, przyłączyć się do osoby sprawiającej kłopoty, modyfikować (nasilać, osłabiać) swoje zachowanie zgodnie z założonym celem, robić coś w odmienny sposób, zmieniać swoje reakcje na problemowe zachowanie. Autorki podają przykład pracy z matką obwiniającą się o złe zachowanie syna w szkole. Interwencja doradcy składa się z następujących kroków: S – zamiana interpretacji zachowania matki z niekorzystnego na troskliwe; C – zalecenie podjęcia z synem rozmowy o jego zachowaniu; A – spędzanie czasu z synem zamiast częstego karania; M – częstsze chwalenie za dobre zachowanie syna; P – koncentracja na dobrych stronach syna; E – eliminacja zachowań polegających na martwieniu się problemami syna z przeszłości; R – zmiana typowej, nawykowej reakcji matki na złe zachowanie syna.

Wśród wymienianych kreatywnych technik pracy z rodziną szczególne znaczenie może mieć praca z fotografiami rodzinnymi. Początkowy kontakt z rodziną jest łatwiejszy i bardziej naturalny, jeśli materiałem do rozmowy stają się zdjęcia rodzinne. Czasami rozmowy nawiązujące do tematyki fotografii są mniej zagrażające niż bezpośrednie wymiany myśli między członkami rodziny. Oglądanie albumów rodzinnych przynosi wiele cennych informacji – przypominane są dawno zapomniane wydarzenia z przeszłości, rozważane role osób przedstawionych na zdjęciach, wykrywane przerwy w dokumentowaniu życia rodziny, ujawnia się wyidealizowany i bardziej realny obraz rodziny, odnotowywane są osoby niefotografowane lub nadmiernie dokumentowane (Star i Cox, 2008). „Podróż” w rodzinną przeszłość może również nasilić uczucie bliskości i zrozumienia między klientami a doradcą.

3. Wykorzystanie metod kreatywnych w poradnictwie rodzinnym

Techniki włączające zabawę

We współcześnie prowadzonym doradztwie dość często do spotkań rodzinnych włącza się aktywności oparte na zabawie. W początkowym okresie rozwijania poradnictwa rodzinnego koncentrowano się na udzielaniu pomocy osobom dorosłym w rodzinie i tym nastolatkom, które rozwojowo były w stanie korzystać z tradycyjnej werbalnej („mówionej”) formy kontaktu (Wehrman i Field, 2013). Z wielu powodów włączanie młodszych dzieci do spotkań rodzinnych staje się wyzwaniem dla doradcy. Na przykład różny wiek uczestników spotkania rodzinnego oznacza też różnice w ich umiejętnościach językowych, rozwoju poznawczym, rozumieniu złożonych problemów, co niewątpliwie może oddziaływać na strukturę i treść sesji doradczej. Wehrman i Field (2013) zaznaczają, że dorośli i dzieci funkcjonują w odmiennych poznawczo światach, ale równocześnie mogą uważać, że inne osoby są w stanie zrozumieć ich perspektywę. Czasami rodzice sądzą, że dzieci powinny myśleć i rozmawiać w sposób dopasowany do poziomu funkcjonowania dorosłych. Dzieci często nie mogą spełnić tych oczekiwań i w związku z tym na sesji stają się obserwatorami „rodzicielskiej” konwersacji. Aby poradzić sobie z wykluczeniem, zajmują się czymś innym niż temat sesji lub zaczynają przeszkadzać w rozmowie dorosłych.

Jakie są zalety organizowania wspólnych sesji rodzinnych włączających techniki wykorzystujące zabawę? Aktywność opierająca się na zabawie, np. używanie lalek metaforycznie reprezentujących osobowość członków rodziny, pozwala przerwać i zmienić typowy sposób opisywania problemów rodzinnych. Oglądanie, słuchanie, czyli doświadczenie sytuacji gry i zabawy, powoduje, że członkowie rodziny stają się mniej analityczni i nastawieni na intelektualne rozważania, a bardziej świadomi przeżywanych emocji. Ponadto twórcze aspekty zabawy umożliwiają wypróbowanie nowych sposobów interakcji, np. członkowie rodziny częściej słuchają się nawzajem, poświęcają więcej uwagi wypowiedziom innych osób, mniej osądzają wzajemne zachowania, częściej reagują humorem, czy też stosują bardziej demokratyczne metody podejmowania decyzji. Dorośli stosują komunikację werbalną do przekazywania myśli i uczuć, ale dla dzieci to zabawa jest językiem wyrażającym ich myśli i przeżycia. Pomysły ćwiczeń i gier dla całej rodziny zostały przedstawione w ramce 8.2.

Wspólne ćwiczenia dla rodziny – wskazówki dla doradców

- Używaj lalek, kukiełek, marionetek (można je stosować od 4 r.ż.), piaskownicy, proponuj odgrywanie ról.
- Zaproponuj wykorzystanie lalek do pokazywania poszczególnych części dnia rodzinnego (co dzieje się w domu: po szkole, wieczorem, w trakcie weekendu); zmieniaj role przypisane lalkom (lalka reprezentująca mamę staje się lalką – córką), poproś również o pokazywanie wyobrażonych scen: jak chcieliby, żeby był zorganizowany dzień w rodzinie.
- Wykorzystaj markery, kredki, farby – do stworzenia rysunków, które pokazują perspektywę indywidualnego członka rodziny – np. każdy osobno rysuje trzy rysunki w trzech kolumnach: „Pamiętam: (1) szczęśliwą, (2) smutną, (3) złą – rodzinę”; następnie wszystkie rysunki są opisywane, wyjaśniane i przedyskutowane z innymi osobami.
- Inne pomysły na tematy rysunków: „Rodzinny sekret”, „Rodzinny problem”, „Rodzinne sposoby rozwiązywania problemu”, „Osoby w rodzinie, które są miłe i wzbudzają szacunek”.
- Jeśli dysponujesz piaskownicą, to wprowadzaj do niej lalki, proponuj opowiadanie historii, np. przejście rodziny przez kryzys (ktoś odchodzi z rodziny, nagła przeprowadzka), zwracaj uwagę, by członkowie rodziny mogli kolejno pracować lub robić coś wspólnie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Wehrman i Field (2013).

Planowanie sesji z elementami zabawy wymaga wcześniejszego przedyskutowania terapeutycznych i rozwojowych korzyści proponowanego sposobu pracy. Najlepiej, jeśli taka rozmowa odbywa się już w trakcie początkowego spotkania z rodziną. Naturalną reakcją rodziców może być opór, wyrażający się m.in. w pytaniach: „W jaki sposób zabawa może pomóc mojemu dziecku?”, „Mamy chyba poważnie rozmawiać o problemie, a nie poświęcać czas zabawie?”, „Zabawa jest zabawą, ale jak to się ma do prawdziwego świata?”. Dlatego też doradca powinien wyjaśnić funkcje i zalety pracy wykorzystującej techniki zabawy. Opór może pojawić się również po stronie doradcy: „Czy w miejscu pracy dysponuję odpowiednią przestrzenią i materiałami umożliwiającymi organizację gry lub zabawy?”, „Czy będę umiał zachować kontrolę nad spontanicznymi zachowaniami dzieci?”, „Czy będę czuł się komfortowo, proponując »dziwne« ćwiczenia i sytuacje?”.

Częściowym rozwiązaniem przywołanych wątpliwości jest zaplanowanie spotkań, w podczas których techniki zabawy są połączone

z innymi sposobami pracy z rodziną. W ramce 8.3 podano przykład interwencji z zastosowaniem zabawy.

RAMKA 8.3

Propozycja sesji interwencyjnej zorganizowanej w modelu integracyjnym (podejście strategiczne, strukturalne, narracyjne, indywidualne, poznawczo-behawioralne)

Każda sesja trwa ok. 50 min: faza wprowadzająca (5 min), faza pracy (30–35 min), przerwa w sesji i faza przekazu specjalnego (15–20 min):

1) Faza wprowadzająca:

- Powitanie z każdym członkiem rodziny, z wymienieniem imienia, obserwacja zachowań i stylu komunikacji rodzinnej, zajmowanego miejsca, struktury władzy w rodzinie, przejawianej na sesji dyscypliny rodzicielskiej, emocji pojawiających się w trakcie rozmowy.
- Następnie przedstawienie wskazówek, jak wybierać np. lalki, które reprezentują kogoś w rodzinie.

2) Faza pracy:

- Sporządzanie genogramu (po wyjaśnieniu sposobu wykonania zadania). Na dużym arkuszu papieru rysujemy „drzewo” rodzinne, zaczynając od zaznaczenia dzieci, posuwając się dalej do pokolenia dziadków, praca przy rysunku ma zaangażować wszystkie osoby w rodzinie.
- Następnie doradca pyta o powody zgłoszenia się po pomoc, słuchając uważnie każdej osoby.
- Ostatnie zadanie to wykonanie Tygodniowej Skali Oceny (*Weekly Check-in Scale*). Rodzina podaje, kiedy zgłaszany problem był najbardziej nasilony (np. awantury z dorastającym synem były najczęstsze pod koniec roku szkolnego). Na dole arkusza z genogramem wprowadza się tę datę z liczbą 1 (największe nasilenie) i prowadzi linię do liczby 10 (oznaczającej, że problem jest rozwiązany i rodzina ma się już lepiej). Doradca prosi każdego członka rodziny o zaznaczenie, w którym miejscu skali jest teraz problem i dlaczego tam został umieszczony. Przy każdym oznaczeniu jest imię danej osoby i data sesji. Można również zapytać, co każdy mógłby zrobić, żeby przesunąć problem w stronę rozwiązania, czyli liczby 10.

3) Przerwa w sesji i faza specjalnego przekazu:

- Doradca ma krótką przerwę, wychodzi, zachęcając rodzinę do zabawy. W tym czasie ma chwilę na zastanowienie, refleksję, ustalenie dalszego przebiegu sesji, sporządzenie przekazu lub interwencji dla rodziny (może to być konkretne zadanie do wykonania w domu, lektura książki itp.). Przerwa w sesji wywołuje zaciekawienie, zazwyczaj rodzina oczekuje informacji zwrotnej, dlatego jest zainteresowana tym, czego dowie się od prowadzącego spotkanie.
- Doradca wraca, przekazuje interwencję, może narysować lub przeczytać podsumowanie sesji. Pyta, co członkowie rodziny pomyśleli o tym, co usłyszeli od niego na zakończenie spotkania.

Kolejne sesje

- W czasie wstępnej fazy doradca i rodzina wracają do Tygodniowej Skali Oceny – każdy podaje liczbę ilustrującą aktualną ocenę nasilenia problemu, która z datą i imieniem jest zapisywana na arkuszu z genogramem.

- Uczestnicy sesji są rutynowo proszeni o opisanie zachowań, które wprowadzali w życie po to, aby zmniejszyć nasilenie zgłaszanego problemu i wzmocnić rodzinę. Każda sesja kończy się przerwą i specjalnym przekazem.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Wehrman i Field (2013).

Lowenstein i Sprunk (2010) przypominają, że najbardziej efektywny sposób pracy z rodzinami oznacza włączanie wszystkich dzieci do spotkań. Wspólna praca podkreśla interakcyjność problemu rodzinnego i jednocześnie pozwala na przesunięcie z centrum uwagi osoby, która jest tzw. głównym problemem rodziny (często taką osobą jest np. niegrzeczne, dysfunkcyjne dziecko). **Używanie technik sztuki i zabawy pozwala odejść** od racjonalnego, intelektualnego, abstrakcyjnego świata do świata wyobraźni, spontaniczności i metafory. Gry i zabawy różnią się oczywiście od „tradycyjnej mówionej” terapii, zachęcają do swobodnej ekspresji emocji. Dla rodziców może to być trudne i tworzyć dodatkowe napięcie, dlatego też należy odpowiednio wcześniej spotkać się z nimi, wyjaśniając zalety przedstawionych form pracy. Ważne jest przedstawienie korzyści takich technik, np. przez podanie następujących argumentów: dzieci zazwyczaj lubią zabawę i rysunek, często komunikują się przez zabawę, w ten sposób łatwiej wyrażają swoje emocje; zabawa jest aktywnością, która pozwala na utrzymanie uwagi dzieci w trakcie spotkania. Poza tym zabawa pomaga rozwijać dzieciom poznawcze, afektywne i sensomotoryczne umiejętności. W ramce 8.4 przedstawiono propozycje kreatywnych technik opartych na zabawie.

RAMKA 8.4

Przykładowe zabawy proponowane rodzinie

- **Kolorowe cukierki** (np. M&M) – każdy otrzymuje po 7 cukierków, odpowiada na różne pytania przypisane do kolorów: (a) zielone – opisz swoją rodzinę, (b) purpurowe – jakie są sposoby osiągnięcia przyjemności w rodzinie, (c) pomarańczowe – co może ulepszyć życie naszej rodziny, (d) czerwone – sprawy, którymi się martwisz, (e) żółte – przyjemne wspomnienia z życia rodziny. Gdy ktoś odpowie na pytanie, wybiera następną osobę. Cukierki są zjadane tylko po udzieleniu odpowiedzi. Potem prowadzący otwiera dyskusję pytając: (1) czego się dowiedziałeś? (2) co było najbardziej zaskakującą informacją o kimś w rodzinie? (3) co możesz zrobić, żeby wprowadzać zmiany w rodzinie?
- **Rodzinny prezent** – prowadzący prosi o wykonanie prezentu dla rodziny, powinien to być tylko jeden prezent, którego wszyscy pragną; wszyscy muszą się zgodzić, czym będzie ten prezent i jak może być używany w rodzinie. Rodzina ma 30 min na podjęcie decyzji

i wykonanie prezentu. Następnie są zadawane pytania: (1) opiszcie prezent, (2) opowiedzcie, jak każdy czuł się w trakcie wykonywania prezentu, (3) kto podejmował decyzje, np. kto zdecydował, jaki to powinien być prezent, (4) czy możecie w rodzinie razem pracować, (5) czy ktoś nie zgadzał się na propozycje lub sprawiał kłopoty i jak sobie z tym radziliście, (6) czy w sposobie działania coś przypominało inne zadania realizowane w rodzinie, (7) czy prezent jest pomocny dla rodziny, czy coś jeszcze mogłoby pomóc rodzinie?

- **Burza – latarnia morska** – rodzina (nie rozmawiając) rysuje łódkę, sztorm, latarnię morską. Następnie każdy pisze opowieść o tym, co zdarzyło się przed sztormem, w jego trakcie i po nim, potem opowiada swoją historię. Pytania doradcy: (1) jak wyglądałby pobyt w łódce z rodziną w czasie sztormu, (2) kto w czasie sztormu byłby najbardziej pomocny, (3) jakie uczucia przeżywałbyś w czasie najgorszej fazy sztormu, (4) czy wierzysz w nadejście pomocy, jak by do tego doszło, (5) w jaki sposób moglibyście jako rodzina prosić o pomoc?
- **Gra na pierwsze spotkanie rodzinne:** wykorzystując karty do gry, zadaje się pytania, np.: „Jak myślisz, co należy zmienić w Waszej rodzinie? Dobry doradca to ktoś, kto... . Jak się czujesz, jeśli twoja rodzina dostanie pomoc, której ty potrzebujesz?”. Niektóre karty oznaczają uściski, inne – niespodzianki. Podobny schemat można zastosować w czasie ostatniego spotkania z rodziną: „Jakie pozytywne zmiany zaszły w rodzinie? Co rodzina teraz jest w stanie robić lepiej? Opowiedz o jednej rzeczy, której nauczyłeś się na tych spotkaniach i której możesz użyć w przyszłości. Poproś prowadzącego, żeby powiedział, czego nauczył się od rodziny”.
- **Rzucanie piłki** – jeśli ktoś rzuca piłkę do innej osoby, to musi jej powiedzieć coś miłego, gra trwa dopóki, dopóty każdy nie usłyszy przynajmniej dwóch miłych rzeczy od innych osób w rodzinie. Po grze dochodzi do rozmowy, w której omawia się przykładowe zagadnienia – jak to było, gdy mówiło się komuś coś miłego; jak się czuła dana osoba, gdy ktoś z rodziny mówił jej coś miłego, czy ktoś usłyszał zaskakującą informację? W drugiej serii rzutów członkowie rodziny mówią o czymś, co wspólnie mogliby robić i sprawiłoby wszystkim radość, w trzeciej serii – co chcieliby zmienić, w ostatniej – o tym, co zrobić, żeby poprawić życie rodziny.
- **Genogram** – badani rysują „drzewo” swojej rodziny, następnie używając małych figurek lub obrazków, wspólnie decydują o ich przyłożeniu do każdej osoby w genogramie. Figurki reprezentują pozytywne cechy danej osoby lub coś, co się w niej lubi albo w czym jest dobra. W omówieniu zwraca się uwagę, czy wszyscy w rodzinie otrzymali pozytywne charakterystyki, czy mają tendencję do koncentrowania się na mocnych lub słabych stronach innych osób w rodzinie.
- **Wywiad z użyciem lalek** – każdy z członków rodziny wybiera dla siebie lalkę. Jako rodzina mają ułożyć własną historię z początkiem, środkiem i końcem, nieprzypominającą żadnej znanej bajki. Zadanie polega na napisaniu, przećwiczeniu i odegraniu tej opowieści z użyciem lalek. Prowadzący obserwuje organizację działań rodziny, jej stopień zaangażowania, wzory komunikacji, strukturę, kto zarządza zabawą, kto się podporządkowuje innym osobom.
- **Rodzinna rzeźba z lalkami** – każda z osób w rodzinie po kolei wybiera lalki, które reprezentują członków rodziny, również nieobecnych, i umieszcza gdzieś w pokoju w taki sposób, jaki ilustruje realną sytuację w rodzinie. Następnie prowadzi się rozmowę, zadając pytania: „Co możesz powiedzieć o tej scenie, jak można określić uczucia między poszczególnymi osobami, czy są dla siebie przyjaciółmi, czy walczą ze sobą, czy ktoś w rodzinie czuje się samotny?”.

- **Uzdrowianie zwierząt** – ćwiczenie rysunkowe użyteczne w trakcie końcowych spotkań z rodziną. Każdy z członków rodziny wyobraża sobie rodzinę zwierząt, która przechodzi trudne chwile – najpierw mają narysować ranną rodzinę zwierząt, następnie – rodzinę zwierząt, która przetrwała i wyzdrowiała. Podwójne rysunki są umieszczane na ścianie i wspólnie omawiane. Ocenia się tutaj podobieństwa i różnice między rysunkami, pyta, jakie trzy słowa najlepiej opisują ranną rodzinę i ozdrowiałą rodzinę, co pomogło zwierzętom przejść trudne chwile, z jakich własnych sił zwierzęta korzystały, żeby przetrwać kryzys, czy rysunki odkrywają coś ważnego z życia rodziny.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Lowenstein i Sprunk (2010).

Techniki improwizacyjne w poradnictwie rodzinnym

Techniki improwizacyjne są kolejnym sposobem wprowadzania kreatywnego i innowacyjnego podejścia do planowania pomocy psychologicznej. Dzięki ćwiczeniom improwizacyjnym rodzina uzyskuje szansę na odkrycie czegoś, co może zmienić pętlę sprzężenia zwrotnego działającego w systemie rodzinnym. W teoriach systemowych sprzężenie zwrotne uznawane jest za podstawowy mechanizm kontroli (Prochaska i Norcross, 2006). Dodatkowo sprzężenie zwrotne nasila kolejne odchylenia od zrównoważonego funkcjonowania (np. eskalacja kłótni rodziców), ujemne sprzężenie zwrotne redukuje pojawiające się odchylenia, po to aby przywrócić utraconą równowagę (np. kłótnię rodziców przerywa pytanie dziecka).

Jeśli pewien sposób zachowania został nauczony w działaniu, to może być oduczony również w działaniu. W ćwiczeniach improwizacyjnych przez własne działania członkowie rodziny mogą eksplorować procesy emocjonalne, odnaleźć miejsce do zabawy i prezentacji spontanicznych zachowań, lub nawet uzyskać zrozumienie sedna ich problemów. Oczywiście, przyjęcie konwencji „zabawy” i pozwolenie sobie na spontaniczne zachowania dla wielu osób w rodzinie nie jest łatwe. Doradca musi włożyć dużo wysiłku i wykorzystać swoje umiejętności, by klimat i atmosfera sesji z rodziną sprzyjały takim zachowaniom.

RAMKA 8.5

Przykładowe techniki improwizacyjne

- „Tak, i ...” (Yes, and...) – pierwsza osoba proponuje słowo, pojęcie itd., druga osoba odpowiada bez zaprzeczania, następnie pierwsza osoba odpowiada na wypowiedź drugiej osoby. Przykładowy dialog: „To jest piłka”, „Tak, i ta piłka jest czerwona”, „Tak, i ja wiem, że

czerwony jest twoim ulubionym kolorem”. Rozmawiająca para doświadcza sytuacji, w której niezależnie od tematu, partner kontynuuje rozmowę i reaguje „tak”. Rodziny z problemem zwykle odpowiadają: „Tak, ale..”, lub „Nie”.

- „Wskazać i nie powiedzieć” (*Point and un-tell*) – od partnera oczekuje się automatycznej, nieprzygotowanej odpowiedzi. Pierwsza osoba wskazuje przedmiot (powinien być łatwo rozpoznawany, identyfikowany), druga osoba – odpowiada pierwszym automatycznym skojarzeniem, akceptowane jest jakiegokolwiek inne słowo. Potem następują kolejne serie skojarzeń. W trakcie ćwiczenia pierwsza osoba nie kwestionuje ani nie ocenia odpowiedzi partnera, ale szybko wskazuje inny przedmiot. Ćwiczenie pokazuje, że członkowie rodziny często zmieniają swoje automatyczne odpowiedzi, żeby uniknąć konfliktu lub odsłonięcia siebie, ale wskazuje również, że nie można jednocześnie tworzyć odpowiedzi i reagować na partnera w ćwiczeniu. Doradca obserwuje wszystkie krytyczne reakcje pierwszego partnera i objawy wahania u drugiego partnera.
- „Dr Wszystkowiedzący” (*Dr Know-It-All*) – ćwiczenie pozwala ocenić poziom współpracy w rodzinie. Członkowie rodziny stoją lub siedzą blisko siebie, mogą się objąć ramionami i współdziałać ze sobą jako „wielogłowy twór”. Rodzina odpowiada na pytania zadane przez doradcę lub kogoś z rodziny, ale każda osoba mówi tylko jedno słowo. Na przykład na pytanie: „Która jest godzina” – matka odpowiada: „Jest”, siostra: „trzecia”, ojciec: „po”, matka: „południu”. Każda odpowiedź na pytanie jest elementem większej całości. Pierwsze pytanie zwykle jest zabawne, żeby w niezagrażający sposób wprowadzić ćwiczenie. W miarę upływu czasu pytania są coraz bardziej powiązane z prezentowanym problemem rodzinnym.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Ruby i Ruby (2009).

Początkowe oczekiwania rodziny mogą dotyczyć wyobrażonej roli doradcy, który np. ma stać się arbitrem czy sędzią rozstrzygającym konflikty rodzinne. Nieprzyjęcie takiej roli oznacza dla doradcy usztywnienie i utrzymywanie dystansu wobec prób wciągnięcia go w racje jednej ze stron konfliktu. Jest to często bardzo niewygodna pozycja dla doradcy. Wprowadzenie do spotkań elementów improwizacji pomaga rozwiązać ten dylemat („orzekanie wyroku” jest odłożone) i pozwala doradcy zyskać bardziej zaciekawioną i pozytywną postawę wobec rodziny (Ruby i Ruby, 2009). W ramce 8.5 podano propozycje ćwiczeń improwizacyjnych.

Przedstawione propozycje aktywności opierającej się na grze, zabawie czy improwizacji doradca może potraktować jako inspirację do utworzenia własnych twórczych pomysłów technik, których celem jest wywołanie zachowań spontanicznych i odbiegających od dotychczasowych wzorów interakcji rodzinnych.

8.3. Dylematy i trudności w procesie poradnictwa rodzinnego

Zanim omówione zostaną główne tematy tej części rozdziału, warto przypomnieć pewne ogólne uwagi dotyczące formuły i treści poradnictwa. Będą one użyteczne w zarysowaniu dylematów i trudności pojawiających się w procesie poradnictwa rodzinnego.

Poradnictwo jest często identyfikowane jako doradztwo, czyli rodzaj działania społecznego, w którym osoba udzielająca pomocy dostarcza porad, wskazówek pomocnych w rozwiązaniu problemów osoby przychodzącej do doradcy. Rozwiązanie tych problemów ma prowadzić do optymalizacji innych podejmowanych działań i/lub powiększenia wewnętrznej świadomości osoby wspomaganej (Kargulowa, 2005). Doradca może być nazywany konsultantem, ekspertem, trenerem, pomagającym. Należy przypomnieć, że udzielanie porad jest relacją społeczną, która zaznacza wpływ osoby doradzającej. Osoba wspomagana dobrowolnie decyduje się na oddziaływanie społeczne osób występujących w roli doradcy.

Relacja pomagania jest dość jasno określona – jeśli ktoś nie może poradzić sobie z jakąś sytuacją, to zwraca się o pomoc do innej osoby, którą uznaje za kompetentną i na tyle doświadczoną, że chętnie podda się jej sugestiom. W ocenie trudności rozważanych przez osobę zwracającą się po radę możemy wyróżnić trzy elementy: (1) sytuacja problemowa jest określona jako kłopotliwa lub niemożliwa do rozwiązania, (2) dotychczasowe próby jej przezwyciężenia są nieefektywne i pojawia się potrzeba poszukania pomocy, (3) w trakcie spotkania z doradcą dochodzi do potwierdzenia przez niego oceny sytuacji jako odbiegającej od „normalnego” funkcjonowania osoby radzącej się.

Kargulowa (2005) wymienia trzy rodzaje poradnictwa, które są praktycznie wyprowadzone z koncepcji behawioralnej, humanistycznej i poznawczo-rozwojowej: (1) poradnictwo dyrektywne, czyli instrumentalne sterowanie osobą lub osobami radzącymi się; (2) poradnictwo liberalne, mające na celu zapewnienie poczucia bezpieczeństwa w samodzielnym dochodzeniu do zmiany; (3) poradnictwo

dialogowe – polegające na wspólnym rozwiązywaniu problemu w partnerskim dialogu doradcy i radzącego się.

Ta sama autorka podaje możliwe scenariusze działania współczesnych doradców:

- mistyk – zajmuje się pogłębianiem rozumienia sensu życia,
- optymistyczny praktyk – próbuje zadbać o komfort radzącego się,
- pragmatyk – w doradzaniu wspomaga się środkami technicznymi (komputer, internet),
- negocjator – pomaga układać się z rzeczywistymi sytuacjami,
- edukator – uczy innych, jak radzić sobie z problemami,
- łącznik – zabiega o wzmacnianie lokalnego kapitału społecznego, poszukuje w społeczności źródeł wsparcia,
- cynik – przede wszystkim myśli o pozyskiwaniu, zdobywaniu i utrzymywaniu klientów.

W zakresie poradnictwa rodzinnego można umieścić konsultacje problemów małżeńskich, rodzinnych i wychowawczych. We wszystkich wymienionych obszarach mogą pojawić się podobne trudności w realizacji tej formy pomocy psychologicznej.

Pierwsza z nich wiąże się z **uzgadnianiem perspektywy klientów i doradcy**. Zgodność może dotyczyć celu poradnictwa: czy na pewno doradcy i rodziny myślą o podobnym wyniku ich spotkań? Na przykład rodzina pragnie przerzucić kłopoty z „niegrzecznym” dzieckiem na barki profesjonalisty i wyreńczyć się jego doświadczeniem w zaprojektowaniu nowych strategii wychowawczych. Natomiast doradca chciałby wprowadzić zmiany w zarządzaniu rodziną w toku wspólnych negocjacji i zaplanowaniu programu wdrażania zmian. Różnice między rodziną a doradcą mogą również wynikać z języka używanego przez obie strony. Język rodziny jest powiązany z jej doświadczeniami, jak również wpływami kulturowymi środowiska, w którym jest osadzona. Język doradcy może sprawiać wrażenie zbyt profesjonalnego i odległego od codziennej rzeczywistości. Warto również zadbać o uzgodnienie sposobu realizacji programu doradczego, ponieważ tu również mogą pojawić się niejasności. Rodziny bywają niecierpliwe, oczekują dość szybkich i spektakularnych wyników, mogą czuć się zniechęcone brakiem

natychmiastowego efektu. Przy wprowadzaniu do poradnictwa technik z elementami zabawy czy gry, które zostają włączone do spotkań rodzinnych, niektóre rodziny mogą czuć się rozczarowane „niepoważnym” podejściem doradcy.

Wymienionym trudnościom można zapobiec przez szczegółowe uzgadnianie planu działań – czy to w formie ustnych ustaleń z rodziną, czy to w formule pisemnej umowy, podpisywanej przez obie współpracujące strony.

Druga trudność dotyczy rozumienia **roli doradcy rodzinnego**: czy jest on ekspertem, nauczycielem, trenerem, konsultantem, czy może jeszcze kimś innym z przytoczonej listy. Odpowiedź na to pytanie jest szczególnie istotna dla osoby zajmującej się poradnictwem rodzinnym. Jasne określenie celu i zakresu udzielanej pomocy, unikanie podejmowania roli psychoterapeuty lub wiecznego opiekuna „nieudanej rodziny” pozwala uniknąć kłopotów z własną identyfikacją zawodową i oszczędza rodzinie wysiłku w zastanawianiu się, jak traktować doradcę: jak przełożonego w miejscu pracy, jak nauczyciela szkolnego, a może jak guru i przewodnika duchowego?

Oczywiście każda z wybieranych ról wymaga odpowiednich kompetencji. Ważnym prawem, a może i wyrazem poczucia odpowiedzialności doradcy, jest podejmowanie się zadań, do których realizacji ma on odpowiednią wiedzę i kwalifikacje.

Trzecia rozważana trudność jest związana z utrzymaniem **ciepłej, przyjaznej relacji z wszystkimi członkami rodziny**. Doradca powinien unikać zaangażowania w racje jednej ze stron. Zachowanie bezstronności jest trudnym zadaniem, gdy osoba pomagająca np. zetknie się z rodzicami popełniającymi ewidentne błędy wychowawcze w postępowaniu z dziećmi, albo gdy zaobserwuje przejawy złej woli lub niechęci do zmiany praktyk wychowawczych. Być może w takiej sytuacji doradca zechce stanąć po stronie dzieci, próbując wesprzeć je w walce z rodzicami. A może problem będzie dotyczył tzw. trudnego dziecka, które terroryzuje całą rodzinę i jedynym możliwym rozwiązaniem staje się wzmocnienie rodziców w odzyskaniu władzy w rodzinie oraz ograniczeniu wolności i niezależności dziecka? Tego typu przykłady pokazują, jak łatwo stać się stronnikiem jednej ze stron konfliktu i popaść w pułapkę prostego i mało skomplikowanego sposobu rozumienia dynamiki życia rodzinnego.

W takim sposobie myślenia jest ktoś, kto ma rację, i ktoś inny, kto jej nie ma; niektórzy w rodzinie są winni, a pozostałe osoby są niewinne. Innymi słowy, pułapką dla doradcy staje się rola sędziego lub arbitra rozsądzającego spory i ogłaszającego odpowiedni „wyrok” dla rodziny. Możliwym sposobem uniknięcia tej pułapki jest systemowe spojrzenie na funkcjonowanie rodziny.

Czwarta trudność w ustanowieniu dobrego kontaktu z wszystkimi osobami przychodzącymi po pomoc wiąże się z **bagażem dotychczasowych doświadczeń rodziny**. Bardzo trafnie opisał to zjawisko Minuchin (1981) w zacytowanym na początku tego rozdziału fragmencie swojej książki. Rodziny przychodzące do doradcy mają często obawy, które nie zawsze są łatwo rozpoznawane przy pierwszym kontakcie. Obawiają się oceny osoby z zewnętrznego otoczenia systemu rodzinnego – przy czym każdy boi się czegoś innego: rodzice boją się oskarżenia, że są niedobrymi rodzicami, a dzieci nie chcą po raz kolejny usłyszeć, że są niedobrymi dziećmi. W poradzeniu sobie z zasygnalizowaną trudnością pomaga przyjęcie poglądu, zbieżnego z myślą Minuchina, iż poza bardzo szczególnymi przypadkami patologii rodzinnej, najczęściej jest tak, że w rodzinie (i wśród doradców!) nikt nie jest doskonały i że zarówno dzieci, jak i rodzice starają się być jak najlepsi dla siebie, choć bardzo często im to nie wychodzi. Problemem rodzinnym w większym zakresie nie jest brak miłości, ale brak umiejętności.

Piątym dylematem doradcy może być **ograniczanie własnej tendencji do udzielania pomocy** w szerszym zakresie niż ten zadeklarowany przez rodzinę poszukującą pomocy. Przykładowe zgłoszenie w poradnictwie rodzinnym może dotyczyć buntowniczych zachowań dorastającego nastolatka. Doświadczony doradca rozpozna w zgłoszonej sprawie dodatkowe problemy w funkcjonowaniu rodziny, np. związane z osłabieniem więzi małżeńskiej, wycofaniem i depresyjnym nastawieniem do życia matki oraz brakiem porozumienia i więzi emocjonalnej między dorastającym dzieckiem a jego starszą siostrą. Dodatkowo, okaże się, że rodzina ma narastające od pewnego czasu kłopoty finansowe.

Wiedza doradcy obejmuje szersze spektrum problemów niż ten jeden, przedstawiony przez rodzinę. Koncentracja na sprawie wniesionej przez rodzinę jest koniecznym ograniczeniem, które ma pewne zalety. Oznacza

szacunek dla wyboru ważnego problemu, który został dokonany przez rodzinę – być może taki właśnie problem jest możliwy do przedstawienia na „tu i teraz”. Rozwiązanie trudnej sprawy często sprawia, że rośnie zaufanie rodziny zarówno do doradcy, jak i do własnych możliwości naprawczych i zechce w późniejszym terminie podjąć następne zagadnienia do rozstrzygnięcia. Doradca unika za to kolejnej pułapki – odegrania roli „mędrca” rodzinnego lub „zbawcy” rozwiązującego jej wszystkie trudności.

Milner i O’Byrne (2007) napisali, że szacunek dla osób poszukujących pomocy polega również na ograniczaniu chęci doradcy do promowania własnych idei (np. dla dobra rodziny), przez stłumienie w sobie każdej chęci pomocy, która jest silniejsza od chęci klientów lub ma związek z własnymi celami doradcy.

Jak uniknąć pokusy spekulowania, czy nie byłoby warto zająć się kolejnymi obszarami problemów rodzinnych? Dla doradcy pomocne może stać się przyjęcie strategicznego rozumienia funkcjonowania systemu rodzinnego. Podejście strategiczne sugeruje, że jeśli rodzina zmieni metodę rozwiązywania danego problemu, mogą nastąpić zmiany w samym problemie. Powodem większości problemów jest niewłaściwe rozwiązywanie codziennych kłopotów, jeśli porzuci się dotychczasowy, utrwalony sposób radzenia sobie i zastosuje odmienne rozwiązania, to problemy zanikną. Z chwilą eliminacji problemu, wspólne zadanie zostaje zakończone. Dążenie do następnych zmian może wynikać tylko z życzenia rodziny (Goldenberg i Goldenberg, 2006).

Jednym z ważniejszych zaleceń etycznych dla osoby pomagającej jest unikanie bycia najważniejszym elementem w życiu klientów (Milner i O’Byrne, 2007).

Podsumowanie

W tym rozdziale spróbowano przedstawić zależność między problemami zgłaszanymi przez rodzinę a zadaniami przypisanymi do określonej fazy cyklu życia rodziny. Wybrane pojęcia kilku koncepcji teoretycznych (zaczepnięte z podejścia systemowego, strategicznego, strukturalnego itd.) mogą być wykorzystywane w poradnictwie rodzinnym. Przykłady

konkretnych ćwiczeń i zadań, które można zaproponować rodzinom, to praktyczne wskazówki dla osób udzielających pomocy psychologicznej. Zasygnalizowane dylematy w pracy z rodzinami oczywiście nie stanowią wyczerpującego opisu tego zagadnienia, ale mogą skłonić Czytelników do stworzenia własnej listy trudności przypisanych roli doradcy rodzinnego.

Warto zwrócić uwagę na dwie kwestie znajdujące się w tle poruszanej problematyki. Pierwsza z nich dotyczy często podkreślanego przez teoretyków i praktyków „pozytywnego” spojrzenia na siły i zasoby rodziny, czyli potrzeby poszukiwania rezerw w jej dotychczasowym funkcjonowaniu. Druga jest związana z tematem samodzielności klientów doradcy. Zachęcamy osoby, z którymi współpracujemy, do przejmowania wiodącej roli w opanowywaniu problemu, zachowania wytrwałości w takim działaniu, co pozwala wzmocnić ich nadzieję, że są do tego zdolni. Niezależnie od przyjmowanej roli eksperta doradcy powinni pozwalać klientom na samodzielne dokonywanie wyborów. Milner i O’Byrne (2007) pisali o terapeutach, że powinni samych siebie uważać za wynajętych pracowników, którzy pomagają innym stać się bardziej efektywnymi w życiu, i są tymczasowym układem wspomagania, ale odpowiedzialność za bieg spraw pozostawiają w gestii tych, którzy ich wynajmują. To przesłanie również może odnosić się do osób pomagających przetrwać rodzinom.

Pytania sprawdzające

1. Wyjaśnij, w jaki sposób systemowe ujęcie funkcjonowania rodziny jest użyteczne dla osoby udzielającej porad rodzinnych.
2. Scharakteryzuj kolejne fazy w cyklu życia rodziny i opisz najważniejsze zadania im przypisane.
3. Jak rozumiesz pojęcie granic zbyt sztywnych lub zatartych w rodzinie?
4. Jaki jest przebieg krótkiej interwencji FCU?
5. Jakie znasz podstawowe strategie udzielania pomocy zaproponowane przez Murgatroyda?

Problemy do dyskusji

1. Czy możliwe jest precyzyjne rozróżnienie ról przyjmowanych przez doradcę rodzinnego?

2. Granice między udzielaniem pomocy psychologicznej rodzinie a podejmowaniem pracy terapeutycznej z rodziną.
3. Określ inne, oprócz wymienionych, dylematy pojawiające się w pracy doradcy rodzinnego.

Literatura zalecana

- Barbaro, B. de (red.). (1994). *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: Collegium Medicum UJ.
- Goldenberg, H., Goldenberg, I. (2006). *Terapia rodzin*. Przeł. M. Łuszczak, M. Młynarz, K. Siemieniuk. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Milner, J., O'Byrne, P. (2007). *Poradnictwo krótkoterminowe: narracje i rozwiązania*. Przekł. M. Trojański. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Murgatroyd, S.J. (2000). *Poradnictwo i pomoc*. Przeł. E. Turlejska. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.

Rozdział 9

Poradnictwo psychologiczne w trudnościach szkolnych

Grażyna Fabiszewska

Wstęp

Poradnictwo w trudnościach szkolnych to pomoc psychologiczno-pedagogiczna dla dzieci i dorosłych, którzy doświadczają trudności, przeżywają kryzysy, problemy lub potrzebują wsparcia w wykorzystaniu swoich psychofizycznych możliwości. Tak rozumiane poradnictwo jest realizowane przez procesy diagnozowania, profilaktyki oraz terapii i kierowane zarówno do indywidualnych osób, jak i do grup, do uczniów i ich rodziców (i całych rodzin) oraz do nauczycieli, wychowawców, a także specjalistów szkolnych. Pomoc w trudnościach szkolnych jest udzielana w różnych placówkach, np. w szkołach, w poradniach zdrowia psychicznego, w poradniach rodzinnych, w ośrodkach pomocy społecznej itp., ale przede wszystkim w powołanych specjalnie do realizacji tej pomocy poradniach psychologiczno-pedagogicznych. W poradniach można uzyskać wsparcie odnoszące się do wszystkich rodzajów trudności szkolnych – zarówno wtedy, gdy trudności te ujmujemy wąsko i konkretnie, tj. jako trudności w uczeniu się (np. czytania, pisania, liczenia), jak i wtedy, gdy mamy na myśli trudności szkolne szeroko rozumiane, tj. występujące u dzieci z tzw. specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (np. dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, autyzmem, ADHD, wadami wzroku i słuchu, wybitnymi zdolnościami, niepełnosprawnością, przewlekłymi chorobami, po urazach emocjonalnych, z rodzin niewydolnych wychowawczo itp.).

W niniejszym rozdziale zostały przedstawione podstawowe definicje i rodzaje trudności szkolnych, ich przyczyny, fazy i skutki oraz poradnictwo w trudnościach szkolnych, opisane także zostały praktyczne formy i sposoby pomocy udzielanej w szkołach i w poradniach.

9.1. Charakterystyka trudności szkolnych

W literaturze pedagogicznej i psychologicznej dotyczącej trudności i niepowodzeń szkolnych pojęcia nie są jednoznacznie zdefiniowane. Terminów „trudności szkolne” i „niepowodzenia szkolne” używa się zamiennie, a także zastępuje się takimi określeniami, jak: niepowodzenia w nauce, niepowodzenia dydaktyczno-wychowawcze, opóźnienie szkolne, zaniedbanie szkolne, zaburzenia uczenia się, specjalne potrzeby edukacyjne, trudności w nauce, trudności w uczeniu się, specyficzne trudności w uczeniu się, a nawet odpad, odsiew szkolny czy straty szkolne (Lalak i Pilch, red., 1999, Werning i Lutje-Klose, red., 2009).

Z chaosu terminologicznego wyłaniają się jednak pewne prawidłowości. Po pierwsze, wszyscy uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi przejawiają różnego rodzaju trudności szkolne. Po drugie, zakres znaczeniowy trudności w nauce jest węższy niż niepowodzeń szkolnych i oznacza przejściową (okresową) niemożność (trudność) w opanowaniu np. określonych partii materiału z różnych przedmiotów lub pewnych umiejętności. Jeśli trudność ta nie zostanie zminimalizowana lub zlikwidowana w odpowiednim czasie, to może nabrać charakteru trwałego i prowadzić do niepowodzeń szkolnych. Niepowodzenia szkolne są więc bezpośrednim skutkiem trudności w nauce (Gruszczyk-Kolczyńska, 1985, 1994) i uznaje się je za najbardziej jednoznaczny wskaźnik trudności w uczeniu się (Pilecka, 1998).

Potwierdzeniem tego, że trudności szkolne są tylko jedną z wielorakich przyczyn niepowodzeń szkolnych, jest także fakt, iż niepowodzenia szkolne dotyczą również uczniów, którzy nie mają trudności w nauce, a co więcej – spotykają nawet uczniów szczególnie uzdolnionych – zjawisko to opisane jest w literaturze jako Syndrom Nieadekwatnych Osiągnięć (Dyrda, 2000).

9.1.1. Definicje, rodzaje oraz fazy narastania trudności i niepowodzeń szkolnych

Niepowodzenia szkolne

W Polsce po raz pierwszy zjawisko niepowodzeń szkolnych zostało naukowo opisane w okresie międzywojennym. W klasycznych definicjach ujmuje się niepowodzenia szkolne jako:

- proces, w którym można zaobserwować u dziecka zarówno kumulowanie się braków w wiadomościach, jak i zmiany w jego zachowaniu tj. symptomy psychologiczne (Konopnicki, 1966),
- występowanie dużych rozbieżności między wymaganiami wychowawczymi i dydaktycznymi szkoły, a zachowaniem ucznia i uzyskiwanymi przez niego wynikami w nauce (Kupisiewicz, 1996).

Niepowodzenia szkolne mogą mieć charakter dydaktyczny (braki w wiadomościach) lub/i wychowawczy (niewłaściwe zachowanie) i mogą być ukryte (luki w wiadomościach lub umiejętnościach ucznia niezauważone przez nauczyciela) lub jawne (widoczne dla nauczycieli, rodziców i innych uczniów braki w wiedzy szkolnej) oraz przejściowe (uczeń otrzymuje oceny niedostateczne w ciągu roku, ale efekt końcowy jest pozytywny) lub względnie trwałe (gdy efekt końcowy także jest niedostateczny). Niepowodzenia szkolne najczęściej prowadzą do drugoroczności i wieloroczności (pozostawania uczniów w tej samej klasie w ciągu dwóch lub więcej lat) oraz odsiewu uczniów, czyli odsiewu szkolnego (przerywanie nauki przed ukończeniem szkoły z powodu niedostatecznych postępów w nauce lub niewłaściwego zachowania) (Konopnicki, 1966).

Niepowodzenia szkolne mogą być rozumiane jako problem ucznia (tj. trudności dziecka w uczeniu się, które sprawiają, że nie może ono sprostać wymaganiom szkoły i nie ma sukcesów szkolnych) oraz jako problem szkoły (pedagogiczna porażka nauczycieli świadcząca o nieskuteczności podjętych przez nich działań dydaktycznych, wychowawczych, opiekuńczych i kompensacyjnych) (Jastrzab, 1995).

Konopnicki (1966) wyróżnił cztery fazy narastania niepowodzeń szkolnych:

- w pierwszej fazie niepowodzeń szkolnych pojawiają się pierwsze i niedostrzegane jeszcze przez nikogo braki w wiadomościach, uczeń nie rozumie czegoś na lekcji, nie może nadążyć za jej tokiem; stopniowo luki w wiadomościach i umiejętnościach pogłębiają się i zostają zauważone przez nauczycieli i rodziców; pojawia się brak zainteresowania na lekcjach, brak chęci do nauki, dziecko zaczyna unikać szkoły,
- w drugiej fazie niepowodzeń w nauce braków w wiadomościach jest już na tyle dużo, że nawet przy dobrej woli dziecko nie korzysta wystarczająco z lekcji, zaczyna kłamać, odpisuje prace domowe; faza ta jest nazywana fazą opóźnienia programowego,
- trzecia faza to sporadyczne występowanie ocen niedostatecznych, rozpoczynają się pierwsze próby walki z trudnościami w nauce, ale jeśli są niewystarczające, to towarzyszące im symptomy psychologiczne stają się bardziej zaawansowane, pojawia się bunt przeciw autorytetom, bójki i inne formy agresji lub „zamknięcie się w sobie”, niechęć do szkoły,
- czwarta faza niepowodzenia szkolnego to drugoroczność, a więc potwierdzenie niepowodzenia w nauce, które powoduje zachwianie równowagi życiowej dziecka i może prowadzić do niedostosowania społecznego.

Jak już wspomniano, niepowodzenia szkolne dotyczą także uczniów zdolnych, a wysoki poziom inteligencji i uzdolnień nie zawsze wiąże się z bardzo dobrymi wynikami w nauce. Pojęcie syndromu nieadekwatnych osiągnięć szkolnych (*underachievement syndrome*) służy określeniu niepowodzeń szkolnych doświadczanych przez uczniów zdolnych. Dziecko nie osiąga pełni swoich możliwości i nie wykorzystuje swego potencjału umysłowego, nie rozwija się tak, jakby mogło, jego osiągnięcia są znacznie mniejsze od możliwości (por. Ekiert-Grabowska, 1994; Dyrda, 2000).

Osoby zainteresowane szczegółowym przeglądem definicji i rodzajów niepowodzeń szkolnych mogą sięgnąć po prace Agaty Jacewicz (2009)

oraz Beaty Kozieł (2011).

Trudności w uczeniu się i specyficzne trudności w uczeniu się

W literaturze przedmiotu termin „trudności w uczeniu się” (*learning difficulties/disabilities* – LD), określany także jako „zaburzenia w uczeniu się” (*learning disorders* – LD), podobnie jak wspomniany wcześniej termin „trudności szkolne”, również nie jest jednoznaczny i zwykle występuje w dwóch ujęciach. W znaczeniu szerokim oznacza wszelkiego rodzaju niespecyficzne trudności w uczeniu się, uwarunkowane różnorodnymi czynnikami, łącznie z upośledzeniem umysłowym, chorobami neurologicznymi, uszkodzeniami mózgu, uszkodzeniami narządów zmysłów i zaburzeniami emocjonalnymi. W znaczeniu węższym termin ten jest używany na określenie trudności w uczeniu się u dzieci, które mają prawidłowy poziom intelektualny, są na właściwym etapie w ogólnym rozwoju, przebywają w odpowiednim środowisku kulturowym i w odpowiednich do przyswajania wiedzy i umiejętności szkolnych warunkach dydaktycznych. Tak rozumiane ujęcie trudności w uczeniu się określa się jako specyficzne trudności w uczeniu się (*specific learning difficulties/disabilities* – SLD) (Bogdanowicz, 1996).

Trudności o charakterze niespecyficznym dotyczą dzieci z inteligencją niższą niż przeciętna (trudności w uczeniu się u dzieci z tzw. pogranicza) (Brzezińska, 1999). Trudności te występują z uwagi na niepełnosprawność intelektualną, dysfunkcję narządów zmysłów (np. niepodlegająca korekcji wada wzroku czy słuchu), mogą być skutkiem schorzeń neurologicznych (epilepsja, mózgowie porażenie dziecięce). Niespecyficzne trudności mogą również wynikać z zaniedbań środowiskowych lub pedagogicznych.

Specyficzne trudności w uczeniu się dotyczą natomiast uczniów, u których stwierdzono prawidłowy rozwój umysłowy. Trudności te diagnozuje się, jeśli niepowodzenia szkolne odnoszą się tylko do niektórych zakresów uczenia się. Przyczyną specyficznych trudności w uczeniu się jest nieharmonijny rozwój psychoruchowy, który przejawia się opóźnieniem rozwoju określonych funkcji: wzrokowo-przestrzennych, słuchowo-językowych, motorycznych. Zaburzenia te wywodzą się z nieprawidłowości przebiegu procesów poznawczych, nie są zaś

wywołane obniżonymi możliwościami intelektualnymi (Bogdanowicz, 2004).

Określenie „specyficzne” wskazuje więc na ograniczony, wąski zakres trudności w uczeniu się oraz na prawidłowy rozwój umysłowy osób z tymi trudnościami, co odróżnia je od osób z obniżonym ilorazem inteligencji (lub z inteligencją niższą niż przeciętna), które mają uogólnione trudności w uczeniu się (Bogdanowicz, 1996).

Specyficzne trudności w uczeniu się zostały szeroko opisane w literaturze, a definicje i rodzaje trudności zmieniały się wraz ze wzrostem wiedzy i postępem w nauce i mają swoje odzwierciedlenie zarówno w literaturze psychologicznej (por. Bogdanowicz, 1995, 1996, 2004), pedagogicznej (por. np. Pilecka, 1998; Werning i Lutje-Klose, red., 2009), jak i medycznej (por. np. klasyfikacje chorób i zaburzeń).

Specjalne potrzeby edukacyjne

Na podstawie własnego doświadczenia w pracy w poradni uważam, że najbardziej adekwatnym współcześnie określeniem trudności szkolnych jest pojęcie specjalnych potrzeb edukacyjnych (*children with special educational needs* – SEN), które pojawiło się w 1978 r. w Wielkiej Brytanii w dokumencie *Warnock Report* i ma najszerszy zakres z wcześniej wymienionych. Zawiera w sobie bowiem problematykę uczniów zdolnych, uczniów z zaburzeniami w uczeniu się, a także uczniów ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się (por. Bogdanowicz, 2004).

Uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi to zarówno uczniowie wybitnie zdolni, jak i uczniowie z trudnościami w uczeniu się, wynikającymi z: niepełnosprawności intelektualnej, zaburzeń funkcji narządów zmysłów, zaburzeń funkcji narządów ruchu, zaburzeń rozwoju mowy i specyficznych trudności w uczeniu się (zaburzeń uczenia się) czytania i pisanie tj. dysleksji rozwojowej oraz matematyki, tj. dyskalkulii (Bogdanowicz, 2004).

Dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi to dzieci, które potrzebują w edukacji szczególnych warunków – dostosowanych do ich indywidualnych możliwości i ograniczeń (Bogdanowicz, 1996). Są to dzieci, które z powodu swoich trudności w uczeniu się nie są w stanie realizować wymagań programu nauczania w szkołach masowych bez

specjalistycznej pomocy pedagogicznej (tj. specjalnego programu nauczania, specjalnych metod dostosowanych do ich potrzeb, możliwości i ograniczeń itp.). Dzieci takie powinny być nauczane przez nauczycieli-specjalistów (Bogdanowicz, 1995).

9.1.2. Przyczyny trudności i niepowodzeń szkolnych

Według klasycznych badaczy trudności szkolne i niepowodzenia dydaktyczne wywołane są zwykle wieloma różnymi przyczynami lub złożonym i trudnym do uchwycenia związkami kilku przyczyn.

Najczęściej można spotkać następujący podział przyczyn trudności i niepowodzeń szkolnych:

- przyczyny biologiczno-psychologiczne (endogenne, biopsychiczne), np.: niskie możliwości intelektualne, opóźnienia rozwojowe, zaburzenia w funkcjonowaniu narządów zmysłów, układu nerwowego, procesów poznawczych, zły stan zdrowia i częste choroby, zaburzenia emocjonalne,
- przyczyny społeczno-ekonomiczne (egzogenne), np.: trudna sytuacja materialna, niskie wykształcenie, niska pozycja społeczna i zawodowa rodziców, zaniedbywanie, brak opieki ze strony rodziców, niewłaściwy stosunek rodziców do nauki i osiągniętych przez dziecko wyników (nadmierne wymagania przekraczające jego możliwości, częsta krytyka), dysfunkcje i niewłaściwe wzory w rodzinie itp.,
- przyczyny pedagogiczne, czyli dydaktyczne (egzogenne), np.: niedostosowanie treści nauczania do potrzeb i zainteresowań dzieci, nieodpowiednie metody, środki i formy pracy, niewłaściwa postawa nauczyciela wobec ucznia itp. (Kupisiewicz, 1996).

Analizując przyczyny trudności szkolnych pojawiających się współcześnie, notujemy w poradni czynniki ze wszystkich trzech wymienionych grup, zmienia się jednak ich proporcja. Z roku na rok zwiększa się niekorzystny wpływ czynników natury społeczno-rodzinnej na osiągnięcia uczniów: rodzice poświęcają mało czasu swoim dzieciom, dzieci borykają się ze swoimi problemami bez wsparcia dorosłych, tempo

życia jest coraz szybsze, coraz więcej rodzin przeżywa kryzysy i konflikty (rozwoły, wyjazdy w celach zarobkowych za granicę itp.), dzieci szukają kontaktów towarzyskich za pośrednictwem komputera, nie rozwijają swoich kompetencji społecznych ani umiejętności komunikacyjnych w realnych sytuacjach towarzyskich, mają mnóstwo znajomych w internecie, ale czują się samotne w codziennym życiu. Jeszcze 5 lat temu w naszej poradni nie prowadzono terapii rodzinnej, natomiast obecnie udział całej rodziny w spotkaniach z terapeutą jest jednym z najczęstszych zaleceń postdiagnostycznych, gdyż w wielu przypadkach trudności szkolne okazują się przejawem dysfunkcji systemu rodzinnego.

9.1.3. Konsekwencje trudności i niepowodzeń szkolnych

Najczęściej przytaczane w literaturze zarówno klasycznej (por. Kupisiewicz, 1966), jak i aktualnej (por. Gruszczyk-Kolczyńska, 1985; Dyrda 2000) skutki trudności i niepowodzeń szkolnych dla uczniów i ich bliskich to m.in.:

- brak motywacji do dalszej pracy i nauki,
- brak pozytywnych doświadczeń związanych z pokonywaniem trudności,
- tendencja do wycofywania się już w momencie przewidywania porażki,
- utrata wiary we własne możliwości intelektualne, stłumienie zainteresowań poznawczych, zaburzenia w kształtowaniu się obrazu własnego ja,
- pojawianie się tzw. wtórnych zaburzeń emocjonalnych, jak np. nadmierna wrażliwość i lękliwość, obniżenie samooceny, impulsywność i drażliwość, objawy psychosomatyczne, słaba kontrola reakcji emocjonalnych, neurotyzm, poczucie bezradności i braku wpływu,
- negatywny stosunek do otoczenia, narastanie konfliktów w rodzinie i w szkole,
- patologizacja zachowania: demoralizacja, tzn. ściąganie na lekcjach, agresywne i gwałtowne zachowania, wagary, ucieczki z domu,

- przyłączanie się do grup chuligańskich i przestępczych, kradzieże, zachowania ryzykowne – alkohol, papierosy,
- niepodejmowanie kariery w działalności adekwatnej do posiadanych uzdolnień.

Z analiz międzynarodowych wynika, że u dorosłych, którzy w dzieciństwie doświadczali trudności w uczeniu się, może wystąpić także tzw. funkcjonalny analfabetyzm. Funkcjonalny analfabeta ma wykształcenie i jest w stanie opanować technicznie naukę czytania, jednak nie potrafi wykorzystać swojej wiedzy do sprawnego funkcjonowania w codziennym życiu. Nie jest w stanie ustosunkować się do przeczytanej informacji, nie rozumie treści przeczytanego tekstu, nie potrafi zrozumieć planu miasta, rozkładów jazdy komunikacji miejskiej, nie pojmuje instrukcji obsługi urządzeń domowych ani przekazów medialnych czy komunikatów. Analfabeta funkcjonalny nie potrafi też poprawnie pisać, czytać ze zrozumieniem i prawidłowo dokonywać prostych obliczeń, nie rozumie i nie umie wypełnić dokumentów i formularzy ani korzystać ze współczesnych technologii (przede wszystkim informacyjnych). Postępująca komputeryzacja wymaga coraz więcej kompetencji (tzw. kluczowych), a braki w kompetencjach prowadzą do obniżenia szans na rynku pracy, co przy dużym poziomie bezrobocia może prowadzić do obniżenia stopy życiowej, ubóstwa, marginalizacji społecznej i, co za tym idzie, także do zmniejszenia szans edukacyjnych i zawodowych dla dzieci analfabetów funkcjonalnych. Analfabetyzm funkcjonalny prowadzi również do ogólnego obniżenia poziomu kultury w społeczeństwie: człowiek nie tylko nie rozumie treści kultury innej niż masowa, lecz także nie rozumie potrzeby posiadania i rozwoju takiej kultury (por. Pilch, red., 2003).

9.2. Poradnictwo w trudnościach szkolnych

Poradnictwo w trudnościach szkolnych odbywa się zwykle dwuetapowo:

- początkowa faza pomagania dokonuje się na terenie szkoły, gdzie najczęściej objawiają się pierwsze sygnały dziecięcych problemów;

zwykle ta pomoc ma charakter konsultacyjny: ustala się rodzaj i zakres trudności i przy mniejszych deficytach organizuje się pomoc w ich wyrównywaniu na terenie szkoły, a przy głębszych zaburzeniach kieruje się dziecko i rodziców na dalszą diagnozę do placówek specjalistycznych,

- faza właściwa poradnictwa – odbywa się na terenie poradni psychologiczno-pedagogicznej, gdzie dokonuje się zasadniczy proces wspierania, dostarczania wiedzy i kształtowania umiejętności niezbędnych do poradzenia sobie przez dziecko, jego rodziców i nauczycieli z trudnościami szkolnymi.

Poradnictwo w trudnościach i niepowodzeniach szkolnych jest realizowane w dwóch podstawowych formach:

- udzielanie rad i porad jako działania pomocnicze związane z interwencją w przypadku nieprawidłowego procesu wychowania i nauczania,
- organizowanie adekwatnych form terapii po rozpoznaniu i zdiagnozowaniu trudności szkolnych (Skałbana, 2009).

Działania poradnicze są skierowane zarówno do dzieci i młodzieży, jak i do ich rodziców i nauczycieli.

Specjaliści udzielający pomocy w trudnościach szkolnych posługują się najczęściej technikami i metodami poradnictwa psychologicznego i pedagogicznego (które zostaną opisane w dalszych częściach tego rozdziału), choć nierzadko konsultują swoje działania także ze specjalistami zajmującymi się poradnictwem zdrowotnym, prawnym czy socjalnym i korzystają z ich wsparcia.

9.2.1. Szkoła jako miejsce rozpoznawania pierwszych sygnałów trudności dziecka

Początki trudności szkolnych – jak to już zostało wcześniej opisane – mają zwykle formę ukrytą i nie zawsze są dostrzegane przez rodziców i nauczycieli. Dlatego też zanim wystąpią pierwsze sygnały jakichkolwiek

problemów, nauczyciele diagnozują szkolną populację testami przesiewowymi (np. badania słuchu, wzroku, ocena ryzyka dysleksji itp.), aby jak najwcześniej zainterweniować. Trudności szkolne zauważane są jednak najczęściej dopiero wtedy, gdy przechodzą w fazę jawną i występują w postaci niskich osiągnięć szkolnych i niechęci do nauki. Prawidłowa ocena stopnia i zakresu tych trudności zależy od dobrej znajomości ucznia, jego możliwości i dotychczasowych osiągnięć i jest jednym z obowiązków nauczyciela uczącego dziecko.

Trudności szkolne w aktualnym prawie oświatowym są pojmowane tak, jak zostało to ujęte w pierwszej części niniejszego rozdziału, a więc jako specjalne potrzeby edukacyjne, i zgodnie z tym rozumieniem pomocą psychopedagogiczną w szkole obejmuje się wszystkich uczniów, których potrzeby rozwojowe i edukacyjne wynikają z:

- niepełnosprawności,
- niedostosowania społecznego i zagrożenia niedostosowaniem społecznym,
- szczególnych uzdolnień,
- specyficznych trudności w uczeniu się,
- zaburzeń komunikacji językowej,
- choroby przewlekłej,
- sytuacji kryzysowych lub traumatycznych,
- niepowodzeń edukacyjnych,
- zaniedbań środowiskowych związanych z sytuacją bytową ucznia i jego rodziny, sposobem spędzania czasu wolnego i kontaktami środowiskowymi,
- trudności adaptacyjnych związanych z różnicami kulturowymi lub ze zmianą środowiska edukacyjnego, w tym związanych z wcześniejszym kształceniem za granicą (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r., Dz.U. Nr 0, poz. 532).

Proces pomagania i pierwsze działania poradnicze podejmowane przez wychowawców, nauczycieli lub pedagogów/psychologów szkolnych zaczynają się od zdiagnozowania objawów i zakresu trudności pojawiających się u dziecka. Ważna jest zatem analiza środowiska szkolnego i rodzinnego pod kątem występowania negatywnych czynników

powodujących niepowodzenia szkolne. W tym celu podejmuje się takie działania, jak:

- obserwacja zachowania ucznia, jego relacji szkolnych i postępów w nauce,
- rozmowy z uczniem,
- rozmowy z rodzicami ucznia,
- rozmowy z nauczycielami go uczącymi,
- analiza wytworów dziecka i jego dokumentacji,
- testy pedagogiczne do pomiaru osiągnięć szkolnych,
- techniki socjometryczne, projekcyjne i inne (Skałbana, 2009).

Oprócz wspomnianego rozpoznania rodzaju trudności szkolnych celem tej diagnozy jest również zrozumienie ich przyczyn, mechanizmów powstawania, ustalenie mocnych stron i zasobów (którymi można będzie się wesprzeć, by kompensować zaburzenia) oraz dobranie takich form pomocy i oddziaływań profilaktycznych, które pomogą zapobiec występowaniu trudności szkolnych w przyszłości.

Diagnoza szkolna powinna nie tylko uwzględniać ustalenie, czy trudności ucznia wynikają z jego poziomu inteligencji, zaniedbań środowiskowych czy deficytów, lecz także określić stopień motywacji do nauki, tj. zaangażowania w zadania szkolne, podejmowanie lub unikanie trudnych zadań, poczucie wpływu na zdarzenia lub bezradność wyuczoną, pesymistyczny lub optymistyczny styl rozumowania, swobodę wyboru lub reaktancję, czyli opór (Braun, 2013).

Podsumowując: poradnictwo na terenie szkół dokonuje się w formie porad i konsultacji, czyli rozmów z dzieckiem i jego rodzicami, i koncentruje się przede wszystkim na rozpoznawaniu pierwszych przejawów trudności szkolnych u dzieci. Za zgodą rodziców dziecko, u którego zauważono symptomy przyszłych trudności, uczestniczy we wstępnych badaniach: najczęściej pedagogicznych, czasem także psychologicznych (jeśli w szkole jest zatrudniony psycholog), po których udzielana jest porada. Nauczyciele są specjalistami w zakresie przedmiotów szkolnych, których nauczają, i udzielają pomocy oraz wskazówek służących do pracy z dzieckiem i dotyczących najczęściej zagadnień z ich konkretnego przedmiotu, np. nauczyciel polonista udzieli

rodzicowi stosownych informacji, np. jak ćwiczyć technikę poprawnego graficznie lub ortograficznie pisanie, matematyk podpowie sposoby na zapamiętanie tabliczki mnożenia itp. Większa odpowiedzialność za powodzenie szkolne ucznia (lub jego brak) spoczywa na wychowawcy klasy, który wspólnie z pedagogiem i/lub psychologiem szkolnym dokonuje wstępnego rozpoznania rodzaju trudności szkolnych, ocenia ich nasilenie i decyduje, czy i jaka pomoc może być udzielona na terenie szkoły, a kiedy odesłać dziecko na dalsze pogłębione badania do poradni. Pedagog i psycholog szkolny w największym stopniu współpracują ze specjalistami z poradni. Współpraca ta dotyczy zarówno wczesnego rozpoznania, którzy uczniowie mają trudności, jak i wsparcia w procesie diagnozy – dzieci inaczej zachowują się w kontakcie indywidualnym z psychologiem w poradni, a inaczej funkcjonują w sytuacji szkolnej. Psycholog w poradni często nie ma możliwości zaobserwowania ucznia w szkole, toteż psycholog szkolny czy wychowawca klasy są proszeni o sporządzenie pisemnej informacji na temat tego, jak dziecko sobie radzi. Specjaliści szkolni i poradniani współpracują ze sobą także przy realizacji zaleceń wynikających z diagnozy dziecka. W szkole udzielane są następujące formy pomocy dzieciom z trudnościami szkolnym (głównie dzieciom z klas najmłodszych tj. z nauczania zintegrowanego):

- porady i konsultacje, czyli rozmowy indywidualne z dzieckiem dotyczące jego trudności, sposobów radzenia sobie z nimi, motywujące do nauki, wspierające w samorozwoju itp.,
- zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze przeznaczone dla uczniów mających opóźnienia w opanowaniu programów obowiązkowych przedmiotów szkolnych,
- zajęcia korekcyjno-kompensacyjne mające na celu usprawnianie deficytów rozwojowych i wyrównywanie braków w wiadomościach i umiejętnościach szkolnych przez kompensację, czyli przez przejmowanie funkcji narządów zniszczonych lub uszkodzonych przez inne, sprawniejsze,
- zajęcia logopedyczne wspierające rozwój mowy, jej doskonalenie i korygowanie nieprawidłowości,
- zajęcia socjoterapeutyczne oraz inne o charakterze terapeutycznym – dla dzieci z zaburzeniami zachowania, problemami w relacjach

- społecznych itp.,
- zajęcia rozwijające uzdolnienia, podczas których nauczyciele organizują czynności poznawcze uczniów i sposoby rozwiązywania problemów, rozwijają myślenie twórcze,
 - zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu oraz planowaniem kształcenia i kariery zawodowej,
 - warsztaty i prelekcje na tematy profilaktyczne lub z psychoedukacji,
 - klasy terapeutyczne dla uczniów mających jednorodne lub sprzężone zaburzenia, wymagających stałej i długotrwałej pomocy specjalistycznej; do takiej klasy dzieci są kwalifikowane po badaniach w poradni psychologiczno-pedagogicznej lub specjalistycznej.

Pomoc, jaką w szkole mogą uzyskać rodzice, ma głównie postać porad i konsultacji indywidualnych oraz warsztatów i prelekcji grupowych.

9.2.2. Poradnictwo w trudnościach szkolnych na terenie poradni psychologiczno-pedagogicznych

Najpopularniejszymi placówkami wspierającymi dzieci, rodziców i nauczycieli w diagnozowaniu i terapii trudności szkolnych są poradnie psychologiczno-pedagogiczne. Placówki te działają w obszarze edukacji, podlegają Ministerstwu Edukacji Narodowej i realizują zadania wyznaczone przez to ministerstwo. Poradnictwo w Polsce powstało na początku XX w., a poradnie jako instytucje zmieniały swoje nazwy (poradnie zawodowe, psychotechniczne, społeczno-wychowawcze, psychologiczno-zawodowe i wychowawczo-zawodowe). Współczesne poradnie psychologiczno-pedagogiczne obejmują swoją opieką dzieci i młodzież, a także ich rodziców oraz pracowników szkół i przedszkoli. Korzystanie z pomocy udzielanej przez poradnie jest dobrowolne i nieodpłatne (Skałbana, 2009). Jak już wspomniano, poradnie są wspomagane na terenie szkół przez nauczycieli, psychologów i pedagogów szkolnych, a poza szkołami przez placówki należące do innych resortów, np. służby zdrowia, opieki społecznej oraz przez instytucje prywatne, placówki pozarządowe, fundacje itp.

Terminu „poradnictwo” w praktyce poradnianej używa się w dwojakim znaczeniu: szerszym – na określenie wszelkich działań prowadzonych przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne (zorganizowany system działań polegających na m.in. diagnozowaniu i ustalaniu form pomocy np. w trudnościach szkolnych) oraz węższym – ścisłym, odnoszącym się do jednej z form pomocy psychologiczno-pedagogicznej, mianowicie udzielania porad i konsultacji, tj. niesienia pomocy za pośrednictwem specyficznych czynności tzw. porad (por. Kargulowa, 2004) lub czasem także w odniesieniu do doradztwa zawodowego.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami oświatowymi (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r., Dz.U. Nr 0, poz. 199) poradnie psychologiczno-pedagogiczne udzielają dzieciom i młodzieży pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz pomocy w wyborze kierunku kształcenia i zawodu. Poradnie udzielają także rodzicom i nauczycielom pomocy psychologiczno-pedagogicznej, związanej z wychowywaniem i kształceniem dzieci i młodzieży, oraz wspomagają przedszkola, szkoły i inne placówki w zakresie realizacji zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych. Poradnie wspomagają, podtrzymują, wspierają rozwój, podejmując w zależności od sytuacji działania o charakterze naprawczym bądź profilaktycznym.

Współcześnie praca poradni koncentruje się na czterech podstawowych zadaniach:

- diagnozowanie dzieci i młodzieży,
- udzielanie dzieciom i młodzieży oraz rodzicom bezpośredniej pomocy psychologiczno-pedagogicznej,
- realizowanie zadań profilaktycznych oraz wspierających wychowawczą i edukacyjną funkcję przedszkoli, szkół i innych placówek, w tym wspieranie nauczycieli w rozwiązywaniu problemów dydaktycznych i wychowawczych,
- organizowanie i prowadzenie wspomagania przedszkoli, szkół oraz placówek w zakresie realizacji zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych.

Poradnictwo dla dzieci – wspieranie dzieci w rozumieniu ich trudności

1. Wzmacnianie poczucia własnej wartości i samoakceptacji

Trudności szkolne, związane z nauką lub zachowaniem, wpływają niekorzystnie na kształtowanie się dziecięcego poczucia własnej wartości i samooceny – zazwyczaj jest ona zaburzona, zaniżona. Dziecko z trudnościami w szkole czuje się gorsze od rówieśników, porównuje się z nimi i dochodzi do wniosku, że mimo zwiększonych wysiłków i dodatkowego czasu wkładanego w naukę lub kontrolę zachowania i tak wypada gorzej niż jego koledzy, osiąga niższe oceny, dostaje więcej uwag krytycznych od nauczycieli. Często otrzymuje komunikaty, że jego wysiłki nie są ani zauważane, ani doceniane, gdyż nie prowadzą do konkretnego efektu, czyli dobrych stopni. Ciągłe słyszy uwagi typu: „weź się do pracy”, „nie leń się”, „postaraj się bardziej”, „znowu ci się nie udało”, „pospiesz się”, i zaczyna wierzyć w negatywne oceny swojej osoby, zaczyna źle o sobie myśleć i, co więcej, funkcjonować w roli przypisywanej mu przez otoczenie (na zasadzie samospełniającego się proroctwa). Dziecko przestaje wierzyć w siebie, w swoje możliwości i umiejętności, w powodzenie podejmowanych przedsięwzięć. Niepowodzenia w dziedzinie szkolnej uogólnia na całokształt swoich umiejętności, traci obiektywizm do samego siebie, zaczyna być przesadnie krytyczne wobec własnych braków i nie jest w stanie zobaczyć w sobie żadnych pozytywnych cech, zalet ani zdolności. Obwinia siebie za problemy szkolne i zamyka się w sobie, koncentruje się na swoich niedociągnięciach, wycofuje z aktywności lub, przeciwnie, przesadnie szuka uznania w oczach kolegów i np. przyjmuje rolę błazna klasowego. W poradnictwie bardzo ważne jest, żeby pomóc takiemu młodemu człowiekowi w przerwaniu błędnego koła narastania negatywnej samooceny. Duże znaczenie ma nawiązanie pozytywnej relacji z dzieckiem, wysłuchanie go i okazanie zrozumienia oraz akceptacji. Zwykle pierwsze spotkanie z psychologiem służy udzieleniu dziecku wsparcia w przeżywanych emocjach, daniu mu szansy na opowiedzenie o jego żalach, smutku czy poczuciu niezrozumienia. Psycholog powinien ustalić, jak duże są deficyty w poczuciu wartości dziecka, czy dotyczą one np. jednej aktywności dziecka, czy są uogólnione na więcej sfer, czy

dziecku wystarczy niewielka pomoc w odzyskaniu równowagi wewnętrznej i pewności siebie, czy potrzeba dłuższego treningu (wówczas kierujemy dziecko np. na trening pewności siebie organizowany w poradni lub też w innych placówkach), czy może już psychoterapii (wtedy zachęcamy do kontaktu z terapeutą). Jeśli deficyty w poczuciu własnej wartości nie są jeszcze rozległe, to można pracować z dzieckiem na zasadach poradnictwa. W ramach 9.1, 9.2 i 9.3 przedstawiono kilka metod stosowanych w pracy przez autorkę niniejszego rozdziału.

RAMKA 9.1

Ćwiczenie 1 – Moje mocne i słabe strony

Ćwiczenie to pozwala dostrzec dziecku, że oprócz słabych punktów ma też dużo cech cenionych i pozytywnych, że dotyczą one różnych sfer, a nie sprowadzają się tylko do umiejętności szkolnych. Jeśli ćwiczenie jest przeprowadzane w grupie dzieci, to daje dodatkowo możliwość uświadomienia sobie przez dziecko, że każdy ma i zalety, i wady, że nie ma ludzi wyłącznie idealnych ani zupełnie bezwartościowych. Przedstawiamy tu przykładową kartę pracy do wykonania tego ćwiczenia.

Karta pracy „Moje mocne i słabe strony”

Obszar	Mocne strony	Słabe strony
Wygląd zewnętrzny	(1) Ładne oczy (2) Oryginalny sposób ubierania się	(1) Kiepska cera (2) Garbienie się
Cechy osobowości	(1) Punktualność (2) Wrażliwość na cudze problemy	(1) Nieśmiałość (2) Nerwowość
Przedmioty szkolne	(1) Język angielski (2) Język francuski	(1) Matematyka (2) Fizyka
Kontakty z rówieśnikami	(1) Uprzejmość (2) Życzliwość	(1) Uleganie namowom (2) Nieumiejętność obrony własnego zdania
Sport i hobby	(1) Pływanie (2) Gra na gitarze	(1) Bieganie (2) Brak umiejętności plastycznych

Kartę pracy można (a nawet trzeba) modyfikować w zależności od wieku dziecka i jego trudności – można dodawać swoje propozycje dotyczące tych sfer funkcjonowania dziecka, o których np. wiemy, że dziecko szczególnie dobrze sobie radzi, albo usuwać te obszary, w których samoocena dziecka jest najbardziej zaburzona. Można także zmieniać tytuły kolumn, np. zamiast „słabe strony” pisać „co chciałbym w sobie zmienić” itp.

Źródło: opracowanie na podstawie praktyki własnej.

RAMKA 9.2

Ćwiczenie 2 – Moje osiągnięcia i sukcesy

Ćwiczenie to zachęca dziecko do przypominania sobie swoich osiągnięć i sukcesów, aktywizuje związane z tym pozytywne emocje, które wzmacniają myśli o sobie samym, i jest dobrym punktem wyjścia rozmowy o tym, co pomogło dziecku odnieść sukces, jakie podjęło ono działania, jakie napotkało przeszkody, realizując zadanie i jak sobie z nimi poradziło, skąd czerpało motywację do wysiłku, kto i jak je wspierał w osiągnięciu sukcesu.

Tę kartę pracy również można modyfikować w zależności od potrzeb i celu ćwiczenia, dla starszych dzieci można ją rozbudowywać o dodatkowe kolumny, np. trudności, włożone wysiłki, osoby wspierające, lub o dodatkowe wersy, np. sukcesy w pisaniu, czytaniu, właściwym zachowaniu itp.

Karta pracy „Moje osiągnięcia i sukcesy”

Obszar	Osiągnięcie i/lub sukces
W relacjach z rodzeństwem	Ustaliłem z bratem tygodniowy plan sprzątnięcia naszego wspólnego pokoju
W pracy nad swoimi wadami	Przez cały tydzień wstawałem wcześniej i nie spóźniłem się do szkoły
W nauce szkolnej	Zaliczyłem cały materiał z semestru z geografii
W realizacji swojego hobby	Wygrałem w zawodach szachowych ze starszym kolegą
W przełamywaniu swoich słabości	Przeprosiłem pierwszy kolegę, z którym byliśmy pokłóceni
W pomaganiu innym	Pomogłem koleżance w zrozumieniu ułamków i dostała piątkę z kartkówki

Źródło: opracowanie na podstawie praktyki własnej.

RAMKA 9.3

Ćwiczenie 3 – Jestem wyjątkowy

Ćwiczenie to jest adresowane do starszych uczniów (klasa V-VI i gimnazjum) i uświadamia dziecku jego indywidualność i niepowtarzalność.

Karta pracy „Jestem wyjątkowy”

Obszar	Opis
Moje cechy charakteru	Potrafę się ze wszystkimi dogadać, nie wchodzę w konflikty
Moje hobby	Zbieram pamiątki przyrodnicze z każdej wycieczki
Moje plany na przyszłość	Będę weterynarzem i będę leczył bezdomne koty
Moje powiedzonko	„Bużka”
Mój wygląd	Zakładam jednocześnie sukienkę i spodnie

To zadanie warto jest robić w grupie dzieci, ponieważ mają wtedy okazję doświadczyć, że każdy jest wyjątkowy i przez to wzbogaca innych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Jachimska (1994, s. 61).

2. Zachęcanie do wysiłku, mobilizowanie do przewyżniania trudności

Jednym z opisanych wcześniej skutków trudności szkolnych jest problem spadku motywacji do podejmowania wysiłków i przewyżniania trudności. Dzieci, które często ponoszą porażki w nauce szkolnej, szybko wpadają w pułapkę wyuczzonej bezradności – bez względu na to, jak bardzo się starają i ile wkładają wysiłku, rezultaty ich pracy zwykle okazują się słabe i niezadowolające, pojawia się więc poczucie braku wpływu na zdarzenia, braku kontroli, przeświadczenie, że nie można zrobić nic, aby to zmienić. Taka sytuacja wiąże się z obniżoną samooceną, niewiarą we własne możliwości i umiejętności. Dziecko zaczyna unikać wysiłku, czasem nawet nie podejmuje prób poradzenia sobie z zadaniem, z góry zakładając, że i tak mu się nie uda, czego przejawem jest np. oddawanie pustych kartek na klasówkach. Uczniowie wolą prezentować się jako „leniwi” lub „niegrzeczni” niż „niezdolni”. Czasem szukają innych sposobów radzenia sobie z trudnościami, np. uczeń z dyskalkulią, który nie może zapamiętać tabliczki mnożenia, uczy się szybkich sposobów przeliczania na palcach itp. Pomocne przy spadku motywacji jest omówienie uczuć dziecka i jego przekonań w tej kwestii. Ważne jest, aby dziecko uświadomiło sobie, że nie jest winne temu, że ma trudności szkolne, że są one obiektywne i niezależne od jego woli i chęci. Podobnie jak osoba niedowidząca ma kłopoty z czytaniem bez dobranych właściwie okularów lub osoba praworeczna z napisaniem równo i w linijce tekstu lewą ręką, również i dziecko mające trudności szkolne potrzebuje pomocy i wsparcia w swoich kłopotach. Obiektywizowanie i normalizowanie trudności w nauce pozwalają zdjąć z dziecka ciężar poczucia winy oraz innych przykrych napięć emocjonalnych – te działania realizowane są w kolejnym etapie procesu pomagania – psychoedukacji.

3. Dostarczanie wiedzy o trudnościach szkolnych

Psychoedukacja dziecka odgrywa znaczącą rolę w procesie poradnictwa. Dziecko, które uważa siebie za gorsze od rówieśników, wini siebie za słabe oceny i niespełnianie oczekiwań nauczycieli i rodziców, potrzebuje wiedzy

o przyczynach i konsekwencjach swoich trudności. Uczeń z ADHD, który ma negatywny obraz swojej osoby, zaczyna lepiej funkcjonować w szkole, kiedy się dowiaduje, że dotychczasowe kłopoty nie wynikają z tego, że jest „zły”, ale że typowymi objawami ADHD są m.in. trudności w koncentracji uwagi, nadruchliwość, pochoćność w myśleniu i działaniu oraz że statystycznie w każdej klasie jeden uczeń boryka się z ADHD. Podobnie funkcję uwalniającą ma diagnozowanie dziecka i wydanie opinii o jego obiektywnych trudnościach. Diagnoza dziecka jest zorientowana na jego rozwój, czyli poszukiwanie mocnych stron służących rozwojowi dziecka (w nim samym oraz w jego otoczeniu), czynników wspomagających proces modyfikacji sfer zaburzonych (np. cechy, mechanizmy osobowości i wpływy środowiskowe sprzyjające rozwojowi) (Obuchowska, 1997). Na przykład dziecko z dysleksją, które po badaniach psychologicznych dowiaduje się, że jego iloraz inteligencji jest powyżej przeciętnej dla wieku, a popełnia błędy w pisaniu z powodu deficytu analizatora wzrokowego, otrzymuje obiektywny dowód, że jest „normalne”, a nawet bardziej zdolne niż inne dzieci, co wpływa znacząco na jego myślenie o sobie, wzbudza optymizm, motywuje do nauki i daje poczucie wpływu na rzeczywistość. Dodatkowo wiedza o mechanizmach powstawania trudności, znajomość czynników, sytuacji i okoliczności sprzyjających lepszemu funkcjonowaniu lub powodujących nasilenie zaburzeń pozwala dziecku na przewidywanie trudności oraz planowanie i organizowanie optymalnych warunków do realizowania zadań szkolnych, np. uczeń z zaburzeniami zapamiętywania zaczyna się uczyć wiersza na pamięć kilka dni przed spodziewanym odpytywaniem przez nauczyciela, uczeń, który bardzo wolno czyta, zaczyna zapoznawać się z lekturą wcześniej niż jego rówieśnicy lub zakupi audiobook, a uczeń agresywny, który nauczył się dostrzegać narastające w nim oznaki wzburzenia, będzie mógł zastosować metody redukcji napięcia i relaksacji i dzięki temu nie dopuścić do wyładowania emocji. Uczeń dysponujący wiedzą o swoich trudnościach ma większą pewność siebie w kontaktach z innymi dziećmi i dorosłymi, potrafi obronić się przed złośliwymi komentarzami, zna swoje prawa i ograniczenia, wie także, gdzie szukać pomocy. Dużo wsparcia daje dzieciom także prosta metoda odwołania się do pozytywnych przykładów, takich jak sławni ludzie, którzy poradzili sobie z trudnościami szkolnymi, np. dyslektykami były słynne osoby: malarz,

architekt i konstruktor Leonardo da Vinci, baśniopisarz Hans Christian Andersen, aktor Tom Cruise czy reżyser i producent filmowy Walt Disney. Motywująca do pracy nad sobą i dająca optymistyczne spojrzenie na przyszłość jest także analiza biografii osób, które przezwyciężyły swoje ograniczenia i odniosły sukces, np. niepełnosprawny Jan Mela zdobył dwa bieguny, niewidomy od urodzenia Łukasz Żelechowski wystąpił w programie „Mam talent” i zagrał na bandurze (ukraiński instrument szarpany), kompozytor Ludwik van Beethoven ogłuchł po 30 r.ż., a mimo to stworzył wtedy swoje najlepsze dzieła muzyczne.

4. Pomoc w budowaniu pozytywnych relacji z rówieśnikami i dorosłymi

Często poważnym problemem dzieci z trudnościami szkolnymi są zaburzenia w kontaktach z innymi osobami – zarówno z innymi dziećmi, jak i dorosłymi, głównie nauczycielami i rodzicami. Czasem problemy w kontaktach z innymi wynikają z obiektywnych czynników (np. w sytuacji dziecka przewlekle chorego, które spędza dużo czasu w szpitalach i nie przechodzi naturalnego w tym wieku treningu społecznego, lub u dziecka z autyzmem, którego objawem są zaburzenia relacji społecznych) i wtedy wymagają pomocy specjalistycznej. Często jednak dzieci mają kłopoty w komunikacji wynikające z zaniżonej samooceny, poczucia mniejszej wartości czy lęku przed wyśmianiem. Przyjmują wówczas różne role, np. izolują się od grupy i stają się „kozłami ofiarnymi”, błądzą i rozśmieszają innych lub próbują przejąć kontrolę w klasie, zachowując się agresywnie. Psycholog zajmujący się poradnictwem omawia z dzieckiem jego relacje z rówieśnikami i szuka sposobów na poprawę relacji i pozycji w grupie. Można w tym celu wykorzystywać różne metody, np. zaczerpnięte z dramy, a więc polegające na odgrywaniu ról i zamienianiu się rolami. Szczególnie pomocne okazują się także techniki zaczerpnięte z Treningu Zastępowania Agresji (TZA, znany również jako ART), głównie jego dwa elementy: kontrola złości i ćwiczenie umiejętności społecznych. Trening ten można przeprowadzać grupowo, ale można też zastosować go w indywidualnym kontakcie. Wykorzystuje się tu technikę modelowania, czyli uczenia się przez naśladowanie i odgrywania ról – reprodukcji, wykonania uczonej umiejętności. Kontrola złości to umiejętność pomagająca zmniejszyć wzbudzenie złości u dzieci agresywnych oraz środek samokontroli

chroniący przed wybuchem złości. W tabeli 9.1 przedstawiono schemat kontroli złości.

TABELA 9.1

Schemat Kontroli Złości

Wyzwalacze zewnętrzne złości	Rzeczy robione przez kogoś, które powodują u mnie złość	Janek mnie przezwał
Wyzwalacze wewnętrzne złości	To, co mówię sobie samemu i co myślę, gdy ktoś lub coś mnie zezłości	On się ze mnie wyśmiewa, chce, żeby inni mi dokuczali
Sygnaty złości (objawy ostrzegawcze)	Fizyczne objawy złości np. pocenie się rąk, zaciskanie pięści, napięte mięśnie, zaciśnięte zęby	Zaciskam pięści i zęby, moje mięśnie się napinają
Reduktory złości	Techniki redukowania złości np. głębokie oddychanie, liczenie wstecz, przyjemne wyobrażenia, myślenie o konsekwencjach	Oddycham głęboko 5 razy, liczę w myślach od 20 do 0
Monity	Autoinstrukcje obniżające napięcie np. „spokojnie”, „rozluźnij się”, „to było niechcący”, „nie daj się sprowokować”, „nie bierz tego zbyt poważnie”	Myślę sobie: „On chce mnie sprowokować, nie dam się”
Użycie umiejętności społecznej	Umiejętność zachowania, reagowania w relacjach z ludźmi np. prośenie o pomoc, radzenie sobie z presją grupy, odmawianie	Zastosuję umiejętność „reagowanie na zaczepki”
Samocena	Nagroda za opanowanie złości	Myślę o sobie: „Jestem ok”, „Dobra robota”

Źródło: opracowanie własne na podstawie Goldstein, Glick i Gibbs (2004, s. 77–89).

Zaprezentowane w tabeli 9.1 kroki służące kontrolowaniu złości są niezwykle cenną metodą radzenia sobie z własnymi uczuciami przez dzieci. Jest to metoda prosta, a zarazem skuteczna i zrozumiała. W pracy w poradni można tę metodę modyfikować w razie potrzeby lub ćwiczyć z uczniami jej wybrane elementy, np. reduktory złości lub monity. Samokontrola pozwala wybrać optymalną reakcję, daje poczucie siły wewnętrznej i kontroli. Stosowanie kroków służących kontrolowaniu złości pozwala także radzić sobie uczniom ze stresem szkolnym, ponieważ

umiejętność zapanowania nad własnymi emocjami pomaga np. w sytuacji niespodziewanego odpytywania przy tablicy, niezapowiedzianego sprawdzianu czy konieczności wyrecytowania wiersza w obecności całej klasy.

Dzieciom mającym trudności szkolne bardzo przydaje się również umiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych i konfliktowych. Jedną z takich metod, którą łatwo przećwiczyć z dzieckiem w gabinecie psychologa, jest komunikat odważny.

W tabeli 9.2 przedstawiono nieagresywny sposób rozwiązywania konfliktów za pomocą tzw. komunikatu odważnego FUKOZ (nazwa pochodzi od pierwszych liter składników komunikatu).

TABELA 9.2

Komunikat odważny – FUKOZ

Fakty	To co widzę i słyszę	Powiedziałeś na mnie „gruby”
Uczucia	Uczucia związane z danym faktem	Bardzo mi przykro z tego powodu
Konsekwencje	Następstwa faktów	Dlatego z tobą teraz rozmawiam
Oczekiwania	Oczekiwania w związku z faktami	Oczekuję, że mnie przeprosisz i więcej już nie będziesz przezywał
Zaplecze	Powołanie się na prawo do posiadania oczekiwań, np. umowa, relacja, zasady ogólnoludzkie	Bo przecież jesteśmy dobrymi kolegami i nie chcemy psuć naszej znajomości

Źródło: opracowanie własne na podstawie Morawska i Morawski (2009, s. 51–53).

Metoda ta również jest zaczerpnięta z programu TZA i daje możliwość jasnego, szczerego i zgodnego z własnymi uczuciami czy potrzebami wyrażenia stanowiska lub opinii. Komunikat ten służy pozyskaniu współpracy drugiej osoby w sytuacjach, które standardowo prowadzą do konfrontacji lub konfliktów.

Opisane metody rozwijania kompetencji społecznych poprawiają relację dziecka z rówieśnikami, ale także z jego rodzicami i nauczycielami. Więcej informacji na ten temat można znaleźć w publikacjach Goldsteina (2001), Morawskiej i Morawskiego (2009) i innych autorów (np. Prochaska, Norcross i Diclemente, 2008).

5. Rozwijanie pasji i zainteresowań

Dzieci, które mają trudności szkolne, często są narażone na niepowodzenia w procesie edukacji. W tym okresie nauka i związane z nią osiągnięcia są jednymi z głównych zadań rozwojowych, dlatego też przeżywane w szkole porażki mają ogromny wpływ na rozwiązywanie przez dzieci kryzysów rozwojowych. Niepowodzenia szkolne, czyli z jednego obszaru życia dziecka, wpływają negatywnie na całokształt jego funkcjonowania w pozostałych sferach, tj. na relacje z rówieśnikami, pozycję w grupie, poczucie własnej wartości, a także na poziom wiedzy o sobie i świecie. Trudności w rozwiązywaniu zadań rozwojowych, jak to zostało opisane w rozdziale 2, pogłębiają istniejące już zaburzenia w samoocenie i powodują poczucie nieprzystosowania, braku adaptacji do społeczeństwa. Bardzo ważnym zadaniem w poradnictwie jest więc ocena zasobów, czyli mocnych stron dziecka, jego pasji, zainteresowań i uzdolnień. Wiedza ta służy motywowaniu dziecka do rozwijania tych umiejętności, do zaangażowania się w zajęcia i aktywności pozaszkolne, dzięki którym dziecko będzie mogło doświadczyć poczucia sukcesu, być w czymś dobre, a nawet najlepsze, wygrywać rywalizacje z rówieśnikami i zdobywać pochwały i nagrody. Dziecko warto zachęcać do przebywania i realizowania swoich potrzeb w grupach rówieśniczych spoza środowiska szkolnego, np. podwórkowych czy z dalszej rodziny, w których będzie miało szansę wystąpić w innej roli (pozytywnej) niż w grupach związanych ze szkołą.

Poradnictwo dla rodziców – wspieranie w rozumieniu trudności dziecka

1. Wsparcie emocjonalne

Rodzice dzieci z trudnościami szkolnymi, szukający porady u psychologa, potrzebują przede wszystkim „wyrzucić” z siebie nagromadzone emocje. Szukają osoby, która ich zrozumie, której będą mogły się wyzalić, wypłakać, poskarżyć, czy nawet przy której będą mogły ujawnić swoją złość lub strach, oczekują więc wsparcia w poradzeniu sobie z trudnymi uczuciami. Rodzice przeżywają wiele przykrych uczuć, takich jak lęk przed stygmatyzacją, obawa, że ich dziecko jest „chore”, „nienormalne”,

„złe” lub „leniwe”. Często rodzice widzą, że dziecko ma problem, ale boją dostać „potwierdzenie” ze strony specjalisty, ponieważ przeczuwają, że sami spowodowali jego powstanie, np. przez swoje problemy małżeńskie, i nie chcą, aby ktoś ingerował w ich sprawy, mają poczucie winy, że są „złymi rodzicami”, że gdyby bardziej troszczyli się o swoje dziecko, to nie miałyby ono problemów. Czasem rodzice złością się na dziecko, że sprawia kłopoty, że nie spełnia ich oczekiwań. Są niezadowoleni i rozczarowani brakiem pomocy ze strony szkoły, zrzucają odpowiedzialność za poradzenie sobie z trudnościami na dziecko i na szkołę, czują się bezradni i przeciążeni albo reagują oporem, bagatelizując problemy dziecka i uważając, że „szkoła się czepia”. Rodzice często obawiają się też, że diagnozowanie dzieci w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, zakończone wydaniem opinii o stwierdzonej dysfunkcji stanie się „wyrokiem”, po którym albo dziecko nie dostanie wsparcia w szkole, albo sami będą musieli zmobilizować się do udzielenia mu pomocy. Obawiają się również, że ich dziecko zostanie wyśmiane przez rówieśników albo straci motywację do pracy nad swoimi trudnościami (skoro są niezależne od niego, to nie ma na nie wpływu). Z tych powodów nie pokazują opinii lub orzeczeń w szkole i dziecko, które ewidentnie potrzebuje pomocy, jej nie uzyskuje. Bardzo ważne jest, aby psycholog udzielił rodzicom wsparcia emocjonalnego, znalazł odpowiednio dużo czasu na rozmowę, wczuł się w sytuację, wysłuchał, okazał zrozumienie i akceptację. Psycholog stosuje w tym celu cały repertuar umiejętności i metod z zakresu skutecznej komunikacji, takich jak: aktywne słuchanie, parafrazowanie, odzwierciedlanie, klaryfikacja, umiejętne zadawanie pytań itp. Najważniejsze z tych umiejętności zostały już opisane wcześniej w rozdziale 1, dlatego w tym miejscu (tab. 9.3) zostanie przedstawionych tylko kilka, które wydają się szczególnie użyteczne w pracy z rodzicami dzieci z trudnościami szkolnymi.

TABELA 9.3

Umiejętności komunikacyjne pomocne psychologowi w pracy z rodzicami dzieci z trudnościami szkolnymi

Wypowiedź rodzica	Umiejętność	Wypowiedź psychologa
Mój syn ma siedzieć w domu i uczyć się matematyki, bo ma z niej same jedynki a nie wychodzić na podwórko do	Normalizacja i obiektywizacja (odniesienie do	Zazwyczaj tak jest, że dzieci wolą się spotkać z kolegami, niż uczyć się

kolegów, oni są okropni – palą papierosy i przeklinają	norm, prawidłowości, rzeczywistości, faktów)	przedmiotu, z którym sobie nie radzą
	Pozytywne przeformułowanie (zamiana wady w zaletę)	Wychodzenie syna z domu jest jednym z etapów jego usamodzielniania się
	Pozytywna konotacja (nadawanie innego, pozytywnego znaczenia wydarzeniom)	Tak bardzo się pani o niego troszczy, że chce go ochronić przed wszelkimi zagrożeniami

Źródło: opracowanie własne.

Metody te wpływają na zmianę myślenia rodzica o dziecku i jego trudnościach. Pozwalają spojrzeć na problemy z innego punktu widzenia, dostrzec pozytywne aspekty sytuacji i uświadomić sobie ambiwalentne uczucia rodzica, który np. chce usamodzielnienia się dziecka, ale jednocześnie się tego boi. Metody te dają także możliwość przyjrzenia się trudnościom dziecka z perspektywy systemowej – jakie znaczenie ma dany objaw (w tym wypadku trudności szkolne) dla systemu rodzinnego. Problemy szkolne dziecka mogą bowiem być sygnałem dysfunkcji w rodzinie, że dzieje się w niej coś niekorzystnego dla rozwoju dziecka lub dla całości rodziny.

2. Oddzielenie osoby dziecka od jego zachowania

Kiedy rodzic przychodzi po poradę w sprawie trudności szkolnych swojego dziecka, zwykle formułuje dużo zarzutów pod jego adresem. Rolą psychologa jest pomóc rodzicowi w uświadomieniu sobie, że to nie dziecko jest „niegrzeczne”, ale jego zachowanie jest „niegrzeczne”. Oznacza to, że można nie akceptować zachowania dziecka, lecz nie można odmawiać akceptacji samemu dziecku. Pomocna w tym celu jest prosta metoda: należy podzielić kartkę papieru pionową kreską na pół i poprosić rodzica, aby na jednej połowie napisał kilka zarzutów, jakie ma wobec dziecka – dwa lub trzy, nie więcej, chodzi bowiem o pokazanie możliwości zmiany myślenia, a nie o zachęcanie rodzica do uruchamiania krytycznych uwag o dziecku. Następnie prosi się rodzica, aby na drugiej połowie

przekształcił swoje zarzuty w opis tego, co mu się nie podoba w zachowaniu dziecka. Przykłady przedstawiono w tabeli 9.4.

TABELA 9.4

Różnice między krytykowaniem dziecka a krytykowaniem jego zachowania

Krytykowanie dziecka	Krytykowanie zachowania dziecka
Jesteś bałaganiarzem	Zrobiłeś dziś bałagan w pokoju
Jesteś niekulturalny	Nie powiedziałaś „dzień dobry” naszej sąsiadce
Jesteś agresywny	Twoje zachowanie było agresywne

Źródło: opracowanie własne.

Słowa, które często wypowiadamy, podobnie jak nasze przeważające myśli i wyobrażenia, mają bezpośredni wpływ na to, czego doświadczamy i jacy jesteśmy (czy stajemy się) – kształtują nasz świat i nasze życie. Rodzice zwykle już po pierwszym zdaniu orientują się, jaki błąd popełniają, i często po takim ćwiczeniu odczuwają ulgę, że to zachowanie dziecka jest niewłaściwe, a nie ono samo. Zaczynają też zauważać inne – pozytywne i właściwe zachowania swojego dziecka, zmniejsza się ich poczucie winy wobec dziecka, gdy krytykują tylko niepożądane zachowania.

W poradzeniu sobie z emocjami i odseparowaniu osoby dziecka od jego nieakceptowanych cech i zachowań pomaga rodzicom – a także samym dzieciom – psychopedagogiczna diagnoza trudności dziecka. Otrzymując wyniki badań, rodzic uzyskuje obiektywną informację o możliwościach swojego dziecka – zarówno o jego mocnych stronach, jak i o tych słabych. Świadomość tego, jaki problem ma dziecko oraz co trzeba robić, aby mu pomóc, uwalnia rodzica od przytłaczających uczuć bezsilności i smutku, przywracając poczucie kontroli i wpływu. Rodzic zaczyna wierzyć w możliwość poradzenia sobie z trudnościami (zwłaszcza w wypadku problemów rozwojowych, przejściowych) i skupia swoją energię na szukaniu możliwości realizacji zaleconych sposobów pomocy.

W rozumieniu trudności dziecka rodzicowi pomaga psychoedukacja, tj. nabycie wiedzy o trudnościach doświadczanych przez dziecko. Kiedy rodzic pozna mechanizmy powstawania trudności, ich objawy i skutki, wówczas zaczyna rozumieć swoje dziecko i to, że jest mu trudno samemu sobie radzić, że jest zagubione i nie pojmuje, co się z nim dzieje, że

potrzebuje pomocy rodzica, jego cierpliwości i wyrozumiałości. Obecnie można znaleźć wiele publikacji na temat konkretnych zaburzeń u dzieci wraz ze szczegółowymi zaleceniami do pracy z dzieckiem w domu. Warto polecić rodzicom serię książeczek *One są wśród nas* (2010) – napisano je przystępnym językiem i przybliżono w nich podstawowe zagadnienia związane z danym zaburzeniem (np. depresją, fobią, tikami, dysleksją itp.) oraz możliwe trudności w funkcjonowaniu w domu i w szkole. Przychodząc po poradę, rodzic najczęściej zna biomedyczne podstawy deficytów swojego dziecka, nie zawsze jednak rozumie jego psychologiczne trudności. Praca poradnicza z rodzicem polega więc głównie na wsparciu go w rozumieniu i tym samym na pełniejszym zaakceptowaniu dziecka.

3. Akceptacja dziecka i zrozumienie jego trudności

Zmniejszenie ciężaru trudnych i negatywnych uczuć, które rodzic przeżywa w związku z trudnościami szkolnymi swojego dziecka, pokazanie mu pozytywnych stron widzenia problemu (przez normalizację, pozytywne przeformułowania i konotację), uświadomienie konieczności oddzielania dziecka od jego niewłaściwego zachowania, a także zdobycie niezbędnych informacji na temat mechanizmów trudności szkolnych, ich przyczyn i skutków zwykle powoduje pozytywne zmiany w stosunku rodzica do dziecka. Rozumiejąc trudności dziecka, rodzic odczuwa potrzebę zatroszczenia się o nie i udzielenia mu pomocy w radzeniu sobie z problemami, a nawet ochrony go przed oskarżeniami z zewnątrz (np. ze strony nauczycieli).

W tabelach 9.5 i 9.6 przedstawiono dwie przydatne metody: jak rodzic może pomóc swojemu dziecku poradzić sobie z trudnymi uczuciami i jak może mu pomóc uwolnić się od odgrywania określonych ról.

TABELA 9.5

Pomaganie dzieciom w radzeniu sobie z trudnymi uczuciami

Dzieci potrzebują akceptacji i docenienia ich uczuć	Dziecko: „Dostałem jedynkę z kartkówki ze słówek, a uczyłem się do niej trzy dni”
Słuchaj dziecka spokojnie i z uwagą i zaakceptuj jego uczucia:	Rodzic: „Ojej, rozumiem”
Określ te uczucia	Rodzic: „To bardzo przykre i zniechęcające do nauki”

Zamień pragnienia dziecka w fantazję	Rodzic: „Gdybym miał czarodziejską różdżkę, cofnąłbym czas, abyś mógł się bardziej przygotować”
Wszystkie uczucia dziecka można zaakceptować, ale pewne zachowania trzeba ograniczyć	Dziecko: „Chciałbym porwać dziennik ocen, aby zniknęła ta jedynka” Rodzic: „Widzę, że jesteś rozzłoszczony, wyraż to słowami, a nie rękoma”

Źródło: opracowanie własne na podstawie Faber i Mazlish (1993, s. 35).

TABELA 9.6

Uwalnianie dziecka od funkcjonowania w niekorzystnych rolach

Wykorzystaj okazję do pokazania dziecku, że nie jest tym, za kogo się uważa	„Mówisz, że wstydzisz się odzywać przy większej grupie osób, a popatrz, dziś opowiedziałeś przy wszystkich moich kolegach z pracy o naszej wycieczce rowerowej”
Stwórz sytuację, w której dziecko spojrzy na siebie inaczej	„Czy mógłbyś pójść ze swoją młodszą siostrą do sklepu i pomóc jej kupić zabawkę?”
Pozwól dziecku „podstuchać”, gdy mówisz o nim pozytywnie	„Nasz syn dziś odważnie pomógł swojej siostrze w sklepie, choć wcześniej mówił, że będzie to dla niego trudne”
Zademonstruj zachowanie godne naśladowania	„Mam jutro przed wszystkimi pracownikami w firmie przedstawić swój projekt, bardzo się tym stresuję, ale nie poddam się lękom i postaram się wypaść jak najlepiej”
Bądź źródłem wiedzy dla dziecka w szczególnych momentach	„Pamiętam, jak w przedszkolu brałeś udział we wszystkich przedstawieniach i pięknie śpiewałeś piosenki, wszyscy bili ci brawo”
Kiedy dziecko postępuje zgodnie z niekorzystną rolą, wyraż swoje uczucia lub oczekiwania	„Nie podoba mi się to. Mam nadzieję, że mimo stresu odważysz się jutro powiedzieć ten wiersz w szkole, umiesz go perfekcyjnie”

Źródło: opracowanie własne na podstawie Faber i Mazlish (1993, s. 231).

Czytelnicy zainteresowani zapoznaniem się z innymi metodami, za pomocą których rodzice mogą wspierać swoje dzieci w trudnościach, mogą sięgnąć po prace Gordona (2007), Faber i Mazlish (1993) oraz inne poradniki (np. Całusińska i Malinowski, 2013).

Kolejnym krokiem do zmiany postawy rodzica wobec dziecka jest praca nad zmianą metod wychowawczych. Rodzic, którego dziecko nie radzi sobie w szkole, najczęściej popełnia jeden z podstawowych błędów, mianowicie zamiast chwalić i zachęcać dziecko do pokonywania słabości,

najczęściej stosuje kary. W tabeli 9.7 opisano jedną z możliwości do zaproponowania rodzicom zamiast kar.

TABELA 9.7

Zamiast kar

Wyraź swoje uczucie, ale nie atakuj charakteru dziecka	„Jestem bardzo niezadowolona, że zniszczyłeś książkę swojego kolegi”
Określ swoje oczekiwanie	„Oczekuję, że naprawisz szkodę i przeprosisz kolegę”
Wskaż dziecku, jak może naprawić swój czyn	„Sklej rozdarte kartki taśmą”
Zaproponuj wybór	„Możesz pożyczać książki od kolegów, ale musisz o nie dbać. W przeciwnym wypadku nic więcej nie będą chcieli ci pożyczyć. Zastanów się, co wolisz”
Przejmij inicjatywę	„Co jeszcze możesz zrobić w tej sprawie?”
Daj dziecku odczuć konsekwencje jego zachowania	„Tak, jeśli nie można skleić książki, to odkup mu ją, ale za swoje kieszonkowe”

Źródło: opracowanie własne na podstawie Faber i Mazlish (1993, s. 124).

Dla psychologa pracującego z rodzicem ważne jest także, aby sprawdzić, w jaki sposób rodzic chwali dziecko. Często rodzice nieświadomie lub chcąc skutecznie zmotywować dziecko, stosują pochwałę zawierającą tzw. ukrytą myśl, czyli ukrytą krytykę. Na przykład w pochwalę: „Jesteś taki zdolny, że mógłbyś mieć najlepsze oceny w klasie”, ukrytych jest kilka negatywnych myśli: „Dlaczego nie masz najlepszych ocen?”, „Czemu się nie starasz bardziej?”, „Nie jestem do końca z ciebie zadowolony”. Inny przykład niewłaściwej (oceniającej) pochwały: „Cieszę się, że udało ci się dziś nie spóźnić”, a ukryte myśli to: „Zwykle się spóźniasz”, „Nie wierzę, że się starałeś, po prostu miałeś szczęście, że przyszedłeś punktualnie”.

Propozycji wzmacniającego chwalenia jest w literaturze wiele, w tabelach 9.8 i 9.9 przedstawiono dwie szczególnie warte polecenia.

TABELA 9.8

Chwalenie za pomocą „komunikatu Ja”

--

„Podoba mi się, że tak ciekawie dobrałeś barwy na swoim rysunku”
„Bardzo starannie napisałeś to opowiadanie, naprawdę to doceniam”
„Włożyłeś mnóstwo wysiłku w nauczenie się tego wiersza na pamięć, jestem z ciebie dumny”
Bardzo mnie cieszy, że dostałeś szóstkę z fizyki, gratuluję!”

Źródło: opracowanie własne na podstawie Gordon (2007).

W pochwie w formie „komunikatu Ja” nie ocenia się dziecka i nie krytykuje. Nie zawiera ona ukrytych negatywnych przekazów, ale jest wyrażeniem pozytywnych uczuć rodzica do dziecka, wskazuje, co przeżywa osoba, która ją stosuje, informuje dziecko, jak jego zachowanie wpływa na chwającego.

TABELA 9.9

Pochwała opisowa

Opisz, co widzisz:	„Widzę rozwiązane poprawnie wszystkie cztery zadania z matematyki i spakowany na jutro tornister”
Opisz, co czujesz:	„Jestem z ciebie dumny”
Podsumuj godne pochwały zachowanie:	„Odrobione zadania z matematyki, poukładane książki i zeszyty, przygotowany tornister, barwo! To się nazywa pilny uczeń!”

Źródło: opracowanie własne na podstawie Faber i Mazlish (1993, s. 198).

Dorosły opisuje, co widzi i czuje, a dziecko poznaje swoje możliwości: odkrywa, że potrafi samo zrobić porządek, rozwiązać zadania, być punktualne itp., a to umacnia jego wiarę w siebie i swoje możliwości.

4. *Motywowanie do uczestnictwa w zalecanych formach pomocy i terapii*

Dziecko z trudnościami szkolnymi otrzymuje słabe oceny i rzadko doświadcza poczucia sukcesu. Ze względu na swoje deficyty wolniej przyswaja wiadomości, szybciej zapomina to, czego się już nauczyło, nie potrafi powiązać treści z jednego przedmiotu z treściami z innych, nie nadąża za tempem pracy klasy i nie jest w stanie nabyć wymaganej ilości wiedzy. Jeśli nie ma pomocy, to szybko jego małe luki w wiadomościach przeradzają się w duże braki, a zaległości narastają – także wtedy, gdy dziecko próbuje jednocześnie uczyć się bieżących zagadnień i nadrobić materiał z wcześniejszych lekcji. Dziecko potrzebuje zachęty

i zmotywowania do skorzystania zarówno ze specjalistycznych form pomocy, jak i ze wsparcia w zrozumieniu i odrabianiu lekcji. Zachęta jest skuteczna, jeśli i rodzice, i specjaliści prezentują wspólne stanowisko i razem motywują dziecko. Jeśli chodzi o nadrobienie zaległości szkolnych, to zwykle dzieje się to na dodatkowych konsultacjach z nauczycielem. Praktycznie w każdej szkole istnieje taka forma pomocy – nauczyciele mają dodatkowe godziny na zajęcia realizowane w bezpośrednim kontakcie z uczniem, które często poświęcają na zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze. W wielu szkołach istnieje także wolontariat lub koleżeńskie formy pomagania sobie w nauce – uczniowie dobrze radzący sobie z nauką np. matematyki pomagają swoim kolegom, czasem ma to charakter wymiany: „pomogę ci w matematyce, a ty mi w języku polskim”. Pomoc w nadrobieniu zaległości i odrabianiu lekcji oferują także inne instytucje, np. świetlice środowiskowe, organizacje przykościelne. Jeśli uczniowie mają bardzo duże zaległości, to wskazane jest także rozważenie możliwości skorzystania z indywidualnych korepetycji.

Oprócz pomocy w konkretnych przedmiotach szkolnych dzieci z trudnościami szkolnymi potrzebują dodatkowych działań wspierających. Poradnictwo jest tylko jedną z form pomocy i często niewystarczającą, zwłaszcza wtedy, gdy trudności dziecka dotyczą kilku sfer lub całokształtu radzenia sobie w szkole albo trwają od długiego czasu i powodują poważne konsekwencje. W wypadku wielu rodzajów trudności konieczna jest pomoc specjalistyczna, wyrównująca deficyty i wspomagająca rozwój, odpowiednia do rodzaju danego zaburzenia, np. dzieciom z dysleksją potrzebna jest terapia pedagogiczna, dzieciom z niedosłuchem – pomoc surdopedagoga i nauka języka miganego, dzieciom niesprawnym ruchowo – rehabilitacja, dziecku uzależnionemu od internetu – terapia uzależnień itp. Dzieciom (a czasem i ich rodzicom) trudno jest zrozumieć, dlaczego muszą więcej niż ich rówieśnicy pracować nad sobą i swoimi trudnościami. Chciałyby dostać opinię stwierdzającą dysfunkcje i być „zwolnione” z pracy nad nimi. W takich sytuacjach warto posłużyć się w pracy nad motywowaniem dziecka takimi metodami, jak: analiza zysków i strat, ocena zysków i kosztów zmiany itp. Metody te polegają na wypisywaniu na kartce papieru „plusów i minusów” albo „za i przeciw”, można je łatwo policzyć i zdecydować, co warto robić lub co się nie

opłaca, ale także pozwalają przemyśleć możliwości pod kątem jakościowym, np. uczeń jękający się może wybrać pójście na terapię, choć „za” ma niewiele pozycji, ale ocenia on, że mimo wszystko korzystniej jest ponieść koszty, ponieważ to inwestycja na przyszłość.

W poradniach psychologiczno-pedagogicznych oferowane są różne formy pomocy w zależności od trudności, z jakimi boryka się dziecko (lub jego rodzina). Wśród tych form pomocy można wymienić:

- terapię psychologiczną (psychoterapię) dla dzieci z problemami emocjonalnymi, osobowościowymi,
- socjoterapię dla dzieci nieradzących sobie z własną agresją, z zaburzeniami w relacjach społecznych,
- arteterapię (terapię z wykorzystaniem sztuk plastycznych i technik związanych z plastyką, poezją, muzyką) dla dzieci nadmiernie nieśmiałych, z niskim poczuciem własnej wartości,
- muzykoterapię (leczenie dźwiękiem i muzyką) dla dzieci nadmiernie lękliwych, zestresowanych, zamkniętych w sobie, wycofanych z kontaktów z innymi,
- dramę lub inaczej psychodramę (wchodzenie w rolę dającą możliwość wczucia się w przeżycia emocjonalne innych osób, postawienia się w ich sytuacji, przeżycia doświadczeń za pomocą wyobraźni) dla dzieci z tzw. rodzin dysfunkcyjnych (np. z problemem alkoholowym, z przemocą),
- terapię pedagogiczną (wyrównywanie braków w wiadomościach i umiejętnościach m.in. przez kompensację) dla dzieci ze specyficznymi trudnościami tj. dysleksja, dyskalkulia,
- rewalidację (przywracanie w możliwym zakresie zdrowia, sprawności psychicznej, fizycznej i społecznej) dla dzieci niepełnosprawnych, z głębokimi deficytami,
- terapię rodziny, czyli spotkania wszystkich członków rodziny z psychoterapeutą w celu przyjrzenia się funkcjonowaniu rodziny i znalezieniu sposobów radzenia sobie z trudnościami.

Poradnictwo dla wychowawców i nauczycieli – wspieranie w rozumieniu trudności dziecka

1. *Zmiana postaw*

Nauczyciele – podobnie jak rodzice – nierzadko odczuwają wiele trudnych emocji w związku z trudnościami szkolnymi swoich uczniów. Często nie rozumieją problemów dziecka, obwiniają je o lenistwo, złą wolę, a nawet doszukują się w postawie ucznia lekceważenia swojej osoby i przedmiotu. Odpowiedzialność za niepowodzenia szkolne nauczyciele przerzucają na ucznia, przede wszystkim na brak zdolności, a także na jego rodzinę (patologie, bezrobocie, niskie wykształcenie rodziców itp.), i uważają, że pedagogiczne (dydaktyczne) przyczyny nie odgrywają znaczącej roli w powstawaniu i narastaniu trudności szkolnych. Tymczasem praktyka pokazuje, że zaburzone relacje nauczyciel–uczeń, nauczyciel–rodzic, uczeń–uczniowie mają często ogromny wpływ na funkcjonowanie dziecka i jego porażki. Podobnie rozbieżność między deklarowanymi postawami nauczycieli (pozytywnymi) a ich wpływami nieświadomymi (negatywnymi) rodzi brak zaufania ze strony uczniów i reakcje oporu. Jeśli komunikaty ze strony nauczycieli są sprzeczne, to uczniowie reagują bardziej na sygnały niewerbalne niż na słowa. Także postawa moralizatorska nauczycieli, traktowanie innych z góry, niedopuszczanie do siebie żadnej krytyki czy choćby cienia podejrzenia, że mogli popełnić błąd, nie mieć racji, powodują dystans wobec uczniów i rodziców. Problemem wpływającym na karierę szkolną ucznia jest także współpraca nauczycieli z rodzicami. Pedagogowie mają poczucie, że jest ona prawidłowa, ponieważ realizują odgórnie narzucony obowiązek organizowania zebrań, czego ani rodzice, ani uczniowie nie spostrzegają jako współpracy (Kozieł, 2011). Nauczyciele nie są częstymi klientami poradni, rzadko szukają porad czy podpowiedzi, jak optymalizować swoją pracę, doskonalić umiejętności współpracy z rodzicami czy nawiązywać lepsze relacje z uczniami. Nauczyciele izolują się od uczniów i rodziców, przyjmując postawę pouczającą, powierzchownie analizują swoje postępowanie, niechętnie uczestniczą w szkoleniach, tłumacząc się nadmiarem obowiązków zawodowych. W tej sytuacji zadaniem poradnictwa jest wpływanie na zmianę postaw nauczycieli wobec dziecka: z obwiniającej na rozumiejącą, i wobec rodziców: z roszczeniowej na kooperatywną.

Najważniejsze zadanie psychologa w poradnictwie dla pedagogów to pozyskanie zaufania nauczyciela, ponieważ człowiek, który nie czuje

zagrożenia, otwiera się na nowe poglądy, pomysły, na drugiego człowieka. Psychologowie z poradni dążą więc do nawiązywania indywidualnych kontaktów z nauczycielami – i praktyka pokazuje, że posługując się metodami efektywnej komunikacji (opisanymi już w części o akceptacji uczuć rodzica) można skutecznie zniwelować opór nauczyciela i pozyskać do współpracy i pomocy dzieciom wielu zaangażowanych w swoją pracę nauczycieli. Ważne jest więc, aby wczuć się w sytuację nauczyciela w szkole, zrozumieć jego uczucia i trudności w nauczaniu, m.in. przy zbyt licznych klasach, zróżnicowanym poziomie umiejętności i wiedzy uczniów, przy naciskach programowych, nadmiarze dokumentacji itp.

Następnym etapem pracy z nauczycielem jest wspieranie go w doskonaleniu niezbędnych dla otwartej komunikacji z uczniami umiejętności, takich jak: empatyczne rozumienie innych ludzi, nawiązywanie współpracy z grupą i poszczególnymi jednostkami, budowanie zespołu klasowego, wzbudzanie u uczniów motywacji do nauki, asertywność, radzenie sobie ze stresem, praca z konfliktami. Nauka i doskonalenie takich umiejętności są zwykle procesem rozłożonym w czasie i wymagają uczestnictwa w szkoleniach, warsztatach, kursach doskonalących i/lub grupach wsparcia oraz samokształcenia.

2. Psychoedukacja oraz udzielanie konkretnych wskazówek i zaleceń, jak pracować z dzieckiem mającym trudności

Psychoedukacja jest szczególnie ważna w pracy nauczyciela. O ile rodzic musi znać problematykę związaną z trudnościami swojego dziecka, o tyle nauczyciel w szkole spotyka się z wieloma różnymi rodzajami deficytów i dysfunkcji u uczniów. W każdej klasie przeciętnie znajduje się kilku uczniów z różnymi trudnościami, które wynikają np. z dysleksji, ADHD, choroby przewlekłej, niepełnosprawności intelektualnej czy depresji. Nauczyciel powinien znać ich specyfikę i, co więcej, powinien wiedzieć, jak dostosować swoje metody nauczania, oceniania i egzekwowania wiedzy do indywidualnych możliwości i specyficznych potrzeb każdego ucznia.

Istnieje wiele publikacji dla nauczycieli, w których opisano trudności szkolne i funkcjonowanie dzieci wynikające z różnorodnych zaburzeń. Jedną z ciekawszych pozycji jest wspomniany już cykl poradników *One są wśród nas* (2010), wydanych przez Ośrodek Rozwoju Edukacji. Można w nich

znaleźć informacje dla pedagogów i opiekunów o specyfice zaburzeń i zalecanych formach pracy z uczniem, który ma m.in.: zaburzenia tikowe, odżywiania się, lękowe, ADHD, zespół Aspergera, autyzm, depresje, psychozy itp. Każda książeczka z tej serii zawiera ponadto spis literatury, w której można znaleźć więcej informacji na interesujący nas temat.

Poradnia również dysponuje wieloma materiałami przydatnymi do pracy z dziećmi oraz gotowymi wskazówkami, jak indywidualizować proces nauczania i wychowywania w zależności od problemów dziecka. W tabelach 9.10 i 9.11 przedstawiono kilka przykładowych zaleceń dla nauczycieli do wykorzystania w pracy na lekcjach z dziećmi mającymi trudności szkolne.

TABELA 9.10

Wskazówki dla nauczycieli, jak pracować z uczniem z cechami nadpobudliwości psychoruchowej i z zaburzeniami koncentracji uwagi

Posadź ucznia nadruchliwego w pierwszej ławce, obok swojego biurka, najlepiej z dzieckiem spokojnym, zrównoważonym
Wykorzystaj nadruchliwość ucznia do pozytywnych zajęć: poproś o przyniesienie kredy, wytarcie tablicy, rozdanie zeszytów – to rozładuje jego ruchliwość i go dowartościuje
Wydawaj uczniowi krótkie i pozytywne komunikaty np. „siedź prosto”, „wyjmij książkę”
Ważniejsze fragmenty lekcji akcentuj słownie: „uwaga”, „to ważne”
Pozwól dziecku na zachowania nadruchliwe, ale tylko w obrębie jego ławki
Rób często krótkie przerwy śródlekcyjne
Często chwal ucznia za jego wysiłki i starania, nie tylko za osiągnięcia
Uwagi co do zachowania dziecka staraj się robić na osobności, nie w obecności innych dzieci
Sprawdź, czy uczeń zanotował w zeszycie to, co miał przepisać z tablicy, oraz to, co jest zadane

Źródło: opracowanie własne na podstawie materiałów wewnętrznych poradni.

TABELA 9.11

Wskazówki dla nauczycieli, jak pracować z dzieckiem z dysleksją

Bądź cierpliwy i wyrozumiały
Daj dziecku tyle czasu, ile potrzebuje, nie poganiaj go
Nauczanie opieraj na uczuciach pozytywnych: zainteresowaniu, przeżyciu sukcesu
Formułuj krótkie i proste polecenia
Nie porównuj dyslektyka z innymi uczniami
Nie oceniaj prac pisemnych za błędy, proponuj uczniowi pracę ze słownikiem

ortograficznym
Zamiast dyktanda pozwól uczniowi przepisać krótki tekst
Nie zmuszaj ucznia do głośnego czytania nieznanego tekstu przy innych uczniach
Nie oceniaj poziomu graficznego prac dysgrafika
Pozwól uczniowi z dysgrafią pisać dłuższe prace domowe na komputerze

Źródło: opracowanie własne na podstawie materiałów wewnętrznych poradni.

9.3. Dylematy i trudności w procesie poradnictwa

Wraz ze zmianami prawnymi w oświacie od kilku lat zmieniają się definicje trudności szkolnych np. dysleksji. W starszych definicjach była ona tłumaczona m.in. uwarunkowaniami neurologicznymi, natomiast w obecnych definicjach takie uwarunkowania się wyklucza. Kiedyś dziecko mogło otrzymać orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na chorobę przewlekłą np. cukrzycę, obecnie już nie. Jeśli dziecko nie ma stosownego orzeczenia, to szkoła nie dostaje dofinansowania na pomoc specjalistyczną. Tego typu zmiany w przepisach są niekorzystne, ponieważ ograniczają liczbę dzieci, które mogą skorzystać z pomocy np. nauczyciela wspomagającego na lekcjach, albo możliwości uczestniczenia w dodatkowych lekcjach dydaktyczno-wyrównawczych lub rewalidacyjnych w szkole.

Dylematy poradnictwa w trudnościach szkolnych związane są także z prawem dziecka do uwzględnienia jego opinii i zdania przy udzielaniu informacji i wydawaniu opinii lub orzeczenia w jego sprawach (które to prawo gwarantuje dziecku Konwencja o prawach dziecka z 21 listopada 1989 r.). W przepisach oświatowych dotyczących pomocy psychologiczno-pedagogicznej i działalności poradni brakuje jasno sformułowanych wymogów prawnych w tej kwestii, zależy to w dużym stopniu od etyki zawodowej psychologa/pedagoga. Mimo upowszechniania myśli psychologicznej i zwiększającej się świadomości istoty pomocy psychologicznej często jeszcze dzieci są „wrzucane” do gabinetu psychologa szkolnego „za karę”, „niech pani coś z nim zrobi, bo jest niegrzeczny”, i tak naprawdę dzieci właściwie nie wiedzą, dlaczego rozmawiają z psychologiem, czy mogą się na to nie zgodzić itp. Podobnie jest na terenie poradni, gdy rodzic pod pozorem „dysleksji” zapisuje

dziecko na terapię lub zajęcia grupowe, nie informując go ani o tym, w jakich zajęciach ma uczestniczyć, ani z jakiego powodu. Nierzadko w takich sytuacjach rodzic próbuje również wpłynąć na psychologa, by ten zgodził się na tego rodzaju manipulacyjne zachowania i je podtrzymywał. Takich dylematów jest wiele, np. w sytuacji rozbieżności interesów między nauczycielem a dzieckiem, konfliktu między dobrem dziecka a prawami rodziców do decydowania o dziecku, kiedy rodzice wysyłają dziecko do psychologa, żeby pokazać się jako ten „lepszy” rodzic lub uzyskać informacje o jego stanie psychicznym tylko po to, aby móc je wykorzystać przeciw współmałżonkowi w sytuacji rozwodowej bądź do odebrania praw rodzicielskich. Podobnie w sytuacji, gdy niepełnoletnie dziecko chce skorzystać z pomocy psychologa, a jego rodzic nie wyraża na to zgody. O ile we wspomnianej Konwencji o prawach dziecka formułuje się zasadę nadrzędnego interesu dziecka, o tyle nie określa się, co jest tym najlepszym dla niego zabezpieczeniem. W przepisach oświatowych oraz tych związanych z pomocą psychologiczną interesy rodziców są uwzględnione (wymagana jest zgoda rodzica na badanie, terapię, wydanie opinii itp.), nie ma natomiast określonych praw dzieci i młodzieży, np. do prywatności, wyrażania własnych poglądów i wielu innych. Jeśli nastąpi jakieś naruszenie godności osobistej dziecka, to nie ma ono nawet prawa dochodzić roszczeń. Skoro nie ma przyznanych praw, nie ma przewidzianych procedur na wypadek ich łamania (tylko za pośrednictwem rodziców i z odwołaniem się do przepisów o ochronie dóbr osobistych).

Psychologowie radzą sobie z tymi dylematami, kierując się dobrem dziecka, jego prawami sformułowanymi w przywołanej Konwencji o prawach dziecka, własnym doświadczeniem zawodowym, rozsądkiem. Opierają się na zaleceniach kodeksu etyczno-zawodowego, przepisach ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, w szczególnych przypadkach konsultują się z Rzecznikiem Praw Dziecka, poddają swoją pracę (zwłaszcza terapeutyczną) systematycznej superwizji i podejmują dyskusję w środowisku psychologicznym na łamach biuletynu *Problemy poradnictwa psychologiczno-pedagogicznego* (por. np. Tokarczyk, 1997).

Podsumowanie

Wielu uczniów w swojej karierze szkolnej doświadcza różnych trudności. Mogą one mieć charakter przejściowy i występować na początkowym etapie nauki, mogą się pojawić później, np. w okresie dojrzewania, ale mogą także towarzyszyć dziecku przez cały okres nauki. Niepowodzenia te rzutują zazwyczaj na rozwój psychofizyczny dziecka w późniejszych okresach jego życia, ponieważ nauka i szkoła to nie tylko nabywanie wiedzy i umiejętności, lecz przede wszystkim tworzenie się osobowości każdego dziecka oraz jego intensywny rozwój społeczny i moralny. Sukcesy w szkole lub trudności i niepowodzenia mają ogromny wpływ na kształtowanie się pozytywnej lub zaniżonej samooceny, poczucia wpływu na zdarzenia lub bezradności wyuczonej, odporności psychicznej lub poddawania się przeciwnościom, radzenia sobie ze stresem i przeszkodami lub wycofywania się z wysiłków, motywacji do pracy lub jej braku. W minimalizowaniu negatywnych skutków trudności (i – na ile to możliwe – również w zapobieganiu im) doniosłą rolę odgrywa poradnictwo. Główne cele poradnictwa w trudnościach szkolnych obejmują zatem pomoc dziecku w rozumieniu jego problemów i wspieranie go do pracy nad nimi (motywowanie do uczestnictwa w zajęciach wyrównujących deficyty i wspierających rozwój) oraz wspieranie rodziców i nauczycieli w rozumieniu i akceptowaniu dziecka i jego problemów oraz w udzielaniu mu pomocy.

Pytania sprawdzające

1. Jak współcześnie definiuje się trudności szkolne?
2. Na czym polega różnica między specyficznymi a niespecyficznymi trudnościami w nauce?
3. Omów główne przyczyny i najważniejsze skutki trudności szkolnych.
4. W jakich obszarach i jak psychologowie poradni wspierają dzieci w radzeniu sobie z trudnościami szkolnymi?
5. W jakich obszarach i jak psychologowie poradni wspierają rodziców w rozumieniu trudności szkolnych ich dzieci?

Problemy do dyskusji

1. Wpływ poziomu kompetencji społecznych nauczyciela na jakość jego pracy z dzieckiem o specjalnych potrzebach edukacyjnych.

2. Sposób chwaleńia dziecka przez rodzica a poziom jego poczucia własnej wartości i samooceny.
3. Trudności szkolne dziecka a jego relacje z rówieśnikami.

Literatura zalecana

- Faber, A., Mazlish, E. (1993). *Jak mówić, żeby dzieci nas słuchały. Jak słuchać, żeby dzieci do nas mówiły*. Przeł. M. Więżnowska. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina.
- Goldstein, A.P., Glick, B., Gibbs, J.C. (2004). *ART. Program Zastępowania Agresji. Wydanie drugie poprawione*. Przeł. E. Bartz, M. Kłopotowska, M. Kołodziejczyk, K. Okiński. Warszawa: Instytut „Amity”.
- Kargulowa, A. (2007). *O teorii i praktyce poradnictwa. Odmiany poradoznawczego dyskursu*. Podręcznik akademicki. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Okun, B.F. (2002). *Skuteczna pomoc psychologiczna*. Przeł. J. Suhecki. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.

Rozdział 10

Poradnictwo psychologiczne dla osób z niepełnosprawnością

Małgorzata Łuba

Wstęp

Według danych GUS z 2011 r. ok. 4,7 mln mieszkańców Polski to osoby z niepełnosprawnością (GUS, 2013). Te dane mogą być znacznie zaniżone, ponieważ, zgodnie z zapisami Ustawy z dnia 4 marca 2010 r. o Narodowym Spisie Powszechnym Ludności i Mieszkań w 2011 r., odpowiedź na pytania dotyczące niepełnosprawności była dobrowolna. Szacuje się, że w rzeczywistości w naszym kraju żyje ponad 5 mln osób niepełnosprawnych. Osoby z niepełnosprawnością stanowią ok. 15% społeczeństwa, są zatem największą mniejszością – choć bardzo zróżnicowaną – grupą w Polsce.

Nie ma jednej wyczerpującej definicji niepełnosprawności, ponieważ jest to zjawisko wielowymiarowe. Niepełnosprawność to stan inny niż choroba czy zdrowie. Nie ma prostych kryteriów jej rozpoznawania, nie można jej sprowadzać jedynie do uszkodzeń ciała lub obniżenia poziomu funkcjonowania w konkretnym obszarze. To suma następstw pierwotnych (np. wad wrodzonych, chorób, zaburzeń, urazów, uszkodzeń) i wtórnych (ograniczeń w rozwoju na skutek niekorzystnych warunków m.in. społecznych, materialnych, kulturowych) (Gorajewska, 2009).

Niełatwa jest również odpowiedź na pytanie: kim jest osoba niepełnosprawna? Według Światowej Organizacji Zdrowia jest to człowiek, który nie może samodzielnie, całkowicie albo częściowo, zapewnić sobie możliwości normalnego życia wskutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznej lub psychicznej (WHO,

2001). Na użytek poradnictwa psychologicznego proponuję, aby człowieka z niepełnosprawnością definiować przede wszystkim jako **osobę, która ma podobne potrzeby, marzenia, plany, wyzwania rozwojowe jak inni, ale różne, często mniejsze, możliwości ich realizowania** (Gorajewska, 2009; Witkowski, 1993). Takie postrzeganie pomoże nam traktować określoną dysfunkcję organizmu jako jedną z wielu (nie jedyną) właściwości określających danego człowieka i kształtujących jego zasoby oraz deficyty (Kowalik, 2007).

10.1. Trudności pojawiające się w realizowaniu zadań rozwojowych

Każdy z nas dysponuje różnymi zasobami: psychicznymi (temperament, osobowość, inteligencja, samoocena, odporność na stres), fizycznymi (wygląd, sprawność, stan zdrowia), społecznymi (wykształcenie, więzi) i ekonomicznymi (zarobki, posiadane oszczędności, dobra). Te zasoby pozwalają nam radzić sobie z różnymi życiowymi sytuacjami. Dzięki nim możliwy jest nasz rozwój. „Niepełnosprawność w znacznym stopniu determinuje powstawanie utrudnień w podejmowaniu i realizacji kolejnych zadań rozwojowych. Utrudnienia te dotyczą zarówno jakości podejmowanych działań, jak również ich punktualności” (Marszałek, 2006, s. 124). Innymi słowy, tym, co odróżnia osobę niepełnosprawną od człowieka o podobnej charakterystyce społeczno-demograficznej, ale bez poważniejszych problemów zdrowotnych, jest względnie trwałe i na tyle poważne uszkodzenie organizmu oraz jego konsekwencje, że zmniejszają one szanse rozwojowe. Niezależnie od momentu pojawienia się niepełnosprawności w życiu jednostki będzie ona nie tylko wpływać na możliwość i efektywność realizowania zadań na poszczególnych etapach rozwojowych, lecz także przysporzy dodatkowych wyzwań. Na przykład nastolatek, który w wyniku urazu rdzenia kręgowego straci możliwość poruszania się i kontroli zwieraczy, doświadczy utrudnień w zadaniach zgodnych z jego etapem rozwoju (akceptacja własnego ciała i efektywne korzystanie z jego możliwości) oraz stanie przed zadaniami typowymi raczej dla innych okresów, m.in. średniego dzieciństwa (budowanie samodzielności w zakresie samoobsługi), późnej dorosłości (adaptacja do

nowej sytuacji życiowej – zmiany sprawności, stanu zdrowia, atrakcyjności fizycznej).

Niepełnosprawność często wiąże się z niezdolnością do wykonywania pewnych podstawowych czynności, częściową lub całkowitą, przejściową lub stałą zależnością od innych ludzi, ograniczoną mobilnością, sprawnością manualną, ograniczoną percepcją któregoś ze zmysłów, koniecznością długotrwałego leczenia i rehabilitacji, ograniczonymi relacjami społecznymi i wieloma innymi trudnościami. Może się zatem zdarzyć, że na stałe lub czasowo uniemożliwia ona osobie realizację konkretnych zadań rozwojowych.

RAMKA 10.1		
Zastanów się, w jaki sposób niepełnosprawność wpłynie na możliwości realizacji zadań rozwojowych opisanych osób.		
Wybrane okresy rozwojowe	Niektóre z zadań rozwojowych	Osoba
Wczesne dzieciństwo	Eksploracja i biegłość Autonomia Nawiązywanie kontaktów z rówieśnikami	2-letni chłopiec, który całkowicie nie słyszy od urodzenia
Średnie dzieciństwo	Przejawianie samodzielności w zakresie samoobsługi Nawiązywanie i podtrzymywanie koleżeńskich relacji	7-letnia dziewczynka z chorobą nowotworową, po wyłonieniu stomii
Adolescencja	Akceptacja swojej fizyczności/płciowości i efektywne korzystanie z własnego ciała Budowanie niezależności uczuciowej/autonomii od rodziców i innych dorosłych	13-letni chłopiec z czterokończynowym porażeniem mózgowym, poruszający się na wózku inwalidzkim
Średnia dorosłość	Zaakceptowanie i przystosowanie się do zmian zachodzących w funkcjonowaniu i wyglądzie własnego ciała Osiągnięcie stabilnej pozycji zawodowej przystosowanie się do starości własnych rodziców/rozwiązanie	40-letnia kobieta po udarze niedokrwiennym, z porażeniem lewostronnym i afazją ruchową (zaburzenia mowy)

problemu opieki nad starzejącymi się rodzicami
--

Źródło: opracowanie własne.

10.1.1. Rodzaje niepełnosprawności

Istnieje wiele różnych kryteriów podziału niepełnosprawności, np. ze względu na jej przyczynę, stopień, widoczność, czas wystąpienia. Warto, aby psycholog świadczący usługi poradnicze miał podstawową wiedzę o specyfice przyczyny niepełnosprawności swojego klienta. Takie informacje mogą być pomocne w dostrzeganiu powiązań między pozornie niezwiązanymi danymi. Niestety, w praktyce przed pierwszym spotkaniem często nie wiadomo, jaka osoba się zgłosi. Można jednak swoją wiedzę uzupełnić przed kolejnym spotkaniem. Dodatkowe informacje pomogą w lepszym zrozumieniu problemu klienta. Oczywiście, poziom wiedzy pomagającego nie musi być porównywalny z wiedzą lekarza-specjalisty. Poza tym to przede wszystkim od klienta należy się dowiadywać, jakie ma objawy i w jaki sposób wpływają one – jego zdaniem – na zgłaszane problemy.

RAMKA 10.2

Przydatność wiedzy medycznej w poradnictwie

Aneta od 10 lat choruje na stwardnienie rozsiane. Jest niepełnosprawna z powodu problemów z równowagą oraz 30-procentowej utraty wzroku. Zgłosiła się do psychologa, ponieważ od jakiegoś czasu nieustannie czuje się podenerwowana, ma wybuchy złości i przez to między nią a rodziną dochodzi do coraz częstszych awantur. Ma poczucie winy, że się wścieka i mówi przykre rzeczy swoim dzieciom.

Podczas spotkania Aneta dzieli się informacją, że mniej więcej dwa miesiące wcześniej była hospitalizowana z powodu rzutu choroby i standardowo otrzymała wtedy wysokie dawki leków steroidowych (sterydów). Zapytana, kiedy zauważyła zgłaszane problemy, stwierdza, że niedługo po opuszczeniu szpitala. Psycholog wie, że tego typu leki mogą powodować przez okres nawet kilku miesięcy od ich podania m.in. chwiejność emocjonalną, wzrost impulsywności, nasilenie zachowań agresywnych.

Po przekazaniu tej informacji klientka zyskuje większe zrozumienie doświadczanych problemów. Łatwiej zaakceptować jej własne odczucia i zachowania. Ta dodatkowa wiedza sprawia, że zmniejsza się jej poczucie winy. W dalszej części spotkania zastanawia się wspólnie z psychologiem, w jaki sposób może wpływać na swoje trudności.

W procesie poradnictwa psychologicznego użyteczne wydaje się również rozróżnienie niepełnosprawności wrodzonej i nabytej oraz ustabilizowanej i progresywnej. Te rozróżnienia znacząco wpływają na przebieg procesu przystosowania się do niepełnosprawności. Zostaną one opisane w następnych częściach tego rozdziału.

Niepełnosprawność wrodzona i nabyta

Niepełnosprawność może pojawić się w dowolnym momencie życia każdego człowieka (niepełnosprawność nabyta). Może ona również towarzyszyć osobie od urodzenia (niepełnosprawność wrodzona). Choć efektem jednej i drugiej bywają podobne obiektywnie ograniczenia, np. całkowity brak widzenia, to psychologiczne konsekwencje niepełnosprawności wrodzonej i nabytej mogą być zupełnie inne. U osób z niepełnosprawnością wrodzoną występuje **przystosowanie pierwotne** – w naturalny sposób dostosowują się one do życia z niepełnosprawnością, ponieważ nie znają innej rzeczywistości niż ta z ograniczeniami. Kolejne etapy rozwoju realizują w granicach swoich możliwości. Niepełnosprawność staje się ich integralną częścią, jedną z określających je cech. W wypadku niepełnosprawności nabytej proces przystosowania się do niej jest szczególnie trudny dla osób dorosłych, które mają tendencje do porównywania swoich obecnych możliwości z tymi sprzed urazu lub pojawienia się choroby. To zestawienie zawsze będzie dawało wynik ujemny. Możemy tu mówić o **strefie utraconego rozwoju**, w której wcześniej wypracowane modele zachowania przestają być przydatne i trzeba uczyć się innego funkcjonowania. Zasoby człowieka, które pierwotnie były przeznaczone na dalszy rozwój, są pożytkowane na zabezpieczenie przed regresem rozwojowym (Krueger, 1984, za: Kowalik, 2007).

Niepełnosprawność ustabilizowana i progresywna

Pojawienie się ograniczenia sprawności będzie działało na człowieka jak silny stresor. Może ono wystąpić jednorazowo (np. nagły uraz) albo mieć

zmienny obraz w czasie – stopniowo narastać (np. w chorobach neurodegradacyjnych, postępujących) lub przebiegać okresami nasilenia i remisji objawów (np. w zaburzeniach psychicznych, w niektórych chorobach autoimmunologicznych). W wypadku jednorazowego urazu na ogół mamy do czynienia z niepełnosprawnością ustabilizowaną. Choć pojawia się ona w gwałtowny sposób, to zazwyczaj po pewnym czasie ograniczenia z nią związane stają się w miarę przewidywalne. Wiąże się to z faktem, że czynnik uszkodzający przestaje działać, znane są jego konsekwencje i pojawia się miejsce na wypracowanie strategii kompensacji – po pożarze przychodzi czas na uprzątnięcie zgliszczy i odbudowę tego, co uległo zniszczeniu. Jednak kiedy mamy do czynienia z niepełnosprawnością spowodowaną chorobami przewlekłymi, postępującymi, wówczas trudno jest przewidzieć ich przebieg i jego konsekwencje. Taką niepełnosprawność można określić mianem progresywnej. Czynnik uszkodzający jest poza kontrolą jednostki – pojawia się w różnych momentach, nasilając wcześniejsze ograniczenia lub wywołując nieznane dotąd problemy. Jeśli przywołamy wcześniejsze porównanie do pożaru, to w tej sytuacji po pożarze również podejmowane są próby porządkowania i odbudowy. Jednak jeszcze w czasie ich trwania lub krótszy bądź dłuższy czas po ich zakończeniu mogą pojawiać się kolejne, pustoszące pożary.

Podsumowując: w wypadku niepełnosprawności ustabilizowanej człowiek mierzy się na ogół z jednorazową stratą, która najczęściej przychodzi bez uprzedzenia. Przy niepełnosprawności progresywnej pierwsza strata także pojawia się bez możliwości wcześniejszego przewidzenia, lecz stanowi ona zapowiedź kolejnych strat.

10.1.2. Proces przystosowania się do niepełnosprawności

Niepełnosprawność jest doświadczeniem, które trudno zaakceptować, ponieważ wiąże się ona z utratą – dotychczasowych możliwości, planów na przyszłość, czasami elementów własnej tożsamości. W lepszym rozumieniu przystosowania się do życia z ograniczeniami pomocna może być koncepcja Kerr (1977). Wyróżnia ona kilka etapów, przez które

przechodzi osoba w procesie radzenia sobie z niepełnosprawnością (Kerr, 1977, za: Kowalik, 2000). Przedstawiono je w tabeli 10.1.

TABELA 10.1

Etapy procesu przystosowania się do niepełnosprawności

<p>Szok „To nie ja”</p>	<p>Stan dezorientacji, dotyczącej własnego stanu zdrowia. Osoba sprawia wrażenie, jakby nie chciała uwierzyć w to, co się z nią dzieje. Może mieć poczucie pełnej sprawności, odwracalności zmian w jej ciele. Prosi o dodatkowe badania, o czas, mając nadzieję, że informacje, które usłyszała, okażą się nieprawdą. Czasami przyjmuje postawę negującą zabiegi medyczne i rehabilitacyjne.</p>
<p>Oczekiwanie poprawy „Jestem chory, ale wyzdrowieję”</p>	<p>Człowiek zaczyna uświadamiać sobie swój stan zdrowia, ale traktuje go jako chwilowy. Uważnie obserwuje siebie, swoje ciało i oczekuje poprawy. Kiedy ona się nie pojawia, reaguje zdenerwowaniem. Na tym etapie jest gotowy sięgać po różne sposoby, które mogą poprawić jego stan zdrowia. Wyleczenie jest celem jego działań, a problemy zdrowotne najważniejszą barierą do zlikwidowania.</p>
<p>Lament „Wszystko jest stracone”</p>	<p>Ten etap pojawia się na ogół pod wpływem doświadczenia frustracji – osoba nie może poradzić sobie z jakąś sytuacją lub otrzymuje niepomysłne informacje o swoim stanie zdrowia. W jej odczuciach dominuje smutek, rozpacz, rezygnacja, apatia. Wszystko traci sens. Wyleczenie staje się nierealne, a niepełnosprawność barierą nie do pokonania.</p>
<p>Obrona A (zdrowa) „Bez względu na wszystko, idę do przodu”</p>	<p>Przejście do tego etapu jest możliwe dzięki podjęciu przez człowieka działania pozwalającego przełamać istniejące bariery i jednocześnie będącego dla niego wartościowym i wpływającym w pozytywny sposób na jego samoocenę. Taka aktywność pozwala odczuwać zadowolenie, ale także ulgę. To zapoczątkowuje proces akceptowania własnej sytuacji życiowej. Człowiek formułuje nowe wartości, poszukuje znaczenia i nadaje sens własnym działaniom i doświadczeniom. Niepełnosprawność przestaje być traktowana jak bariera, która całkowicie uniemożliwia realizację ważnych celów życiowych. Radość (związana z sukcesami) przeplata się ze stanami smutku, zniechęcenia (wynikającymi z porażek i próby realizacji zbyt trudnych zadań). Zagrożeniem na tym etapie jest utwierdzanie osoby niepełnosprawnej w przekonaniu, że może wszystko, że może żyć bez ograniczeń.</p>
<p>Obrona B (neurotyczna) „W przyszłości może zaakceptuję swoje kalectwo”</p>	<p>Osoba neguje istnienie jakichkolwiek ograniczeń związanych z jej niepełnosprawnością. Swoim działaniem próbuje sobie i otoczeniu udowodnić, że całkowicie przystosowała się do niepełnosprawności. Kiedy doświadcza sytuacji, która burzy przekonanie, że wszystko jej w jej zasięgu, wraca do poprzednich faz.</p>

Przystosowanie „Życie jest trudne, ale nie takie znowu złe”	Człowiek postrzega niepełnosprawność jako jedną z wielu cech, które go charakteryzują. Staje się ona czymś normalnym, naturalnym. Akceptuje swoje ograniczenia, możliwości, sytuację życiową. Człowiek odzyskuje równowagę, ale nie zapomina o bolesnych wydarzeniach. Ten etap nie wyklucza odczuwanego czasowo cierpienia, dyskomfortu, wątpliwości, niezgody.
--	--

Źródło: opracowanie własne na podstawie Kowalik (2000, s. 809–811).

Warto zauważyć, że koncepcja Kerr odnosi się przede wszystkim do osób z niepełnosprawnością nabytą. W wypadku niepełnosprawności wrodzonej ten proces może zostać zapoczątkowany w okresie adolescencji, kiedy osoba zaczyna nabierać coraz większej świadomości siebie i własnych ograniczeń, zaczyna porównywać się z innymi i dostrzega własną odmienność. W zestawieniu z niepełnosprawnością ustabilizowaną niepełnosprawność progresywna niesie ze sobą większe ryzyko, że proces przystosowania będzie przebiegał z wielokrotnym powtarzaniem poszczególnych jego etapów.

Wielu autorów podkreśla znaczenie pozytywnej akceptacji dysfunkcjonalności dla prawidłowego przystosowania się do niepełnosprawności. Pozytywna akceptacja oznacza, że choć człowiek ma poczucie straty, to jednak na co dzień koncentruje się na tym, co może, wyznaczając sobie nowe cele. Negatywna akceptacja to poddawanie się konsekwencjom niepełnosprawności przez dominującą bierność (Marszałek, 2006).

10.1.3. Zmiany w funkcjonowaniu rodziny

Niepełnosprawność może dotknąć każdego z członków rodziny na różnym etapie jego życia. W dużym uproszeniu możemy mówić o dwóch podstawowych typach rodzin, doświadczających niepełnosprawności:

- rodziny, w których niepełnosprawne jest dziecko (również w okresie dorosłości),
- rodziny, w których niepełnosprawna jest osoba dorosła (rodzic, partner).

Choć każdy z tych wariantów może implikować inne problemy, to pojawienie się niepełnosprawności w rodzinie będzie wywoływało zawsze wiele trudnych emocji, zagrażało relacjom między poszczególnymi osobami i rolom przez nie pełnionym. W tabeli 10.2 ukazano niektóre z możliwych zagrożeń.

Niepełnosprawność może się również przyczynić do wzrostu ryzyka pojawienia się przemocy w rodzinie. Skala wielkości tego problemu nie jest znana. Szacunki – przeprowadzone na podstawie europejskich i amerykańskich badań – każą przypuszczać, że osoby z niepełnosprawnością doświadczają przemocy ze strony swoich bliskich od dwóch do pięciu razy częściej niż osoby zdrowe. Częściej są im zabierane dobra materialne, wytykana i zarzucana niepełnosprawność, mogą być również szarpane lub popychane, izolowane i zamykane. Osoby niepełnosprawne mogą być również sprawcami przemocy i na wiele sposobów krzywdzić swoich najbliższych (Durda, 2011).

TABELA 10.2

Zagrożenia w systemie rodzinnym związane z pojawieniem się niepełnosprawności

Rodzaje rodzin	Zagrożenia	Przejawy obserwowane
Rodziny z niepełnosprawnym dzieckiem (również dorosłym dzieckiem)	Pozostanie w roli dziecka lub „wtórne dzieciństwo”	Pojawienie się niekonstruktywnych postaw wobec osoby niepełnosprawnej: Nadmierna opiekuńczość: <ul style="list-style-type: none"> • sądy, np.: „Wiem najlepiej, co dla niego dobre, wszystko co ma, to dzięki mojemu poświęceniu” • uczucia: napięcie, troska, niepokój, lęki, obawy • zachowania: ograniczanie swobody (np. wyjść z domu) i wolności (np. kontrolujące towarzyszenie we wszystkim), manifestacyjne wybuchy rozpacz
Rodziny z niepełnosprawnym dorosłym (rodzicem, partnerem)	Przyjmowanie przez partnera i/lub dziecko roli opiekuna	Wycofanie: <ul style="list-style-type: none"> • sądy: zaprzeczanie wadze sprawy (np.: „To właściwie nic takiego – ludzie są różni: ślepi, głusi, na wózkach”), zaprzeczanie własnej agresji (np.: „Nie dam mu tego poznać, że jestem wściekły, bo popsuł mi życie”), bezradność (np.: „Nie mam siły, z nim nic już się nie da zrobić”) • uczucia: zobojętnienie (maskujące inne trudne uczucia) lub jawne poczucie bezradności, przygnębienie, smutek, poczucie rezygnacji

	<ul style="list-style-type: none"> • zachowania: różne formy zachowań ucieczkowych (bierne odrzucenie) <p>Odrzucenie</p> <ul style="list-style-type: none"> • sądy, np.: „ON to nieszczęście całej rodziny. Nie ma żadnych szans!” • uczucia: poczucie zawodu, uraza, utracone nadzieje, złość, pogarda, wstyd • zachowania: różne formy agresji (upokarzanie, aluzje, złośliwe porównania) <p>Roszczeniowość:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sądy, np.: „To leń, za mało z siebie daje, oczekuję od niego więcej, musi więcej się starać, bym go akceptował” • uczucia: irytacja (z powodu niespełniania oczekiwań), zwątpienie • zachowania: częste ocenianie osoby niepełnosprawnej i komunikowanie swoich oczekiwań; krytyka; nierealistyczne myślenie o możliwościach; często kierowanie się własnym wyobrażeniem bez badania potrzeb, pragnień, marzeń i planów osoby niepełnosprawnej
--	---

Źródło: opracowanie własne na podstawie Kalb (2008); Marszałek (2006); Wojciechowski (2007); Ziemska (1999).

Rodzina może w konstruktywny sposób wspierać osobę niepełnosprawną, jej aktywność, nabywanie nowych sposobów radzenia sobie z ograniczeniami. Może także zwiększać niesprawność jednostki przez tendencję do sprawowania nadmiernej opieki, hamowanie aktywności, wywoływanie poczucia winy, żalu, krzywdy. Warto pamiętać, że ta zależność między osobą niepełnosprawną a jej najbliższymi działa w obu kierunkach.

10.2. Metody pomocy osobom doświadczającym określonych trudności

Kowalik (2007) proponuje, aby podstawowym celem pomocy psychologicznej udzielanej osobie niepełnosprawnej było wspieranie w odzyskiwaniu przez nią utraconych szans rozwojowych. Główne zadanie psychologa sprowadza się zatem do zachęcania klienta do aktywności w rozwiązywaniu problemów oraz towarzyszenie mu w tym procesie.

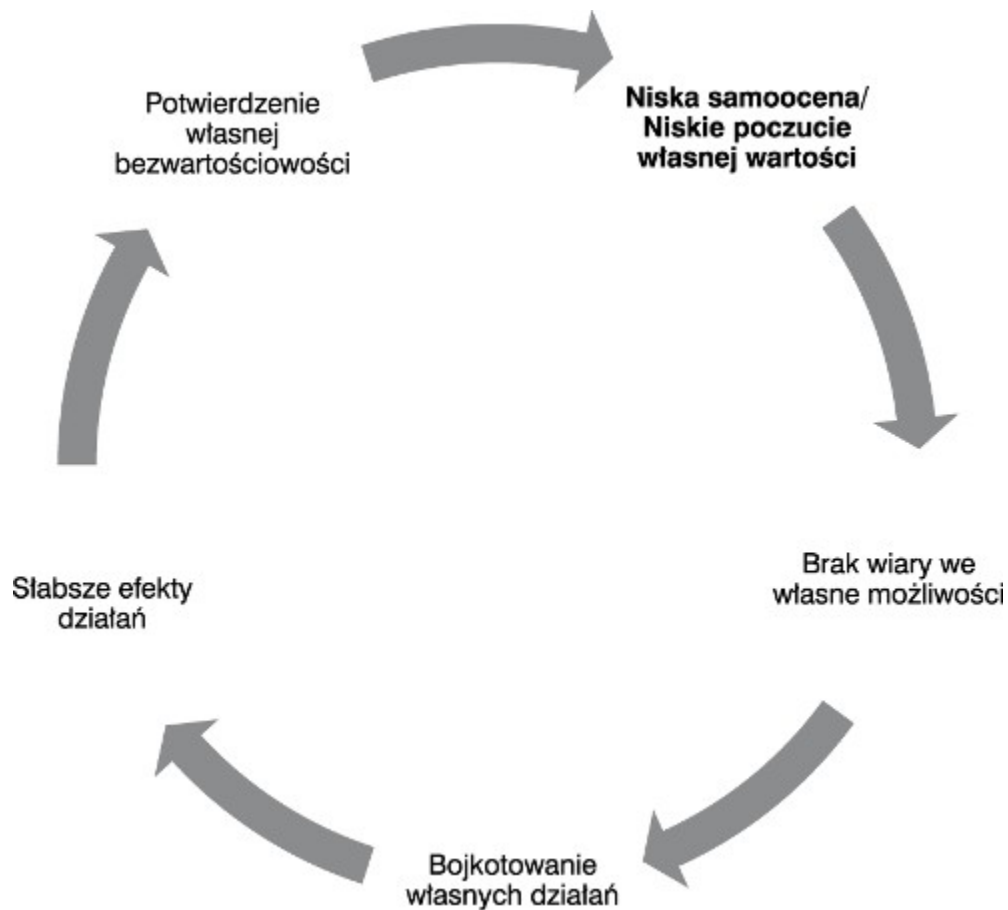
W tej części przedstawione zostaną te obszary, w których praca z osobami niepełnosprawnymi wydaje się szczególnie ważna. Ani wybrane zagadnienia, ani opisane metody nie wyczerpują listy wszystkich możliwości, ale są użyteczne w procesie poradnictwa.

10.2.1. Budowanie poczucia własnej wartości i wzmacnianie samooceny

Niepełnosprawność pociąga za sobą wiele strat – osoba niepełnosprawna traci zdrowie, atrakcyjny wygląd, możliwość dotychczasowej aktywności społecznej i zawodowej oraz pełnienia określonych ról. Tracąc to, co dla niej ważne, traci poczucie własnej wartości. Jak piszą Kofta i Doliński (2000, s. 579): „Samoocena jest ewaluacją własnej osoby”, i odpowiada na pytanie, jak człowiek postrzega sam siebie, jak ocenia to, kim jest i co robi. Podstawowym elementem poczucia własnej wartości jest wiedza o sobie, czyli opinie i sądy na własny temat. Odnoszą się one do tych obszarów życia, które są ważne dla konkretnego człowieka, np. niektórzy będą budować swoją samoocenę, opierając się głównie na kryterium wyglądu zewnętrznego i sprawności fizycznej, inni zwracają uwagę na inteligencję, wykształcenie, osiągnięcia zawodowe, skuteczność w działaniu lub jakość relacji z innymi. Jeśli któryś z ważnych filarów poczucia własnej wartości zostanie naruszony lub zniszczony przez niepełnosprawność, to pojawia się niska samoocena. Konsekwencji niskiej samooceny jest wiele, a w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością są to przede wszystkim: brak akceptacji własnej niedoskonałości, nadmierne koncentrowanie się na własnych ograniczeniach, błędach, słabościach, wycofywanie się z aktywności, przypisywanie sobie winy za porażki i uogólnianie niepowodzeń, niedoceniać własnych zalet i umiejętności, brak umiejętności mówienia o sobie dobrze, porównywanie się do siebie sprzed pojawienia się niepełnosprawności lub z osobami w pełni sprawnymi, brak wiary we własne siły, skłonność do poddawania się, niekończenie podjętych zadań, poszukiwanie akceptacji innych.

Dodatkowy problem wiąże się z faktem, że wiele osób – nie tylko niepełnosprawnych – będzie rozumiało niskie poczucie własnej wartości

bardziej jako cechę, która nie podlega zmianie. Niska samoocena zaczyna wówczas działać na zasadzie błędnego koła, co pokazano na rycinie 10.1.



RYCINA 10.1

Mechanizm „błędnego koła” samooceny

Źródło: opracowanie własne.

W przerwaniu tego mechanizmu pomocne może być wykorzystanie takich metod, jak: aktywizowanie wspomnień o sukcesach, zauważanie wysiłku, zwiększanie akceptacji dla własnych niedoskonałości i popełnianych błędów. W dalszej części opisano te metody wraz z konkretnymi sposobami pracy.

Aktywizowanie wspomnień o sukcesach

Pamięć człowieka działa w bardzo wybiórczy sposób: daje dużo łatwiejszy dostęp do wspomnień zgodnych z przeważającym nastrojem (Maruszewski, 2000). Osoba niepełnosprawna, myśląca o sobie źle, w sposób automatyczny będzie wydobywała z pamięci wspomnienia wydarzeń, w których – w swoim odczuciu – poniosła klęskę. Równoważenie tego procesu może polegać na zachęcaniu klienta do intencjonalnego i ustrukturyzowanego przywoływania wspomnień o sukcesach. Historia sukcesu (tab. 10.3) to z jednej strony metoda dosyć szybko i skutecznie poprawiająca nastrój, z drugiej zaś pomagająca człowiekowi odkrywać i nazywać jego umiejętności.

TABELA 10.3

Historia sukcesu

<p>Pierwsza część instrukcji dla klienta:</p> <p>Przypomnij sobie i dokładnie opisz wydarzenie, z którego jesteś dumny albo które było dla ciebie ważne, albo wiąże się z twoim osiągnięciem, albo uważasz je za swój sukces. W swojej historii koncentruj się na tym co zrobiłeś, opisz tylko fakty. Twój opis ma zawierać trzy elementy: zadanie, środki, rezultat.</p>	
<p>Zadanie – coś, co chciałeś zrobić, ponieważ było to dla ciebie ważne, wiązało się z potrzebą. Może być to problem do rozwiązania, wyzwanie, któremu starałeś się sprostać lub coś, czego chciałeś się nauczyć, umiejętność, którą chciałeś opanować.</p>	<p>Kiedy byłem na turnusie rehabilitacyjnym, musiałem dzielić pokój z mężczyzną, który nieustannie na wszystko narzekał. Bardzo mnie to dołowało, bo jego nastrój ciągłego niezadowolenia zaczął mi się udzielać. Chciałem zmienić współlokatora lub pokój, bo zależało mi na tym, żeby dalszą część wyjazdu spędzić w miłej atmosferze (zadanie).</p>
<p>Środki – coś/ktoś dzięki czemu/komu mogłeś wykonać swoje zadanie lub rozwiązać problem. To ludzie, którzy ci pomogli, sposoby, dzięki którym osiągnąłeś swój cel.</p>	<p>Zastanawiałem się, co mogę z tym zrobić i kto może mi pomóc. Uznałem, że jeśli nie wezmę sprawy w swoje ręce, nic się nie zmieni. Na początku porozmawiałem ze swoim rehabilitantem, który zasugerował mi rozmowę z kierownikiem ośrodka. Sprawdziłem, kiedy mogę się z nim spotkać i poprosiłem o chwilę rozmowy. Kierownik sprawdził obłożenie ośrodka i powiedział, że na razie nie ma wolnych pokoi, ale mogę przyjść za dwa dni, bo może wtedy się coś zmieni. Uznałem, że nie odpuszczę i po dwóch dniach znowu do niego poszedłem. Tym razem podkreśliłem, dlaczego potrzebuję zmiany pokoju i jak obecna sytuacja na mnie wpływa (środki).</p>

Rezultat – wykonane przez ciebie zadanie, rozwiązany problem, opanowana umiejętność, zrealizowany cel, wyzwanie, któremu sprostałeś. Czasami jest to coś, z czego jesteś dumny i zadowolony nawet wtedy, gdy nikt o tym nie wie.	Następnego dnia przeniósłem się do innego pokoju (rezultat).
Druga część instrukcji dla klienta: W każdej historii, którą uważasz za swój sukces, ujawniają się twoje umiejętności i zdolności. Warto, abyś za każdym razem je nazwał i wskazał tę część wydarzenia, która to potwierdza.	
Moje umiejętności, zdolności, które ujawniły się w tej historii	Dowód
Radzenie sobie z niekomfortową sytuacją	Mimo gorszego złego nastroju z powodu narzekań współlokatora skupiłem się na tym, co mogę zrobić, żeby było mi lepiej.
Umiejętność zdobywania informacji	Dopytałam rehabilitanta, do kogo mogę zwrócić się w sprawie zmiany pokoju.
Umiejętność proszenia o pomoc	Poprosiłam kierownika o zmianę pokoju, powiedziałem mu o swoich potrzebach.
Konsekwencja w działaniu, niepoddawanie się	Nie odpuściłem i po upływie 2 dni jeszcze raz porozmawiałem z kierownikiem.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Klaus (2010, s. 18).

Aktywizowanie wspomnień o sukcesach może odbywać się również podczas rozmowy, kiedy będziemy zachęcali klienta do wypowiedzi i refleksji na przykładowe tematy:

- Coś, co sprawiło, że poczułem się dobrym człowiekiem.
- Coś, co zrobiłem i jestem z tego dumny.
- Coś, co zrobiłem i było to dla mnie bardzo przyjemne.
- Kiedyś podjąłem duży wysiłek i osiągnąłem to, co chciałem.

- Kiedyś wygrałem i było to wspaniałe uczucie.
- Choć nikt o tym nie wie, dla mnie była to ważna sprawa.
- Nie poszło tak, jak chciałem, ale dużo się nauczyłem.

Zauważanie wysiłku

Człowiek, który ma niską samoocenę, zazwyczaj jest bardzo samokrytyczny i koncentruje się głównie na swoich niedociągnięciach i porażkach. Jeśli dodatkowo jego niepełnosprawność sprawia, że nie jest zdolny do wykonywania najprostszych czynności samoobsługowych, to zyskuje przekonanie, że nie robi zupełnie nic. W pracy korekcyjnej ważne będzie uczenie takiej osoby pozytywnego zwracania uwagi na własne działania. W tym celu można wykorzystać podsumowywanie dnia lub pochwałę samego siebie (tab. 10.4).

TABELA 10.4

Podsumowywanie dnia i pochwała samego siebie

<p>Podsumowywanie dnia</p> <p>Każdego wieczoru przed snem pomyśl o rzeczach, które robiłeś danego dnia i wymagały twojego wysiłku. Mogą to być małe i duże sprawy. Podziękuj sobie za każdą czynność z listy. Pamiętaj, że liczy się wszystko: i sukcesy, i rzeczy, które nie były idealne.</p>
<p>Pochwała samego siebie</p> <p>Pochwała samego siebie to pozytywne zwrócenie uwagi na takie działania, które wymagają od ciebie energii, wysiłku, są trudne, niechętnie je robisz, ale jednak robisz albo zaczynasz je robić choć odrobinę lepiej.</p> <p>Dobra pochwała, składa się z trzech części:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Opis zachowania, czyli odpowiedź na pytanie, co zrobiłeś lub jak się zachowałeś, np. przeprosiłem córkę za niemiłe słowa. 2) Nazwanie cechy lub umiejętności, czyli odpowiedzi na pytanie, jaki w związku ze swoim zachowaniem jesteś lub, co to zachowanie o tobie mówi, np. umiem przyznać się do błędu. 3) Określenie swoich emocji, czyli odpowiedź na pytanie, jak to zachowanie wpłynęło na twoje samopoczucie, np. czuję satysfakcję i jednocześnie ulgę.

Źródło: opracowanie własne.

Zwiększanie akceptacji dla własnych niedoskonałości i popełnianych błędów

Wiele osób niepełnosprawnych porównuje się z innymi – zdrowszymi i sprawniejszymi – którzy potrafią osiągać swoje cele bez dużego wysiłku. Takie porównania sprawiają, że nie podejmują one działań, obawiając się, że popełnią błąd, wykonają zadanie nieidealnie lub narażą się na negatywną ocenę otoczenia. W ten sposób zablokowana zostaje ich aktywność. Takie osoby można uczyć postrzegania porażek jako naturalnego etapu uczenia się oraz definiowania sukcesu w kategoriach podjętych działań, a nie osiągniętych efektów. Pomocna w tym może być technika punktu zerowego opisana przez Leahy’ego (2001). Wykorzystując ją, należy zwracać uwagę na wypowiedzi, w których klient porównuje siebie i swoje zachowania z osobami w jego mniemaniu lepszymi od niego. Zadaniem psychologa jest wówczas poproszenie go o dokonanie skrajnie odmiennego porównania i zestawienie swojej osoby z człowiekiem, którego uważa za gorszego.

Inną metodą jest przeformułowanie cech lub zachowań, uważanych za własne niedostatki, deficyty w zasoby. Opisano ją w tabeli 10.5.

RAMKA 10.3

Punkt zerowy

Roman jest osobą niepełnosprawną od urodzenia – ma dwukończynowe porażenie mózgowie, porusza się o kulach. Oprócz tego ma lekką spastyczność dłoni, która sprawia, że wolniej pisze na komputerze.

Od trzech lat pracuje jako księgowy. Choć jego zwierzchnik jest zadowolony z pracy Romana, on sam porównuje się z kolegami i koleżankami, którzy swoje obowiązki wypełniają szybciej i sprawniej niż on.

Oto fragment rozmowy z Romanem z wykorzystaniem techniki punktu zerowego:

Psycholog: Sprawia pan wrażenie, jakby oceniał pan swoje kompetencje zawodowe jedynie w odniesieniu do kategorii szybkości pisania na komputerze. Zdaje się również, że przyrównuje się pan do osób z pracy, które mają w pełni sprawne dłonie.

Roman: Bo to ważne w pracy księgowego, aby szybko wprowadzać faktury i inne dane. A ja odstaję od innych.

P: A czy kiedykolwiek porównywał się pan z osobą, która ma zupełnie niesprawne dłonie?

R: Nie. Takie osoby nie mogłyby pracować.

P: Załóżmy, że chce pan porównać się z taką osobą. Czy zna pan kogoś takiego? Co taki człowiek może w porównaniu z panem?

R: W szkole, w której się uczyłem, było kilka takich osób. Nie mogły one zupełnie pisać długopisem. Musiały mieć specjalną klawiaturę i mysz do obsługi komputera, ale i tak pisały bardzo wolno.

P: Dużo wolniej od pana?

R: Zdecydowanie.

P: To w takim razie proszę, żeby pan powiedział, co pan może, a czego nie mogą tamte osoby.

R: No, mogę pracować na zwykłej klawiaturze. Piszę całkiem sprawnie i szybko i pracuję w zawodzie. W sumie to szef nigdy nie zwrócił mi uwagi, że robię coś za wolno.

P: Jak to się ma do życia osoby o całkowicie niesprawnych dłoniach?

R: Moja sytuacja jest dużo lepsza, bo mogę dużo więcej.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Leahy (2001, s. 223–225, 243).

Jak wspomiano w części dotyczącej przystosowania się do niepełnosprawności, zgodnie z koncepcją Kerr osoba niepełnosprawna przechodzi z etapu zdrowej obrony do obrony neurotycznej, kiedy stawia sobie nierealne do osiągnięcia cele lub zakłada, że to, co robi, musi wykonać perfekcyjnie, tak jakby żyła bez żadnych ograniczeń (Kerr, 1977, za: Kowalik, 2000). W kontakcie poradniczym warto zatem zachęcać klienta do refleksji, czy nie stawia sobie za wysoko poprzeczki, czy w planowanych aktywnościach uwzględnia swoje możliwości i ograniczenia, czy jego cele są realnie do osiągnięcia, kiedy uzna, że odniósł sukces.

TABELA 10.5

Wada to czasami zaleta

Instrukcja dla klienta			
Pomyśl o tym, co uważasz za swoją największą wadę. Na początku zastanów się, w czym ona ci najbardziej przeszkadza. Następnie zastanów się, jak twoją wadę można zmienić w zaletę: w jakich sytuacjach może ci pomóc, do czego może ci się przydać. Na koniec pomyśl, jak możesz sobie z nią poradzić. Jeśli nie przychodzi ci do głowy żaden pomysł, jak wadę zamienić w zaletę, wyobraź sobie, że to twój przyjaciel lub bliska, ważna dla ciebie osoba ma taką wadę, a ty pomagasz popatrzeć na nią w inny sposób.			
Wada	W czym ona mi najbardziej przeszkadza?	W jaki sposób mogę ją wykorzystać?	Jak mogę sobie z nią poradzić?
Jestem uparty, kłócę się z innymi, bo trudno mi się przyznać do błędu	Często z mojego powodu dochodzi w domu do awantur Czasami wiem, że zrobiłem źle i brnę w to dalej	Potrafię bronić swojego zdania, jestem konsekwentny Mogę przekonać innych do swojego punktu widzenia Jestem osobą, która często ma coś do powiedzenia	Uczę się słuchać innych i akceptować, że myślą inaczej niż ja Zauważam, że czasami warto zmienić zdanie

		i dzięki temu inni liczą się z moją opinią	Uczę się kompromisów Uczę się przepraszać
--	--	--	--

Źródło: opracowanie własne.

10.2.2. Zwiększanie zakresu samodzielności i wspieranie komunikowania potrzeb

Muszyńska (1991) podkreśla, że samodzielność osób niepełnosprawnych odnosi się do dwóch poziomów: wykonywania różnych czynności (np. czynności samoobsługowych, alokacji, codziennych zadań w domu i poza domem) oraz sterowania własnym działaniem (np. motywowania siebie do działania, wyznaczania celów, planowania). W rodzinach z osobą z niepełnosprawnością częstym zjawiskiem jest pojawianie się związków symbiotycznych między osobą niepełnosprawną a jednym, czasami kilkoma członkami takiej rodziny (Jaros, red., 2008). Rodzina stara się zaspokoić wszelkie pragnienia i potrzeby osoby niepełnosprawnej, aby wynagrodzić krzywdę, której osoba ta doświadcza. Osoba niepełnosprawna jest wyřeczana we wszystkich możliwych czynnościach, również i takich, jakie mogłaby wykonać samodzielnie. Związek może być tak ścisły, że najbliżsi udzielają odpowiedzi za niepełnosprawnego, gdy to on jest pytany, nie uwzględniają jego opinii, ponieważ uważają, że lepiej wiedzą, czego potrzebuje. Osoba niepełnosprawna jest traktowana jak bezwolny przedmiot, który nie ma swego zdania i nie jest zdolny do podejmowania decyzji o sobie. Uznaje się, że taka zależność od innych jest jednym z najpoważniejszych problemów osób niepełnosprawnych. Brak pełnej sprawności nie pozwala im samodzielnie realizować wielu swoich codziennych potrzeb i często wywołuje zgeneralizowaną bezsilność i bezradność. Oba stany mogą się dodatkowo intensyfikować, kiedy jednostka zestawi je ze swoimi wcześniejszymi możliwościami.

Odczuwana zależność [...] prowadzi do stopniowo pogłębiającej się bierności we wszystkich aspektach życia, a w skrajnych przypadkach może skłaniać do przyjęcia postawy roszczeniowej, polegającej na demonstrowaniu w sposób nadmierny własnego kalectwa w celu zapewnienia sobie opieki ze strony innych osób (Larkowa, 1987, za: Kowalik, 2007, s. 90).

Osoby tkwiące w takim układzie często nie mają świadomości istnienia tej relacji i jej ograniczającego wpływu na zakres ich samodzielności. Może być to jeden z powodów pojawienia się u nich przekonania, że to inni powinni wiedzieć, czego one potrzebują, i pomagać im bez względu, czy wyrażą taki komunikat, czy nie. W pracy z osobami niepełnosprawnymi ważne będzie zatem uczenie

TABELA 10.6

Przekonania osłabiające i wspierające komunikowanie własnych potrzeb (proszenie o pomoc)

Przekonania	
Oslabiające	Wzmacniające
<ul style="list-style-type: none"> • Niewłaściwie jest mówić otwarcie, czego się chce • Inni są zbyt zajęci, aby słuchać, co do nich mówię • Nie mam prawa o nic prosić • Jestem niepełnosprawny i mam dużo ograniczeń, więc inni powinni się domyślić, czego potrzebuję • Bezpośrednie proszenie o coś jest oznaką słabości • Moje potrzeby nie są tak ważne jak potrzeby innych • Proszenie innych to narzucanie się, nadużycie • Jeśli ktoś odmówi spełnienia mojej prośby, oznacza to, że mnie nie szanuje, jest niewrażliwy • Jeśli ktoś nie proponuje mi pomocy, oznacza, że nie chce lub nie może mi pomóc • Zwracanie się do kogoś z prośbą to bycie na jego łasce lub niełasce 	<ul style="list-style-type: none"> • Kiedy czegoś potrzebuję lub oczekuję, mówię o tym bezpośrednio i wprost • Nie muszę przeproszać za to, że o coś proszę • Odmowy nie traktuję jako osobistej przykrości • W czasie proszenia nie muszę się usprawiedliwiać • Moje potrzeby są tak samo ważne jak potrzeby innych • Warto szanować prawo innych do odmowy • Kiedy o coś nie poproszę, jestem po części odpowiedzialny za to, że nie uzyskam wsparcia • Jeśli ktoś nie proponuje mi pomocy, może to oznaczać, że nie wie, że czegoś potrzebuję • Tylko jasne wyrażenie prośby daje pewność, że inni dowiedzą się o moich potrzebach

Źródło: opracowanie własne.

ich zachowań asertywnych, szczególnie w odniesieniu do umiejętności komunikowania własnych potrzeb i proszenia o pomoc. Zachowania asertywne dadzą im przede wszystkim prawo do dbania o samych siebie. Zwiększą poczucie wpływu na sytuację, zachęcą do większej aktywności i pomogą budować przekonanie, że ich życie zależy przede wszystkim od nich samych.

Jednym z pierwszych kroków w pracy nad asertywnością może być omówienie z osobą niepełnosprawną przekonań osłabiających lub

wzmacniających komunikowanie innym własnych potrzeb (tab. 10.6).

Kolejnym krokiem w tego rodzaju pracy będzie nabywanie umiejętności rozpoznawania i nazywania własnych potrzeb przez osobę niepełnosprawną. W „tropieniu” potrzeb przydatna może być metoda przeciwieństw. Przykład jej wykorzystania zamieszczono w tabeli 10.7.

TABELA 10.7

Metoda przeciwieństw

Twoja myśl, opinia „Lekceważą mnie na spotkaniu rodzinnym”	Niepożądane zachowanie Córka umówiła mnie na wizytę do lekarza bez mojej zgody
↓	↓
Przekształć to w przeciwieństwo	Przekształć to w przeciwieństwo
↓	↓
„Zauważają mnie”	Córka umawia mnie do lekarza tylko wtedy, gdy ma moją zgodę
↓	↓
Jaka potrzeba kryje się pod tym?	Jaka potrzeba kryje się pod tym?
↓	↓
Potrzeba szacunku, uwagi	Potrzeba decydowania o sobie

Źródło: opracowanie własne.

Kiedy klient umie już określać swoje potrzeby, w pracy przychodzi czas na uczenie go, jak wyrażać je w sposób asertywny. W jego formułowaniu przydają się pewne wzory, np. „komunikatu Ja” (tab. 10.8) lub FUO (tab. 10.9).

TABELA 10.8

„Komunikat Ja”

<p>„Komunikat Ja” to ważna forma porozumiewania się z innymi ludźmi. Stosowanie go sprawia, że rozmowa staje się bardziej otwarta i szczerą, ponieważ odwołujemy się do faktów, przyznajemy do swoich potrzeb, reakcji i uczuć z nimi związanych oraz pewnej odpowiedzialności za powstałą sytuację. Dzieje się to zamiast obwiniania i krytykowania innych.</p> <p>Dzięki temu, że „komunikat Ja” nie zawiera negatywnej oceny, może on wzbudzić w innych potrzebę zmiany, na której nam zależy.</p>			
(1)	(2) Opis konkretnego zachowania	(3) Wyrażenie	(4) Prośba,

Wyrażenie własnych emocji	drugiej osoby bez osądu, oceny (tylko FAKTY!)	własnych potrzeb, czyli wyjaśnienie, co w tym zachowaniu spowodowało, że tak się poczuliśmy	oczekiwania na przyszłość
Czuję... Jestem... Jest mi...	Kiedy... robisz/postępujesz/ zachowujesz się w określony sposób	Ponieważ... To dla mnie ważne, żeby...	Chcę... Proszę... Liczę, że...
	Słowo „kiedy” daje informację, że dane zachowanie jest dla nas kłopotliwe w określonym momencie. Pozwala skupić się na zachowaniu, a nie na cechach charakteru rozmówcy.		
Jest mi smutno,	kiedy po powrocie z pracy nie pytasz mnie, jak się czuję,	ponieważ to dla mnie ważne, żebyśmy okazywali sobie nawzajem troskę i zainteresowanie	Proszę, żebyś pytał mnie, jak się czuję, kiedy wracasz z pracy.

Źródło: opracowanie własne.

Dalsza część pracy będzie sprowadzała się do ćwiczenia w realnych sytuacjach omówionych wcześniej zasad komunikowania. Możemy ustalić z osobą niepełnosprawną, że codziennie wymyśli sobie jakieś małe, asertywne wyzwanie związane z proszeniem o pomoc, np. poprosi o ustąpienie miejsca w autobusie lub przepuszczenie w kolejce, przekáže bliskim, jak mają zareagować, kiedy będzie smutna. Początki takiego treningu mogą być pełne pomyłek. W celu powstrzymania klienta przed rezygnacją z dalszych prób, warto zasugerować mu, żeby przyznał sobie prawo do korekty. Oznacza ono, że zawsze, kiedy zauważy własny błąd, może powiedzieć: „przepraszam”, „po chwili namysłu uświadomiłam sobie, że...”, „chcę zmienić zdanie” itp.

TABELA 10.9

FUO (Fakty–Ustosunkowanie–Oczekiwania)

Asertywne proszenie o pomoc to zachowania nastawione na wywieranie konstruktywnego wpływu na innych ludzi przez szczere i uczciwe komunikaty wyrażane wprost. Celem takiej wypowiedzi jest przekazanie informacji, które mają służyć zmianie lub korekcie czyjś zachowania.	
FUO	Przykład

Fakty – opis wydarzeń, zachowań, sytuacji, które wywołały reakcję	Umówiliśmy się rano, że pojedziemy razem do ośrodka, żeby złożyć dokumenty i ja będę mówiła o swojej sytuacji. Pojechałaś ze mną i dzięki temu czułam się bardziej bezpieczna w drodze, ale odpowiadałaś na pytania za mnie.
Ustosunkowanie – wyrażenie uczuć, odczuć, opinii wobec faktów	Nie podobało mi się to i czuje się trochę zła.
Oczekiwania – sformułowanie komunikatu (prośby, polecenia, pytania, instrukcji), który ma pozwolić zawrzeć umowę z jego odbiorcą, dotyczącą dokonania przez nią zmiany w zachowaniu	Proszę cię, żebyś następnym razem pozwoliła mi samej pytać i odpowiadać na pytania. To dla mnie ważne, bo w ten sposób ćwiczę płynniejsze mówienie i czuję się bardziej samodzielna. Czy możemy się tak umówić?

Źródło: opracowanie własne.

10.2.3. Motywowanie do działania

Motywację do działania tworzą w doświadczeniu człowieka trzy elementy: **gotowość**, **ważność** i **zdolność**. **Ważność** określa stopień chęci, pragnienia, pożądania zmiany. Wiąże się ona z poziomem rozbieżności między tym, co dzieje się obecnie (*status quo*), a tym, co stanowi wartość w przyszłości (cel). **Zdolność** to ufność w możliwość wprowadzenia zmiany i proces poszukiwania sposobów, aby uczynić to możliwym. **Gotowość** oznacza odkrywanie i zrozumienie kierunku własnej motywacji, a także określanie priorytetów. Tylko określona konfiguracja tych elementów sprawia, że człowiek podejmuje decyzję i zaczyna ją realizować (Miller i Rollnick, 2010). Związek między ważnością, zdolnością i gotowością przedstawiono w tabeli 10.10.

TABELA 10.10

Związek między ważnością, zdolnością i gotowością

Mała ważność, mała zdolność Nie chcę i nie potrafię	Człowiek nie postrzega zmiany jako istotnej, ani nie wierzy, że próba wprowadzenia zmiany zakończy się sukcesem.
Mała ważność, duża zdolność Nie chcę, choć potrafię	Człowiek wierzy, że może wprowadzić zmianę, gdyby uważał ją za istotną, ale nie jest przekonany, czy chce cokolwiek zmieniać.

Duża ważność, mała zdolność Chcę, ale nie potrafię	Człowiek postrzega zmianę jako istotną, ale nie wierzy, że próba wprowadzenia zmiany zakończy się sukcesem.
Duża ważność, duża zdolność, mała gotowość Chcę, potrafię, ale jeszcze nie teraz	Człowiek postrzega zmianę jako ważną oraz wierzy, że uda mu się ją wprowadzić w życie, ale zmiana nie jest dla niego najważniejsza.
Duża ważność, duża zdolność, duża gotowość Chcę, potrafię i już jest na to czas	Człowiek postrzega zmianę jako ważną oraz wierzy, że uda mu się ją wprowadzić w życie. Jest gotowy rozpocząć działania nakierowane na zmianę.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Miller i Rollnick (2010, s. 14–24).

Miller i Rollnick (2010) zakładają, że wśród klientów nie ma osób niezmotywowanych. Motywacja jest zawsze. Nie zawsze jednak wiemy, do czego zmotywowany jest klient, z którym pracujemy. Można to sprawdzić, rozmawiając z nim o ważności, zdolności i gotowości związanymi z konkretną zmianą (ramka 10.4).

RAMKA 10.4
<p>Określanie zdolności, ważności i gotowości – pytania dla klienta</p> <p>Pomyśl o konkretnej, realnej decyzji, dotyczącej twojego życia. Wprowadzi ona w twoje życie zmianę. Wyobraź sobie, że zasypiasz. Kiedy się budzisz, stał się cud – twoja zmiana się wydarzyła. Po czym poznajesz, że jest inaczej? Nazwij jak najwięcej szczegółów, które będą efektem tej decyzji i wynikłej z niej zmiany.</p> <p>Zastanów się i powiedz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jak bardzo chcesz tej zmiany? Z czym dla ciebie ważnym się ona wiąże? Co będziesz z tego miał? (ważność) • Czy potrafisz wprowadzić ją w życie bez oczekiwania na cud? Jak możesz to zrobić? Kto może ci w tym pomóc? (zdolność) • Czy chcesz tej zmiany już teraz? Czy czujesz się gotowy, aby zacząć nad nią pracować już od dzisiaj? (gotowość) <p>Źródło: opracowanie własne.</p>

Innym istotnym elementem wzbudzania motywacji do podjęcia konkretnego działania jest określenie jego ważności, czyli rozmowa

dotycząca argumentów za zmianą i przeciw niej. Im większa jest rozbieżność między stanem obecnym a sytuacją, która będzie po zmianie, tym ważniejsze dla jednostki staje się działanie na rzecz owej zmiany. W literaturze można znaleźć sugestię, by tego typu rozmowę rozpoczynać od pytania o dobre strony sytuacji, w której znajduje się klient (Rollnick, Miller i Butler, 2010). W ramce 10.5 przedstawiono ważenie kosztów i korzyści przez osobę niepełnosprawną, która zastanawia się nad powrotem do aktywności zawodowej po kilkuletniej przerwie.

RAMKA 10.5

Ważenie kosztów i korzyści związanych ze zmianą

Katarzyna mierzy się z niepełnosprawnością do ponad 10 lat. Jej ograniczenia wiążą się z kilkoma chorobami – reumatoidalnym zapaleniem stawów, chorobą Hashimoto, zespołem suchego oka. Z ich powodu Katarzyna ma trudności z poruszaniem się, odczuwa silne bóle, dyskomfort przy dłuższym czytaniu lub pracy przy komputerze, dużą męczliwość. Jej stan zdrowia jest zmienny – bywają dni, kiedy czuje się bardzo dobrze, ale i takie, kiedy trudno wstać jej z łóżka. Niepełnosprawność Katarzyny jest w dużej mierze niewidoczna dla otoczenia. Z tego powodu w poprzedniej pracy niektóre osoby uważały, że oszukuje, aby uzyskać ulgi i przywileje. Takie sytuacje były dla niej wyjątkowo trudne i upokarzające.

Katarzyna ostatnio pracowała ponad trzy lata temu. Z wykształcenia i zamiłowania jest księgową. Aby mieć szansę na znalezienie zatrudnienia, rozważa udział w dodatkowym szkoleniu.

Udział w szkoleniu z rachunkowości		Brak udziału w szkoleniu z rachunkowości	
Korzyści	Koszty	Korzyści	Koszty
<p>Nauczę się nowych rzeczy</p> <p>Będę mieć szanse na znalezienie pracy</p> <p>Lepiej zrozumiem wykorzystanie nowych programów komputerowych</p> <p>Będę mogła sprawdzić po długiej przerwie, na ile intensywnie mogę pracować w ciągu dnia</p>	<p>Będę mieć dodatkowe stresy</p> <p>Muszę wydać na to swoje pieniądze</p> <p>Mam zajęte dwa weekendy w miesiącu przez najbliższe pół roku</p> <p>Mam mniej siły i mniej czasu na rehabilitację</p>	<p>Mam dużo czasu dla siebie</p> <p>Nie muszę pisać żadnych prac zaliczeniowych, zdawać egzaminów</p> <p>Mogę więcej czasu spędzać z moją rodziną</p> <p>Nie wydaję oszczędności na kurs</p>	<p>Mam mniejsze szanse znaleźć prace i zarobić pieniądze</p> <p>Nie mam nowych umiejętności i uprawnień</p> <p>Muszę wytłumaczyć mężowi, dlaczego zrezygnowałam z tego kursu</p>

Źródło: opracowanie na podstawie praktyki własnej.

Warto, aby koszty i korzyści były rozważane zarówno w odniesieniu do podjęcia działania, jak i jego zaniechania. Pozwoli to klientowi zyskać pełniejszy ogląd własnej sytuacji. Podsumowaniem tego typu rozmowy powinny być tzw. pytania kluczowe, które umożliwiają sprawdzenie, na ile osoba niepełnosprawna jest zaangażowana w podjęcie zmiany. Rollnick, Miller i Butler (2010, s. 91) podają następujące przykłady takich pytań: „A co pani teraz o tym wszystkim myśli?”, „Co pani obecnie sądzi o udziale w szkoleniu?”, „Co pani teraz robi?”, „Jaki będzie pana pierwszy krok?”, „Czy pan cokolwiek teraz planuje?”, „Co zamierza pan zrobić?”.

Jeśli osoba niepełnosprawna będzie przejawiała chęć zmiany, to warto pomóc jej w sformułowaniu konkretnego celu i planu działania oraz ustaleniu pierwszych kroków wdrożeniowych. W tabeli 10.11 zestawione zostały wskazówki dotyczące tego etapu pracy.

TABELA 10.11

Wskazówki dotyczące ustalania celu, planu i kroków wdrożeniowych

<p>Formułowanie celu</p>	<p>Zastanów się i odpowiedz sobie na następujące pytania:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Czego chcę? 2) Odpowiedź skrócona, czego chcę? wyrażona jednym zdaniem. 3) Po czym poznam, że osiągnąłem to, czego chcę? Jak będzie wyglądać moje życie, sytuacja? 4) W jakim miejscu będę realizować swoje działania? 5) Kto oprócz mnie będzie w tym uczestniczył? 6) Czy osiągnięcie moich założeń będzie korzystne dla mnie? Dla moich bliskich? 7) Jakie moje wartości, przekonania, ideały będę realizować dzięki mojemu działaniu? 8) Ile będzie mnie kosztować moje działanie? (pieniądze, czas, energia) 9) Jak zdobędę środki, fundusze, narzędzia? <p>Kiedy już wiesz, co jest dla ciebie ważne i co chcesz zmienić, sformułuj cel, który pomoże ci przejść od decyzji do działania. Jeśli nie znasz własnego celu, to trudno ci będzie do niego dążyć. Trudne będzie także przekonanie innych do jego realizacji.</p> <p>Pamiętaj, że dobry cel jest:</p> <ul style="list-style-type: none"> • określony pozytywnie, tzn. opisuje stan pożądany, np. „Codziennie na deser jem owoce” zamiast „Nie jem batoników”, • wyrażony w jednym zdaniu, w trybie bezwarunkowym, w czasie teraźniejszym, np.: „Każdego ranka ćwiczę na rotorze przez 15 minut” zamiast „Każdego ranka spróbuję ćwiczyć na rotorze”,
--------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • zależny od osoby, czyli masz na niego wpływ, np.: „W poniedziałek po śniadaniu proszę syna, aby zawiózł mnie do lekarza” zamiast „Syn zawiezie mnie do lekarza”, • sprawdzalny, czyli można stwierdzić, że został osiągnięty, np.: „Na śniadanie jem miseczkę owsianki i dwa owoce” zamiast „Jem mniej”, • zgodny z twoim systemem wartości, poczuciem misji życiowej, idealną wizją, • ekonomiczny, tzn. wart poniesionych kosztów jego realizacji, czasu, energii
Ustalanie planu	<ol style="list-style-type: none"> 1) Zastanów się, co po kolei musisz zrobić, żeby zrealizować swój cel. Zapisz to na kartce. 2) Określ termin realizacji każdego elementu swojego planu, tzn. przy poszczególnych punktach planu zanotuj od kiedy do kiedy będziesz się nimi zajmować. 3) Ustal, jak nagrodzisz siebie za zrealizowanie każdego punktu swojego planu.
Określanie pierwszych kroków wdrożeniowych	<ol style="list-style-type: none"> 1) Wybierz pierwsze działanie, od którego zaczniesz. Pamiętaj! Kiedy brakuje motywacji, dobrze zaczynać działanie od najprostszych zadań. Zrealizowanie najdrobniejszego kroku to sukces, a sukces zwiększa poziom motywacji. 2) Twórz plany małych zadań do wykonania na każdy dzień 3) Wykorzystaj metodę pięciu minut – kiedy musisz coś zrobić, choć nie masz na to ochoty, powiedz sobie, że będziesz to robić tylko pięć minut i ani chwili dłużej. Perspektywa krótkiego czasu na aktywność, do której nie mamy wiele motywacji, ułatwia jej rozpoczęcie.

Źródło: opracowanie własne.

RAMKA 10.6
<p>Osoba niepełnosprawna ekspertem w zakresie swoich spraw</p> <p>Po chorobie nowotworowej i amputacji obu nóg Iza wróciła do rodzinnego domu. Między nią a matką zaczęło dochodzić do coraz poważniejszych awantur. Najczęstszym ich powodem jest fakt, że Iza nie chce się rehabilitować. Matka próbuje ją do tego przymuszać w różny sposób – umawia rehabilitanta do domu, zabiera jej komputer. Ostatnio zaczęła atakować córkę i mówić, że zabierze ją do psychiatry, bo „tylko wariat na jej miejscu nie zadbałby o swoje zdrowie”. Spotkanie z psychologiem zostało również wymuszone przez matkę. Oto krótki fragment rozmowy na początku spotkania.</p> <p>Iza: Wszyscy się mnie czepiają, że zawsze to moja wina. A co ja mam zrobić? Nie jest tak łatwo, jak się ma matkę, która na chwilę nie zejdzie z człowieka. To ona się czepia! To ona się powinna leczyć! Pani też by nie wytrzymała. Też by pani w końcu puściły nerwy.</p> <p>Psycholog: Myślę, że ma pani rację. To pani wie najlepiej, jak jest w pani domu. Jeśli dochodzi do kłótni, to zawsze uczestniczą w niej przynajmniej dwie osoby. Każdy ponosi trochę odpowiedzialności za awanturę, w której uczestniczy.</p> <p>I: Bo to nie jest cały czas tylko moja wina?!</p> <p>P: Nie jest. Nie chodzi o to, żeby przypisać komuś winę. Co pani o tym myśli?</p> <p>I: To chyba nie pomaga, żeby się pogodzić.</p>

P: Ja też tak uważam. Szukanie winnych nie ułatwia rozwiązania konfliktu.

Źródło: opracowanie na podstawie praktyki własnej.

Ważną zasadą pracy nad motywacją do działania jest zapraszanie do partnerstwa i współpracy oraz docenianie kompetencji i zasobów osoby niepełnosprawnej. Jako psycholodzy jesteśmy specjalistami od m.in. sposobów radzenia sobie z trudnymi emocjami, uczenia się nowych zachowań, ale to nasz klient (i tylko on) ma dostęp do wiedzy o sobie samym. Osoba niepełnosprawna może stać się naszym doradcą w sprawach swojego życia, zdrowia, dysfunkcji. Uznanie jej za eksperta przez (czasami wyrażony wprost) komunikat: „Dla mnie jesteś ekspertem/specjalistą od samego siebie”, daje zwiększa poczucie bezpieczeństwa w kontakcie i zachęca do większej aktywności (ramka 10.6).

10.2.4. Pomoc w nawiązywaniu kontaktów z innymi

Samotność to problem, który dotyczy większości osób niepełnosprawnych. Jeśli niepełnosprawność jest nabyta, to na ogół dochodzi do zerwania części kontaktów sprzed urazu czy choroby.

Niektórzy badacze zwracają uwagę, że to osoby niepełnosprawne są inicjatorami zrywania dawnych związków społecznych, ponieważ utrudniają one proces określenia nowej tożsamości; dawni znajomi nie mogą zaakceptować tego, że, znany im człowiek nie jest już tą samą osobą, co dawniej. Inni podkreślają, że stereotypy społeczne osoby niepełnosprawnej decydują o tym, że ludzie zdrowi unikają kontaktów z nią (Kowalik, 2007, s. 232).

Kontakty z innymi bywają również ograniczane przez rodzaj niepełnosprawności, np. zaburzenia mowy, zaburzenia słuchu, konieczność pozostawania w pozycji leżącej oraz bariery architektoniczne, np. brak windy lub podjazdu.

Osoby z niepełnosprawnością wrodzoną często mają uboższe doświadczenia społeczne niż ludzie w pełni sprawni ze względu na konieczność zaangażowania większości swoich zasobów energetycznych i czasowych w proces leczenia i rehabilitacji właściwie od początku swojego życia. To wszystko sprawia, że zarówno w jednej, jak i drugiej grupie osób niepełnosprawnych może dochodzić do izolacji społecznej,

która skutkuje ograniczonymi relacjami z innymi, słabo rozwiniętymi lub trenowanymi umiejętnościami niezbędnymi do funkcjonowania wśród ludzi.

Pojawia się pytanie: w jaki sposób można pomagać w tym obszarze? Jeden rodzaj działań może dotyczyć wzmocnienia umiejętności komunikacyjnych. Drugi – motywowania klientów do wychodzenia z domu, poszukiwania przestrzeni do uczestniczenia w spotkaniach z ludźmi i zawierania znajomości (tab. 10.12).

Należy pamiętać, że kiedy uczymy osobę niepełnosprawną umiejętności związanych z komunikacją z innymi, zawsze warto przeznaczyć czas na odgrywanie scenek – przeciwiczenie omawianych treści.

Trzecim sposobem pomocy w nawiązywaniu kontaktów z innymi jest organizowanie spotkań, imprez integracyjno-towarzyskich, grup wsparcia, warsztatów w naszych miejscach pracy (ramka 10.7).

TABELA 10.12

Nawiązywanie kontaktów z innymi

Obszar komunikacji	Przykłady punktów do omówienia oraz ćwiczeń
Skuteczność w relacjach interpersonalnych	<ol style="list-style-type: none"> 1) Trzymaj się faktów. Opisz sytuację. 2) Wyrażaj swoje uczucia. Nie zakładaj, że inni czytają w twoich myślach. Unikaj wyrażenia „powinieneś”, „powinnaś”. 3) Proś o to, czego potrzebujesz, odmawiaj w jasny sposób. 4) Nagradzaj zachowanie drugiej osoby – uśmiechem, przytaknięciem, pozytywnym komentarzem. 5) Bądź uważny, pokazuj, że słuchasz i śledzisz tok wypowiedzi przez drobne gesty, takie jak skinienia głowy, nieartykułowane dźwięki, np. „mmm”, „uhm”, „acha”. 6) Powtarzaj wypowiedzi współ rozmówcy własnymi słowami (parafrazowanie), zadawaj dodatkowe pytania, proś o konkretyzację lub wskazanie najważniejszych punktów wypowiedzi. 7) Dostrajaj się do drugiej osoby przez przyjmowanie podobnej postawy ciała, tempa mówienia, tonu głosu, używanie podobnych słów, zwrotów, wczuwanie się w stan emocjonalny drugiego człowieka. 8) Okazuj pewność siebie, nawiązuj kontakt wzrokowy, mów pewnym tonem.
Komunikacja niewerbalna	<p>Popatrz na swoje odbicie w lustrze, jakbyś spoglądał na zupełnie obcą osobę i zastanów się:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Co wyraża twoja twarz, mina?

	<ul style="list-style-type: none"> • Co komunikujesz postawą swojego ciała? • Jaki przekaz niesie twoja gestykulacja? • Jakie informacje wysyłasz innym swoim sposobem ubierania się? • Czy te komunikaty są zgodne z twoimi intencjami? <p>Pamiętaj, że twoje ciało cały czas coś komunikuje. Szczególnie wtedy, gdy doświadczasz poruszających cię emocjonalnie sytuacji. Warto zatem zwiększać świadomość tego, co „mówisz” do innych, kiedy nie używasz słów.</p>
Spójność	<p>Niezwykle ważnym elementem dobrego komunikatu jest spójność jego treści i formy. Można wypowiadać miłe słowa, ale robić to ostrym tonem. Można chwalić drugą osobę, ale bez zbytniego entuzjazmu. Można wydawać polecenia, ale z lękiem i niezdecydowaniem w głosie. Brak spójności zawsze będzie osłabiać i zmniejszać wiarygodność przekazu.</p> <p>Zastanów się:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Z jakich powodów najczęściej mówisz coś innego niż myślisz? • Co możesz zrobić, aby ograniczyć takie komunikaty?
Równowaga w mówieniu i słuchaniu	<p>W komunikacji z innymi – podobnie jak w innych obszarach naszego życia – warto przyjąć zasadę, że czasem mniej oznacza lepiej. „Mniej” to np. dbałość o przejrzystość wypowiedzi, czasami uboższe, ale całkowicie zrozumiałe dla odbiorcy słownictwo, a także unikanie rozwlekłych wypowiedzi i pozwalanie, aby głos zabierała druga strona.</p> <p>Zastanów się, czy zdarza ci się rozmawiać z taką osobą/osobami:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Której na ogół za mało słuchasz? Kto to taki? • Jak myślisz, dlaczego tak się dzieje? Jakie masz powody, aby w tej konkretnej relacji bardziej mówić niż słuchać? • Co możesz zrobić, aby to zmienić? • Jak to może wpłynąć na kontakty z tym człowiekiem? <p>Kiedy zależy ci, aby lepiej wysłuchać drugiego człowieka, możesz „przyjrzeć się” waszej rozmowie z różnych perspektyw. Najpierw wyobraź sobie, że jesteś w ciele swojego rozmówcy i słuchasz samego siebie. Jak odbierasz własne wypowiedzi i na ile jest to zgodne z tym, co chciałbyś usłyszeć w tej konkretnej sytuacji? Jakie słowa, gesty, miny, ton głosu chciałbyś usłyszeć i zobaczyć?</p> <p>W następnym kroku wyobraź sobie, że na tę rozmowę patrzysz z pozycji obserwatora – osoby, która stoi w pewnej odległości od was i nie słyszy, co mówicie. Przyjrzyj się mowie ciała – gestykulacji, postawom, jakie ty i twój partner przyjmujecie. Co możesz poprawić u siebie?</p>

Źródło: opracowanie własne na podstawie Łuba (2014); Miller, Rathus i Linehan (2011).

Dobre praktyki Fundacji Aktywizacja

Misją Fundacji Aktywizacja jest usamodzielnienie i poprawa jakości życia osób niepełnosprawnych przez zintegrowane działania aktywizacyjne, zmianę postaw otoczenia oraz wykorzystanie technologii informacyjno-komunikacyjnych.

Od 2004 r. Fundacja prowadzi osiem Centrów Edukacji i Aktywizacji (w Białymstoku, Bydgoszczy, Łodzi, Opolu, Poznaniu, Rzeszowie, Warszawie i Wrocławiu). Ich działanie opiera się na modelu kompleksowego wsparcia w zakresie aktywizacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych, który został wypracowany przez ponad 20 lat działania Fundacji.

W centrach osoby niepełnosprawne mogą skorzystać z:

- szkoleń informatycznych i zawodowych na różnych poziomach,
- seminariów prawnych dotyczących uprawnień, ulg i programów pomocy,
- pośrednictwa pracy,
- doradztwa indywidualnego (zawodowego, prawnego, psychologicznego, aktywizacyjnego),
- warsztatów umiejętności społecznych,
- grup wsparcia i spotkań integracyjno-towarzyskich.

Wszystkie usługi oferowane są bezpłatne.

Źródło: opracowanie własne na podstawie www.aktywizacja.org.pl.

10.2.5. Wspieranie relacji intymnych

Seksualność jest wrodzoną, naturalną funkcją naszego organizmu. Każdy człowiek – niezależnie od swojej sprawności fizycznej – ma potrzeby seksualne, ma prawo do tego, by je czuć i dążyć do ich zaspokojenia. Bycie w spełnionym związku, oferującym wsparcie, intymną bliskość drugiej osoby, zmysłową miłość i perspektywę rodzicielstwa, może pozwolić osobom niepełnosprawnym czuć się w pełni akceptowanymi (Ostrowska, 2006). Tymczasem wiele osób niepełnosprawnych nie znajduje lub traci partnera życiowego i nie zaspokaja swoich potrzeb miłości, przywiązania, bliskości, intymności (Margalit, 2004). W ich myśleniu o sobie pojawiają się wątpliwości co do poczucia własnej seksualnej atrakcyjności i pełnowartościowości. Takie myślenie jest wzmacniane nie tylko przez dysfunkcje seksualne, powiązane z niektórymi niepełnosprawnościami (np. zaburzenia erekcji i wytrysku u mężczyzn, zaburzenia lubrykacji pochwy, brak orgazmu u kobiet, brak lub zaburzenia

czucia w obszarach erogennych), lecz także przez stereotypy przedstawiające osobę z niepełnosprawnością jako pozbawioną potrzeb seksualnych i seksualności.

Próby uzyskania pomocy w kwestiach seksualnych przez osoby niepełnosprawne spotykają się na ogół z brakiem właściwej reakcji – pojawia się niezrozumienie, zmiany tematu, uwagi, że co innego jest w tym momencie ważniejsze. Nie zawsze wynika to ze złej woli osób pracujących w poradnictwie. Bardziej wiąże się to z brakiem wiedzy i poczuciem bezradności w odniesieniu do tego obszaru.

Podstawowym zadaniem psychologa jest pomoc w rozumieniu i akceptacji potrzeb seksualnych przez osoby niepełnosprawne i ich najbliższych (Ostrowska, 2006). Jak podkreśla ta autorka, chodzi nie o to, by każdy psycholog udzielał porad seksuologicznych, ale o to, by ze zrozumieniem reagował na potrzeby seksualne osób niepełnosprawnych. Co to może oznaczać w praktyce?

- Zauważanie potrzeb i problemów seksualnych u klientów i umiejętność inicjowania rozmowy o nich. Zachęcenie i towarzyszenie w poszukiwaniu rozwiązań, konfrontowania trudności z realnymi możliwościami.
- Wskazanie miejsc (instytucji, telefonów, stron internetowych), w których można uzyskać poradę seksuologiczną, np. dotyczącą dostępu do „pomocy”, które umożliwią stosunek seksualny lub rozładowanie napięcia seksualnego.
- Omawianie zasad (m.in. dyskrecja, szanowanie granic innych) związanych z seksualnością i realizacją praktyk seksualnych.

10.3. Dylematy i trudności w procesie poradnictwa

Kowalik (2007) wskazuje, że kontaktom z osobami niepełnosprawnymi często towarzyszą nie tylko trudności związane ze sprawami technicznymi (np. problemy ze zrozumieniem wypowiedzi osób z zaburzeniami mowy, ograniczenia w porozumiewaniu się z osobami z zaburzeniami słuchu, trudność w utrzymaniu kontaktu wzrokowego z osobą z oczopląsem), lecz także z odczuwanym brakiem kompetencji zawodowych, który wynika ze

zbyt małej wiedzy o przyczynach i objawach niepełnosprawności oraz z licznych uprzedzeń. Do tego dochodzi lęk przed popełnieniem jakiegś niezręczności oraz niepokój, że realna pomoc nie będzie możliwa. W tej części przedstawione zostaną te elementy, które utrudniają nawiązanie właściwej relacji w poradnictwie.

10.3.1. Przekonania utrudniające pracę z osobami z niepełnosprawnością

Niepełnosprawność jest często postrzegana jako odmienność człowieka – odmienność, która jest na ogół czymś obcym i nieznanym, która powoduje generalizowanie ocen i opinii dotyczących osoby niepełnosprawnej na podstawie cech jej dysfunkcji (Kossewska, 2003). Ten mechanizm sprawia, że jednostka przestaje być traktowana jako indywidualna osoba z jej zaletami i wadami. W myśleniu o niej dominuje stereotypizacja. Należy zwrócić szczególną uwagę na dwa, silnie obecne w naszym społeczeństwie, stereotypowe przekonania (obecne i u osób niepełnosprawnych, i u ludzi w ich otoczeniu), które w wyraźny sposób mogą utrudnić kontakt poradniczy z osobami niepełnosprawnymi.

Osoby niepełnosprawne są słabsze, trzeba je wspierać, opiekować się nimi, we wszystkim wymagają pomocy

Takie założenie prowadzi do dewaluacji osób z niepełnosprawnością. Traktuje się je jako mało samodzielne, mało sprawcze, wymagające specjalnej ochrony. W konsekwencji odbiera się im odpowiedzialność za realizację własnych potrzeb i wszelkie działania. Przekonanie, że osoba niepełnosprawna chce lub potrzebuje naszej pomocy, sprawia, że podejmujemy działania, zanim upewnimy się, że są one potrzebne lub pożądane.

Osobę niepełnosprawną może zrozumieć tylko inny niepełnosprawny

Kiedy psycholog uzna, że jako osoba, która nie doświadcza ograniczeń, nie jest w stanie zrozumieć trudnych przeżyć z nimi związanych, wówczas pozbawi siebie szansy na pomoc osobom niepełnosprawnym w pokonywaniu przez nie ważnych problemów. Powołując się na Leigh

i współautorów (2004), Kowalik (2007) przytacza badania, w których niepełnosprawni psycholodzy wskazywali na podobne trudności w kontakcie z klientami niepełnosprawnymi jak psycholodzy bez dysfunkcji.

10.3.2. Przejmowanie odpowiedzialności za proces zmiany

Większość psychologów pracujących w instytucjach pomocowych ma rozwinięty **odruch naprawy** (Miller i Rollnick, 2010). Jest to chęć, aby jak najszybciej naprawić istniejący stan rzeczy, pomóc na siłę – pokazać problem, zmienić zachowanie klienta na bardziej funkcjonalne, lepsze, właściwsze, najczęściej według własnego, profesjonalnego uznania. Bywają sytuacje, w których takie podejście się sprawdza. Dzieje się tak zwłaszcza wtedy, gdy człowiek jest zagubiony, cierpi, szuka wsparcia, opieki i przewodnika. Częściej jednak silny odruch naprawy sprawia, że zbyt szybko przechodzi się nie tylko do udzielania rad i pocieszania, ale również do podejmowania działania za klienta.

W szkoleniu profesjonalistów pracujących z osobami niepełnosprawnymi ważne miejsce zajmuje omówienie tego mechanizmu na przykładzie ćwiczenia „Jak pomóc?” (ramka 10.8).

W podsumowaniu ćwiczenia głównym wnioskiem jest to, że mimo jasnego celu pracy psychologicznej, jakim jest wzmocnienie samodzielności i odpowiedzialności za własne postępowanie, często, aby pomoc nastąpiła szybciej, psycholog podejmuje konkretne działania i załatwia za klienta jego sprawy. W ten sposób nie pozwala mu doświadczyć pozytywnych lub negatywnych konsekwencji własnych zachowań i umacnia mało funkcjonalną postawę bierności i roszczeniowości.

RAMKA 10.8

Jak pomóc? – opis ćwiczenia

Wyobraź sobie, że na konsultację indywidualną zgłasza się do ciebie osoba z niepełnosprawnością, która ma problemy z poruszaniem się (jeździ na wózku). Od razu dostrzegasz, że coś bardzo ją martwi. Wydaje się smutna i zrezygnowana. W czasie rozmowy dzieli się z tobą swoimi problemami.

W następnym tygodniu musi pojechać na turnus rehabilitacyjny, ponieważ jej stan zdrowia bardzo się pogorszył. Ostatnio ma mniej energii, jest zmęczona i cała obolała. Do niczego nie może się zmobilizować. Lekarz twierdzi, że rehabilitacja to jedyna szansa na poprawę kondycji jej kręgosłupa. Jednak nie jest to takie proste. Na turnus trzeba dojechać we własnym zakresie, a ta osoba nie ma transportu – nie ma ani prawa jazdy, ani własnego samochodu. Kłopot jest także z pieniędzmi. Co prawda, uda jej się zbierać potrzebną kwotę, ale nie w tej chwili. Część pieniędzy przeznaczy z renty z tego miesiąca, drugą część z przyszłego, a za turnus trzeba zapłacić do jutra. Turnus trwa trzy tygodnie, a ponieważ ta osoba mieszka sama, nie ma kto zaopiekować się jej mieszkaniem i – co najważniejsze – kotem i papugą. Z rozmowy wnioskujesz, że mieszka niedaleko twoich znajomych.

Ważne są również różne formalności, które trzeba załatwić w urzędzie jeszcze przed wyjazdem. Budynek urzędu nie jest dostosowany do potrzeb osób na wózkach. I jeszcze trzeba zrobić aktualne zdjęcie do legitymacji, za które także trzeba zapłacić. Można również zrobić je samemu, ale skąd wziąć aparat cyfrowy? Podobno jest szansa, że PFRON zwraca za coś pieniądze, ale nie wiadomo, gdzie można się tego dowiedzieć.

Zastanów się i zapisz, jak możesz pomóc w takiej sytuacji.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Jaros (2008, s. 21–22).

10.3.3. Złość na brak aktywności

Brak podjęcia ustalonych działań i aktywności przez niepełnosprawnego klienta może wywoływać u osoby pomagającej silne reakcje emocjonalne. Wśród nich bardzo często pojawia się złość. Choć w swojej pracy chcemy kierować się przeważnie dobrymi intencjami, to zachęcając niepełnosprawnych do eksperymentowania z nowymi zachowaniami, prób przekraczania swoich wewnętrznych ograniczeń, nie jesteśmy w stanie nikogo zmusić do działania i rozwoju. Złość pojawia się wtedy, gdy zapominamy o szacunku dla wolności i niezależności drugiego człowieka. Pojawia się również wtedy, gdy działanie drugiej osoby postrzegamy jako odnoszące się do nas lub wręcz wymierzone przeciw nam. Tymczasem brak działań może mieć wiele innych powodów. Na przykład może wiązać się z tym, że osoba niepełnosprawna nie doświadcza wystarczającej chęci („nie wiem, czy chcę cokolwiek zmienić”), zdolności („nie wiem, czy potrafię udźwignąć jakąkolwiek zmianę”) lub gotowości („może nie muszę jeszcze nic zmieniać”) do zmiany. Aby po stronie klienta pojawiły się działania, to on sam (a nie osoba pomagająca) powinien zobaczyć problem i zacząć wypowiadać racje przemawiające za zmianą. Daje to szansę, że nie dojdzie do pojedynku na argumenty, w którym to pomagający będzie przekonywał do działania, a klient poczuje się

w obowiązku bronić przeciwnego stanowiska. Warto pamiętać, że rola osoby pomagającej polega nie na przymuszaniu do poprawy, ale jedynie na pomaganiu w dostrzeżeniu wad i zalet różnych wariantów zachowania.

10.3.4. Obawa przed stawianiem wymagań

Zakłada się, że osoba korzystająca z usług poradniczych ma być partnerem w działaniu, a nie podmiotem, na rzecz którego „świadczy się” pomoc. Dokładnie ta sama zasada dotyczy wszystkich klientów, niezależnie od ich poziomu sprawności. Tymczasem w wielu sytuacjach wprowadzane są „specjalne” zasady dla osób niepełnosprawnych. Pomagający stają się wtedy bardziej pobłażliwi, mniej wymagający, miłsi. Przestają traktować niepełnosprawnego klienta jak osobę dorosłą, wobec której jasno określa się zasady, stawia wymagania i ma oczekiwania. W pewnym momencie może dojść do sytuacji, w której niepełnosprawny zyskuje przyzwolenie na przekraczanie granic pilnie strzeżonych w kontaktach z klientami w pełni sprawnymi, takich jak kontakt fizyczny (przecież potrzebuje się przytulić, a nie ma nikogo bliskiego), systematyczność (nie mógł wypełnić ustaleń, bo musiał się zająć rehabilitacją), punktualność (spóźnił się, bo nie jest łatwo poruszać się po mieście na wózku), informacja o nieobecności (nie ma pieniędzy, żeby zadzwonić) i wiele innych. Dzieje się tak pod wpływem mylnie rozumianego współczucia oraz swoistej uległości. Jeśli dochodzi do takiej sytuacji, może to oznaczać, że właściwą rolę osoby pomagającej została zastąpiona mniej przydatną w relacji poradniczej rolą nadopiekuńczego rodzica. Warto wówczas poddać refleksji motywy własnego postępowania. Stosowanie jakichkolwiek specjalnych zasad ma służyć wyrównaniu szans osoby niepełnosprawnej, a nie doprowadzać do sytuacji, w której jest ich pozbawiona.

Podsumowanie

Niepełnosprawność w znacznym stopniu zmniejsza szanse rozwojowe człowieka, nakłada ograniczenia i wywołuje dodatkowe sytuacje problemowe w życiu osoby, która jej doświadcza. Charakter dysfunkcyjności (moment jej wystąpienia, zmienność nasilenia

w czasie) determinuje rodzaj tych trudności oraz przebieg procesu przystosowania się do niepełnosprawności. Pojawienie się pozytywnej akceptacji pozwala człowiekowi na większą aktywność w odpowiedzi na napotykaną trudności. Jednakże negatywna akceptacja utrwała koncentrację na ograniczeniach i bierność.

Podstawowym celem pomocy psychologicznej udzielanej osobie niepełnosprawnej jest wspieranie jej w odzyskiwaniu utraconych przez nią szans rozwojowych. Choć trudno podać wyczerpującą listę problemów życiowych osób niepełnosprawnych, poradnictwo psychologiczne będzie najczęściej odnosić się do wzmacniania samooceny, wspierania do większej aktywności i samodzielności oraz częstszych kontaktów społecznych.

W relacji poradniczej należy pamiętać, że niepełnosprawność nie jest jedyną i najważniejszą cechą klienta, ale jest obecna. Obecne są również odnoszące się do niej stereotypy, które wpływają także na reakcję profesjonalistów. Nie mogą być one jednak powodem innego – lepszego lub gorszego – traktowania.

Pytania sprawdzające

1. W jaki sposób warto w poradnictwie psychologicznym definiować to, kim jest osoba z niepełnosprawnością?
2. Co oznaczają terminy przystosowanie pierwotne oraz strefa utraconego rozwoju?
3. Czym charakteryzują się etapy procesu przystosowania się do niepełnosprawności według Kerr?
4. Jak niepełnosprawność wpływa na relacje i role w rodzinie?
5. Które z przekonań dotyczących niepełnosprawności mogą szczególnie utrudniać kontakt poradniczy?

Problemy do dyskusji

1. Znajomość specyfiki konkretnych przyczyn niepełnosprawności a jakość świadczonego poradnictwa psychologicznego.
2. Możliwość i ograniczenia działań z obszaru poradnictwa psychologicznego na poszczególnych etapach procesu przystosowania się do niepełnosprawności.

3. Wpływ braku akceptacji poziomu aktywności niepełnosprawnego klienta na jakość relacji poradniczej.

Literatura zalecana

- Jaros, M. (red.). (2008). *Vade Mecum. Program szkolenia dla specjalistów pracujących z młodymi osobami niepełnosprawnymi ruchowo*. Warszawa: Fundacja Universitatis Varsoviensis.
- Kowalik, S. (2000). Psychologiczne podstawy niepełnosprawności i rehabilitacji. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 3: *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (s. 797–820). Gdańsk: GWP.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2010). *Wywiad motywujący. Jak przygotować ludzi do zmiany*. Przeł. A. Pokojka. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Ostrowska, A. (2006). Seksualność osób niepełnosprawnych. W: A. Ostrowska (red.), *O seksualności osób niepełnosprawnych* (s. 11–24). Warszawa: Instytut Rozwoju Służb.
- Witkowski, T. (1993). *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych (13 rodzajów niepełnosprawności)*. Warszawa: Wydawnictwo MDBO.

Rozdział 11

Poradnictwo psychologiczne dla osób chorych somatycznie

Lidia Zabłocka-Żytka

Wstęp

Doświadczenie choroby somatycznej, także zaburzenia o charakterze przewlekłym, staje się bezpośrednim udziałem wielu osób dorosłych, a tym samym pośrednim przeżyciem wielu rodzin. W Polsce od lat 60. XX wieku wyraźnie wzrasta częstotliwość zachorowań na nowotwory złośliwe wśród osób do 65 r.ż. (Zatoński i Przewoźniak, 2012). Z analizy zachorowalności i umieralności Polaków na choroby układu krążenia wynika, że w najbliższych latach niewydolność serca w coraz większym stopniu będzie powodować śmierć oraz niepełnosprawność dorosłych Polaków (Drygas, 2012). W Polsce i wielu krajach Europy choroby układu krążenia oraz choroby nowotworowe od dziesięcioleci stanowią częstą przyczynę umieralności. Rozwój nauk, w tym dyscyplin medycznych, przyczynia się do zwiększenia możliwości leczenia i nierzadko wydłużenia okresu życia chorujących. Pacjenci kardiologiczni i onkologiczni stają się osobami chorującymi przewlekle. Amerykańska Komisja ds. Chorób Przewlekłych (Commission on Chronic Illness) definiuje chorobę przewlekłą (*chronic illness*) jako „wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które mają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, spowodowane są nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego okresu nadzoru, obserwacji czy opieki” (Basińska, 2009, s. 106). W przywołanej definicji w sposób

szczególny podkreśla się skutki choroby przewlekłej, jej uciążliwość związaną z koniecznością rehabilitacji, niejednokrotnie stałej pomocy i opieki osób trzecich. Doświadczenie przewlekłej choroby somatycznej może znacząco ograniczyć aktywność życiową, w tym zawodową, a także możliwość rozwoju i realizację zadań życiowych chorych.

Ten rozdział jest refleksją nad trudnościami osób chorych przewlekłe somatycznie, np. osób cierpiących na choroby układu krążenia lub choroby nowotworowe. Przedstawiono w nim zastosowanie poradnictwa psychologicznego jako formy pomocy psychologicznej chorym, a pośrednio ich rodzinom w radzeniu sobie z chorobą somatyczną i jej skutkami.

11.1. Konsekwencje choroby somatycznej w obszarze psychospołecznego funkcjonowania chorego i realizacji zadań rozwojowych

Dorosłość zakłada dojrzałość wszystkich układów organizmu oraz obszarów funkcjonowania – somatycznego i psychicznego, w tym poznawczego, emocjonalnego, behawioralnego, duchowego, społecznego (por. rozdz. 2). Owa dojrzałość może być gwarancją dalszego rozwoju, a także działania, twórczej aktywności, ekspansji i dzielenia się własnymi osiągnięciami z innymi. Osoba dorosła ma wówczas możliwość realizacji zadań rozwojowych przypisanych do tego etapu życia, albowiem dojrzałość poznawcza gwarantuje adekwatny ogląd rzeczywistości, umiejętność zauważania problemów i ich efektywnego rozwiązywania; w sferze emocjonalnej – stabilność emocjonalną, umiejętność identyfikacji, nazywania uczuć, adekwatne ich wyrażanie oraz radzenie sobie z nimi; gwarantuje także podjęcie i realizację zadań zawodowych zgodnie z własnymi możliwościami; budowanie i utrzymanie satysfakcjonujących związków interpersonalnych, które mogą wiązać się m.in. z założeniem rodziny, wychowywaniem dzieci; aktywny udział w życiu wybranej grupy społecznej.

Przewlekła choroba somatyczna – ze względu na specyfikę, niezbędne leczenie, skutki owego leczenia – często może ograniczać lub uniemożliwiać chorym realizację zadań rozwojowych, a tym samym

wymienione wcześniej aktywności, działania. Choroba somatyczna może mieć znaczący wpływ na funkcjonowanie emocjonalne, poznawcze, społeczne, behawioralne i samoocenę, co opisane zostanie w kolejnych podrozdziałach.

11.1.1. Funkcjonowanie emocjonalne

Pojawienie się przewlekłej choroby somatycznej zazwyczaj jest doświadczeniem nieprzewidywanym, a tym samym niekontrolowanym. Mimo świadomości istnienia chorób w świecie, nawet wśród ludzi w bliskim otoczeniu, doświadczenie własnej choroby lub choroby krewnego czy przyjaciela staje się doświadczeniem trudnym, rozpatrywanym w kategoriach stresu, sytuacji krytycznej, kryzysowej, w której dotychczasowe sposoby radzenia sobie mogą okazać się niewystarczające, a nawet nieskuteczne (Słowik, 2003; Włodarczyk i Jakubowska-Winecka, 2007; Kubacka-Jasiecka, 2010a).

W obszarze emocjonalnym pacjentom przeważnie towarzyszy **lęk**. Jest to lęk zarówno biologiczny, który wiąże się z zagrożeniem życia, jakie niesie ze sobą choroba, jak i tzw. lęk społeczny, którego źródła należy szukać w poczuciu odrzucenia czy napiętnowania (Chojnacka-Szawłowska, 1994; McKay i Hirano, 2002). Pacjenci mogą obawiać się oceny ze strony innych. Zdarza się, że sami obwiniają się za zachorowanie, mówiąc: „Mogłem bardziej zatroszczyć się o swoje zdrowie”, albo niepokoją się o to, jak spostrzeżać będzie ich otoczenie. Przykładem lęku przed odrzuceniem przez otoczenie może być wypowiedź pacjentki chorej na nowotwór: „Nikommu nie mówię o swojej chorobie, nikt nie wie, że się leczę [...] ludzie przestaliby ze mną rozmawiać, bałiby się, że się ode mnie zarażą”. Z jednej strony słowa te wskazują na bardzo niską świadomość specyfiki chorób onkologicznych, a z drugiej można je rozumieć jako przykład reakcji na bardzo silny strach przed zachorowaniem na ciężką chorobę, która może być zagrożeniem nie tylko zdrowia, lecz także życia osoby chorującej. Zdarza się, że otoczenie – rodzina czy przyjaciele – ograniczają kontakty z osobą chorą, kierując się nieracjonalnymi pobudkami, np. bojąc się zarażenia. Najczęściej jednak ograniczenie kontaktów wynika z braku umiejętności reagowania na

cierpienie, zmaganie się drugiego człowieka z chorobą przewlekłą. Bywa, iż jest to odpowiedź na zachowanie chorego, który radzi sobie z chorobą, izolując się od innych. W tym wypadku można dostrzec, jak dalece stan emocjonalny, sposób przeżywania choroby, także związany z niską świadomością, wpływa na zachowanie osoby chorej i jej relacje społeczne. Jak wspomniano wcześniej, okres dorosłości jest czasem budowania i utrzymywania relacji interpersonalnych (wczesna dorosłość); czerpania radości, wsparcia z kontaktów z innymi, dzielenia się własnym doświadczeniem (średnia i późna dorosłość). Podany przykład wskazuje na izolację, a tym samym samotność w przeżywaniu choroby. Relacje społeczne, które mogą być pomocne i stanowić istotne wsparcie, tutaj okazują się źródłem niepokoju. Pacjent, który pozostaje sam w cierpieniu i radzeniu sobie z chorobą, ani nie korzysta z pomocy innych, ani nie jest oparciem dla innych chorych. Choruje sam. Lęk, z różnym nasileniem, bardzo często jest uczuciem stale towarzyszącym pacjentom niezależnie od etapu choroby, czasu jej trwania czy skutków.

W przeżyciach osób chorych somatycznie często pojawiają się **smutek, żal, bezsilność**. Smutek może być odpowiedzią na sytuację zachorowania, obciążenia związane z leczeniem, odczuwany ból. Może także wiązać się z przeprowadzonym bilansem życia oraz negatywnym lub mało satysfakcjonującym wynikiem owego bilansu. Pacjenci mogą odczuwać żal do losu, świata, opatrności za to, że ograniczona została ich możliwość realizacji dalszych planów życiowych czy po prostu aktywność w związku z zachorowaniem. Żal pacjentów może być skierowany do nich samych lub do osób bliskich. Może odnosić się do przeszłości, podejmowanych decyzji, których nie można już zmienić czy cofnąć nie tylko ze względu na upływający czas, lecz także na fakt przewlekłej choroby somatycznej i związanych z nią ograniczeń doświadczanych przez chorych.

Negatywny bilans, niepokodzenie się z przeszłością i brak możliwości zmiany pogłębiają poczucie bezsilności. Osoby chore przewlekłe mają nierzadko poczucie, że w coraz mniejszym stopniu mogą wpływać na własne życie, kontrolować to, co dzieje się z nimi i wokół nich. Szczególnie silnie odczuwają to osoby, które z uwagi na specyfikę choroby i jej zaawansowanie stale potrzebują pomocy, opieki, pielęgnacji ze strony osób trzecich. Często takie odczucia mają osoby hospitalizowane. Warto

podkreślić, że nie zawsze chorzy są gotowi przyjmować pomoc innych. W sytuacji choroby przewlekłej najczęściej są zmuszeni korzystać z cudzej pomocy, gdyż nie są w stanie samodzielnie funkcjonować. Bywa, iż obok smutku, bezsilności przeżywają **złość** i **wstyd**. Przykładem mogą być słowa pacjentki: „Ci wszyscy ludzie! Mam dość zależności i uwiązania. Nienawidzę tego, że inni widzą mnie w takim stanie! Nie chcę, żeby przychodzili i oglądali mnie taką!”.

Gniew i frustracja są naturalnymi i częstymi uczuciami pacjentów chorych somatycznie. Jeśli pojawiają się z dużym nasileniem, to stanowią dodatkowe obciążenie dla chorych. Są to szczególnie trudne uczucia, gdyż nie akceptuje się ich społecznie. Pacjenci radzą sobie, często wypierając lub tłumiąc złość. Nierzadko milczą, odmawiają przyjęcia pomocy, unikają kontaktów z innymi. Kiedy jednak ujawniają złość, zdarza się, że nie radząc sobie z gniewem, doprowadzają do konfliktów interpersonalnych i tym samym większego niezrozumienia ich sytuacji. Skutkiem tego może być wycofanie się chorego z relacji z innymi.

Inaczej jest w wypadku pacjentów, którym w zmaganiu się z przewlekłą chorobą somatyczną towarzyszy **nadzieja**. Motywuje ona do leczenia, realizowania zaleceń lekarskich, przezwyciężania bólu, trudności. Nadzieja i optymizm dodają siły i wiary w możliwości zmiany i wpływu na własną sytuację zdrowotną, co ma pozytywne znaczenie w procesie adaptacji do choroby i jej skutków (Basińska, 2009). Pacjenci niejednokrotnie są gotowi przyjąć pomoc innych, ale też chętnie dzielą się z innymi chorymi własnym doświadczeniem oraz sposobami radzenia sobie. Coraz częściej pacjenci chorzy przewlekle oraz członkowie ich rodzin zakładają fundacje, stowarzyszenia, kluby, w których chorzy mogą się spotykać, wzajemnie wspierać, wymieniać doświadczenia. Zdarza się, iż w ten sposób pacjenci realizują swoje potrzeby kontaktu z innymi, potrzeby znaczenia, aktywności, rozwijają się mimo spowodowanych przez chorobę ograniczeń.

Opisano tylko kilka z wielu emocji, które mogą być udziałem osób chorujących przewlekle somatycznie. Bogactwo uczuć, sposobów przeżywania zależy m.in. od specyfiki choroby oraz charakterystyki pacjenta. Warto pamiętać, jak dalece przeżywane emocje związane z chorobą somatyczną mogą wpływać na życie pacjenta, w tym jego zachowanie, funkcjonowanie społeczne i poznawcze.

11.1.2. Funkcjonowanie poznawcze

Trudności z uwagą, zapamiętywaniem często łączą się z silnymi emocjami towarzyszącymi przeżywaniu choroby oraz koncentracją na radzeniu sobie z nią. Choroba, leczenie i jego skutki uboczne stają się czasami głównym obiektem zainteresowania pacjentów, tematem rozmów lub czytanych artykułów. Bywa, że dzieje się to kosztem dotychczasowego hobby. Pacjenci aktywnie szukają informacji, zwiększają swoją wiedzę lub, przeciwnie, unikają informacji na temat choroby.

To, jak pacjent rozumie swoją chorobę, czyli to, co o niej wie, jak ją spostrzega, jakie znaczenie jej przypisuje, tworzy tzw. obraz choroby (Heszen-Niejodek, 2000; Jakubowska-Winecka i Włodarczyk 2007). Jest to subiektywna, indywidualna poznawcza reprezentacja sytuacji choroby, która ma znaczenie dla zachowania i emocji pacjenta. Ocena i rozumienie choroby oraz zachowanie pacjenta mogą ulegać zmianie i są istotne w procesie leczenia oraz radzenia sobie ze skutkami choroby przewlekłej (Basińska, 2009).

W związku ze zwiększoną fizyczną męczliwością pacjentów i ich ograniczoną aktywnością może zmniejszać się ich sprawność poznawcza. Pacjenci czasami odczuwają to jako utrudnienie lub ograniczenie np. efektywności pracy. Za przykład mogą posłużyć słowa pacjentki doświadczającej trudności w obszarze zapamiętywania, koncentracji uwagi i pozostającej w procesie diagnozy przewlekłej choroby neurologicznej: „Jak to będzie? Przecież całe życie pracowałam myśląc! Tylko to umiem robić. Zawsze byłam bardzo dokładna i za to cenili mnie moi pracodawcy, a teraz? Na niczym nie mogę skupić uwagi! Nie poznaję siebie!”.

Czasami przewlekła choroba somatyczna znacząco ogranicza możliwości poznawcze pacjenta. Adekwatny, krytyczny ogląd własnej sytuacji przez chorego nie jest możliwy. Ze względu na chorobę lub leczenie pacjenci – obok trudności z pamięcią czy uwagą – mogą doświadczać zaburzeń świadomości, myślenia lub spostrzegania (de Walden-Gałuszko, 2011), co znacząco ogranicza ich funkcjonowanie, utrudnia kontakt z otoczeniem i może być przyczyną wyłączenia z pełnionych ról społecznych.

11.1.3. Funkcjonowanie społeczne

Na sferę społeczną składają się m.in. rodzina, przyjaciele, grupa rówieśnicza oraz osoby związane z aktywnością zawodową jednostki. Zadania w obszarze życia społecznego są jednymi z ważnych zadań rozwojowych w okresie dorosłości. We wczesnej, średniej i późnej dorosłości człowiek staje przed takimi zadaniami, jak: nawiązanie i utrzymanie bliskich i trwałych relacji interpersonalnych, wychowanie dzieci, podjęcie i utrzymanie aktywności zawodowej oraz uczestnictwo w życiu wybranej grupy społecznej.

Nierzadko pacjenci są zmuszeni całkowicie podporządkować życie osobiste, rodzinne, zawodowe – i tym samym społeczne – leczeniu, rehabilitacji, zabiegom. Przewlekła choroba somatyczna czasami staje się „centrum życia” chorego. Wynika to np. z uciążliwości choroby: częstych, koniecznych zabiegów, wizyt w szpitalu czy poradni. W takiej sytuacji znajdują się pacjenci, którzy korzystają z dializ i muszą z różnych względów dostosować się do grafiku realizowanego w stacji dializ. Najczęściej pacjenci nie mają wyboru i rezygnują z pracy zawodowej, nauki w trybie realizowanym przed chorobą. Bywa, że znacznemu ograniczeniu ulegają ich kontakty z innymi, np. dalszą rodziną, przyjaciółmi. Priorytetem jest dializa w wyznaczonym miejscu i terminie.

Sfera zawodowa

Zdarza się, iż wystąpienie choroby somatycznej wpływa na życie zawodowe pacjenta, pociągając za sobą koszty osobiste, takie jak utrata prestiżu, możliwości zawodowego rozwoju, a także skutki finansowe (Tomaszewska, 2000). Ilustracją takiej sytuacji jest przytoczona w ramce 11.1 wypowiedź pacjenta.

RAMKA 11.1

Pacjent, lat 58, niespodziewanie, z powodu nagłych poważnych zaburzeń kardiologicznych przeszedł zabieg i został skierowany na czterotygodniową rehabilitację w całodobowym oddziale szpitalnym. Pierwszy raz jest hospitalizowany, wcześniej nie był leczony, nawet ambulatoryjnie. Do czasu zabiegu był bardzo aktywny zawodowo, rodzinie, towarzysko. Prowadzi własną prężnie działającą firmę, w której pracują także członkowie jego rodziny. Ma czworo dorosłych dzieci, którym nadal pomaga, także finansowo. W pierwszej rozmowie

z psychologiem, przeprowadzonej po zabiegu, pacjent zadaje sobie i psychologowi pytania: „Jak teraz będę się tym wszystkim zajmować? Firma, za dwa miesiące ślub i wesele syna, niedawno moja córka urodziła pierwszą wnuczkę. Jak im pomogę? Czy dam radę? Jak mam spędzić cztery tygodnie na rehabilitacji, w oddziale, jeśli w domu jest tak dużo do zrobienia!”

Źródło: opracowanie na podstawie praktyki własnej.

Niejednokrotnie pacjenci stawiają podobne pytania. Zdarza się, że odpowiedzią jest konieczność ograniczenia aktywności pacjenta lub całkowita z niej rezygnacja. Dzieje się tak zwłaszcza wtedy, gdy praca chorych wiązała się z dużym wysiłkiem fizycznym, częstymi podróżami i zmianami klimatu, była pracą zmianową bądź bardzo obciążającą psychicznie. Wspomniany w przykładzie pacjent zastanawiał się: „Lekarze każą mi ograniczyć aktywność, więcej wypoczywać. Jak to zrobić? Wie pani, zawsze wszystkiego doglądałem. Pracowałem od rana do nocy. Ale i tak to lubiłem! Do wszystkiego sam doszedłem! Komu przekazać część zadań? Pomaga mi żona i syn, ale są rzeczy, na których tylko ja się znam”. W tym przykładzie przewlekła choroba somatyczna powoduje, że pacjent w ograniczonym zakresie może kontynuować karierę zawodową w dotychczasowej formie i wymiarze. Pacjent staje przed koniecznością przeorganizowania swojego życia zawodowego – ilości pracy i czasu, jaki jej poświęcał. Nagła choroba somatyczna pojawiła się w nieoczekiwany sposób i w taki sam sposób okazała się chorobą przewlekłą i pociągającą za sobą konieczność zmian w życiu zawodowym chorego. Pacjent w ogóle nie jest na to gotowy. Jako niespełna 60-letni mężczyzna planował jeszcze kontynuować aktywność zawodową, wspierać finansowo dzieci.

Zdarza się, iż pacjenci z powodu specyfiki choroby somatycznej, na którą cierpią, muszą zrezygnować nie tylko z pracy zarobkowej, lecz także własnych pasji, hobby czy sposobu spędzania czasu wolnego (Dolińska-Zygmunt, 2001). Wiąże się to np. z koniecznością zmiany diety, trybu życia, co może oznaczać zmianę aktywności w dotychczasowych grupach społecznych. Na pewnych etapach leczenia zmuszeni są do tego pacjenci np. chorzy na cukrzycę lub choroby kardiologiczne, onkologiczne.

Kontakty interpersonalne

W obszarze nawiązywania i utrzymywania bliskich kontaktów interpersonalnych trudności mogą przeżywać pacjenci, których choroba lub jej leczenie łączą się z np. widocznym oszpeceniem. Pacjenci po zabiegach chirurgicznych albo ci, których choroba przejawia się w sposób bardzo widoczny dla innych, tak jak łuszczyca czy reumatoidalne zapalenie stawów, nierzadko wycofują się z dotychczasowych kontaktów oraz nie inicjują nowych. Z jednej strony są świadomi własnej obniżonej atrakcyjności i z tego powodu nie dążą do kontaktu. Obawiają się odrzucenia, które sami zakładają lub którego wcześniej doświadczyli. Z drugiej strony nie chcą „narażać” innych osób, ponieważ przewidują, że dla osób niedoświadczonych chorobą kontakt z nimi może być trudny (Adamczak, 1988). Często na przewidywaniach i własnych założeniach poprzestają, co stopniowo znacząco zmniejsza grono znajomych, a z czasem doprowadza do ograniczenia kontaktów społecznych. Ilustracją tego zjawiska może być wypowiedź pacjentki po radykalnej mastektomii (ramka 11.2).

Badania kobiet chorych na raka piersi, które przeszły radykalne leczenie chirurgiczne w sposób szczególny wskazują na brak zadowolenia z życia intymnego, relacji interpersonalnych. Wynika to m.in. z poczucia utraty własnej atrakcyjności, niemożności wzbudzenia pożądania seksualnego, co pociąga za sobą unikanie zbliżeń i kontaktów z innymi (Wrońska, Wiraszka i Stępień, 2003). W wypadku potrzeb psychicznych realizowanych przez relacje interpersonalne niezaspokojona może się okazać potrzeba miłości, co łączy się ze zmianą jakości związków, ale także potrzeba uznania, aktywności, co może być związane z zależnością od innych osób (Adamczak, 1988).

RAMKA 11.2

Kobieta, lat 42, po radykalnej mastektomii lewej piersi opisuje swoje relacje z ludźmi: „Mieszkam sama, tak się życie ułożyło jeszcze przed chorobą. Nie mówię, miałam plany i nadzieję! Że jeszcze kogoś poznam, ale teraz? Biegnę do pracy i wracam. Nakładam na siebie warstwy ubrań, a i tak mam wrażenie, że wszyscy wiedzą, wszyscy widzą! Wolę być sama, wolę nie odpowiadać na pytania, o samopoczucie, jak sobie radzę. Nawet nie myślę o poznaniu kogokolwiek. Koleżanki? Nie pójdę na dyskotekę, ani na basen, za dużo z tym zamieszania, z tym «ukrywaniem». A mężczyźnie, co powiem? Lepiej już samej z tym zostać”.

Źródło: opracowanie na podstawie praktyki własnej.

Warto pamiętać, że nie zawsze to przewlekła choroba somatyczna jest przyczyną wycofania i ograniczenia kontaktów społecznych. Osoby, które traktują swoją chorobę jako wyzwanie, aktywnie poszukują sposobów radzenia sobie z nią i są gotowi własnym doświadczeniem dzielić się z innymi. Pacjenci, którzy rozpoczynają działalność społeczną na rzecz innych chorych, niejednokrotnie odkrywają swoje nieznane dotąd umiejętności, np. organizacyjne, przywódcze, twórcze. Nie tylko rozwijają się w obszarze społecznym, ale także pozytywnie zmieniają funkcjonowanie społeczne innych. Choroba nie ogranicza rozwoju pacjentów w obszarze społecznym, co więcej, czasami stanowi bodziec i motywację do rozwoju.

Sfera rodzinna

Choroba somatyczna członka rodziny zawsze w pewnym wymiarze dotyka całą rodzinę. Nie jest to wyłącznie doświadczenie chorego. Czas choroby i leczenia wymaga przeorganizowania dotychczasowego porządku dnia. Niezbędna jest reorganizacja obowiązków, ról, zadań pełnionych w rodzinie. Inny członek rodziny lub członkowie najczęściej przejmują większość obowiązków osoby chorej, takich jak opieka nad dziećmi, zakupy, przygotowanie posiłków (Kruk-Zagajewska i in., 1997). Bywa, że w zorganizowaniu codziennego życia niezbędna okazuje się pomoc dalszej rodziny, sąsiadów lub instytucji. Istotny wpływ na funkcjonowanie osoby chorej i jej rodziny ma utrata przez chorego szacunku dla samego siebie, co wiąże się z utratą zaufania do własnej osoby oraz przeżywanym wstydem z powodu choroby, własnych ograniczeń (Adamczak, 1988).

Trudności, które napotyka chory oraz jego rodzina, zależą od fazy cyklu rodzinnego, w jakim znajduje się rodzina w danym momencie (por. rozdz. 8). Młody rodzic, mąż czy żona zmagają się z innymi trudnościami niż osoba chora w późnej dorosłości (Pietrzyk, 2006). W pierwszej sytuacji pojawiają się pytania o przyszłość rodziny, dzieci, opiekę nad nimi. Przykładem dylematów związanych z życiem rodzinnym może być wypowiedź pacjenta, który stanął przed decyzją poddania się operacji usunięcia tętniaka (ramka 11.3).

Mężczyzna, lat 36, podczas pierwszej rozmowy z psychologiem pracującym w oddziale stwierdził: „Niech mi Pani powie, co mam robić? Doktor powiedział, że to jest «tykająca bomba», ten mój tętniak. Może trzasnąć w każdej chwili, w domu, w pracy. I co wtedy? Różnie może być! Mogę nawet nie przeżyć, jeśli będę sam, nie dostanę pomocy na czas. A operacja – jest ryzyko, to mózg. Doktor mówił, że mogę mieć zaburzenia czucia w dłoniach. Rety! Pani wie, ja mam precyzyjną robotę! Ja muszę mieć sprawne ręce! Jak ja utrzymam rodzinę! Ja pracuję, żona zajmuje się domem, wychowaniem dzieci, też nie chcę jej martwić. Mam w ciągu 3 dni podjąć decyzję. Ale po operacji muszę mieć kilka miesięcy rehabilitacji. Kto będzie dzieci odwozić do szkoły? Ja to robię, kiedy jadę do pracy. Za co będziemy żyć? Co tu robić?”. Pacjent zaczął płakać.

Źródło: opracowanie na podstawie praktyki własnej.

W przedstawionym przykładzie pacjent dzieli się przeżywanymi dylematami, wątpliwościami związanymi z podjęciem jakiegokolwiek decyzji oraz mówi o jej potencjalnym wpływie na życie rodzinne. Stawia sobie konkretne pytania. Niezależnie od podjętej decyzji niezbędna wydaje się choćby czasowa zmiana funkcjonowania rodzinnego pacjenta. Psycholog może towarzyszyć pacjentowi w podejmowaniu decyzji oraz w radzeniu sobie z silnie przeżywanymi emocjami, co zostanie opisane w dalszej części rozdziału.

Nie tylko pacjent staje przed koniecznością zmiany w systemie rodzinnym. Udział w zmianie zależy także do innych członków rodziny. Zdarza się, że doświadczenie choroby zbliża, motywuje do wzajemnego wspierania się i radzenia sobie z trudnościami. Jednakże przewlekła choroba somatyczna może też okazać się doświadczeniem, z którym członkowie rodziny nie są w stanie się uporać. Dochodzi do rozpadu rodziny, małżeństwa, a tym samym do kolejnego trudnego doświadczenia (de Barbaro, 1997).

11.1.4. Obraz siebie, samoocena

Świadomość własnej choroby przewlekłej i wiedza na jej temat może istotnie zmieniać **obraz siebie, samoocenę**. Chorzy czasami po raz pierwszy, a czasami kolejny raz doświadczają własnej słabości i niemocy. Zdarza się, że całkowicie zmienia się ich sposób patrzenia na siebie i świat. Pacjenci mówią czasami, że „zaczęli doceniać życie” lub „zrozumieli, co w życiu jest ważne”. Jest to przykład pozytywnej zmiany

i może być rozumiany w kategoriach tzw. wzrostu potraumatycznego (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008). Wiąże się to z faktem poradzenia sobie z sytuacją trudną, jaką jest choroba, a nawet wykorzystania doświadczenia choroby do rozwoju, wzmocnienia własnych sposobów radzenia sobie. Bywa jednak, że pacjenci odbierają własny stan zdrowia, sytuację, w jakiej się znajdują, jako potwierdzenie swojej małej wartości i nie widzą sensu w zmianie tego stanu albo uznają, iż nie można go zmienić. Ilustracją mogą być następujące słowa pacjenta: „Nigdy nic mi się nie udaje i jeszcze ta choroba. Nic mnie w życiu dobrego nie spotkało. Znając siebie, to i ta terapia mi nie pomoże!”. Zdarza się, że pacjenci pozostają z poczuciem bezradności oraz własnej małej wartości.

Przewlekła choroba somatyczna często stawia pacjentów wobec konieczności korzystania z pomocy lub opieki innych osób. Zarówno w procesie diagnostycznym, jak i w okresie leczenia, remisji, nawrotu choroby pacjenci mogą zmagać się z **poczuciem zależności** od osób trzecich oraz ograniczeniem własnej swobody działania oraz intymności. Siły fizyczne i sprawność ruchowa chorych mogą być ograniczone w zależności od specyfiki choroby somatycznej, jej nasilenia, etapu. Czasami pacjenci tracą dotąd posiadane umiejętności samoobsługowe, stają się coraz bardziej zależni od opieki, pielęgnowania przez inne osoby. Potrzebują asysty lub pomocy w realizacji podstawowych potrzeb fizjologicznych. Dla wielu chorych taka sytuacja jest bardzo trudna, krępująca. Bardzo ograniczona bywa też sfera intymna chorych. Zdarza się, iż pacjenci odczuwają całkowity brak jakiejkolwiek przestrzeni intymnej. Życie osobiste chorych przestaje być osobiste. Z konieczności lekarze i opiekunowie mają całkowity „dostęp” do fizycznej sfery pacjenta, co dla wielu osób jest ogromnym obciążeniem (de Walden-Gałuszko, 2005).

11.1.5. Sfera fizyczna

Oprócz wspomnianej wcześniej zależności fizycznej od innych, szczególnie trudnym oraz częstym doświadczeniem chorych somatycznie jest ból. Przewlekły ból bywa przyczyną rezygnacji z wielu aktywności lub uniemożliwia sprawne i satysfakcjonujące funkcjonowanie (Włodarczyk

i Jakubowska-Winecka, 2007). Zdarza się, że chorzy wycofują się z codziennych czynności, także samoobsługowych, aby uniknąć bólu. Proszą innych o pomoc lub wyręczenie, tym samym stopniowo stając się od nich coraz bardziej zależni. Pacjenci często wolą nie odczuwać bólu, dlatego odmawiają rehabilitacji, ćwiczeń, czasami rezygnują z niezbędnych zabiegów. Nierzadko kieruje nimi lęk przed bólem lub zmęczenie tym, którego do tej pory doświadczyli, a także brak umiejętności radzenia sobie z nim. Ból jest doświadczeniem indywidualnym, z którym niejako nie należy dyskutować (Suchocka, 2008). Nie można powiedzieć, że kogoś boli bardziej, albo że nie jest możliwe, by ktoś odczuwał ból. Ze strony osób wspierających bardzo ważna jest pomoc w radzeniu sobie z bólem oraz przejęciu nad nim kontroli przez chorego.

11.2. Poradnictwo psychologiczne w chorobie somatycznej

Zazwyczaj przewlekła choroba somatyczna jest czynnikiem utrudniającym lub uniemożliwiającym realizację zadań rozwojowych, a tym samym rozwój jednostki. Niejednokrotnie ze względu na zagrożenie nie tylko zdrowia, lecz także życia, choroba somatyczna staje się przyczyną kryzysu psychologicznego (Nasiłowska-Barud, 2003; Słowik, 2003; Heszen i Sęk, 2007; Włodarczyk i Jakubowska-Winecka, 2007). Wiąże się to zarówno z nagłym i często nieprzewidywanym charakterem wystąpienia choroby, jak i faktem, że dotychczasowe sposoby radzenia sobie i funkcjonowania okazują się nieprzydatne lub niewystarczające w sytuacji zachorowania. Adaptacja do choroby oraz jej skutków w życiu chorego często wymaga wypracowania nowych umiejętności, aktywności ze strony pacjenta i jego bliskich. Ze względu na różny charakter i efektywność radzenia sobie z chorobą przewlekłą różne może być zapotrzebowanie na pomoc, wsparcie ze strony innych osób (Steuden i Okła, 2007). Poradnictwo psychologiczne ze względu na dostępność oraz możliwość zastosowania w krótkim czasie, np. podczas hospitalizacji, jest metodą pomocy psychologicznej bardzo często stosowaną wobec chorych somatycznie.

Analizując sytuację pacjentów cierpiących z powodów somatycznych, można za Włodarczyk i Jakubowską-Winecką (2007) wyróżnić trzy

zasadnicze grupy problemów, z którymi borykają się pacjenci:

- 1) **Trudności z przystosowaniem się do choroby**, jej konsekwencji oraz leczenia, które często występują na etapie diagnozy, pierwszych informacji dotyczących zachorowania.
- 2) **Przygotowanie do planowanego leczenia** oraz jego skutków, co wiąże się z okresem leczenia, rehabilitacji.
- 3) **Zmiana stylu życia**, eliminacja zachowań oraz nawyków niepożądanych oraz wypracowanie zdrowych nawyków, np. żywieniowych lub związanych z aktywnością fizyczną. Jest to problematyka szczególnie ważna dla pacjentów chorujących przewlekłe, u których wprowadzane zmiany muszą mieć charakter długotrwały.

W odniesieniu do każdej z wymienionych grup problemów celem pomocy psychologicznej powinno być:

- 1) stworzenie pacjentom chorym somatycznie możliwości **odreagowania napięcia emocjonalnego**, poradzenia sobie z przeżywanymi trudnymi emocjami oraz budowanie nadziei niezbędnej do motywowania do leczenia, rehabilitacji, współpracy z personelem medycznym,
- 2) przekazanie pacjentom niezbędnych **informacji** na temat choroby oraz radzenia sobie z chorobą i jej skutkami, a tym samym pomoc w budowaniu adekwatnego obrazu choroby, zwiększenia kontroli w sytuacji trudnej,
- 3) kształtowanie u chorych **umiejętności** niezbędnych w radzeniu sobie z chorobą oraz jej skutkami, a także nawyków wzmacniających zdrowie somatyczne i zmniejszających nasilenie zachowań antyzdrowotnych, niepożądanych w danej sytuacji (Barraclough, 1997; Słowik, 2003; Izdebski i Tujakowski, 2006; Heszen i Sęk, 2007; Włodarczyk i Jakubowska-Winecka, 2007).

Wymienione cele mogą być osiągnięte w obszarze poradnictwa psychologicznego, rozumianego jako „pomoc osobom doświadczającym dystresu w odzyskaniu równowagi emocjonalnej, w odzyskaniu

przekonania o możliwości wpływania na swoje życie i poszukiwaniu potrzebnych do tego umiejętności, w odzyskaniu możliwości korzystania ze wsparcia innych osób, potrzebnego do realizacji własnych potrzeb i zadań rozwojowych” (zob. rozdz. 1, s. 22).

11.2.1. Techniki wykorzystywane w poradnictwie psychologicznym dla chorych somatycznie

Aby zrealizować zasadnicze cele poradnictwa psychologicznego dla osób chorych somatycznie, jak obniżenie napięcia emocjonalnego, przekazanie informacji oraz kształtowanie nowych zachowań, w pracy z pacjentami wykorzystuje się różne techniki i strategie.

Techniki odreagowania emocjonalnego

Techniki odreagowania emocjonalnego służą zmniejszeniu napięcia emocjonalnego odczuwanego przez chorych, m.in. przez ekspresję uczuć, możliwość ich wyrażenia oraz odreagowania w atmosferze zrozumienia i wsparcia (Motyka, 2002; Włodarczyk i Jakubowska-Winecka, 2007).

Rozmowa z pacjentem jest dla chorego szansą na opowiedzenie o swoich aktualnych przeżyciach, ich treści, źródle. Nierzadko pomagający jest jedyną osobą, z którą pacjent decyduje się podzielić silnymi i trudnymi emocjami, takimi jak lęk, złość. Samo zwerbalizowanie odczuć może zmniejszyć ich natężenie. Niezwykle ważna jest postawa zrozumienia i akceptacji ze strony pomagającego oraz informacja zwrotna, np. iż dane emocje w sytuacji chorego są czymś „normalnym”, naturalnym – o ile w ocenie pomagającego tak jest. Rozmowa z pacjentem oraz wyrażenie uczuć często składają się na początkowy etap poradnictwa psychologicznego. Rozmowa może przybierać różną formę. Przykładem jest **monolog pacjenta**, który polega na długiej wypowiedzi chorego oraz aktywnym słuchaniu ze strony pomagającego. Ta forma kontaktu występuje przeważnie na początku oraz w sytuacji silnego napięcia. Pacjent ma wtedy możliwość „wyrzucenia” nagromadzonych emocji i uzyskania natychmiastowej ulgi. Inaczej wygląda rozmowa, podczas której **pomagający „podąża”** za rozmówcą,

np. zadając dodatkowe pytania, podsumowując, klaryfikując wypowiedź pacjenta. Zdarza się, iż chorym bardzo trudno jest się wypowiadać i dzielić swoimi przeżyciami. Mówią mało lub stale zmieniają temat. W takich sytuacjach przydatne są liczne pytania pomagającego i bardziej **dyrektywne** prowadzenie rozmowy.

Kolejną metodą odreagowania emocjonalnego jest **trening relaksacyjny**, którego przykładem jest **trening relaksacji progresywnej Jacobsona** (Rychlik, 2002). Relaksacja to sposób obniżenia napięcia emocjonalnego przez kontrolę i odprężenie ciała. Pacjenci uczą się związku między przeżywanymi emocjami a reakcjami odczuwanymi w ciele oraz kontroli emocji przez radzenie sobie z napięciem mięśni. W technice opracowanej przez Jacobsona relaksacja polega na kilkusekundowym napinaniu oraz rozluźnianiu poszczególnych partii mięśni. Systematyczne ćwiczenia kształtują świadomość własnego ciała i emocji oraz możliwość przejęcia kontroli, a więc zarządzania sferą somatyczną i psychiczną, co ma szczególnie znaczenie dla osób chorych somatycznie, których częstym doświadczeniem jest ból.

Skutecznym sposobem radzenia sobie z bólem jest kontrola oddechu. Ćwiczenia oddechowe i nauka oddychania przeponowego umożliwiają odprężenie oraz koncentrację na innych doznaniach (w tym wypadku na oddechu) niż ból.

Wizualizacja to kolejna technika wyciszająca, obniżająca napięcie oraz kształtująca przyjemne odczucia. W pracy z chorymi somatycznie, w tym onkologicznie, proponowana jest tzw. wizualizacja kreatywna, ukierunkowana na określony cel. Przykładem może być proponowanie pacjentowi, by wyobraził sobie, jak podawane mu podczas chemioterapii leki walczą z komórkami nowotworowymi. Celem wyobrażeń jest m.in. motywowanie pacjenta do przyjęcia chemioterapii, zmniejszenie jej nieprzyjemnych skutków przez koncentrację na wyobrażeniu (Wirga, 1992; Paul-Cavallier, 2001; Rychlik, 2002).

Praca poznawcza

Przekazywanie informacji jest podstawową formą oddziaływania w pomocy chorym somatycznie. Pacjenci potrzebują informacji oraz mają prawo do uzyskania danych na temat własnego zdrowia. Jasne i precyzyjne

poinformowanie pacjenta o jego stanie, koniecznych zabiegach, potencjalnych trudnościach pomaga mu zrozumieć własną sytuację i wszystko to, czego w związku z nią doświadcza. Bardzo ważne jest, aby przekazywana ilość informacji zgadzała się z potrzebami pacjenta. Istotna jest obserwacja pacjenta, jego reakcji werbalnych i niewerbalnych na uzyskiwane informacje. Na tej podstawie można ocenić jego gotowość nie tylko do rozmowy, lecz także do przyjęcia i zrozumienia podawanej informacji. Ma to szczególne znaczenie, gdy przekazywane są **złe informacje**, które dotyczą stanu zdrowia, nieznanego rokowania czy ryzyka wiążącego się z podejmowanymi zabiegami. Są to trudne wiadomości, często powodujące bardzo silne emocje, np. wzmacniające lęk. W niektórych sytuacjach chory nie chce otrzymywać tego rodzaju informacji, ponieważ trudno mu je „udźwignąć”. Przekazując złe wiadomości, warto uwzględnić kilka zasad ujętych w tabeli 11.1.

TABELA 11.1

Zasady przekazywania pacjentom złych informacji

Orientacja w tym, co pacjent wie o własnej sytuacji	Chodzi o ustalenie tego, co pacjent wie i czego chciałby się dowiedzieć na temat własnego zdrowia.
Stopniowe informowanie	Całości informacji nie należy przekazywać jednocześnie. Bardzo ważne jest obserwowanie reakcji pacjenta oraz ocenianie gotowości do przyjęcia wiadomości.
„Strzał ostrzegawczy”	Polega na zainicjowaniu rozmowy i sprawdzeniu, czy chory jest gotowy na przyjęcie trudnych wiadomości, np. lekarz może zacząć swoją wypowiedź od zdania: „Obawiam się, że sytuacja jest dość poważna”.
Zaznaczenie możliwych, pozytywnych aspektów sytuacji	Na przykład: „Dysponujemy najnowszym sprzętem medycznym oraz wysoko wykwalifikowanym personelem, który podejmie się operacji”.
Stąła ocena zapotrzebowania pacjenta na informacje	

Źródło: opracowanie własne na podstawie de Walden-Gałuszko (2005; 2011); Włodarczyk i Jakubowska-Winecka (2007).

Należy pamiętać, że według polskiego prawa to lekarz informuje pacjenta o jego stanie zdrowia i leczeniu. Inni członkowie personelu medycznego mogą pomóc pacjentowi w zrozumieniu treści oraz odreagowaniu trudnych emocji związanych z uzyskanymi informacjami.

Edukacja prozdrowotna jest sposobem na przekazanie pacjentom niezbędnej wiedzy o specyfice choroby, potencjalnych skutkach leczenia oraz zachowaniach, nawykach, które intensyfikują proces rehabilitacji, powrotu do zdrowia lub radzenia sobie z uciążliwymi objawami choroby. Celem edukacji jest budowanie adekwatnego obrazu choroby m.in. przez przystępne przekazanie rzetelnej wiedzy. Wydaje się, że dzięki zdobytej wiedzy zmniejsza się znaczenie „mitów” o danej chorobie oraz zmienia nastawienie co do diagnozy, procesu leczenia. Założeniem edukacji jest także ćwiczenie nowych umiejętności, które mogą ułatwić pacjentom radzenie sobie z chorobą. W ramach poradnictwa psychologicznego elementy edukacyjne mogą być włączane w proces szukania rozwiązań oraz radzenia sobie z daną trudnością, a także na etapie opracowania programu działania, czyli radzenia sobie z omawianymi trudnościami. Wspierający może przekazywać informacje indywidualnie, podczas rozmowy z pacjentem. Edukacja prozdrowotna może odbywać się w formie grupowych spotkań pacjentów ze specjalistami, co jest częstą praktyką w szpitalach, poradniach specjalistycznych. Informacje mogą być także przekazywane w formie broszur, ulotek, które chorzy mogą wziąć ze sobą i przeczytać w domu. Podstawowe informacje potrzebne pacjentom można także umieścić na plakatach, w gablotach ściennych korytarzy szpitalnych lub poradni.

W indywidualnej pracy w ramach poradnictwa psychologicznego przydatne okazują się techniki z nurtu behawioralno-poznawczego np. kontrola myśli, **identyfikacja myśli automatycznych** (Włodarczyk i Jakubowska-Winecka, 2007). Identyfikacja myśli pacjenta, które pojawiają się automatycznie w sytuacjach trudnych i mogą utrudniać radzenie sobie, służy przekształceniu ich w bardziej konstruktywne i tym samym wzmacniające, efektywne radzenie sobie. Przykładem myśli, z którymi można w ten sposób pracować, mogą być słowa pacjentki przedstawione w ramce 11.4.

Przed kolejnym badaniem w trakcie diagnostyki choroby somatycznej pacjentka mówi: „Tak bardzo nie chcę tam iść. Znowu mnie będzie boleć. Mnie zawsze boli”. Kobieta mówi tak o badaniu, któremu nigdy wcześniej nie była poddawana i do końca nie wie, na czym ono polega. Jest napięta, niespokojna od kilku dni. Podobnie reaguje w innych nowych sytuacjach diagnostycznych.

Źródło: opracowanie na podstawie praktyki własnej.

Warto przeanalizować z pacjentką pojawiającą się u niej automatycznie myśl o bólu pod kątem jej „prawdziwości”. Razem z osobą wspierającą chora wypisuje dowody na prawdziwość i nieprawdziwość tej myśli. Na końcu wspólnie należy przeanalizować inne możliwe warianty sytuacji opisywanej przez pacjentkę. Celem analiz jest zmiana postawy pacjentki wobec czekającego ją badania przez analizę i przeformułowanie myślenia.

W pracy z myślami, ocenie ich „prawdziwości” przydatne okazują się elementy **Racjonalnej Terapii Zachowania (RTZ)** Maultsby’ego (2013). Zgodnie z założeniami RTZ racjonalne myśli funkcjonują na pięciu zasadach: (1) są oparte na faktach; (2) chronią życie i zdrowie; (3) pomagają realizować bliższe i dalsze cele; (4) pomagają rozwiązywać konstruktywnie konflikty z innymi lub ich unikać; (5) pomagają czuć się tak, jak chcemy się czuć (bez konieczności używania substancji psychoaktywnych). Analizując ze wspomnianą pacjentką myśli, które towarzyszą jej przed kolejnym badaniem diagnostycznym, można zastosować pytania oceniające racjonalność myślenia. W tabeli 11.2 przedstawiono pytania, które można zadać pacjentce.

TABELA 11.2

Pytania stosowane w ocenie myśli w RTZ

Czy ta myśl jest oparta na faktach?
Czy ta myśl pomaga realizować moje bliższe i dalsze cele?
Czy ta myśl chroni moje życie i zdrowie?
Czy ta myśl pomaga mi rozwiązywać konstruktywnie konflikty z innymi lub ich unikać?
Czy ta myśl pomaga mi czuć się tak, jak chcę się czuć (bez konieczności używania substancji psychoaktywnych)?

Źródło: opracowanie własne na podstawie Maultsby (2013).

Po etapie analizy myśli następuje poszukiwanie innych, **zdrowych myśli**, które odpowiadają zasadom racjonalnego myślenia i mogą pomóc pacjentce potraktować kolejne badanie diagnostyczne jako sposób zdobycia informacji o stanie zdrowia, a dalej poszukiwanie adekwatnej pomocy.

Strategią wykorzystywaną w pracy z chorymi somatycznie jest **urealnienie priorytetów w nowej sytuacji spowodowanej przez chorobę** oraz **adaptacyjne przeformułowanie celów**. Obie te strategie przez ustalenie celów bądź ich reorganizację pobudzają radzenie sobie zorientowane na problem (Heszen i Sęk, 2007). Mogą być punktem wyjścia zmiany nawyków, stylu życia, często niezbędnych pacjentom cierpiącym na przewlekłe choroby somatyczne.

Zmiana nawyków

Uczenie, kształtowanie oraz utrwalanie **zachowań zdrowotnych** wiąże się często z całkowitą zmianą przyzwyczajeń oraz aktywności. Najczęściej jest to niezbędne w adaptacji do choroby, jej skutków, leczenia oraz rehabilitacji. Czasami zmiana nawyków jest procesem trudnym, wymaga zaangażowania ze strony pacjenta, często rezygnacji z dotychczasowego stylu życia. Zdarza się, że ów sposób funkcjonowania był lubiany przez chorego, przynosił dodatkowe korzyści i dlatego jeszcze trudniej z niego zrezygnować. Proponowaną strategią behawioralną jest **powstrzymanie się od zachowań szkodliwych** (Łuszczynska, 2004). Najczęstszym przykładem jest ograniczanie niewłaściwej diety, zmiana sposobu odżywiania.

W zmianie nawyków pomoc mogą wcześniej opisane techniki, np. odreagowanie niechęci związanej z koniecznością zmiany, złości lub smutku. Niezbędna jest edukacja oraz znajomość nowych zasad funkcjonowania. Największe znaczenie mają **uczenie się i ćwiczenie nowych umiejętności**. Przykładem takich umiejętności może być oznaczanie poziomu cukru przez chorych na cukrzycę, samodzielne wykonywanie zastrzyków z insuliny czy mierzenie ciśnienia tętniczego przez osoby cierpiące na zaburzenia z obszaru układu krążenia. Pacjent powinien korzystać z instruktarzu oferowanego przez personel medyczny oraz z informacji w dostępnej literaturze i sam próbować wykonywać

podane w przykładzie czynności. W miarę ćwiczeń oraz samodzielnych prób chorzy uczą się wykonywać wiele związanych z chorobą aktywności. Tym samym, mimo choroby przewlekłej, stają się mniej zależni od personelu medycznego i pomocy osób trzecich. Bardzo ważne jest motywowanie pacjenta i wspieranie go w kształtowaniu i utrwalaniu nowych umiejętności.

11.2.2. Poradnictwo na poszczególnych etapach radzenia sobie z chorobą somatyczną

Pomoc pacjentom chorym somatycznie może być niezbędna na różnych etapach chorowania. Pietrzyk (2006) w przebiegu chorób onkologicznych wyróżniła kilka faz: diagnozowanie i diagnoza, leczenie, remisja, nawrót choroby, żałoba. Każdy etap choroby może stanowić dla pacjenta kolejne wyzwanie i konieczność reorganizacji dotychczasowego życia oraz adaptacji. Ważne jest, aby towarzyszyć chorym w kolejnych etapach przystosowania, jeśli zachodzi taka potrzeba. W tym miejscu omówiony zostanie proces diagnostyczny oraz radzenie sobie z diagnozą choroby przewlekłej. Wydaje się, iż zastosowanie znajdują tu etapy opisane przez Kübler-Ross (1979), dotyczące radzenia sobie ze świadomością nadchodzącej śmierci. Pacjenci, którzy ze względu na przewlekłą chorobę somatyczną muszą rezygnować z realizacji pewnych ról życiowych, np. rodzicielskiej, na początku radzą sobie z ową stratą przez **zaprzeczanie**. Charakterystyczne dla tego etapu jest podważanie wyników badań, diagnozy, kompetencji lekarza, możliwości prawidłowego przeprowadzenia badania. Na tym etapie choroby bardzo trudna bywa komunikacja pacjenta z personelem i rodziną. Pacjenci nie przyjmują informacji, wyjaśnień, mówiąc np.: „To nie może być prawda. To na pewno pomyłka. Ktoś pomylił się w laboratorium, to muszą być wyniki innej osoby!”. Warto zaznaczyć, iż zaprzeczanie chorobie może towarzyszyć w mniejszym lub większym stopniu w kolejnych fazach chorowania i często jest jednym ze sposobów radzenia sobie. Jest to swoista pomoc sobie w przetrwaniu i uporaniu się z trudną diagnozą oraz rzeczywistością, z którą mierzy się pacjent, i ma istotny wpływ na jego zachowanie. Bardzo ważne jest, aby osoby wspierające i leczące chorych

somatycznie miały świadomość istnienia i znaczenia tej fazy radzenia sobie z chorobą. Pacjent potrzebuje wówczas akceptacji, a jednocześnie dyrektywnego pokierowania, np. trzeba mu zapisać na kartce, gdzie i kiedy ma się zgłosić, gdzie może otrzymać pomoc. Na tym etapie bardziej wartościowe wydaje się źródło informacji, np. zaproszenie na kolejną wizytę następnego dnia, niż sama informacja, na której przyjęcie pacjent nie jest gotowy.

Chorzy, którzy pozostają na drugim etapie, czyli w fazie **gniewu**, nie wypierają już informacji, otwarcie wyrażają złość i kierują ją na siebie, bliskich, personel medyczny. Jednocześnie zadają pytanie: „Dlaczego ja?”, szukają przyczyn zachorowania i związanych z chorobą ograniczeń, nie zgadzają się na to. Tracą dużo energii, niewiele zyskując. Zdarza się, iż krzyczą w gabinecie lekarza, podnoszą głos na domowników. Warto pamiętać, że jest to forma odreagowania i często świadkowie wybuchów są osobami przypadkowymi, a nie bezpośrednimi źródłami wyrażanej złości. Pacjent nie jest gotowy na współpracę, bardziej zorientowany jest na konfrontację, walkę, która ma na celu odreagowanie silnie przeżywanych uczuć. W rozmowie z pacjentem bardzo ważny jest spokój, nazwanie prezentowanych przez chorego zachowań, przeżywanych emocji oraz klaryfikacja, mianowicie wytłumaczenie tego, co aktualnie z pacjentem się dzieje. Opisana postawa osoby pomagającej może pomóc choremu w odreagowaniu trudnych i silnych emocji, a tym samym, chociaż częściowo, w poradzeniu sobie z nimi. To z kolei może być szansą na uniknięcie zbędnych sytuacji konfliktowych, które mogą być prowokowane przez otwarte, niekontrolowane wyrażanie gniewu.

Kolejnym etapem radzenia sobie ze stratą powodowaną przez chorobę jest „**targowanie się**”. Charakterystyczne jest tu „układanie się” z losem, Bogiem (Nasiłowska-Barud, 2003). Pacjenci obiecują sobie, innym, siłom nadprzyrodzonym, że w zamian za wyzdrowienie, postępy w leczeniu, zmienią postępowanie, styl życia. Wydaje się, że pacjent, który przechodzi przez ten etap, nawiązuje współpracę, lecz działania chorego są bardzo chaotyczne. Zdarza się, że pacjent jedynie pozornie współdziała z lekarzem, gdyż szuka potwierdzenia diagnozy i sposobów skutecznego leczenia u wielu specjalistów, nie tylko medycyny konwencjonalnej. Pacjenci niejednokrotnie korzystają z pomocy kilku lekarzy jednocześnie,

stosują wiele kuracji, co czasami okazuje się bardzo niekorzystną, a nawet niebezpieczną praktyką.

Innym etapem opisywanym przez Kübler-Ross (1979, 2008) jest faza **depresji** (depresja reaktywna rozumiana jako reakcja na utratę zdrowia, ważnej wartości, lub depresja przygotowawcza, która poprzedza traumatyczne wydarzenie – śmierć). Jest to czas, kiedy pacjenci dysponują informacjami na temat swojego stanu zdrowia i niejako przyjmują je za fakt, co wywołuje smutek, żal, bezsilność. Wykazują bardzo małe zaangażowanie w proces leczenia, rehabilitacji. Ich przyszłość staje się im obojętna lub oceniają swoją sytuację na tyle źle, że nie podejmują leczenia. Pacjenci stają się bierni, reagują obojętnością na zaangażowanie bliskich czy personelu medycznego, co bardzo utrudnia z nimi kontakt.

Wszystkie wspomniane etapy radzenia sobie wiążą się z trudnymi emocjami i zachowaniami pacjentów, co nie ułatwia współpracy, a tym samym leczenia. Najbardziej pożądane i korzystne dla leczenia wydają się zachowania i przeżycia charakterystyczne dla ostatniego wymienianego przez Kübler-Ross (1979, 2008) etapu zmagania się z chorobą – fazą **akceptacji**. Dobrze, jeśli chory przewlekłe, przechodząc przez kolejne fazy zmagania się z diagnozą choroby, osiąga etap akceptacji własnej dolegliwości. Jest to etap, w którym osoba chora staje się aktywnym odbiorcą pomocy, jest otwarta na współpracę, co przejawia się zarówno w relacjach z personelem medycznym, jak i rodziną. Pacjenci są świadomi swoich trudności, sytuacji zdrowotnej, przejmują odpowiedzialność za swoje zdrowie, zachowanie, jednocześnie korzystają z oferowanej pomocy i wsparcia innych osób.

Scharakteryzowane etapy mogą pojawiać się w różnej kolejności. Pacjent może także pozostawać przez różny okres w poszczególnych fazach radzenia sobie z diagnozą. Wpływ mają na to czynniki indywidualne, np. dotychczasowe doświadczenia pacjenta, cechy osobowości, oraz czynniki zewnętrzne, takie jak dostępne wsparcie. Znacząca wydaje się świadomość istnienia opisanych faz i wsparcia pacjentów oraz ich rodzin w przechodzeniu przez kolejne etapy zmagania się z chorobą.

Istotne znaczenie dla rozumienia choroby ma wiedza pacjenta dotycząca specyfiki choroby, która kształtuje tzw. **obraz choroby**, o którym wspomniano wcześniej. Niejednokrotnie wiedza o chorobie różni się od

danych medycznych, gdyż zdarza się, iż nie pochodzi ona od lekarza lub innych członków zespołu medycznego. Najczęściej obraz choroby kształtowany jest na podstawie wiedzy ogólnej i doświadczenia życiowego chorego oraz źródeł nieprofesjonalnych, co może mieć duże znaczenie przy podejmowaniu czy kontynuowaniu leczenia. Stąd dla procesu leczenia i rehabilitacji ważne jest poznanie sposobu rozumienia choroby przez pacjenta oraz wiedzy, jaką o niej ma (Basińska, 2009). Istotna jest zarówno treść, jak i źródło wiedzy. Okazuje się, że nie bez znaczenia jest świadomość przyczyn choroby, np. predyspozycji genetycznych, własnych zachowań zdrowotnych lub ich braku. Bardzo ważna jest wiedza o specyfice choroby, np. o mechanizmie zachorowania, sposobach leczenia, skutkach ubocznych leczenia, rokowaniach. W związku ze specyfiką choroby nadal wśród pacjentów aktualne są „mity” na temat wielu chorób, np.: „rak równa się śmierć”, „łuszczycą można się zarazić” albo „na AIDS chorują tylko prostytutki i homoseksualiści”. W poradnictwie ważne jest przekazywanie rzetelnych informacji na temat choroby, dzięki którym dotychczasowe „mity” staną się nieaktualne, a tym samym bez wpływu na przeżywane emocje i zachowanie pacjenta.

11.2.3. Specyfika poradnictwa dla chorych somatycznie

W rozdziale 1, dotyczącym poradnictwa jako metody pomocy, opisano wiedzę i umiejętności niezbędne w stosowaniu poradnictwa psychologicznego. Wiedza ta odnosi się także do profesjonalistów pracujących z chorymi somatycznie. Istotne jednak wydaje się podkreślenie dodatkowych elementów kontaktu pacjenta z pomagającym, które wynikają ze specyfiki sytuacji osób chorych somatycznie, tj. ze sposobu oraz miejsca kontaktu z pacjentem.

Komunikacja z osobą chorą somatycznie

Nawiązanie kontaktu wymaga świadomości oraz umiejętności zastosowania podstawowych zasad komunikowania się, takich jak: aktywne słuchanie, świadomość mowy niewerbalnej i adekwatne jej wykorzystywanie, spójność mowy werbalnej i niewerbalnej, adekwatne poziomy komunikowania, unikanie barier komunikacyjnych. Niezależnie

od wieku i doświadczenia nawiązywanie oraz utrzymywanie kontaktu interpersonalnego i pomocowego można oraz należy rozwijać, co ułatwia oraz usprawnia proces pomagania (Zabłocka-Żytka, 2011). W kontakcie z chorymi somatycznie warto pamiętać o specyfice sytuacji pacjentów – często silnych emocjach, inwazyjnym lub długotrwałym leczeniu, co może wpływać na funkcjonowanie poznawcze (por. podrozdz. 11.1.2) oraz możliwości komunikowania. W tabeli 11.3 zebrano wskazówki dotyczące komunikacji z osobami chorymi somatycznie, szczególnie w ostrej lub terminalnej fazie choroby (de Walden-Gałaszko, Kaptacz, red., 2005; Jakubowska-Winecka, 2007b; de Walden-Gałaszko, 2011).

Wymienione zasady komunikacji mogą być pomocne szczególnie w rozmowie z osobami w złej kondycji somatycznej i psychicznej, z pacjentami hospitalizowanymi. Jednakże niezależnie od stanu pacjenta mogą one ułatwić sprawne przeprowadzenie wywiadu medycznego oraz udzielenie wsparcia psychologicznego.

TABELA 11.3

Zasady komunikacji z chorymi somatycznie

Jeśli jest to pierwsze spotkanie, przedstaw się.	Spokojnie, a jednocześnie głośno i wyraźnie powiedz imię i nazwisko oraz pełnioną funkcję, np. psycholog, terapeuta, stażysta.
Upewnij się, że pacjent chce rozmawiać.	Obserwuj reakcje pacjenta, zapytaj o chęć i gotowość do rozmowy. Możliwe, że w danym momencie, kiedy proponujesz rozmowę, osoba chora nie jest na to gotowa, co nie sprzyja efektywnej komunikacji.
Poinformuj o swoich działaniach.	Powiedz, co należy do zakresu twoich obowiązków, co możesz zaoferować pacjentowi. Jasno przedstawione możliwości sprzyjają współpracy oraz ocenie możliwości zaspokojenia potrzeb chorego.
Staraj się mówić wolno, spokojnie.	Twój spokój może pomóc wyciszyć silne i trudne emocje osoby chorej oraz zrozumieć twój komunikat.
Świadomie korzystaj z pytań.	Pamiętaj o roli pytań w zależności od ich rodzaju: <ul style="list-style-type: none"> • Stosuj pytania „Jak...?”. Tego typu pytania to pytania otwarte, które dają osobie chorej możliwość wyrażenia tych treści, które w tym momencie jest gotowa wyrazić. Dla pomagającego może być to źródło informacji na temat tego, co wie i o czym chce rozmawiać pacjent.

	<ul style="list-style-type: none"> • Unikaj pytań sugerujących. Mogą one jedynie pozornie ułatwiać komunikację z pacjentem. • Unikaj kilku pytań w jednym. Pytania w pytaniu wprowadzają zamęt i znacznie utrudniają chorym komunikację. Są szczególnie uciążliwe dla osób, które mają trudności z koncentracją uwagi.
Dbaj o jasny, zrozumiały dla pacjenta język.	Niepotrzebne zwroty specjalistyczne mogą nie tylko utrudniać zrozumienie komunikatu, lecz także zniechęcać do rozmowy.
Unikaj uogólniania.	Przykłady uogólniania to: „wszyscy tak się czują”, „z czasem poradzi Pan/Pani sobie, jak inni”. Każda osoba potrzebuje wyjątkowego potraktowania, zauważenia, ponieważ jest indywidualnością. Generalizacja, np. objawów czy radzenia sobie, często okazuje się nieprawdą.
Pamiętaj o mowie niewerbalnej oraz dotyku.	Dbaj o własny strój adekwatny do sytuacji, wyrażający szacunek do chorego. Upewnij się, czy chory jest gotowy przyjąć np. to, że dotkniesz jego dłoni. Taki gest może mieć duże znaczenie dla chorego, być odebrany jako wyraz akceptacji. Może jednak być rozumiany jako oznaka zależności, trudności w zadbaniu o własną intymność przez chorego, może budzić zakłopotanie.
Umiejętnie korzystaj z ciszy.	Zdarza się, iż pacjent potrzebuje pomilczeć z kimś, np. terapeutą. Bywa także, że cisza zwiększa odczuwane napięcie i dyskomfort w kontakcie.
Podsumuj rozmowę.	Krótkie powtórzenie najważniejszych treści rozmowy może pomóc choremu zapamiętać oraz zrozumieć to, o czym rozmawiał z pomagającym.

Źródło: opracowanie własne na podstawie de Walden-Gałuszko (2005).

Hospitalizacja a poradnictwo psychologiczne

Hospitalizacja bywa trudnym i często niechcianym doświadczeniem osób chorych somatycznie. Zdarza się, iż pacjenci świadomie, na własne życzenie rezygnują z pobytu w szpitalu lub go skracają. Osoba wspierająca powinna mieć to na uwadze. Z jednej strony warto pomagać chorym w adaptacji do warunków szpitalnych, z drugiej zaś należy uwzględnić stosunek pacjenta do hospitalizacji w sytuacji udzielania wsparcia na oddziale szpitalnym.

Warto zadbać o miejsce spotkania i rozmowy. Jeśli pozwalają na to warunki lokalowe i kondycja chorego, warto zorganizować osobny pokój, w którym można bez obecności osób trzecich przeprowadzić rozmowę. W polskich szpitalach często pojawia się problem dzielenia gabinetu psychologa z innymi specjalistami (Kubacka-Jasiecka, 2010b). Czasami nie jest możliwe zapewnienie intymności rozmowy. Należy jednak starać

się tak organizować pracę, by – może kosztem czasu rozmowy – zadbać o jej intymny charakter. Inną trudnością jest kondycja fizyczna chorego. Szczególnie po zabiegach chirurgicznych pacjent musi pozostawać w jednej sali i w łóżku. W takiej sytuacji również możliwe i bardzo ważne jest zadbanie o osobisty charakter rozmowy, np. przez wykorzystanie nieobecności współpacjentów, którzy udają się na zabiegi lub badania diagnostyczne. Innym sposobem jest ściszenie głosu oraz rozmowa z pacjentem blisko, przy jego łóżku.

Biorąc pod uwagę fakt, iż sam pobyt w szpitalu jest sytuacją trudną dla osób chorych, wydaje się, że duże znaczenia mają pomoc oraz wsparcie w radzeniu sobie z sytuacją hospitalizacji. Charakter pomocy psychologicznej zależy od przyczyn trudności związanych z pobytem w szpitalu. Czasami pacjenci nie mają informacji na temat celu hospitalizacji i czasu jej trwania. Pomoc w **nawiązaniu kontaktu z personelem medycznym** oraz motywowanie chorych do zadawania pytań lekarzom może zmniejszyć niechęć do pobytu w szpitalu. Jedną z pacjentek była pełna lęku oraz nie do końca rozumiała przyczyny swojej hospitalizacji, ale na propozycję rozmowy z lekarzem odpowiedziała: „Nie będę doktora o nic pytać! Jeszcze się zdenerwuje, a on jest lekarzem prowadzącym i jeszcze będzie mnie źle leczyć! Wolę go nie denerwować, już jakoś poczekam. Może sam coś powie”. Ta pacjentka nie tylko nie zna swojego stanu zdrowia, lecz także jest przekonana, że pytanie, próba zrozumienia własnej sytuacji mogą być szkodliwe, gdyż mogą zdenerwować lekarza. W tym wypadku bardzo ważną wydaje się praca nad motywacją pacjentki do identyfikowania własnych potrzeb (rozumienia sytuacji, potrzeby bezpieczeństwa) oraz ich werbalizowania. Dzięki temu możliwe jest szybsze przejęcie kontroli nad sytuacją i przeformułowanie myśli pacjentki, np.: „Mogę zapytać, nie muszę pozostawać w strachu wywołanym przez niepewność”.

Powodem utrudniającym adaptację pacjentów do warunków szpitalnych jest nieznanostwo danego oddziału i panujących tam zasad. Pomocne wydaje się wysłuchanie pacjenta, towarzyszenie mu w początkowym okresie hospitalizacji oraz **przekazanie niezbędnych informacji** dotyczących miejsca, osób znajdujących się w oddziale (Słowik, 2003).

Niektórzy pacjenci przeżywają niechęć do hospitalizacji w związku z poczuciem osamotnienia, rozłąką z rodziną, brakiem bliskich, zaufanych

osób w otoczeniu. Jest to szczególnie dotkliwe, gdy pobyt w szpitalu trwa długo, np. kilka tygodni. Pomóc mogą rozmowa na temat bliskich, wzmacnianie relacji między współpacjentami oraz zwiększenie możliwości widywania się czy kontaktowania się z osobami ważnymi dla chorego. Aktualnie dostępność różnych nośników medialnych stwarza wiele możliwości kontaktów, np. za pośrednictwem internetu. Ważne jest aby pomóc pacjentowi zorganizować taką możliwość, np. przez wspólne poszukiwanie sposobu rozwiązania sytuacji osamotnienia.

Czasami zasadniczą trudnością związaną z hospitalizacją jest dla pacjenta konieczność poddania się pewnym zasadom oraz ograniczeniom wynikającym z instytucjonalnego charakteru szpitala. Bardzo często względy osobowościowe uniemożliwiają lub utrudniają chorym dostosowanie się do zasad, takich jak respektowania ciszy nocnej, pór posiłków, czy do obecności innych pacjentów. Rozmowa może zmniejszyć przeżywane i generowane przez pacjenta napięcie. Pomocna może być organizacja jakiegoś zajęcia, wyjść poza oddział, czy też przepustek.

Wspomniana interwencja może być przydatna dla tych pacjentów, którzy źle znoszą pobyt na oddziale z powodu nudy. Możliwość wyjścia poza salę, a czasami szpital jest szansą odreagowania, zmiany otoczenia. Bardzo korzystne może okazać się angażowanie pacjentów w dodatkowe aktywności, które mogą przydać się w radzeniu sobie nie tylko z faktem hospitalizacji, lecz także po jej zakończeniu. Przykładem może być nauka relaksu, kontrola myśli. Te i inne techniki wykorzystywane w poradnictwie psychologicznym dla chorych somatycznie zostały już omówione wcześniej.

11.2.4. Dlaczego poradnictwo psychologiczne?

Poradnictwo psychologiczne jest formą pomocy ograniczoną w czasie w odniesieniu do liczby spotkań oraz skoncentrowaną na poradzeniu sobie z daną trudnością dzięki wykorzystaniu m.in. zasobów jednostki, dotychczasowych sposobów radzenia sobie. W warunkach ambulatoryjnych spotkania z osobami przewlekle chorymi mogą być rozciągnięte w czasie lub odbywać się zależnie od pojawiających się trudności. Inaczej jest w warunkach szpitala, gdzie pacjent czasami

przebywa kilka dni. Zazwyczaj są to dni pełne zmian, silnych emocji, bólu. Nierzadko konieczne jest podjęcie szybkich i bardzo trudnych decyzji. Taką decyzję musiał podjąć pacjent, którego wypowiedź przytoczono w ramce 11.3. W wypadku tego mężczyzny zastosowanie poradnictwa psychologicznego może okazać się znaczącym wsparciem w rozwiązaniu dylematu, przed którym stanął. Analizując potencjalne działania wobec chorego, warto pamiętać o następujących etapach pomocy (zob. rozdz. 1):

1) Tworzenie warunków sprzyjających rozwiązaniu problemu:

- niezbędne jest umożliwienie pacjentowi odreagowania napięcia oraz silnych emocji, głównie lęku, ale także poczucia bezsilności; empatyczne wysłuchanie pacjenta oraz towarzyszenie w rozważaniach,
- należy pomóc pacjentowi w zauważeniu własnej trudności w podjęciu decyzji, która wiąże się z ryzykiem oraz niepewnością skutków podjętych działań. Dlaczego sam proces decyzyjny jest tak trudny dla pacjenta?

2) Diagnoza bieżącego problemu:

- analiza czynników, które utrudniają podjęcie decyzji,
- analiza problemu w szerszym kontekście, np. rodzinnym. Jak to możliwe, że pacjent tak ważne decyzje podejmuje w samotności? Nie włącza w proces podejmowania decyzji swojej żony?

3) Poszukiwanie sposobów rozwiązania problemu:

- wspólna analiza podawanych przez pacjenta innych możliwości,
- wybór rozwiązania, na które pacjent jest gotowy się zgodzić w największym stopniu,
- analiza możliwości wykorzystania wybranego rozwiązania oraz jego konsekwencji.

4) Opracowanie programu działania:

- analiza oraz zaplanowanie niezbędnych, konkretnych aktywności, które mogą pomóc w rozwiązaniu problemu, np. podjęcie rozmowy z żoną,
- ćwiczenie nowych umiejętności, które mogą okazać się niezbędne w radzeniu sobie z trudnością, np. korzystanie z pomocy innych osób, gotowość do proszenia o pomoc.

5) Wprowadzenie programu do realizacji:

- realizacja założonych przez pacjenta zamierzeń,
- Analiza skutków oraz przydatności podjętych działań.

Przedstawiony schemat jest podpowiedzią do wykorzystania w pracy z pacjentem. Praca nad rozwiązaniem problemu w dużym stopniu zależy od aktywności pacjenta, gotowości do współpracy oraz proponowanych i pożądaných rozwiązań. Na każdym etapie niezbędne jest wsparcie ze strony osoby pomagającej, zarówno emocjonalne, jak i informacyjne i motywujące do działania.

11.3. Dylematy i trudności w procesie poradnictwa

Choroba somatyczna, w tym choroba przewlekła, z racji różnej specyfiki i skutków może stać się przyczyną różnorodnych trudności, przed którymi stają osoby chore. Wiele dylematów oraz trudności przeżywają także specjaliści pracujący z chorymi somatycznie. W radzeniu sobie z większością z nich pomocą może być Kodeks Etyki Lekarskiej, w którym zawarto podstawowe zasady opieki medycznej, czyli:

- 1) poszanowanie wolności człowieka w zakresie myślenia, decyzji i działania,
- 2) poszanowanie zasady sprawiedliwości (m.in. w kwestii dostępności do opieki, pomocy medycznej),
- 3) zakaz szkodzenia,
- 4) nakaz czynienia dobra (de Walden-Gałaszko, 2005).

Osoby zajmujące się poradnictwem psychologicznym dla chorych somatycznie są zobowiązane do przestrzegania wymienionych zasad. Pomagają one radzić sobie z wieloma dylematami. Trudno w tym miejscu opisać wszystkie trudności, jakie mogą się pojawić w procesie poradnictwa. Wydaje się jednak, że warto zwrócić uwagę na problem, który może dotyczyć samych osób pomagających, a pośrednio wpływać na osoby wspierane, mianowicie problem wypalenia zawodowego. Jest to zjawisko dotyczące wielu profesjonalistów niosących pomoc. W pracy z chorymi somatycznie warto pamiętać o możliwości wypalenia

zawodowego i mu przeciwdziałać. Ze względu na specyfikę przewlekłych chorób somatycznych – długi okres ich trwania oraz liczne ograniczenia, które chorzy niejednokrotnie napotykać – pomagający na co dzień mogą mieć kontakt z bólem, cierpieniem, perspektywą śmierci bądź wielu ograniczeń, co może być bardzo obciążającym doświadczeniem. Na problem wypalenia zawodowego wskazują trzy podstawowe objawy: (1) wyczerpanie emocjonalne i psychofizyczne; (2) depersonalizacja podmiotów interakcji zawodowej (m.in. brak indywidualnego podejścia; traktowanie pacjenta bezosobowo); (3) obniżenie subiektywnego zadowolenia z wykonywanej pracy (Jakubowska-Winecka, 2007a).

RAMKA 11.5

Czynniki ryzyka wypalenia zawodowego u pomagających

1) Czynniki związane z warunkami pracy:

- podtrzymywanie stosunków terapeutycznych,
- napięte terminy,
- duża liczba godzin pracy,
- niskie zarobki,
- uzależnienie kariery od decyzji administracyjnych.

2) Czynniki związane z osobą wspieraną:

- wrogie, emocjonalne wypowiedzi,
- opór,
- symptomy psychopatologiczne,
- trudne i silne emocje.

3) Czynniki związane z pomagającym:

- zwątpienie we własny zawód,
- poczucie niedoskonałości,
- brak kompetencji,
- trudności w życiu osobistym, z którymi w danym momencie osoba sobie nie radzi.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Jakubowska-Winecka (2007a); Feltham i Horton (red., 2013a).

Ryzyko wypalenia zawodowego wśród osób udzielających pomocy psychologicznej wiąże się z charakterem pracy, specyfiką trudności pacjentów, warunkami pracy oraz cechami pomagającego. W ramce 11.5 przedstawiono wybrane czynniki ryzyka wypalenia zawodowego pomagających.

Opisane objawy związane ze zmęczeniem psychofizycznym, niechęcią do pacjentów oraz niezadowoleniem z własnej aktywności zawodowej mogą bezpośrednio przekładać się na kontakt z pacjentami oraz efektywność udzielanej pomocy psychologicznej. Błędy pojawiające się w pracy z chorymi mogą dotyczyć subiektywności w działaniu osoby wspierającej ocenie chorego i braku zrozumienia, a także nadmiernego sugerowania rozwiązań, czy wreszcie nieradzenia sobie z ujawnianymi przez pacjentów trudnymi emocjami.

Niezbędne jest przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu m.in. przez uświadomienie sobie istnienia takiego zjawiska, higienę pracy i odpoczynku, podnoszenie własnych kompetencji zawodowych, współpracę z innymi specjalistami oraz korzystanie z ich wiedzy i wsparcia oraz superwizji (Jakubowska-Winecka, 2007a).

Podsumowanie

W tym rozdziale wiele razy podkreślano zarówno różnorodność chorób somatycznych, jak i ich potencjalnie wieloraki wpływ na funkcjonowanie psychospołeczne osoby chorej. Choroba somatyczna zawsze stanowi sytuację stresującą i tym samym wymaga uaktywnienia sposobów radzenia sobie. Nierzadko dotychczasowe sposoby radzenia sobie okazują się niewystarczające, co doprowadza do kryzysu psychologicznego. Chory nie jest w stanie zmierzyć się z trudnościami, wyłącza się z dotychczasowych aktywności, nie potrafi kontynuować obowiązków, zadań, które dotąd były jego codziennością. Wsparciem i pomocą w takich sytuacjach okazuje się poradnictwo psychologiczne, które jako metoda nastawiona na konkretny cel opiera się na możliwościach pacjenta, sięga do istniejących potencjałów, wzmacniając chorego i motywując do podjęcia działań. Poradnictwo psychologiczne, które w pracy z chorymi somatycznie ma na celu obniżenie przeżywanego napięcia, przekazanie niezbędnych informacji oraz kształtowanie i wzmacnianie prozdrowotnych nawyków, może być realizowane zarówno w systemie opieki stacjonarnej, jak i ambulatoryjnej.

Pytania sprawdzające

1. Opisz potencjalny wpływ choroby somatycznej na psychospołeczne funkcjonowanie chorego.
2. Wymień istotne zasady komunikowania się z chorymi somatycznie.
3. Jakie są cele poradnictwa psychologicznego dla chorych somatycznie?
4. Wymień przykładowe techniki pomocy psychologicznej stosowane w poradnictwie psychologicznym adresowanym do chorych somatycznie.
5. Co jest celem edukacji prozdrowotnej? W jakiej formie można taką edukację prowadzić?

Problemy do dyskusji

1. Zastanów się, jaka forma edukacji prozdrowotnej jest korzystniejsza?
2. Jak w aktualnych warunkach służby zdrowia organizować oraz rozpowszechniać poradnictwo psychologiczne wśród chorych somatycznie?
3. Czy zawsze przekazywanie prawdy pacjentom, także tej trudnej, jest wskazane?

Literatura zalecana

- Basińska, M.B. (2009). *Funkcjonowanie psychologiczne pacjentów w wybranych chorobach endokrynologicznych. Uwarunkowania somatyczne i osobowościowe*. Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW.
- Walden-Gałuszko, K. de (2011). *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jakubowska-Winecka, A., Włodarczyk, D. (red.). (2007). *Psychologia w praktyce medycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Rozdział 12

Poradnictwo psychologiczne dla osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi i dla ich rodzin

Beata Hintze

Wstęp

Schizofrenia, choroba afektywna jednobiegunowa (ChAJ) i dwubiegunowa (ChAD) należą do najcięższych zaburzeń psychicznych, które znacznie utrudniają funkcjonowanie psychospołeczne chorego a także ich rodzin. W ostatnim dziesięcioleciu XX w. nastąpił rozwój badań nad ich etiopatogenezą, uwarunkowaniami neurobiologicznymi oraz metodami leczenia – od farmakoterapii po konkretne techniki terapeutyczne. W tych zaburzeniach można wyróżnić cztery etapy:

- 1) **Objawy zwiastunowe** – to okres, w którym pojawiają się najwcześniejsze objawy, tzw. prodromalne, zapowiadające rozwój danej jednostki chorobowej (pierwsze zachorowanie lub nawrót). Mogą one trwać od kilku tygodni do nawet kilku lat. Nie są one specyficzne dla konkretnego zaburzenia psychicznego, stanowią heterogeniczną grupę zachowań związanych z początkiem choroby. Na przykład w schizofrenii okres ten definiuje się jako czas od pojawienia się pierwszych zauważalnych, niespecyficznych objawów klinicznych i/lub zmian w zachowaniu do pierwszych objawów psychotycznych (Bota i in., 2008).
- 2) **Właściwa choroba** – to czas, w którym występują znacząco nasilone objawy psychopatologiczne charakterystyczne dla konkretnej

jednostki nozologicznej, np. objawy psychotyczne, depresji, hipomanii/manii.

- 3) **Czas leczenia** – to okres zmniejszania nasilenia oraz ustępowania objawów psychopatologicznych pod wpływem interwencji medycznych, przede wszystkim stosowanej farmakoterapii wspomaganiej oddziaływaniami terapeutycznymi.
- 4) **Okres remisji** – to czas, w którym nie występują objawy choroby lub są one nieznacznie nasilone. Może on trwać krótko, np. kilka miesięcy, lub długo, np. kilka lat. W czasie leczenia można osiągnąć pełną remisję, czyli całkowite ustąpienie symptomów choroby, co umożliwia powrót do wcześniej pełnionych ról społecznych, oraz niepełną remisję, w której utrzymują się niektóre z objawów, ale w zdecydowanie mniejszym nasileniu, co jednak utrudnia powrót do przedchorobowego funkcjonowania.

W zależności od tego, na jakim etapie choroby do poradnictwa psychologicznego zgłosi się osoba chora i/lub jej rodzina, psycholog musi dostosować metody pomocy do ich aktualnych potrzeb. Należy pamiętać, że w wypadku osoby z doświadczeniem choroby psychicznej należy starać się prowadzić poradnictwo psychologiczne we współpracy z lekarzem psychiatrą.

12.1. Trudności pojawiające się w realizowaniu zadań rozwojowych

Zachorowanie na schizofrenię czy inne poważne zaburzenie psychiczne, szczególnie w okresie adolescencji i początku dorosłości, ma często długotrwałe, negatywne konsekwencje. Okres adolescencji charakteryzuje się nasiloną dynamiką rozwoju i reorganizacji procesów biologicznych, poznawczych i emocjonalnych niezbędnych dla prawidłowego funkcjonowania jednostki. Z tego powodu jest jednym najważniejszych etapów rozwoju osobowości. W tym szczególnym okresie rozwojowym po raz pierwszy dla prawidłowego funkcjonowania osobowości istotny wpływ ma grupa rówieśnicza, nawiązywanie w niej nowych relacji, zajmowanie konkretnych pozycji. Doświadczenia te pomagają w kształtowaniu się

poczucia tożsamości indywidualnej i grupowej (np. Bonino, Cattellino i Ciairano, 2005; zob. też rozdz. 2).

12.1.1. Konsekwencje zachorowania w różnych okresach życia

Okres adolescencji na przykładzie rozwoju schizofrenii

Rozwój schizofrenii w okresie dojrzewania znacznie utrudnia realizację zadań rozwojowych, które mają przybliżyć adolescentów do podjęcia roli osoby dorosłej. Już w okresie wystąpienia objawów zwiastunowych mogą pojawić się niekorzystne zmiany w zachowaniu, np. ograniczenie kontaktu z rówieśnikami, wycofanie społeczne. Z literatury przedmiotu oraz z obserwacji klinicznych wynika, że u części osób w okresie rozwoju choroby ujawniają się różne zaburzenia emocjonalne, poznawcze i behawioralne, takie jak nadpobudliwość, podejrzliwość, spadek energii i motywacji, zaburzenia myślenia, uwagi i interpretacji rzeczywistości, lęk, zaburzenia snu, pogorszenie wyników w nauce, wagarowanie, zachowania agresywne i autoagresywne, a także aspołeczne, które są często kwalifikowane przez nauczycieli jako przejawy niedostosowania społecznego (Namysłowska i Bronowska, 2001). Utrudniają one realizację zadań rozwojowych z wczesnej fazy okresu adolescencji, określonych przez Havighursta (zob. rozdz. 2), takich jak: osiągnięcie nowych i bardziej dojrzałych związków z rówieśnikami obojga płci, opanowanie społecznej roli związanej z płcią, osiągnięcie emocjonalnej niezależności od rodziców i osób dorosłych czy z fazy późnej adolescencji, np. osiągnięcie bezpieczeństwa i niezależności ekonomicznej, wybór i przygotowanie do zawodu lub przygotowanie się do małżeństwa i życia rodzinnego.

Polskie badania pacjentów po raz pierwszy hospitalizowanych z rozpoznaniem schizofrenii w okresie dorastania (13–18 lat) oraz po 23 latach od tej hospitalizacji wykazały istotne związki między pierwszymi zachorowaniami na schizofrenię a gorszym funkcjonowaniem psychospołecznym. W większości wypadków pacjenci przerwali naukę szkolną i często jej w późniejszym okresie nie kontynuowali (mieli zatem wykształcenie przeważnie podstawowe, a część ponadpodstawowe),

rzadko podejmowali aktywność zawodową, poza tym większość tych osób w okresie dorosłości nie zawarła związku małżeńskiego. Z tych danych wynika, że wczesne zachorowania na schizofrenię mogą prowadzić do pogłębiającej się niepełnosprawności chorych (Krupka-Matuszczyk, 1998a, 1998b).

RAMKA 12.1

Nastolatka, z pierwszym epizodem schizofrenii, przez ostatnie 3 lata przed hospitalizacją miała duże problemy w funkcjonowaniu w szkole, wycofała się z większości przyjaźni, przestała spotykać się z koleżankami, umawiać się z nimi do kina czy na koncerty. Miała poczucie, że inni się z niej śmieją i ją obmawiają, nawet jej najbliższe przyjaciółki. Nauka zaczęła jej sprawiać duże trudności, nie mogła skupić się na lekcjach, wychodziła ze szkoły bardzo zmęczona. Mimo wielu godzin poświęcanych na naukę dostawała coraz gorsze oceny, a wcześniej była bardzo dobrą uczennicą. Zaczęła wagarować. Wychodziła z domu i chodziła po mieście przez wiele godzin bez celu, często nie jadła i znacznie schudła. Zaczęła mieć okresy beczynności, odczuwała trudności w mobilizacji, kładła się w ubraniu do łóżka, nie dbała o higienę. Okresami była pobudzona i rozdrażniona, podnosiła głos na najbliższych, krzyczała, że nikt jej nie rozumie. Dezorganizacja jej zachowania narastała powoli przez 3 lata. Nasilenie się objawów chorobowych, takich jak poczucie bycia obmawianym, wyszydzanym, podsłuchiwanym, powodowały u niej wybuchy niekontrolowanej agresji słownej i czynnej (niszczenie przedmiotów), co znacznie zaniepokoiło rodziców. Z tego powodu zaczęli szukać pomocy, początkowo u pedagoga szkolnego, następnie u psychologa, który zaproponował konsultację psychiatryczną. Po hospitalizacji dziewczyna miała duże problemy z kontynuowaniem nauki, dlatego przyznano jej indywidualny tryb nauczania, ale nie przyniósł on oczekiwanych rezultatów. Nadal była wycofana, przygnębiona, bała się odnawiać dawne znajomości ze względu na lęk przed wyśmianiem i odrzuceniem. Dokonała próby samobójczej i ponownie była hospitalizowana. W trakcie pobytu w szpitalu zaproponowano pacjentce dalsze leczenie i terapię w ośrodku socjoterapeutycznym dla młodzieży z zaburzeniami psychicznymi. Miała tam również możliwość kontynuowania nauki oraz korzystania z pomocy psychologicznej, pedagogicznej, psychoterapii grupowej, treningów umiejętności społecznych. Po rocznym pobycie w ośrodku powróciła do domu i byłej szkoły. Proces ponownej adaptacji był powolny, ale zaczęła odnawiać wcześniejsze relacje z rówieśnikami, uzyskiwała coraz lepsze oceny, uczestniczyła w życiu społecznym klasy. Pozostała nadal pod opieką psychiatry i psychologa w poradni.

Źródło: opracowanie na podstawie praktyki własnej.

Okres dorosłości

Rozwój ciężkiego zaburzenia psychicznego w okresie dorosłości, tak samo jak w okresie adolescencji, utrudnia codzienne funkcjonowanie w rolach społecznych. Często staje się jedną z przyczyn przerwania pracy

zawodowej, zerwania kontaktów ze znajomymi, porzucenia wcześniejszych zainteresowań. Szczególnie nasilające się objawy psychotyczne utrudniają codzienne życie, ponieważ całkowicie zmieniają odbiór rzeczywistości. Na zewnątrz inni mogą obserwować niezrozumiałe dla nich zachowania osoby, np. wycofanie, silny lęk, wybuchy agresji słownej, pobudzenie, nieuzasadnione pretensje.

Rozwój zaburzenia psychicznego – niezależnie od tego, czy jest to psychoza z kręgu schizofrenii, czy choroba afektywna – ma istotny wpływ na relacje rodzinne. W fazie nasilenia objawów osoba chora przestaje pełnić dotychczasowe role w rodzinie i zaniedbuje większość swoich obowiązków. Dodatkowo jej zachowania, pojawiające się w pierwszej fazie choroby, są całkowicie niezrozumiałe dla najbliższych i mogą budzić lęk. Jeśli poważne zaburzenie dotyczy jednego ze współmałżonków, to bardzo zmienia relacje małżeńską. Sama konieczność hospitalizacji psychiatrycznej jest traumatycznym wydarzeniem dla obu stron. Osoba chora może nie rozumieć sytuacji i mieć żal do najbliższych o porzucenie, zamknięcie a nawet zdradę i wejście w spisek przeciw niej (w okresie nasilenia objawów psychotycznych może włączyć małżonka do sytemu urojeniowego). Dla zdrowego partnera jest to bardzo stresujące przeżycie z powodu obserwowanych objawów choroby u bliskiej osoby, podjęcia decyzji, np. o wezwaniu karetki pogotowia i umieszczeniu jej w szpitalu psychiatrycznym. Pobyt na oddziale psychiatrycznym (całodobowym, obserwacyjno-diagnostycznym) jest trudnym doświadczeniem. Dla pacjenta to przede wszystkim znaczne ograniczenie wolności osobistej, obejmujące przymusowy pobyt, leczenie farmakologiczne, a czasem także całodobową kontrolę i niemożność swobodnego poruszania się poza oddziałem. W okresie nasilenia objawów jest to również utrata poczucia rzeczywistości, czemu mogą towarzyszyć skrajne emocje: lęk, gniew, poczucie zagrożenia, a w okresie ustępowania objawów choroby: tęsknota za rodziną, poczucie wstydu, zagubienia. Dla najbliższych widok osoby tak bardzo zmienionej w swoim zachowaniu przez chorobę psychiczną też wiąże się z przeżywaniem silnych, negatywnych emocji lęku, przerażenia, zagubienia, poczucia winy, złości. Wypis ze szpitala i powrót do domu to czas dalszej zmiany relacji oraz własnych oczekiwań. Jeśli współmałżonek nie ma pełnej remisji, jest niekrytyczny w stosunku do objawów, odmawia kontynuowania leczenia, to wtedy znacznie zmienia się charakter tej

relacji. Osoba doświadczająca zaburzeń psychicznych może zaniedbywać swoje obowiązki na różnych etapach choroby, a zdrowy partner może je w coraz większej mierze przejmować i np. opiekować się współmałżonkiem jak dzieckiem, podejmować za niego wszystkie decyzje lub go opuścić, odizolować się. Reakcje współmałżonka na zaburzenie psychiczne mogą być bardzo różne. Odbudowa wcześniejszej relacji nie zawsze jest możliwa. Łączy się ona w dużym stopniu z przebiegiem choroby, ale także z cechami osobowości małżonków. Kiedy osoba ma wgląd w chorobę, uzyskała remisję, ma motywację do leczenia, wsparcie ze strony współmałżonka i innych bliskich osób, a wcześniejsza relacja małżeńska była „dobra”, to taka sytuacja sprzyja jej odbudowie. Na jakość relacji małżeńskiej mają wpływ nie tylko wcześniejsze doświadczenia, lecz także specyficzne czynniki związane z samym zaburzeniem psychicznym: jego przebiegiem, liczbą nawrotów, nasileniem objawów, konsekwencjami psychospołecznymi, oraz z reakcją zdrowego współmałżonka na rozpoznanie psychiatryczne, konieczność długotrwałego leczenia czy hospitalizacji. Czasami na początku choroby może dojść do rozpadu związku małżeńskiego, a czasami następuje to po kilku latach jej trwania.

RAMKA 12.2

Żona pacjenta z ChAD w rozmowie z psychologiem ujawniła swoje skumulowane, negatywne emocje: „Już dłużej nie mogę go niańczyć, od kilku lat ma coraz częstsze nawroty i manii i depresji. Najgorzej jest w manii, musieliśmy się już kilka razy przeprowadzać, bo np. w nocy palił na osiedlu ognisko, zmuszał nastoletniego syna do towarzyszenia mu, pił alkohol, ubliżał sąsiadom, bardzo głośno się zachowywał. Mamy niespłacone kredyty, długi u rodziny, syn jest wyśmiewany przez kolegów. Złożyłam pozew o rozwód, kazałam mu się wyprowadzić do matki. Nic nie zrobił ze swojej strony, aby zmienić sytuację, obiecywał, a przerywał leczenie. Wielokrotnie próbowałam go namawiać na branie leków, ale był wtedy agresywny słownie, teraz też potrafi uderzyć. Muszę chronić przede wszystkim swoje dziecko, nie mogę dłużej opiekować się mężem. Takie życie to piekło”.

Źródło: opracowanie na podstawie praktyki własnej.

Ciężkie zaburzenie psychiczne jednego z członków rodziny jest tak trudnym doświadczeniem, ponieważ może znacznie zmienić charakter relacji wewnątrzrodzinnych, a przy tym wywołuje silne emocje, włącznie

z poczuciem zagrożenia i bezsilności. Taka sytuacja jest istotnie bardziej obciążająca dla systemu rodzinnego niż np. pojawiająca się choroba somatyczna, która również wywołuje cierpienie, ale też wzbudza współczucie, zrozumienie i wspólne zaangażowanie w proces leczenia (Rajewska, 2010).

RAMKA 12.3

Jedna z samotnych matek, chorująca na psychozę schizoafektywną, od kilku lat sama wychowywała syna, pomagała jej tylko babcia. Kobieta współpracowała ze swoim lekarzem psychiatrą, korzystała ze wsparcia psychologicznego, miała świadomość własnej choroby i znała jej objawy zwiastunowe. Była osobą z wyższym wykształceniem, ale nie mogąc znaleźć pracy w wyuczonym zawodzie, podjęła pracę fizyczną w jednej z firm. Starła się tak ułożyć plan dnia, aby synek mógł być w przedszkolu, a potem z nią. Zabierała go do kina oraz na dziecięce imprezy, dodatkowo chodziła z nim na zajęcia plastyczne, które bardzo lubił. Gdy pojawiły się u niej skutki uboczne neuroleptyku, nie chciała zgodzić się na hospitalizację z lęku przed zostawieniem synka tylko pod opieką mało sprawnej babci. Lekarz psychiatra umożliwił pacjentce pobyt na oddziale dziennym, gdzie wykonano potrzebne badania i z punktu widzenia medycznego można było przeprowadzić bezpiecznie zmianę leczenia.

Źródło: opracowanie na podstawie praktyki własnej.

W wypadku osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi ważnym problemem jest samotne macierzyństwo. Wyniki uzyskane w różnych badaniach pozwoliły na wyszczególnienie najważniejszych trudności, z którymi muszą sobie poradzić np. chore na schizofrenię kobiety, a są to: konieczność pobytu w szpitalu, izolacja społeczna, stygmatyzacja (Seeman, 2004). Matka z doświadczeniem psychotycznym, oprócz stresu związanego z samą chorobą i własnym leczeniem, przeżywa strach przed utratą prawa do opieki nad dziećmi, przed ich zachorowaniem na te samą jednostkę nozologiczną. Matki pozbawione wsparcia rodziny doświadczają ciągłego zmęczenia związanego z rodzicielstwem, ale także z koniecznością utrzymania się w innych rolach społecznych. Część matek stara się za wszelką ceną zapewnić dziecku adekwatną opiekę, współpracuje z zespołami leczącymi, podejmuje różne prace zarobkowe.

Choroba psychiczna jest bardzo trudnym doświadczeniem dla obu stron – osoby chorej i jej bliskich. Przebieg choroby może być różny i różne mogą być jej konsekwencje dla psychospołecznego funkcjonowania w życiu codziennym. Dlatego do poradnictwa psychologicznego mogą się

zgłosić zarówno osoby z doświadczeniem ciężkich zaburzeń psychicznych, jak i ich bliscy. Każda ze stron może przestać sobie radzić z pełnieniem różnych ról społecznych, np. roli rodzica, współmałżonka czy pracownika. Z tego też względu metody pomocy powinny być dobrane do konkretnych potrzeb osoby i z uwzględnieniem wiedzy o specyfice chorób psychicznych. Obok wywiadu jednym ze źródeł informacji jest diagnoza psychologiczna i/lub psychiatryczna. W wątpliwych sytuacjach jedną z interwencji w poradnictwie psychologicznym może być skierowanie na diagnozę psychologiczną lub konsultację psychiatryczną. W kolejnym podrozdziale opisane zostały sytuacje wymagające albo umiejętności skorzystania już z przeprowadzonej diagnozy, albo dopiero skierowania na diagnozę.

12.2. Diagnoza psychologiczna w zaburzeniach psychicznych – pomoc w zrozumieniu problemów pacjenta, podstawa dalszej pracy terapeutycznej

W zaburzeniach psychicznych obok diagnozy nozologicznej stawianej przez lekarza psychiatrę istotna jest również diagnoza psychologiczna. Przeprowadzana jest ona zazwyczaj równolegle do lekarskiej – ma wtedy znaczenie uzupełniające, gdyż jej zadaniem jest pomoc w trafnym rozpoznaniu choroby (tzw. diagnoza różnicowa). Częściej jednak stosuje się diagnozę funkcjonalną o szerszym zastosowaniu od różnicowej. W diagnozie funkcjonalnej podejmuje się analizę zjawisk psychologicznych w celu wyjaśnienia trudności w funkcjonowaniu psychospołecznym. Bierze się w niej pod uwagę zarówno dysfunkcje procesów psychicznych, jak i zasoby. Oba rodzaje diagnozy psychologicznej powinny w miarę możliwości zawierać dane prognostyczne i wskazówki co do postępowania terapeutycznego (Stemplewska-Żakowicz, 2009).

12.2.1. Zaburzenia myślenia w psychozach

Pacjentka, lat 16, od 2 lat jest leczona psychiatrycznie, była też hospitalizowana z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej. Od kilku miesięcy znajduje się pod opieką psychiatry w poradni. Lekarz psychiatra poprosił o przeprowadzenie diagnozy psychologicznej, wyjaśniającej przyczyny utrzymujących się problemów z kontynuowaniem nauki oraz pogłębiającej się izolacji społecznej. W funkcjonowaniu psychospołecznym nastolatki zaobserwowano narastające od roku problemy w nawiązywaniu relacji interpersonalnych, szczególnie z rówieśnikami. Widoczna była pogłębiająca się dezadaptacja oraz załamanie linii życiowej. W funkcjonowaniu pacjentki zwracały uwagę sztywność i jednolitość zainteresowań bez potrzeb charakterystycznych dla okresu adolescencji. Dziewczyna przez większość czasu przebywała zamknięta w pokoju, spędzała wiele godzin przy komputerze, czytając jedynie strony w języku angielskim. Na pytanie, co sprawia jej największą przyjemność, odpowiedziała, że czytanie tekstów w języku obcym. Nie słuchała muzyki, nie czytała pism młodzieżowych, nie interesowała się modą, z nikim nie utrzymywała kontaktów. Z domu wychodziła 2–3 razy w miesiącu na konkretne spotkania rodzinne, zabierana przez rodziców. Kontynuowała naukę w trybie indywidualnym, ale osiągała słabe rezultaty. Przeprowadzone badania psychologiczne były ukierunkowane na ocenę występowania ewentualnych zaburzeń myślenia, funkcjonowania poznawczego oraz psychospołecznego. Uzyskane wyniki wykazały zaburzenia myślenia pojęciowego, charakterystyczne dla stanu prepsychotycznego, i zaburzenia różnych funkcji poznawczych. Zaburzenia te miały bezpośredni wpływ na pogłębiającą się izolację społeczną. Na podstawie badania psychiatrycznego i psychologicznego lekarz psychiatra zmienił rozpoznanie – w kierunku obserwacji zaburzeń schizofrenicznych – a także leczenie. Pacjentka otrzymała równoległe wsparcie psychologiczne. Po 3 miesiącach leczenia zaobserwowano u niej poprawę stanu psychicznego. Rozpoczęto wtedy psychoterapię poznawczo-behawioralną. Po roku udało się jej wrócić do nauki w szkole oraz powoli zaczęła nawiązywać relacje z koleżankami, podejmować nowe aktywności zgodne z okresem rozwojowym.

Źródło: opracowanie na podstawie praktyki własnej.

W praktyce klinicznej zdarza się, że obserwowane zachowanie pacjenta i ujawniane w badaniu psychiatrycznym objawy nie do końca pozwalają na dokonanie właściwego rozpoznania. W takich wątpliwych sytuacjach o pomoc proszony jest psycholog kliniczny. Jak wynika z przykładu opisanego w ramce 12.4, przeprowadzenie pełnej diagnostyki psychologicznej pomogło w trafnym rozpoznaniu choroby, dostosowaniu form terapii do możliwości i potrzeb nastolatki.

Zaburzenia myślenia w stanach prepsychotycznych nie osiągają tak dużego nasilenia jak w pełnej psychozie, dlatego bardzo ważna jest wnikliwa obserwacja i diagnoza jakościowa. W ostatnich latach rozwój badań nad diagnozą i wczesną interwencją w stanach prepsychotycznych zaowocował wprowadzeniem w klasyfikacji zaburzeń psychicznych, przedstawionej w DSM-V, następującej kategorii diagnostycznej: zespół

łagodnych objawów psychotycznych (*attenuated psychotic symptoms syndrome* – APSS), która odnosi się właśnie do tych stanów (Woods i in., 2010). A zatem trafne rozpoznanie stanu prepsychotycznego i zastosowanie wczesnej interwencji, szczególnie farmakoterapii, umożliwia zatrzymanie rozwoju pełnoobjawowej psychozy.

Zaburzenia myślenia mogą narastać i utrzymywać się przez długi czas, również w niepełnej remisji. Nawet nieznacznie nasilone, utrudniają odbiór rzeczywistości, adekwatną interpretację komunikatów werbalnych i niewerbalnych, formułowanie wypowiedzi zrozumiałych dla otoczenia. W konsekwencji powodują poczucie niezrozumienia, osaczenia, zagrożenia oraz wycofywanie się z kontaktów społecznych. Dlatego nawet u osób ze diagnozowaną schizofrenią w sytuacji zwiększających się trudności w funkcjonowaniu psychospołecznym ważne jest przeprowadzenie oceny psychologicznej w celu zrozumienia ich problemów.

Zaburzenia myślenia u osób chorych na schizofrenię dotyczą przede wszystkim procesu tworzenia pojęć, czyli samego poziomu uogólniania i sposobu dochodzenia do niego. Najczęstsze zaburzenia w myśleniu abstrakcyjnym powstają wskutek włączania nieistotnych cech w zakres pojęcia albo przez nadmierną konkretność (koncentracja na przypadkowych, konkretnych własnościach), albo przez nadmierne uogólnianie (koncentracja na jednej, dominującej własności) (Waszkiewicz, Szafranski i Choma, 1998). Można je zdiagnozować za pomocą metod jakościowych, takich jak piktogram, wykluczenia, klasyfikacje, rozumienie przysłów i metafor. Najczęściej pojawiające się zaburzenia myślenia u osób chorych na schizofrenię w wymienionych próbach klinicznych zostały przedstawione w tabeli 12.1.

TABELA 12.1

Najważniejsze zaburzenia myślenia w psychozach z kręgu schizofrenii

Nadmierne włączanie (<i>overinclusion</i>)	Przejawia się w niezdolności do utrzymania granicy pojęcia, nieprawidłowym włączaniu do kategorii pojęcia elementów do niej niepasujących, nienależących.
Myślenie paralogiczne	Charakteryzuje się brakiem związków logicznych między wypowiedzianymi zadaniami, które mogą prowadzić do formułowania niezrozumiałych wniosków.
Rezonerstwo	Są to formalnie poprawne wypowiedzi, z których jednak nic konkretnego

	nie wynika, tzw. pustostowie.
Werbigeracje	Charakteryzują się wypowiedziami głosek lub słów podobnych do siebie pod względem rytmu lub rymu, czyli opartych na podobieństwie brzmienia, a nie na powiązaniach logicznych.
Myślenie nadmiernie symboliczne	Przejawia się w nadawaniu przedmiotom szczególnego znaczenia, zrozumiałego tylko dla osoby nadającej owo znaczenie.
Ześlizgi myślowe aż do rozkojarzenia	Charakteryzują się brakiem spójności w wypowiedziach czyli następujących po sobie, ale niezwiązanych ze sobą logicznie, niezrozumiałych dla odbiorcy zdań i/lub słów.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Wciórka (2002); Jarema (2010).

RAMKA 12.5
<p>Wypowiedzi osoby badanej z zaburzeniami myślenia</p> <p>W teście wykluczeń, w którym należy wyłączyć niepasujący przedmiot i uzasadnić jego wybór, na jednej z planszy są ukazane: radio, telefon, lampa i telewizor. Odpowiedź osoby badanej: „Lampa nie pasuje, przez pozostałe można dowiedzieć się czegoś, jakichś informacji, lampa tylko świeci, a jak radio jest na baterię to ono nie pasuje, gdy reszta jest na prąd. Wspólna cecha wszystkie wytwarzają energię w czasie ich użytkowania, za wszystkie trzeba płacić. Oprócz lampy pozostałe mogą psuć słuch i mogą męczyć psychicznie, głowa może nas rozboleć przez te dźwięki i te fale, które wydają. Te trzy rzeczy oprócz lampy mogą wzbudzać w nas emocje w czasie użytkowania, zmuszać do myślenia”.</p> <p>Przy pytaniu, kim jest Armstrong z podtestu Wiadomości w teście Wechslera, pojawia się odpowiedź: „Siłaczem, bo jestem silny I'm strong”.</p> <p>W piktogramie wyjaśnienie słowa „rozstanie” – rysunek przedstawiający pierścionki i kosz – samo wyjaśnienie brzmi: „Wyrzucenie, zniszczenie dowodów, całokształtnych dowodów pochodzenia z tym, co się miało zdarzyć”.</p> <p>Źródło: opracowanie na podstawie praktyki własnej.</p>

12.2.2. Zaburzenia poznawcze

Kolejnymi istotnymi objawami występującymi na różnych etapach rozwoju i leczenia chorób psychicznych są zaburzenia poznawcze, które mogą utrudniać funkcjonowanie w rolach społecznych.

W XX w. nastąpił znaczny rozwój badań nad istotą dysfunkcji poznawczych w zaburzeniach psychicznych, zwłaszcza w schizofrenii oraz chorobie afektywnej dwubiegunowej. Współczesne wyniki badań wskazują na występowanie zaburzeń poznawczych u osób z ciężkimi zaburzeniami

psychicznymi nawet w okresie tzw. remisji objawowej. Nasilenie dysfunkcji poznawczych wiąże się z czynnikami klinicznymi, takimi jak wiek zachorowania, liczba nawrotów, czas nieleczonej psychozy, leczenie farmakologiczne, a także z oddziaływaniami terapeutycznymi. Zaburzenia poznawcze dotyczą wielu obszarów, jednak najczęściej pamięci słownej i uczenia się, różnych modalności pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych, uwagi, szybkości psychomotorycznej, funkcji wzrokowo-przestrzennych (np. Reichenberg, 2010). Wykazano, że istnieje ważny związek między nasilonymi deficytami poznawczymi a obniżonym funkcjonowaniem psychospołecznym. Dysfunkcje te powodują znaczne trudności m.in. w zrozumieniu złożonych sytuacji interpersonalnych, czyli w możliwości właściwej interpretacji zachowań innych osób, w odczytywaniu komunikatów pozawerbalnych, w podejmowaniu decyzji, w rozwiązywaniu problemów, w adaptacji do zmieniających się warunków, a w konsekwencji – w utrzymaniu niezależności w zakresie codziennego funkcjonowania (np. Green, Kern i Heaton, 2004; Hofer i in., 2009; Jabben i in., 2010). Wyniki badań przeprowadzonych w ostatnich latach sugerują, że deficyty kognitywne można traktować jako istotne predyktory społecznego funkcjonowania, ponieważ stopień ich nasilenia może być dobrym wskaźnikiem jego poprawy lub pogorszenia (np. Tabares-Seisdedos i in., 2008; Puig i in., 2012). Zaburzenia poznawcze u młodych osób znacznie utrudniają kontynuowanie nauki na różnych szczeblach edukacji, zdobywanie zawodu, utrzymanie się na stanowisku pracy, czyli realizację zadań rozwojowych i podjęcie roli osoby dorosłej. W badaniach własnych, dotyczących nasilenia zaburzeń poznawczych u młodzieży z rozpoznaniem wczesnej schizofrenii (zachorowanie przed 18 r.ż.), w okresie poprawy klinicznej zaobserwowano, że badani mają w dużym stopniu osłabione funkcje wykonawcze, pamięć operacyjną oraz zdolności uczenia się i zapamiętywania w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami (Hintze, 2012). Na podstawie wywiadów przeprowadzonych z uczestnikami badania wykazano, że po hospitalizacji mieli oni poważne problemy z kontynuacją nauki w szkole, rozumieniem i zapamiętywaniem materiału przekazywanego na lekcjach, prowadzeniem swobodnej rozmowy z rówieśnikami, powrotem do swoich zainteresowań. Byli to przeważnie adolescenty, którzy współpracowali z zespołami leczącymi, przyjmowali regularnie neuroleptyki (często atypowe), lecz towarzyszyło

im subiektywne poczucie postępowania choroby, narastających trudności w funkcjonowaniu poznawczym i społecznym, przede wszystkim w utrzymaniu się w roli ucznia czy studenta. Te subiektywne oceny zostały potwierdzone w uzyskanych przez nich wynikach w testach służących ocenie funkcjonowania poznawczego i psychospołecznego.

W ostatnich latach również podkreśla się możliwość traktowania zaburzeń funkcji poznawczych jako kognitywnych markerów endofenotypowych w schizofrenii i w ChAD, na podstawie występowania deficytów także u zdrowych krewnych pierwszego stopnia (rodziców, rodzeństwa i potomstwa). Ich nasilenie jest największe u chorych na schizofrenię – w porównaniu z chorymi z ChAD – i częściej występują one u zdrowych krewnych pierwszego stopnia osób chorych na schizofrenię niż u zdrowych krewnych osób z ChAD. Wyniki uzyskiwane przez zdrowych krewnych osób chorych psychicznie plasują się między osobami chorymi a osobami zdrowymi (Sitskoorn i in., 2004; Snitz, MacDonald i Carter, 2006; Hill i in., 2008).

W polskich badaniach również otrzymano wyniki korespondujące z badaniami zachodnimi i wskazujące na występowanie dysfunkcji poznawczych u młodzieży z wczesnym zachorowaniem, u chorych na schizofrenię i chorobę afektywną dwubiegunową w okresie częściowej remisji objawowej, u zdrowych rodziców osób chorych na schizofrenię i ChAD, w przewlekłej schizofrenii (np. Rybakowski i Borkowska 2002; Hintze i in., 2006a, 2006b; Permoda-Osip, Borkowska i Rybakowski, 2009; Remberk, Namysłowska i Rybakowski, 2012). Jednak mimo dobrze udokumentowanych danych dotyczących związku między nasilonymi zaburzeniami poznawczymi a gorszym funkcjonowaniem psychospołecznym nadal istnieje konieczność tworzenia oraz wprowadzenia profesjonalnych treningów funkcji poznawczych jako integralnego elementu całościowego leczenia. Na większości oddziałów terapeutycznych lub rehabilitacyjnych programy dla osób z chorobami psychicznymi obejmują: treningi umiejętności społecznych, psychoedukację dla pacjenta i jego rodziny, muzykoterapię i/lub treningi relaksacyjne, psychorysunek, elementy terapii grupowej, jeśli zaś chodzi o treningi funkcji poznawczych, to najczęściej stosuje się tzw. stymulację poznawczą.

Do wprowadzenia treningów funkcji poznawczych potrzebna jest diagnoza umożliwiająca określenie indywidualnego profilu poznawczego pacjenta z uwzględnieniem oceny funkcji zachowanych oraz sfer, których sprawność jest wyraźnie obniżona.

Na podstawie wieloletniej praktyki klinicznej oraz badań własnych mogę stwierdzić, że większość osób chorych na schizofrenię wymaga pracy terapeutycznej, w której bierze się pod uwagę ich funkcjonowanie poznawcze. Część z nich ma świadomość postępującej choroby, potrafi nazwać swoje trudności w kontaktach z rówieśnikami, współpracownikami, w nauce czy pracy zawodowej. Taki krytycyzm, szczególnie w okresie adolescencji, negatywnie wpływa na samoocenę, poczucie sprawstwa, pogłębia poczucie niewydolności, bezradności, a czasami łączy się również z poczuciem niezrozumienia przez najbliższych. Stan ten może być jedną z przyczyn podejmowania prób samobójczych. Z badań młodzieży po próbach samobójczych wynika, że jednym z motywów samobójstw jest motyw chorobowy, a inne motywy to np.: życie w izolacji, odrzucenie, trudności w rodzinie, w szkole. U części młodzieży po próbach samobójczych stwierdzono zaburzenia psychiczne, często adaptacyjne pod postacią krótkiej bądź przedłużonej reakcji depresyjnej (Gmitrowicz, 1999).

Dlatego tak ważne jest całościowe spojrzenie na osobę z doświadczeniem choroby psychicznej. Równoległe przy wsparciu psychologicznym możemy zaproponować osobie z osłabionymi funkcjami poznawczymi proste metody ich poprawy (zob. podrozdz. 12.3.3).

12.3. Metody pomocy osobom doświadczającym określonych trudności

W procesie poradnictwa psychologicznego planuje się kilka następujących po sobie etapów potrzebnych do osiągnięcia korzystnych zmian u klienta (zob. rozdz. 1), ale w poradnictwie dla osób z doświadczeniem ciężkich zaburzeń psychicznych dodatkowo trzeba brać pod uwagę specyfikę samej choroby. Dlatego w czasie pierwszych spotkań, równoległe z tworzeniem atmosfery wzbudzającej zaufanie i poczucie bezpieczeństwa, należy:

- ocenić, w jakim okresie choroby zgłosiła się osoba, tzn. jaki jest jej aktualny stan psychiczny (występowanie i nasilenie objawów psychopatologicznych),
- ocenić, jaka jest jej motywacja do uzyskania pomocy (racjonalna vs. chorobowa, np. rodzina spiskuje przeciw mnie, sąsiedzi chcą mi zrobić krzywdę, cały czas mnie podsłuchują).

Te dwa aspekty diagnozy są bardzo ważne, ponieważ pozwalają na lepsze zrozumienie zgłaszanych trudności oraz na dostosowanie metod pomocy do aktualnego stanu psychicznego i potrzeb osoby.

Inne metody pomocy należy wykorzystać w odniesieniu do osób: z pierwszymi zachorowaniami, z kilkuletnim doświadczeniem leczenia psychiatrycznego, w okresie pełnej lub częściowej remisji objawowej. Interwencje te powinny być ukierunkowane na zdiagnozowane obszary problemowe:

- **związane z chorobą**, np. radzenie sobie z objawami choroby, zapobieganie nawrotom, problemy w funkcjonowaniu poznawczym, emocjonalnym, społecznym,
- **będące konsekwencją choroby**, np. zmiana obrazu siebie, relacji interpersonalnych, dotychczasowego stylu życia – przerwanie aktywności szkolnej lub zawodowej (Hintze, 2008).

12.3.1. Metody pomocy osobom z pierwszym epizodem choroby i ich bliskim

Do poradnictwa psychologicznego może zgłosić się osoba, która jest zaniepokojona swoimi doznaniem. Skarży się, że coś się z nią dzieje, ale tego nie rozumie, mówi o szumie informacyjnym, narastającym przeciążeniu, napięciu, chaosie, problemach ze snem, skupianiem uwagi, a nawet o poczuciu, jakby była obserwowana w pracy i na ulicy. W tym wypadku stworzenie możliwości ujawnienia tych negatywnych emocji, po pierwsze, prawdopodobnie związanych z rozpoczynającym się procesem psychotycznym, a po drugie, z lękiem o siebie, pozwoli na sformułowanie problemu związanego ze zmianami w stanie psychicznym oraz na

wskazanie sposobu poradzenia sobie z nim. Należy wykorzystać to, że klient jest częściowo krytycznie nastawiony do tego, co się z nim dzieje, i jak najszybciej skierować go na konsultację psychiatryczną. Oczywiście, opisany wcześniej problem wymaga od psychologa szybkiej i trafnej oceny tego, co dzieje się z klientem, umiejętności dopytania o doznania, o okres ich pojawienia się, trwania i nasilenie. W podrozdziale poświęconym zaburzeniom myślenia wspomniano już, że wczesna interwencja, szczególnie farmakologiczna, pozwala na powstrzymanie rozwoju pełnoobjawowej psychozy.

Jednak jeśli do psychologa zgłosi się osoba po pierwszym kryzysie psychotycznym, epizodzie depresji, manii czy po pobycie w szpitalu psychiatrycznym, to istotne jest udzielenie jej wsparcia emocjonalnego. Sam pobyt w szpitalu psychiatrycznym jest bardzo trudnym doświadczeniem. W wielu wypadkach musi minąć dużo czasu, zanim osoba będzie zdolna mówić o tym, co przeżyła w związku z objawami choroby, z pobytem na zamkniętym oddziale, jakie ma aktualne obawy. Nie zawsze osoby będące pacjentami szpitali psychiatrycznych mają możliwość rozmowy i pracy terapeutycznej związanej z doświadczeniem choroby jeszcze w czasie hospitalizacji, nie zawsze też są na to gotowe. Dlatego tak ważne jest nawiązanie relacji oraz tworzenie bezpiecznej przestrzeni dla ujawnienia tych trudnych doświadczeń, gdy pacjenci zgłoszą się do poradnictwa psychologicznego. Pozwoli to na zdiagnozowanie problemu, np. lęku przed nawrotem choroby. Lęk ten może powodować silne obawy przed powrotem do pracy i do innych aktywności. Dlatego należy go urealnić tzn. poznać poglądy osoby na jej chorobę, na przyczyny nawrotu, a następnie spróbować je przeformułować. W tej sytuacji najbardziej skuteczne będzie wsparcie informacyjne na temat istoty choroby, a także miejsc, gdzie można szukać profesjonalnej pomocy – od kontaktu z psychiatrą i psychologiem klinicznym po grupy wsparcia oraz kluby. Po pierwszych zachorowaniach osoby mogą mieć wiele pytań dotyczących swojej choroby. Brak wiedzy często sprzyja nasileniu negatywnych emocji, powoduje wycofanie z życia społecznego, obniża samoocenę. Nie zawsze w czasie pobytu na oddziale psychiatrycznym osoby chore są w stanie zapamiętać przekazywane im informacje o rozpoznaniu psychiatrycznym czy konieczności kontynuowania leczenia. Nie na każdym oddziale prowadzona jest

psychoedukacja dla pacjentów i ich rodzin, nie zawsze przynosi też ona oczekiwane skutki. W poradnictwie ważną umiejętnością jest prowadzenie indywidualnej lub rodzinnej psychoedukacji w zakresie chorób psychicznych, ponieważ psychoedukacja służy ważnym celom:

- pomaga zrozumieć i zaakceptować chorobę oraz konieczność leczenia farmakologicznego,
- redukuje stygmatyzację,
- pokazuje możliwości kontrolowania objawów psychozy, choroby afektywnej i zapobiegania ich nawrotom,
- umożliwia odreagowanie negatywnych emocji, takich jak lęk, poczucie winy, krzywdy, złość, bezradność, rozpacz,
- umożliwia integrację trudnych doświadczeń chorobowych wynikających z nasilenia objawów z dotychczasowym życiem,
- rozwija umiejętności rozwiązywania problemów oraz analizy znaczenia stresujących wydarzeń życiowych jako czynników, które mogą powodować nawrót choroby psychicznej,
- pomaga w odróżnianiu cech osobowości od objawów choroby (np. objawów depresji czy objawów negatywnych w schizofrenii), przede wszystkim rodzinom (np. McGorry, 1995; Walsh, 2010).

Psychoedukacja jest procesem, w którym zaangażowane są co najmniej dwie strony: psycholog, osoba z doświadczeniem choroby (np. na oddziałach jest to grupa osób z tym samym rozpoznaniem) i/lub jej rodzina. Polega na przekazaniu istotnych informacji o specyfice zaburzenia psychicznego (schizofrenii, choroby afektywnej), objawach, przyczynach zachorowania, sposobach zapobiegania nawrotom, metodach leczenia, radzenia sobie z objawami, jednak nie w formie wykładu, a raczej dialogu. Ważnym krokiem jest poznanie poglądów osoby chorej na rozpoznanie psychiatryczne, uzyskanie informacji, co ona sama uważa za objawy chorobowe, z jakiego powodu – jej zdaniem – przebywała w szpitalu psychiatrycznym. Pomoże to psychologowi w dostosowaniu przekazywanych jej treści, które mają na celu uporządkowanie i poszerzenie wiedzy oraz podkreślenie możliwości wpływu na dalszy przebieg choroby. W ten sposób zaplanowana psychoedukacja prowadzi również do zmniejszenia lęku, a tym samym pomaga w osiągnięciu

pożądanych zmian w zachowaniu. W tym wypadku obniżenie lęku i poznanie swojej choroby pozwalają na powrót do wcześniejszych aktywności, np. zawodowej.

Rodziny osób z pierwszymi zachorowaniami są często przerażone zachowaniem bliskiego w ostrej psychozie, głębokiej depresji czy w pobudzeniu maniakalnym. Obawiają się one kolejnego leczenia na oddziale psychiatrycznym, nie rozumieją, co właściwie się wydarzyło i co doprowadziło do takiego stanu. Mogą przyjmować nieracjonalne wytłumaczenia tego stanu i to niezależne od wykształcenia. Dlatego wymagają one przede wszystkim wsparcia i ułatwienia im odreagowania silnych emocji. Podczas pierwszych spotkań psycholog powinien pomóc rodzinie w odreagowaniu tych emocji, uświadamiając je, nazywając i dopytując o nie. Na przykład matka, która podnosi głos, krzyczy, ma pretensje do służby zdrowia, krytykuje całą opiekę w szpitalu, często za takim zachowaniem ukrywa silny lęk o dorosłe dziecko. Należy pozwolić jej „wykrzyczeć się”, przyjąć krytykę, a następnie dopytać, co dla niej oznacza to, że córka/syn ma rozpoznaną chorobę psychiczną. Wtedy matka ujawni różne obawy włącznie z lękiem o zachowania autoagresywne, jeśli takie wystąpiły w czasie pierwszego zachorowania. Dlatego rodziny również potrzebują rzetelnej wiedzy, przekazanej im w przystępny sposób. Z tego powodu w poradnictwie psychologicznym warto wspierać się poradnikami dla osób chorych i ich bliskich, aby mogły one przemyśleć swoje obserwacje, zrozumieć je w kontekście objawów jednostki chorobowej, zadać pytania, dzielić się wątpliwościami. Warto tu polecić następujące publikacje: de Barbaro, Ostoja-Zawadzka i Cechnicki (2005); Hintze (2010); Koszewska i Habrat-Pragłowska (2011).

Pułapki psychoedukacji

Czy psychoedukacja może zaszkodzić? Niestety tak i zależy to w dużej mierze od osoby ją prowadzącej. W psychoedukacji ważne jest, jak, kiedy oraz jakie przekazujemy informacje dotyczące choroby, jej istoty, objawów czy sposobów leczenia i możliwości zapobiegania nawrotom. Wiedza ta może wywołać lęk, przerażenie, a także pogłębić poczucie beznadziei i przegranej, jeśli treści są zniekształcone lub źle zrozumiane z powodu chociażby zaburzeń poznawczych. Może również

spowodować, że chory – dobrze znając objawy – manipuluje nimi dla własnych korzyści, np. z lęku przed powrotem do pracy. Znając dobrze objawy, może również też je dyssymulować (ukrywać, zaprzeczać doznaniom), aby uniknąć kolejnej hospitalizacji, kontroli ze strony bliskich lub wymóc zmniejszenie dawki leków. Nie zawsze pomagający ma na to wpływ. Jednak ważne jest, aby sprawdzać, co zrozumiała osoba, wobec której stosujemy psychoedukację. Jak ona rozumie swoją chorobę, swoje problemy z nią związane, co to dla niej znaczy bycie osobą z doświadczeniem psychotycznym, w jaki sposób zamierza sobie z nim radzić. Psychoedukacja musi być dostosowana do potrzeb osoby chorej i jej rodziny, ich zasobów emocjonalnych, intelektualnych, dlatego mimo wspólnych zasad powinna być zindywidualizowana (Czernikiewicz, 2006).

12.3.2. Metody pomocy osobom z kilkuletnim przebiegiem choroby i ich rodzinom

Innego rodzaju pomocy wymagają osoby z kilkuletnim doświadczeniem choroby oraz ich bliscy. Osoby chore mogą szukać wsparcia, ponieważ w tym momencie rozpada się ich małżeństwo, stracili kolejny raz pracę, nie radzą sobie z opieką nad nastoletnim dzieckiem itp. Jeśli są w pełnej remisji, to należy skoncentrować się na zgłaszanym problemie. Kiedy mają częściową remisję, to również należy zająć się utrzymującymi się objawami, wspólnie szukać sposobów radzenia sobie z nimi, analizować, na ile one przyczyniają się do powstania sytuacji problemowej.

Często chorzy potrzebują motywowania do wytrwania w podjętej aktywności, ponieważ przy utrzymujących się, nawet w niewielkim nasileniu, objawach mogą łatwo zniechęcać się w obliczu napotykanym trudności. Potrzebują także motywowania ich do nabywania nowych umiejętności społecznych, w tym do rozwijania umiejętności właściwego odbioru i interpretacji zachowań ludzi, ich stanu emocjonalnego, samodzielnego podejmowania decyzji.

RAMKA 12.6

Jedna z pacjentek była ponownie hospitalizowana z powodu nawrotu psychozy spowodowanej silnym stresem – zabranieniem jej praw rodzicielskich oraz umieszczeniem

półrocznego dziecka w placówce opiekuńczej. Jej partner – ojciec dziecka, również chorujący psychicznie, w czasie nasilenia objawów psychozy uderzył je kilkakrotnie, m.in. łamiąc mu rączkę. Kiedy pacjentka osiągnęła stan remisji, przeżywała rozstanie z dzieckiem, tęskniła za nim, miała poczucie winy. Jeszcze przed wypisem z oddziału w porozumieniu z lekarzem, psychologiem oraz domem małego dziecka zaczęła dwa razy w tygodniu jeździć do dziecka, zajmować się nim. Przez kolejne pół roku nawiązała dobrą relację macierzyńską. W tym czasie była objęta opieką psychologiczną i psychiatryczną. Łatwo ją zniechęcały trudności w nawiązywaniu kontaktu z dzieckiem, ale była do tego systematycznie motywowana. Po roku uzyskała możliwość przywrócenia praw rodzicielskich, otrzymała nadzór kuratora. Dziecko wróciło do domu. Pacjentka starała się zapewnić mu jak najlepszą opiekę, w czym pomagali jej dziadkowie. Dziecko w ocenie psychologa z ośrodka rozwijało się prawidłowo.

Źródło: opracowanie na podstawie praktyki własnej.

Kobieta, której przypadek opisano w ramce 12.6, w pierwszych miesiącach potrzebowała silnego wsparcia i motywowania do częstego odwiedzania dziecka. Z jednej strony trudno jej było się zmobilizować, skoncentrować na dziecku, odczytywać jego potrzeby, radzić sobie z jego płaczem i innymi zachowaniami, a z drugiej za nim tęskniła. Jej problemy z aktywnością wynikały w dużej mierze z utrzymujących się objawów negatywnych. Dlatego praca psychologa polegała na tworzeniu wspólnie z pacjentką planu działania na każdy dzień (tzw. dzienniczka aktywności z rozpisanymi kilkoma konkretnymi zadaniami do wykonania), omawianiu z nią trudności napotykanych w jego realizacji, uczeniu jej nowych umiejętności społecznych oraz motywowaniu do podejmowania i kontynuowania różnych czynności wobec dziecka.

Innym ważnym problemem, z którym spotykamy się często u osób chorujących psychicznie, jest chęć przerwania lub zaprzestanie leczenia farmakologicznego, nawet po kilku latach współpracy z lekarzami. Jeśli osoba informuje, że nie chce dłużej przyjmować leków, to zawsze trzeba starać się zrozumieć jej motywę. Należy pozwolić jej swobodnie się wypowiedzieć, bez negowania w tym czasie jej decyzji. Kolejnym krokiem może być zaproponowanie jednej z technik poznawczych. Potrzebna jest do tego kartka papieru podzielona na dwie części. W jednej części prosi się o wpisanie wszystkich argumentów przeciw braniu leków, czyli tzw. minusów leczenia, a w drugiej części – argumentów za braniem leków (w czym leki jej pomogły), czyli tzw. plusów leczenia (Hintze, 2010). W ten sposób można przedyskutować uboczne oraz pozytywne

skutki farmakoterapii. Podkreślone zostają pozytywne efekty leczenia, np. ustąpienie objawów, powrót do swoich zainteresowań, a jednocześnie przyjmuje się i akceptuje to, że leki mają nie tylko same dobre strony, lecz także skutki uboczne, które można zmniejszyć. Przed podjęciem decyzji należy zachęcić klienta do poprowadzenia podobnej rozmowy z lekarzem prowadzącym. Warto też zapytać, czy osoba nie odstawiła już kiedyś leków, a jeśli tak, to jakie były tego skutki, jeśli nie, to czy zna osoby, które tak zrobiły i z jakimi rezultatami. W tej sytuacji przydatna jest psychoedukacja i rozmowa o możliwych konsekwencjach związanych z przerwaniem farmakoterapii, takich jak ryzyko kolejnego nawrotu.

Rodziny z doświadczeniem kilkuletniej opieki nad bliskim chorym psychicznie najczęściej szukają wsparcia emocjonalnego, możliwości podzielenia się swoim brzemieniem. Warto – oprócz rozmów indywidualnych skoncentrowanych na aktualnym problemie – skierować je na grupowe spotkania dla rodzin organizowane przy oddziałach, poradniach i stowarzyszeniach działających na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi. Przychodząc na grupowe spotkania, rodziny te mają możliwość podzielenia się z innymi problemami, wymiany doświadczeń i uzyskania wsparcia od osób w podobnej sytuacji. Często jest to dużo więcej niż może dać profesjonalista. Jedną z najpoważniejszych trudności w pracy z rodzinami od wielu lat opiekującymi się osobą chorą jest ich nadopiekuńcza postawa wobec niej. Rodziny te przez lata nauczyły się przejmować odpowiedzialność za bliskiego w większości sytuacji. Im cięższy jest przebieg choroby, tym więcej jest jej negatywnych konsekwencji, takich jak wypadnięcie z wielu ważnych ról społecznych i osadzenie w jednej roli – osoby z niepełnosprawnością. Rola ta bardzo zmienia relacje rodzinne, umacniając pozycję opiekuna (Hintze, Bembenek i Kuhn-Dymecka, 2003). W takiej sytuacji pomagamy rodzinie przeformułować problem, tak aby np. matka zamiast myśleć i mówić: „Jestem zmęczona, nie daję już rady, on nie poradzi sobie beze mnie”, pomyślała: „Co mogę zmienić w swoim aktualnym planie dnia, żebym miała więcej czasu dla siebie”. Warto wspólnie spisać wszystkie obowiązki, które obecnie ma matka i zapytać w odniesieniu do każdego, co by to dla niej oznaczało, gdyby tego nie robiła. To będzie praca, która małymi krokami może doprowadzić do wypróbowywania nowych zachowań.

W poradnictwie psychologicznym mogą szukać pomocy rodziny, których bliski przerwał leczenie, jest bezkrytyczny wobec choroby lub aktualnie wyniknęły różne trudności związane z opieką nad nim. W takiej sytuacji warto zobaczyć, jakie znaczenie ma choroba dla całego systemu rodzinnego, czego bliscy najbardziej się obawiają w związku z chorobą. Odpowiedzi będą różne, m.in.:

- obwinianie siebie i/lub drugiego rodzica, np.: „jesteśmy złymi rodzicami, nie potrafimy o niego zadbać.” „zbyt mało od niego wymagała, na wszystko mu pozwalała, a teraz są konsekwencje”,
- lęk przed zachowaniami agresywnymi i autoagresywnymi, np.: „nie wiem co mam robić, nie mogę rzucić pracy a tak bardzo boję się, że znowu coś sobie zrobi, a ja go nie ochronię”,
- lęk przed zachowaniami wynikającymi z choroby, np.: „nie zniosę, jak znowu będzie miał tyle chorych pomysłów i weźmie kolejne kredyty, rozpuści pieniądze”,
- lęk przed odrzuceniem, wyśmianiem, np.: „musi się leczyć, bo wyjdzie, że jest wariatką, wyśmiej ją i nas, a tyle się napracowaliśmy, aby ukryć, że jest w szpitalu psychiatrycznym, mówiliśmy, że wyjechała za granicę uczyć się języka do naszych przyjaciół”,
- poczucie bezradności, złości, np.: „wszystko kręci się wokół niej, kłócimy się przez nią, a najgorzej, że straciliśmy kontakt z synem, powiedział, że ma dosyć takiego życia i wyprowadził się, nie chce nawet z nami nawet rozmawiać”.

Rodziny przeżywają w związku z opieką nad bliskim chorym psychicznie silny stres, nazwany przez Browna brzemieniem (Brown, Carstairs i Topping, 1958, za: de Barbaro, 1992). Przejawia się on w wielu negatywnych emocjach wzbudzanych przez zachowania chorego członka rodziny: smutku, rozczarowaniu, poczuciu winy, złości, lęku, poczuciu bezradności, osamotnieniu, niewydolności itd. (Chrzastowski, 2007).

W takich sytuacjach ważne jest przeformułowanie problemu i wspólne poszukanie rozwiązań, wymagających zmiany zachowania wobec chorego członka rodziny. Na przykład gdy bliski przerywa leczenie, rodzina często stosuje strategie destrukcyjne, oparte na krzyku i kłótni: „Kiedyś

przestałeś brać leki i to była katastrofa. Znowu będziesz chory. Czemu znowu chcesz to sobie zrobić?”. Można jednak zaproponować jej zastosowanie strategii konstruktywnych przez wykazanie zrozumienia: „Rozumiem, że możesz odczuwać w przykry sposób objawy uboczne po lekach, ale co będzie, jak znowu przzerwiesz ich przyjmowanie? To zależy od ciebie, ale przypomnij sobie co było ostatnim razem” (Czernikiewicz, 2010, s. 39). W ten sposób osoba pomagająca uczy też rodzinę innych form komunikacji.

W poradnictwie psychologicznym dla osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi i dla ich rodzin w czasie identyfikacji problemu należy zwrócić szczególną uwagę, czy kryzys w rodzinie nie narasta z powodu nasilenia objawów choroby, co wpływa na homeostazę systemu rodzinnego, a w konsekwencji skutkuje narastającymi trudnościami w adekwatnym pełnieniu ról.

12.3.3. Metody pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi z problemami w funkcjonowaniu poznawczym

Do poradnictwa psychologicznego może się zgłosić osoba z doświadczeniem choroby, która powróciła do swoich obowiązków, ale nie radzi sobie w szkole, na studiach lub w pracy. Ma poczucie, że mimo wkładanego wysiłku jej rezultaty są niesatysfakcjonujące, przez co nasila się lęk, niezadowolenie, ogólnie, negatywne emocje. W tym wypadku w diagnozie problemu oraz doborze metod pomocy mogą się przydać następujące pytania:

- Jaki jest jej aktualny stan psychiczny (np. nasilenie objawów negatywnych, depresyjnych)?
- Jakie są jej aktualne możliwości poznawcze (np. zdolność koncentrowania się, uczenia się)?
- Jak jest jej aktualne funkcjonowanie społeczne (w jakich rolach się utrzymuje a w jakich ma trudności)?
- Jakie są wymagania stawiane jej przez system edukacji, zakład pracy?
- Jakie są jej relacje z innymi osobami?

- W jakim zakresie funkcjonuje ona samodzielnie, a w jakim wymaga pomocy?
- Jakie są jej zasoby, zainteresowania (aktualne i przed zachorowaniem)?

Na podstawie uzyskanych informacji, np. od ucznia skarżącego się na problemy z koncentracją uwagi, z pamięcią, z nadążaniem za tokiem wypowiedzi kolegów i nauczycieli, z opanowaniem przerabianego materiału szkolnego, psycholog może pozytywnie przeformułować problem z: „nie radzę sobie, nie dam rady, jestem beznadziejny”, na: „mam trudności z opanowaniem materiału szkolnego, ponieważ mam osłabioną koncentrację uwagi, pamięć, ale mogę to wyćwiczyć”. W tej sytuacji wdrożenie prostych ćwiczeń poprawiających funkcje poznawcze jest wskazaną metodą pomocy. Skuteczny trening poznawczy to nie tylko określone programy rehabilitacji funkcji poznawczych, lecz także – jak wykazały badania zespołu Barnesa – mniej specyficzne oddziaływania np. rozwiązywanie krzyżówek czy słuchanie audiobooków (Barnes i in., 2009, za: Jaracz, Tomaszewska i Szwed, 2011).

Możemy tu zaproponować następujące ćwiczenia:

- Klient ma codziennie wybrać krótki, prosty tekst w czasopiśmie (według jego zainteresowań) – początkowo ok. jednej strony, który następnie spróbuje opowiedzieć innej osobie lub streścić w zeszycie. Jeśli z tekstu zapamiętał niewiele lub prawie nic, to należy go zachęcić, aby przeczytał tekst ponownie i streścił w punktach. Najlepiej, by klient założył zeszyt do ćwiczeń, w którym codziennie będzie streszczał krótkie artykuły.
- Jeżeli klient będzie już zapamiętywał swobodnie krótkie artykuły, to może czytać dłuższe artykuły, a następnie czytać krótsze formy literackie, takie jak opowiadania. Zawsze powinien streścić – choćby w punktach – to, co zapamiętał. Przy dłuższych rozdziałach czy opowiadaniach może spróbować stworzyć sobie plan, w którym opíše najważniejsze zagadnienia i według tego planu spróbuje je odtworzyć. Podsumowując: warto robić notatki z przeczytanych informacji, samodzielnie je opracowywać, czyli streszczać własnymi

- słowa lub rysować „drzewka” wiadomości, podkreślać najważniejsze treści, powtarzać opanowany materiał następnego dnia.
- Innym sposobem poprawy aktywności i koncentracji uwagi może być np. rozwiązywanie krzyżówek, gra w szachy, warcaby, „memory”, „państwa-miasta” i inne gry z drugą osobą.
 - Sposób czytania oraz uczenia się: tryb maksymalnie 20–30 min, następnie przerwa 10–15 min, kolejne 20–30 min i dłuższa przerwa np. 30 min lub 1 godz. (zależnie od samopoczucia) i potem kolejne 20–30 min. Tak maksymalnie 2 godz. dziennie.
 - Wybór najlepszej pory dnia, kiedy klientowi najłatwiej skupić uwagę.
 - Przygotowanie pomieszczenia do nauki: wywietrzenie i uporządkowanie pomieszczenia, wyłączenie innych źródeł hałasu (radia, CD, TV), tak aby nie utrudniały koncentracji na tekście.
 - Włączenie codziennie czynnego relaksu, np. spaceru, basen, rower.
 - Słuchanie muzyki, audycji radiowych, audiobooków.

Przy nasilonych zaburzeniach poznawczych i objawach negatywnych u osób chorych na schizofrenię będą potrzebne jeszcze inne wskazania do oddziaływań terapeutycznych.

RAMKA 12.7

Dziewczyna, lat 17, od 3 lat choruje na schizofrenię. Obecnie przebywa w domu, ma przyznane indywidualne nauczanie, które nie przynosi pozytywnych efektów. Aktualny stan psychiczny pacjentki: bardzo duże problemy z podjęciem zamierzonej aktywności i ograniczenie jej do zaspokajania podstawowych potrzeb, zaleganie w łóżku przez większość dnia, znaczny spadek zainteresowań, niemożność skupienia uwagi na czytaniu, oglądaniu telewizji.

Źródło: opracowanie na podstawie praktyki własnej.

Biorąc pod uwagę aktualny stan psychiczny opisanej w ramce 12.7 nastolatki, tj. nasilone objawy negatywne, należałoby wspólnie z nią podjąć próbę opracowania dzienniczka codziennej aktywności i włączyć do działań osobę bliską, np. matkę.

- Wytyczenie zadań – od 2 do maksymalnie 3 prostych na każdy dzień w ciągu pierwszych 2–3 tygodni, następnie można je zwiększać do 5

(należy przechodzić od czynności, które kiedyś sprawiały przyjemność, do nowych zachowań).

- Planowanie dnia – nadanie mu konkretnej struktury.
- Praca „małymi kroczkami” – nagradzanie każdej aktywności.
- Codzienne omawianie, które zadania udało się zrealizować, a których nie, i co utrudniło ich realizację.

W tym wypadku na początku konieczna byłaby praca terapeutyczno-rehabilitacyjna nad objawami negatywnymi, ponieważ wyniki wielu badań dotyczących dysfunkcji poznawczych wskazują na związek między zaburzeniami funkcji poznawczych a objawami negatywnymi schizofrenii. Dlatego dopiero drugim krokiem byłaby praca nad poprawą funkcjonowania poznawczego. Praca ta też powinna być planowana jako konkretne czynności do wykonania w dzienniczku aktywności.

RAMKA 12.8

Poprawa funkcjonowania poznawczego nastolatki chorej na schizofrenię

1. Codziennie powinna wybrać bardzo krótki, prosty tekst w gazecie, czasopiśmie – początkowo jedna kolumna, pół strony, który następnie spróbuje konkretnej osobie opowiedzieć. Jeżeli zapamiętała z tekstu mało lub prawie nic, to zachęcamy ją do ponownej lektury tego samego tekstu. Może też później założyć zeszyt, w którym będzie streszczała taki artykuł.
2. Jeżeli będzie już czytać swobodnie krótkie artykuły, to można zaproponować lekturę artykułów dłuższych, a następnie czytanie krótszych form literackich: opowiadań, bajek, wierszy, np. ulubionych książek z dzieciństwa.
3. Innym sposobem poprawy aktywności i koncentracji może być np. układanie puzzli, malowanie, rozwiązywanie krzyżówek (ważne, aby wybierać tylko te czynności, które kiedyś sprawiały jej przyjemność).
4. Następnym krokiem może być oglądanie krótkich programów, np. wybranych seriali, filmów nieprzerywanych reklamami, słuchanie ulubionej muzyki.
5. Ćwiczenie z drugą osobą: polega na tym, że jedna osoba typuje literę lub obie osoby wspólnie tworzą zestaw liter na oddzielnych karteczkach. Następnie jedna z nich losuje kartkę z literą i musi powiedzieć wyraz (liczba zaplanowanych wyrazów musi być dostosowana do aktualnych możliwości osoby chorej) rozpoczynający się na tę literę. Aby uatrakcyjnić zabawę, można dodatkowo zastosować kategorię, np. państwa, miasta, znany człowiek itp.

Źródło: opracowanie własne.

Przedstawione przykłady ćwiczeń można zastosować w pracy z osobami dorosłymi, które mają problemy w funkcjonowaniu poznawczym, np. w pracy zawodowej, lub otrzymują świadczenia rentowe i starają się o pracę w warunkach chronionych albo chcą powrócić do czytania prasy i książek. Dobierając dla nich ćwiczenia, należy je dostosować do aktualnych potrzeb. Ważne jest również omówienie na kolejnych spotkaniach wszelkich trudności związanych z realizacją ćwiczeń oraz wzmacnianie sukcesów. Dlatego trzeba pamiętać, aby nasze propozycje:

- były adekwatne do stwierdzonych problemów i do aktualnych możliwości osoby,
- były prowadzone systematycznie (np. ćwiczenia 3 razy w tygodniu),
- były ćwiczeniami przyjemnymi, odwołującymi się do wcześniej lubianych czynności,
- angażowały inne osoby (np. członków rodziny),
- uczyły samonagradzania i doceniania każdego małego sukcesu.

12.3.4. Pomoc w radzeniu sobie z psychologicznymi i społecznymi konsekwencjami zaburzeń psychicznych

Aby nawiązać racjonalną współpracę z osobami z doświadczeniem ciężkich zaburzeń psychicznych, należy brać pod uwagę ich psychologiczne konsekwencje. U niektórych osób samoświadomość choroby wpływa negatywnie na ich samoocenę, powoduje nasilenie negatywnych emocji i lęku przed odrzuceniem. Dlatego tak istotna jest praca nad samooceną, poczuciem samoskuteczności, samodzielności czy radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Do tego celu możemy wykorzystać metody poznawczo-behawioralne, które również służą do samodzielnej pracy.

Dla osób z doświadczeniem psychozy szczególnie ważna jest praca nad adekwatną samooceną, ponieważ łączy się z odbudowywaniem obrazu samego siebie w kontekście bardzo bolesnych i trudnych doświadczeń chorobowych. Pomaga odkryć na nowo mocne strony, uczy minimalizować negatywny sposób myślenia o sobie, uwypuklać doświadczenia pozytywne, czyli rozpoznawać zniekształcenia w sposobie myślenia

(Hintze, 2008). Do najczęstszych zniekształceń poznawczych terapeutę zaliczają: nadmierne uogólnianie, myślenie czarno-białe, personalizacje, minimalizację pozytywów i maksymalizację negatywów, przepowiadanie przyszłości, selektywną uwagę, „czytanie w myślach” (Beck, 2005). W pracy nad adekwatną samooceną można wykorzystać techniki poznawcze, np.: dialog sokratejski, klaryfikację, skalowanie, poszukiwanie dowodów prawdziwości sądu, treningi relaksacyjne, metody rozwiązywania problemów (Popiel i Pragłowska, 2008).

Tego rodzaju pracę warto zacząć od poproszenia klienta o wypisanie jego mocnych stron. Można zaproponować, by popatrzył na siebie jak na najlepszego przyjaciela, który pod wpływem różnych doświadczeń przeżywa kryzys, i spróbował odnaleźć w sobie jak najwięcej pozytywnych cech. Jeśli klient nadal będzie miał problemy w znalezieniu takich cech, to można zaproponować, aby zapytał bliskie osoby, za co go cenią, co w nim lubią. W ten sposób powstanie lista pozytywnych cech, którą cały czas można uzupełniać (Hintze, 2010). Jeśli jednak osoba mówi, że przed chorobą wierzyła w siebie, odnosiła sukcesy, miała cel w życiu, a od czasu zachorowania definiuje siebie jedynie w kategoriach choroby np. „jestem schizofrenikiem, chorym psychicznie”, to warto zapytać, co dla niej oznacza bycie osobą chorą psychicznie. Możemy usłyszeć, że np.: „To znaczy być gorszym, nieodpowiedzialnym, bezwartościowym, niebezpiecznym człowiekiem”. Równolegle należy zająć się emocjami, które towarzyszą takim wypowiedziom, dopytując klienta, co czuje, gdy tak o sobie mówi. Odpowiedzi często spotykane to „lęk, złość, smutek, przerażenie, nienawiść”. W takich wypadkach pomocna jest metoda sondowania, czyli odkrywanie systemu znaczeń – myśli automatycznych, przekonań kluczowych na temat siebie, innych ludzi i świata. Sondowanie pozwala pokazać, jak przekonania wpływają na emocje i podejmowane zachowania. W dalszej pracy pomocna może się okazać metoda poszukiwania dowodów prawdziwości sądów, która m.in. pobudza do autorefleksji, modyfikuje przekonania, ogranicza stosowanie selektywnej uwagi czy maksymalizację negatywów. Dzięki niej można sobie uświadomić, co znaczy, że ktoś myśli o sobie, iż jest nieodpowiedzialny czy niebezpieczny, jakie ma na to dowody (argumenty za prawdziwością takiego sądu i argumenty przeciw, które należy wspólnie spisać i omówić).

Kolejnym krokiem może być zaznaczenie na skali, np. od 0 do 10, na ile osoba ocenia, że choroba wpływa na jej życie (technika skalowania). Jeżeli zaznaczy od 5 w górę, to warto pogłębić tę pracę, wykorzystując inną technikę skalowania, nazywaną „podzielonym tortem”. Trzeba narysować koło, które ma symbolizować osobę, i poprosić ją, aby je podzieliła, zaznaczając, ile miejsca według niej zajmuje choroba, a ile pozostałe aktywności, takie jak: spotkania z rodziną, ze znajomymi, praca, nauka, wyjścia do klubu pacjenta, czytanie książek, czasopism, stron internetowych, słuchanie muzyki, oglądanie telewizji, robienie zakupów, porządków, spacerowanie itp., czyli wszystkie te konkretne czynności, które na co dzień wykonuje. Często już w czasie omawiania otrzymanego podziału osoba poprawia wcześniejsze zaznaczenia, zmniejsza miejsce zajmowane przez chorobę. Powoli uświadamia sobie, jak wiele jej zachowań wynika ze zdrowego funkcjonowania. Dzięki temu na ogół po kilku spotkaniach zaczyna dostrzegać, że choroba nie jest z nią tożsama, nie wpływa na całe jej życie. Taki sposób pracy pomaga w zachowaniu nadziei na realizację siebie mimo doświadczenia choroby psychicznej.

Jednym z istotniejszych czynników w poradnictwie psychologicznym powinna być nadzieja, którą wzbudzamy w osobach chorych i w ich bliskich. Według Deegan (1988, za: Adams i Partee, 1998) jest ona jednym z etapów procesu zdrowienia, pojawiającym się po trzech pierwszych etapach, czyli „początkowym szoku” (*initial shock*) na objawy i rozpoznanie psychiatryczne, które naruszają poczucie własnego Ja; „zaprzeczeniu i złości” (*denial and rage*) wobec objawów choroby i osób, które chcą pomóc; „rozpaczy i samoobwinianiu się” (*despair and self-pity*), kiedy dominuje poczucie beznadziejności i bezsilności. Wtedy nadzieja staje się „punktem zwrotnym” (*turning point of hope*), siłą pobudzającą motywację oraz chęć, aby spróbować ponownie, znaleźć nowe cele w życiu, nadać mu nowe znaczenie, przy jednoczesnej akceptacji swoich ograniczeń. Dlatego rozbudzanie i podtrzymywanie nadziei jest ważnym czynnikiem pomagającym w wyjściu z kryzysu, jakim jest choroba psychiczna. O roli tego czynnika mówią sami zainteresowani: „Ktoś wierzy we mnie, nie porzuca, nie opuszcza rąk, stwarza bezpieczeństwo i zaufanie, jest ludzki, pozwala zdrowieć na swój sposób” (Wciórka, 2007, s. 41). To samo dotyczy rodzin. Potrzebują one wsparcia, zrozumienia, akceptacji i bycia razem w tej naprawdę trudnej

sytuacji. Praca nad wzbudzeniem i utrzymaniem nadziei łączy się z pracą nad samooceną. Ważna jest w niej umiejętność wychwycenia najmniejszych pozytywnych aktywności, które należy wzmacniać i do których należy motywować, wspólnego poszukiwania nowych, które mogą sprawić przyjemność. To również umiejętność stworzenia atmosfery zaufania i przyzwolenia na dzielenie się najtrudniejszymi doświadczeniami bez oceniania, wskazywanie miejsc i sposobów radzenia sobie z objawami choroby czy negatywnymi emocjami. Warto razem z klientem stworzyć taką listę zachowań pomocnych w stresujących sytuacjach. Osoby z doświadczeniem psychozy podają następujące przykłady zachowań, pomagających im w sytuacji stresu:

- rozmowa z bliską osobą, żeby się „wygadać” lub wypłakać,
- wypłakanie się w samotności,
- wykrzyczenie się w miejscu, gdzie nikt nie usłyszy,
- słuchanie ulubionej muzyki (np. jeśli głośno, to przez słuchawki),
- wykonywanie różnego rodzaju ćwiczeń fizycznych (np. bieganie, jazda na rolkach, pływanie, taniec),
- zjedzenie czegoś bardzo dobrego,
- oglądanie zdjęć z miejsc, w których czuły się bardzo dobrze, aby przywołać miłe wspomnienia i przyjemne emocje z tamtego okresu,
- treningi relaksacyjne,
- modlitwa,
- spanie przez kilka godzin,
- spacer z psem,
- zajęcie się innymi czynnościami, aby zdystansować się do problemu np. wyjście z przyjaciółmi do kina, na koncert,
- zachowywanie się przez pewien czas tak, jakby nie było problemu (Hintze, 2010, s. 82).

Ważnym elementem pracy nad budowaniem nadziei jest pokazanie osobie chorej, że można walczyć z chorobą, kontrolować jej nawroty dzięki znajomości objawów zwiastunowych. W tym wypadku – zależnie od kompetencji i wiedzy psychologa – należy podjąć z nią pracę nad objawami zwiastunowymi lub namówić ją na rozmowę o takich objawach

z lekarzem prowadzącym (psychiatrą), który zna pacjenta i ma wgląd w jego historię choroby.

12.3.5. Pomoc psychologowi i rodzinie w sytuacji samobójstwa osoby z zaburzeniami psychicznymi

Próby samobójcze, a także dokonane samobójstwa osób z zaburzeniami psychicznymi często związane są z samą chorobą, z nasilonymi objawami depresyjnymi i/lub psychotycznymi. Treści omamów (w największym stopniu słuchowych, ale także czuciowych, węchowych, smakowych) mogą być źródłem różnych zachowań autoagresywnych, w tym prób samobójczych, i zachowań agresywnych wobec innych osób. Przykładem mogą być „głosy”, które grożą, wyzywają, zapowiadają śmierć osoby z rodziny, lub tzw. omamy imperatywne, czyli „głosy” nakazujące dokonanie samobójstwa, które mogą prowadzić do nagłych, nieprzewidywalnych zachowań kończących się poważnym samouszkodzeniem lub śmiercią.

Samobójstwo osoby chorej jest najtrudniejszym doświadczeniem dla psychologa i całego zespołu leczącego lub terapeutycznego. Wzbudza ono bardzo silne emocje – od poczucia winy, głębokiego smutku po złość. Wymaga od psychologa pracy nad sobą, np. z supervizorem czy skorzystania z grup Balinta. Stwarza konieczność przyjrzenia się tej sytuacji, zrozumienia, co się wydarzyło i jak wpłynie to na dalszą pracę terapeutyczną. Przeważnie nie znajdujemy odpowiedzi, dlaczego doszło do takiego dramatu. W większości wypadków nie jesteśmy odpowiedzialni za samobójstwo naszego pacjenta, ale zawsze zadajemy sobie pytanie, dlaczego tak się stało, co przeoczyliśmy w zachowaniu osoby. Nasze reakcje emocjonalne mogą być silne. Niewyrażone emocje i nieprzeżyta odpowiednio strata mogą negatywnie oddziaływać na dalszą pracę. Na przykład możemy mieć żal, że musimy pracować nadal z innymi, podczas gdy osoby, która popełniła samobójstwo, już nie ma. W konsekwencji takie doświadczenie może spowodować brak zaangażowania w pracę, nadmierny dystans do niej, niechęć do pomagania, utratę wiary we własne kompetencje itd. Ta sytuacja jest trudna także z powodu różnych reakcji rodzin na nagłą stratę bliskiej osoby. Mogą oni nas obarczać winą lub

szukać u nas wsparcia, ponieważ same czują się winne. Należy im również zapewnić profesjonalną opiekę. Zdarza się, że w pierwszych dniach po samobójstwie osoby bliskiej sami z nimi rozmawiamy i obciążamy się także ich emocjami. Dlatego tak ważne jest, aby psycholog potrafił zadbać o siebie, poprosić o pomoc i pokierować członków rodziny do innego terapeuty.

12.4. Dylematy i trudności w procesie poradnictwa

Osoby wspierające i pracujące z osobami z zaburzeniami psychicznymi stają przed różnymi problemami i dylematami. Do najważniejszych należą:

1) Problemy:

- z przekazaniem odpowiedzialności za proces leczenia osobie chorej,
- z zaakceptowaniem przerwania przez nią leczenia,
- z utrzymaniem adekwatnej relacji terapeutycznej (postawy osoby pomagającej),
- z akceptacją zachowań rodziny wobec chorego (wysokie wymagania, negatywna ocena, odrzucenie).

2) Utrata wiary:

- w możliwość zdrowienia osoby chorej,
- w uzyskanie przez nią wglądu w chorobę,
- w jej powrót do samodzielności i/lub pełnienia różnych ról społecznych,
- w efekty pracy terapeutycznej.

3) Dylematy etyczne:

- osoba chora w roli rodzica, nauczyciela, lekarza.

4) Najtrudniejsze doświadczenia:

- próby samobójcze i zachowania autoagresywne,
- dokonane samobójstwa.

Jeśli rozważa się występujące problemy, to trzeba zauważyć, że pomagając osobie z doświadczeniem ciężkich zaburzeń psychicznych, mamy świadomość, jak istotnym czynnikiem odpowiedzialnym za

przebieg choroby jest leczenie i to przede wszystkim leczenie farmakologiczne. Kiedy osoba informuje o zamiarze przerwania przyjmowania leków, trudno jest zaakceptować taką decyzję. Dlatego należy starać się jej przeciwdziałać. Jednak nasza motywacja do tego, by osoba chora zmieniła zdanie o leczeniu, może wynikać z naszej trudności przekazania jej pełnej odpowiedzialności za proces leczenia. Prawdopodobnie te trudności będą dużo mniejsze u psychologów pracujących w poradnictwie niż u psychologów pracujących na co dzień na oddziałach szpitalnych. Należy jednak pamiętać, że osoby z zaburzeniami psychicznymi spotykają się w procesie leczenia z różnymi postawami personelu, czasami je przejmują i oczekują, że ktoś inny przejmie za nich odpowiedzialność. Sama postawa wobec osoby chorej psychicznie może być źródłem trudności dla obu stron. Możemy przejawiać postawę hamującą proces zdrowienia osoby i osiągnięcia przez nią samodzielności, kiedy stajemy się nadopiekuńczy – tak chcemy pomóc, że wyręczamy ją w działaniach, podajemy jej gotowe rozwiązania itd. Możemy również przyjąć postawę bardziej autorytarną – wiem lepiej, co jest dla niej ważne i wręcz narzucam jej, co ma robić, gdzie szukać pracy, w którym ośrodku się leczyć itp.

Trudna może okazać się także konfrontacja z postawami rodzin wobec osób chorych:

- Z ich nieadekwatnymi oczekiwaniami i nadmiernymi wymaganiami, np.: „On musi kontynuować studia, nie może wrócić teraz do domu, co sąsiedzi pomyślą, jeszcze zobaczą, że jest chory i narobi nam wstydu. Ma się wziąć w garść i nadrobić zaległości”. Opisany pacjent był studentem czwartego roku politechniki i było to pierwsze zachorowanie. Jego leczenie trwało 2 miesiące, miał nasilone objawy negatywne i zaburzenia poznawcze. Uległ jednak presji rodziny, wypisał się na własne żądanie, rodzina nie współpracowała z zespołem leczącym. Pacjent miesiąc po wypisie podjął próbę samobójczą, był ponownie hospitalizowany.
- Z odrzuceniem osoby chorej, np. rodzina jednej z pacjentek chciała, aby córka przebywała w szpitalu przez wiele miesięcy. Negowali każdą próbę jej powrotu do domu, twierdzili, że jest agresywna, niedostosowana, głośno słucha muzyki, nie reaguje na polecenia.

Potrafili ją związać i przywieźć na izbę przyjęć, twierdząc, że była bardzo agresywna i chciała wyskoczyć przez okno. Z obserwacji wynikało, że na oddziale chora była dostosowana, przyjazna wobec innych, chętnie korzystała z zajęć, potwierdzała omamy słuchowe. Przeniesiona na oddział terapeutyczny chętnie angażowała się w różne aktywności, czynnie brała udział w zajęciach. Rodzice negowali każdą pozytywną informację o córce. Szybko zrezygnowali ze spotkań dla rodzin. Uważali, że powinny być ośrodki, w których na stałe umieszcza się osoby chore psychicznie. W żadnej z rozmów nie powiedzieli nic pozytywnego o córce. Podkreślali, że zawiodła ich oczekiwania, wcześniej zachorowała, co wskazuje na negatywne rokowania. Przez cały okres hospitalizacji pacjentka nie przejawiała zachowań agresywnych. Skorzystała z możliwości wspólnego zamieszkania w tzw. mieszkaniu chronionym, przy jednym z oddziałów terapeutycznych, gdzie uczestniczyła w zajęciach.

- Z psychicznym jej ubezwłasnowolnieniem, przy czym najczęściej zdarza się to u rodzin, które od lat przejmowały odpowiedzialność za chorego w każdej sprawie – od jego wyglądu zewnętrznego po kontrolowanie przyjmowania leków.

Inny dylemat może łączyć się z utratą wiary w możliwość pozytywnych zmian u pacjenta. Należy pamiętać, że do poradnictwa może się zgłosić, a następnie wracać co jakiś czas osoba z kilkuletnim doświadczeniem choroby, która nie daje sobie rady w samodzielnym życiu, zapomina o datach wizyt w poradni, często jest hospitalizowana, mało krytyczna wobec objawów, zaniedbana higienicznie. Wtedy dużą trudnością w pracy może stać się utrata wiary w możliwość osiągnięcia przez nią remisji czy uzyskania wglądu w chorobę. Taka osoba może nawet wzbudzić u pomagających złość z powodu braku efektów pracy. Ważne, aby w poradnictwie z osobami z zaburzeniami psychicznymi mieć realistyczne oczekiwania wobec nich i wierzyć w to, że mogą się zmienić, nawet jeśli będzie to drobna zmiana.

Kolejną kwestią są dylematy etyczne osób pomagających. Z doświadczenia klinicznego wynika, że sytuacjami trudnymi, wywołującymi różne pytania natury etycznej są sytuacje związane z macierzyństwem osób chorych, z ich pracą z dziećmi. Dylematy te mają

wpływ na podejmowane przez profesjonalistów decyzje dotyczące osób chorych, takich jak opisana w ramce 12.6 matka walcząca o przywrócenie jej praw rodzicielskich. Gdyby nie była motywowana do odwiedzania dziecka, nie omawiano by z nią jej trudności, to prawdopodobnie straciłaby szansę na jego odzyskanie. Czy dziecko zostałoby wtedy zaadoptowane przez kochającą rodzinę? Najczęściej w podobnych sytuacjach kierujemy się przede wszystkim dobrem pacjenta, ale też musimy brać pod uwagę dobro innych osób, co w takich wypadkach jest naprawdę trudne. Decyzje te mogą wywoływać silne emocje, ponieważ nie jesteśmy w stanie przewidzieć wszystkich, długotrwałych konsekwencji.

Osoby pomagające muszą też czasami zmierzyć się z bardzo trudnymi doświadczeniami, przy czym samobójstwo osoby chorej jest bezwzględnie najbardziej obciążającym doświadczeniem dla psychologa i całego zespołu leczącego czy terapeutycznego. Wymaga ono od psychologa autoanalizy i pogłębionej pracy nad stratą podopiecznego (pacjenta), a niepodjęcie jej może pociągnąć za sobą wiele negatywnych konsekwencji dla dalszej pracy w roli osoby pomagającej.

Podsumowanie

Profesjonalna pomoc osobom z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi wymaga, po pierwsze, podstawowej wiedzy o istocie choroby, jej przebiegu, stosowanej farmakoterapii (np. jej skutkach ubocznych); po drugie, umiejętności zastosowania odpowiednich metod pomocy w zależności od okresu choroby, przeprowadzenia lub skorzystania z diagnozy psychologicznej, wreszcie po trzecie – w pracy z rodzinami osób chorych psychicznie – zaoferowania im różnych form pomocy w odpowiedzi na ich oczekiwania i potrzeby.

Uwzględniając fakt, że możemy pracować w tym samym czasie z całą rodziną, np. prowadząc psychoedukację, musimy zachować neutralność, potrafić spojrzeć na sytuację z perspektywy każdego członka rodziny, starać się zrozumieć motywy zachowań bez ich oceniania.

W tej pracy ważną rolę odgrywa samoobserwacja reakcji emocjonalnych, jakie w nas wywołuje kontakt z osobą z zaburzeniami psychicznymi i/lub jej rodziną, jak te emocje wpływają na nasze

zachowania i postawy wobec tych osób. Duże znaczenie ma także umiejętność wysłuchania ich aktualnej historii, tzn. podążania za nimi, odczytywania ich potrzeb i wysyłanych nieświadomie komunikatów. Wtedy dużo lepiej zrozumiemy, z jakim problemem zgłosiła się osoba chora i co chce nam tak naprawdę powiedzieć.

Dlatego tylko kompleksowe leczenie (współdziałanie z lekarzem psychiatrą) oraz nawiązanie racjonalnej współpracy trzech stron – osoby chorej, jej bliskich i w tym wypadku psychologa może pomóc osobie z doświadczeniem choroby psychicznej w powrocie do pełnienia zawieszonych ról społecznych oraz w jak najdłuższym utrzymaniu się w tych rolach.

Pytania sprawdzające

1. Wymień trudności w realizacji zadań rozwojowych, które mogą wystąpić u osób chorych psychicznie.
2. Czy psychoedukacja może mieć negatywne skutki?
3. W jakich wypadkach konieczne jest skierowanie osoby na diagnozę psychologiczną?
4. Jak choroba psychiczna wpływa na relacje rodzinne?
5. Z jakimi dylematami etycznymi może łączyć się proces poradnictwa?

Problemy do dyskusji

1. Możliwości i ograniczenia działań z zakresu poradnictwa dla osób chorych psychicznie i ich rodzin.
2. Rola psychoedukacji w procesie poradnictwa.
3. Specyfika procesu poradnictwa dla osób chorych psychicznie – trudności, jakie napotyka osoba pomagająca.

Literatura zalecana

Heitzman, J. (red.). (2010). *Psychoedukacja w praktyce lekarza psychiatrii*. Poznań: Termedia Wydawnictwo Medyczne.

Meder, J., Sawicka, M. (red.). (2006). *Psychoterapia schizofrenii*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.

Wilczek-Rużycka, E. (2007). *Komunikowanie się z chorym psychicznie*. Lublin: Wydawnictwo CZELEJ.

Bibliografia

- Abrahms, J. (1983). Cognitive-behavioral strategies to enhance a collaborative set in distressed couples. W: A. Freeman (red.), *Cognitive therapy with couples and groups* (s. 125–156). New York: Plenum.
- Adamczak, M. (1988). *Wybrane procesy poznawcze i emocjonalne u kobiet po mastektomii*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Adams, S.M., Partee, D.J. (1998). Hope. The critical factor in recovery. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 36 (4), 29–32.
- Adamski, F. (1982). *Socjologia małżeństwa i rodziny*. Warszawa: PWN.
- Ainsworth, M.D.S. (1975). *The development of infant – mother attachment*. Chicago: University of Chicago Press.
- Alden, L.E., Bieling, P. (1998). Interpersonal consequences of the pursuit of safety. *Behavior Research and Therapy*, 36, 53–65.
- Alford, B.A., Beck, A.T. (2005). *Terapia poznawcza jako teoria integrująca psychoterapię*. Przeł. M. Łamacz. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Altmaier, E.M., Hansen, J.C. (red.). (2012). *The Oxford handbook of counseling psychology*. New York, NY: Oxford University Press.
- American Psychiatric Association. (2003). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping. New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Przeł. H. Grzegołowska-Klarkowska. Warszawa: Fundacja Instytutu Psychiatrii i Neurologii.
- Antonovsky, A. (2005). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Appelt, K. (2005). Środkowy okres dorosłości. Jak rozpoznać potencjał dojrzałych dorosłych? W: A. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety*

człowieka. *Praktyczna psychologia rozwojowa* (s. 503–552). Gdańsk: GWP.

- Aquilino, W., Supple, K. (1991). Parent-child relations and parents' satisfaction with living arrangements when adult children live at home. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 13–27.
- Arnett, J.J. (2000). Emerging adulthood – A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469–480.
- Arnett, J.J. (2007). Afterword: Aging out of care. Toward realizing the possibilities of emerging adulthood. *New Directions For Youth Development*, 113, 151–161, www.interscience.wiley.com.
- Bach, G.R., Wyden, P. (1969). *The intimate enemy. How to fight fair in love and marriage*. New York: Morrow and Co.
- Baer, J.N., Beadnell, B., Garrett S.B., Hartzler B., Wells, E.A, Peterson, P.L. (2008). Adolescent change language within a brief motivational intervention and substance use outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 570–575.
- Bakiera, L. (2004). Pełnienie ról rodzicielskich a rozwój dorosłych w wieku średnim. *Psychologia Rozwojowa*, 9(2), 37–46.
- Bakiera, L. (2009). *Czy dorastanie musi być trudne?* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Baltes, M.M., Carstensen, L.L. (1996). The process of successful aging. *Aging and Society*, 16, 397–422.
- Baltes, P.B., Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging. The model of selective optimization with compensation. W: P.B. Baltes, M.M. Baltes (red.), *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences* (s. 1–34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P.B. Lindenberger, U. (1997). Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive functions across the adult life span. A new window on the study of cognitive aging? *Psychology and Aging*, 12, 12–21.
- Baltes, P.B., Staudinger, U.M., Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology. Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*, 50, 471–507.
- Baltes, P.B., Staudinger, U.M., Maercker, A., Smith, J. (1995). People nominated as wise. A comparative study of wisdom-related knowledge.

- Psychology and Aging*, 10, 155–166.
- Banasiewicz-Tenerowicz, A. (2008). *My – razem w społeczeństwie. Scenariusze zajęć dla uczniów szkół gimnazjalnych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Baran-Furga, H., Steinbarth-Chmielewska, K. (2005). Używanie substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież. W: T. Wolańczyk, J. Komender (red.), *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci* (s. 284–314). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Barbaro, B. de (1992). *Brzemie rodziny w schizofrenii. Próba ujęcia systemowego*. Kraków: PTP.
- Barbaro, B. de (1997). *Pacjent w swojej rodzinie*. Warszawa: Springer PWN.
- Barbaro, B. de (red.). (1994). *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: Collegium Medicum UJ.
- Barbaro, B. de, Ostoja-Zawadzka, K., Cechnicki, A. (2005). *Możesz pomóc. Poradnik dla rodzin pacjentów chorych na schizofrenię i zaburzenia schizotypowe*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Barraclough, J. (1997). *Rak i emocje. Praktyczny przewodnik po psychoonkologii*. Warszawa: Wydawnictwo Medyczne SANMEDICA.
- Bartholomew, K., Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults. A test of the four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 276–284.
- Basińska, M.B. (2009). *Funkcjonowanie psychologiczne pacjentów w wybranych chorobach endokrynologicznych. Uwarunkowania somatyczne i osobowościowe*. Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW.
- Batory, A. (2013). Wspieranie rozwoju między dorastaniem a dorosłością. W: E. Sokołowska (red.), *Psychologia wspierania rozwoju i kształcenia* (s. 167–182). Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Batory, A., Brygoła, E. (2009). Tożsamość osobista młodzieży wobec zjawisk współczesnej kultury. W: L. Szewczyk, E. Talik (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości*. T. 10: *Psychologia kliniczna nastolatka* (s. 209–222). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Baucom, D.H. (1987). Attributions in distressed relations. How can we explain them? W: S. Duck, D. Perlman (red.), *Heterosexual relations, marriage and divorce* (s. 177–206). London: Sage.

- Baucom, D.H., Epstein, B.B., Daiuto, A.D., Carels, R.A., Rankin, L., Burnett, K. (1996). Cognitions in marriage. The relationship between standards and attributions. *Journal of Family Psychology*, 10, 209–222.
- Baucom, D.H., Epstein, N., Sayers, S., Sher, T.G. (1989). The role of cognitions in marital relationships. Definitional, methodological and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 3–38.
- Baucom, D.H., Shoham, V., Muester, K.T., Daiuto, A.D., Sticle, T.R. (1998). Empirically supported couples and family therapies for adult problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 53–88.
- Beach, S.R.H., Sandeen, E.E., O’Leary, K.D. (1990). *Depression in marriage. A model for etiology and treatment*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T. (1996). *Miłość nie wystarczy*. Przeł. A. Jankowski. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina.
- Beck, A.T., Emery, G., Greenberg, R. (1985). *Anxiety and phobias disorders*. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, J.S. (2005). *Terapia poznawcza depresji. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*. Przeł. M. Cierpisz. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Bee, H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Przeł. A. Wojciechowski. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Beisert, M., Izdebska, A. (2009–2010). Zaburzenia seksualne jako czynnik ryzyka zachowań suicydalnych w okresie dorastania. *Suicydologia*, 5–6, 86–96.
- Beisert, M. (red.). (2006). *Seksualność w cyklu życia człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bell, F.L., Cowan, P., Cowan, C.P. (1995). Who’s got the power? Gender differences in partners perceptions of influence during marital problem-solving discussions. *Family Process*, 34, 303–321.
- Bertalanffy, L. von (1984). *Ogólna teoria systemów*. Przeł. E. Woydyłło-Woźniak. Warszawa: PWN.
- Białęcka-Pikul, M. (2007). O potrzebie nowego spojrzenia na zaburzenia rozwoju. *Sztuka Leczenia*, 14(2), 13–24.

- Bidzan, M. (2010). *Nieplodność w ujęciu bio-psycho-społecznym*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2004). Sposób prezentowania menopauzy a ocena związanych z nią zmian. *Przegląd Menopauzalny*, 3, 24–30.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2005). Występowanie objawów uznanych za typowe dla menopauzy u kobiet i mężczyzn w wieku 45–55 lat. *Przegląd Menopauzalny*, 1, 53–60.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2006). *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe Śląsk.
- Bilikiewicz, A., Landowski, J., Radziwiłowicz, P. (1999). *Psychiatria*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Bilikiewicz, A., Parnowski, T. (2002). Zaburzenia psychiczne, problemy psychologiczne i społeczne związane ze starzeniem się (psychogeriatrya). W: A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria*. T. 2: *Psychiatria kliniczna* (s. 697–734). Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Bilska, E. (2004). Jak Feniks z popiołów, czyli syndrom wypalenia zawodowego. *Niebieska Linia*, 4, 3–7.
- Birch, A. (2009). *Psychologia rozwojowa w zarysie. Od niemowlęctwa do dorosłości*. Przeł. J. Łuczyński, M. Olejnik. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Birch, A., Malim, T. (1999). *Psychologia rozwojowa w zarysie. Od niemowlęctwa do dorosłości*. Przeł. J. Łuszczynski, M. Olejnik. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bogdanowicz, M. (1995). Uczeń o specjalnych potrzebach edukacyjnych. *Psychologia Wychowawcza*, 3, 216–222.
- Bogdanowicz, M. (1996). Specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu u dzieci – nowa definicja i miejsce w klasyfikacjach międzynarodowych. *Psychologia Wychowawcza*, 1, 13–22.
- Bogdanowicz, M. (2004). *Uczeń z dysleksją w szkole. Poradnik nie tylko dla polonistów*. Gdynia: Wydawnictwo Pedagogiczne Operon.
- Bogdanowicz, M. (2011). *Ryzyko dysleksji, dysortografii i dysgrafii. Skala ryzyka dysleksji wraz z normami dla klas I i II*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Bonanno, G.A., Wortman, C.B., Nesse, R.M. (2004). Perspective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychology of*

- Aging*, 19(2), 260–271.
- Bonino, S., Cattelino, E., Ciairano, S. (2005). *Adolescents and risk. Behaviors, functions and protective factors*. Springer-Verlang Italia.
- Borkman, T. (1982). Where are the older persons in mutual self-help groups. W: A. Kolker, P. Ahmed (red.), *Aging* (s. 257–284). New York: Elsevier.
- Borys, B. (2010). Zasoby zdrowotne w psychice człowieka. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 4(1), 44–52.
- Bota, R.G., Sagduyu, K., Filin, E.E., Bota, D.A., Munro, S. (2008). Toward a better identification and treatment of schizophrenia prodrome. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 72(3), 210–227.
- Bowlby, J. (2007). *Przywiązanie*. Przeł. M. Polaszewska-Nicke. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Brachowicz, M. (2009). Niepłodność jako niemożność doświadczania własnego rodzicielstwa. W: S. Steuden, K. Janowski (red.), *Psychologiczne konteksty doświadczania straty* (s. 25–39). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Bradbury, T.N., Fincham, F.D. (1990). Attributions in marriage. Review and critique. *Psychological Bulletin*, 107, 3–33.
- Braun, B. (2013). Trudności w nauce – przyczyny i środki zaradcze. W: J. Szczurkowska, A. Mazur (red.), *Wokół roli i zadań pedagoga i psychologa w szkole* (s. 9–27). Kielce: Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP.
- Braun-Gałkowska, M. (1985). *Miłość aktywna. Psychiczne uwarunkowania powodzenia małżeństwa*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
- Braun-Gałkowska, M. (1992). *Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Braun-Gałkowska, M. (1995). *Cnoty zapomniane*. Lublin: Katedra Psychologii Wychowawczej KUL.
- Braun-Gałkowska, M. (2011). Ludzie starsi bywają różni. W: S. Steuden, M. Stanowska, K. Janowski (red.), *Starzenie się z godnością* (s. 85–94). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Brazelton, T.B., Sparrow, J.D. (2013a). *Rozwój dziecka. Od 0 do 3 lat*. Przeł. A. Błaż. Sopot: GWP.

- Brazelton, T.B., Sparrow, J.D. (2013a). *Rozwój dziecka. Od 3 do 6 lat*. Przeł. A. Kacmajo, A. Sulak. Sopot: GWP.
- Brennan, K.A., Shaver, P.R. (1995). Dimension of adult attachment, affect regulation and romantic relationship functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 21, 267–283.
- Brian, G., Taylor, H. (2001). Cataract blindness – challenges for the 21st century. *Bulletin of the World Health Organization*, 79, 249–256.
- Brown, G.W., Carstairs, G.M., Topping, G. (1958). Post-hospital adjustment of chronic mental patients. *Lancet*, 272(7048), 685–689.
- Brown, J.H., Christensen, D.N. (1999). *Family therapy, theory and practice*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Brzezińska, A. (1987). Gotowość do czytania i pisania i jej rozwój w wieku przedszkolnym. W: A. Brzezińska (red.), *Czytanie i pisanie – nowy język dziecka* (s. 30–50). Warszawa: WSiP.
- Brzezińska, A. (1999). Dzieci z trudnościami w uczeniu się. W: I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie* (s. 166–211). Warszawa: WSiP.
- Brzezińska, A. (2000). *Spółeczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Brzezińska, A. (2002). *Dorosłość – szanse i zagrożenia*. W: A. Brzezińska, K. Appelt, J. Wojciechowska (red.), *Szanse i zagrożenia rozwoju w okresie dorosłości* (s. 11–54). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Brzezińska, A.I. (red.). (2005). *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*. Gdańsk: GWP.
- Brzezińska, A.I., Appelt, K., Ziółkowska, B. (2008). Psychologia rozwoju człowieka. W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2, s. 95–292). Gdańsk: GWP.
- Brzezińska, A., Kaczan, R., Piotrowski, K., Rękosiewicz, M. (2011). Odroczona dorosłość: fakt czy artefakt. *Nauka*, 4, 67–107.
- Brzezińska, A., Lutomski, G., Smykowski, B. (red.). (1994). *Dziecko w świecie ludzi i przedmiotów*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Brzezińska, A., Ober-Łopatka, K., Stec, R., Ziółkowska, K. (2007). *Szanse rozwoju w okresie późnej dorosłości*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

- Brzezińska, A.I., Trempała, J. (2000). Wprowadzenie do psychologii rozwoju. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T.1: *Podstawy psychologii* (s. 229–282). Gdańsk: GWP.
- Brzozowska, A., Ciupak, M. (2005). Próby samobójcze i samobójstwa u dzieci. W: T. Wolańczyk, J. Komender (red.), *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci* (s. 139–145). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Budzyna-Dawidowski, P. (1994). *Komunikacja w rodzinie*. W: B.de Barbaro (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny* (s. 56–68). Kraków: Collegium Medicum UJ.
- Burton, A.M., Haley, W.E., Small, B.J. (2006). Bereavement after caregiving or unexpected death. Effects on elderly spouses. *Aging and Mental Health*, 10(3), 319–324.
- Buss, A.H., Plomin, R. (1984). *Temperament. Early developing personality traits*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Butler, R.N. (1975). *Why survive? Being old in America*. New York: Harper & Row.
- Butler, R.N. (1963). The life review. An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65–76.
- Butler-Bowdon, T. (2008). *50 klasyków psychologii. Kim jesteśmy, w jaki sposób myślimy, co robimy*. Przeł. F. Kowalczyk. Gliwice: Helion.
- Bytheway, B., Johnson, J. (1996). Valuing lives? Obituaries and the life course. *Mortality*, 1, 219–235.
- Całusińska, M., Malinowski, W. (2013). *Trening umiejętności wychowawczych. Dla rodziców i specjalistów*. Sopot: GWP.
- Carabellese, C., Appollonio, I., Rozzini, R., Bianchetti, A., Frisoni, G.B., Frattola, L., Traubucchi, M. (1993). Sensory impairment and quality of life in a community elderly population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41, 401–407.
- Carstensen, L.L., Gottman, J.M., Levenson, R. (1995). Emotional behavior in long-term marriage. *Psychology and Aging*, 10, 140–149.
- Carter, B., McGoldrick, M. (1999). *The expanded family life cycle. Individual, family and social perspectives*. Boston: Allyn & Bacon.
- Casarett, D., Kutner, J.S., Abraham, J. (2001). Life after death. A practical approach to grief and bereavement. *Annales of Internal Medicine*, 134(3), 208–215.

- Caserta, M.S., Lund, D.A. (2007). Toward the development of an Inventory of Daily Widowed Life (IDWL). Guided by the dual process model of coping with bereavement. *Death Studies*, 31, 505–535.
- Cepeda, C. (2012). *Badania psychiatryczne dzieci i młodzieży. Podręcznik kliniczny*. Przeł. M. Grzesiak. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Chrzastowski, S. (2007). „Ścieżki ku sobie i od siebie”. *Separacja i jej uwarunkowania w rodzinach z rozpoznaniem schizofrenii*. Warszawa: Wydawnictwa UW.
- Chojnacka-Szawłowska, G. (1994). *Następstwa psychologiczne nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych*. Wrocław–Warszawa–Kraków: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Cichetti, D., Rogosch, F.A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 6–19.
- Cierpiałkowska, L., Sęk, H. (red.). (2008). Psychologia kliniczna i psychopatologia – wzajemne zależności. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (t. 1, s. 65–81). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Clarke, D.M. (2007). Review article. Growing old and getting sick. Maintaining a positive spirit at the end of life. *Australia Journal Rural Health*, 15, 148–154.
- Cohen-Mansfield, J., Shmotki, D., Eyal, N., Reichental, Y., Hazan, H. (2010). A comparison of three types of autobiographical memories in old-old age. First memories, pivotal memories and traumatic memories. *Gerontology*, 56, 564–573.
- Coleman, P.G. (1974). Measuring reminiscence characteristics from conversation as adaptive features of old age. *International Journal of Aging and Human Development*, 5, 281–294.
- Coleman, P.G. (1986). *Ageing and reminiscence process. Social and clinical implications*. Chichester: Wiley.
- Coleman, P.G., O’Hanlon, A. (2004). *Ageing and development. Theories and research*. London: ARNOLD (Hodder Headline Group).
- Collins, N.L., Read, S.J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644–663.
- Cook, A.S., Oltjenbruns, K.A. (1989). *Dying and grieving. Lifespan and family perspectives*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.

- Corey, G. (2005). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. Belmont: Brooks/Cole.
- Cozolino, L.J. (2008). *The healthy aging brain. Sustaining, attachment, attaining, wisdom*. New York –London: W.W. Norton & Company.
- Cuber, J.F., Haroff, P.B. (1971). Five types of marriage. W: A.S. Skolnick, J.H. Skolnick (red.), *Family in transition*. Boston: Little, Brown and Co.
- Cudak, S. (2007). Rozmiary i przejawy przestępczości u dziewcząt. W: I. Pospiszyl, R. Szczepanik (red.), *Zachowania dewiacyjne dziewcząt i kobiet* (wyd. 2, s. 71–77). Łódź: Wydawnictwo WSHE.
- Czabała, J.C. (2013). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czabała, J.C., Sęk, H. (2000). Pomoc psychologiczna. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. T. 3: Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (s. 605–621). Gdańsk: GWP.
- Czarnecka-Iwańczuk, M., Stanisławska-Kubiak, M., Mojs, E. Wilczak, M., Samborski, W. (2012). Objawy menopauzy a satysfakcja z życia i samoocena wśród kobiet. *Przegląd Menopauzalny*, 6, 468–473.
- Czarnecki, K.M. (2007). *Psychologia rozwojowa, osobowości i zachowania człowieka*. Sosnowiec: Wyższa Szkoła Humanitas, Oficyna Wydawnicza „Humanitas”.
- Czernikiewicz, A. (2006). Psychoedukacja w schizofrenii. W: J. Meder, M. Sawicka (red.), *Psychoterapia schizofrenii* (s. 101–126). Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.
- Czernikiewicz, A. (2010). Wpływ choroby i leczenia na zmianę relacji w rodzinie. Zmiana w postrzeganiu rodziny, zmiana w postrzeganiu chorego. W: J. Heitzman (red.), *Psychoedukacja w praktyce lekarza psychiatry* (s. 36–48). Poznań: Termedia Wydawnictwo Medyczne.
- Dattilio, F.M. (1989). Cognitive therapy with distressed couples. Part one. *Clinical Advances in the Treatment of Psychiatric Disorders*, 3, 1–10.
- Dattilio, F.M. (1993). Cognitive techniques with couples and families. *Family Journal*, 1(1), 51–56.
- Dattilio, F.M. (2007). Breaking the pattern of interruption in family therapy. *Family Journal*, 15(2), 163–165.
- Dattilio, F.M., Epstein, N.B. (2005). Introduction to the special section. The role of cognitive-behavioral intervention in couple and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 7–13.

- Dattilio, F.M., Padesky, C.A. (1999). *Terapia poznawcza dla par małżeńskich*. Przeł. M. Maciejewska. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.
- Dattilio, F.M., Van Hout, G.C.M. (2006). The problem solving component in cognitive-behavioral couples therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 17(1), 1–19.
- Davey, G.C.L. (1994). Worrying, social problem – solving abilities and social problem – solving confidence. *Behaviour Research and Therapy*, 32(3), 327–330.
- Davis, K.M. (2001). Structural-Strategic Family Counseling: A Case Study in Elementary School Counseling. *Professional School Counseling*, 4(3), 180–186.
- Deegan, P.E. (1988). Recovery. The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11–19.
- Demetrio, D. (2000). *Autobiografia. Terapeutyczny wymiar pisania o sobie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Derejczyk, J. (2002). Służba zdrowia wobec potrzeb ludzi starszych. W: L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się ludności Polski i jego społeczne konsekwencje* (s. 125–140). Katowice: „Śląsk”.
- Derezińska, I., Gajdzik, M. (2010). *One są wśród nas. Dziecko z zaburzeniami lękowymi w szkole i przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów*. Warszawa: ORE.
- Doleys, D.M. (1977). Behavioural treatments for nocturnal enuresis in children: A review of the recent literature. *Psychological Bulletin*, 84, 30–54.
- Dolińska-Zygmunt, G. (2001). Psychologiczne aspekty chorób nowotworowych. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 209–227). Wrocław: Wydawnictwo UWr.
- Doliński, D. (2000). Ekspresja emocji. Emocje podstawowe i pochodne. W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2, s. 351–368). Gdańsk: GWP.
- Doss, B.D., Simpson, L.E., Christensen, A. (2004). Why do couples seek marital therapy? *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(6), 608–614.

- Drennan, Ch. (2013). *Niepłodność*. W: C. Feltham, I. Horton (red.), *Psychoterapia i poradnictwo* (t. 2, s. 142–158). Sopot: GWP.
- Drygas, W. (2012). Ograniczenie chorobowości i umieralności z powodu chorób układu krążenia jako priorytetowy cel polityki zdrowotnej i ludnościowej. W: J. Szymborski (red.), *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*. T. 2: BIP_POZ_Zdrowie_publiczne_i_polityka_ludnosciowa_2012 (s. 65–77). Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa.
- Duba, J.D., Graham, M.A., Britzman, M., Minatrea, N. (2009). Introducing the “Basic Needs Genogram” in Reality Therapy-based marriage and family counseling. *International Journal of Reality Therapy*, 28(2), 1–19.
- Dunkel-Schetter, C., Wortman, C.B. (1981). Dilemmas of social support. Parallels between victimization and aging. W: S.B. Kiesler, J.N. Morgan, V.K. Oppenheimer (red.), *Aging. Social change* (s. 349–381). New York: Academic Press.
- Dunn, C., Droesch R.M., Johnston B.D., Rivara, F.P. (2004). Motivational interviewing with injured adolescents in the emergency department. In-session predictors of change. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 113–116.
- Durda, R. (2011). *Przemoc wobec osób niepełnosprawnych – czego nie chcemy widzieć i słyszeć*. Referat wygłoszony na konferencji „Prawa osób niepełnosprawnych w Polsce”, 21 czerwca, Warszawa.
- Duvarci, S., Nader, K. (2004). Characterization of fear memory reconsolidation. *Journal of Neuroscience*, 24, 9269–9275.
- Dyczewski, L. (1986). Osamotnienie i jego przezwyciężanie. W: E. Podgórska, O. Czerniawska (red.), *Acta Universitatis Lodziensis, Folia et Pedagogica et Psychologia*, 14, 73–81.
- Dyrda, B. (2000). *Syndrom Nieadekwatnych Osiągnięć jako niepowodzenie szkolne uczniów zdolnych. Diagnoza i terapia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Edbom-Kolarz, A., Marcinkowski, J.T. (2013). Rehabilitacja optyczna osób starszych z centralnym ubytkiem w polu widzenia. Optical rehabilitation of elderly people with central visual field loss. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 94(1), 9–15.

- Ekiert-Grabowska, D. (1994). Syndrom Nieadekwatnych Osiągnięć Szkolnych – stare czy nowe zjawisko pedagogiczne? *Życie Szkoły*, 3, 131–136.
- Ellis, A. (1977). The nature of disturbed marital interactions. W: A. Ellis, R. Grieger (red.), *Handbook of rational-emotive therapy* (s. 170–176). New York: Springer.
- Ellis, A., Sichel, J.L., Yeager, R.J., DiMattia, D.J., Digiuseppe, R. (1989). *Rational-emotive couples therapy. Psychology practitioners guidebooks*. New York: Pergamon.
- Epstein, N.B., Baucom, D.H. (2002). *Enhanced cognitive-behavior therapy for couples. A contextual approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Epstein, N.B., Baucom, D.H. (2003). Couple therapy. W: R.L. Leahy (red.), *Roadblocks in cognitive-behavior therapy. Transforming challenges into opportunities for change* (s. 217–235). New York: Guilford Press.
- Epstein, N.B., Eidelson, R.J. (1981). Unrealistic beliefs of clinical couples. Their relationship to expectation, goals and satisfaction. *American Journal of Family Therapy*, 9, 13–22.
- Erikson, E. (1997). *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Przeł. P. Hejmej. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
- Erikson, E.H. (2002). *Dopelniony cykl życia*. Przeł. A. Gomola. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
- Erikson, E.H. (1982/1997). *The life cycle completed*. New York: W.W. Norton.
- Erikson, E.H., Erikson, J.M., Kivnick, H.Q. (1986). *Vital involvement in old age. The experience of old age in our time*. New York: Norton and Company.
- European Pact for Mental Health and Well-being, Brussels (2008), http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_en.pdf (dostęp: 12.12.2013).
- Faber, A., Mazlish, E. (1993). *Jak mówić, żeby dzieci nas słuchały. Jak słuchać, żeby dzieci do nas mówiły*. Przeł. M. Więznowska. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina.
- Feeney, J.A., Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationship. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 281–291.

- Feltham, C., Horton, I. (red.). (2013a). *Psychoterapia i poradnictwo* (t. 1). Przeł. J. Bartosik, S. Pikiel, E. Zaremba, P. Bucki. Sopot: GWP.
- Feltham, C., Horton, I. (red.). (2013b). *Psychoterapia i poradnictwo* (t. 2). Przeł. E. Zaremba. Sopot: GWP.
- Fengler, J. (2000). *Pomaganie mężczyznom*. Przeł. K. Pietruszewski. Gdańsk: GWP.
- Fennell, M.J.V. (2008). *Przezwyciężanie niskiego poczucia własnej wartości. Przewodnik samopomocy w oparciu o techniki poznawczo-behawioralne*. Przeł. M. Klimaszewska. Gdynia: Alliance Press.
- Fergus, S., Zimmerman, M.A. (2005). Adolescent resilience. A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health, 26*, 399–419.
- Fernández-Ballesteros, R. F. (2006). GeroPsychology. An applied field for the 21st century. *European Psychologist, 11(4)*, 312–323.
- Fincham, F.D., Osborne, L.N. (1993). Marital conflict and children: retrospect and prospect. *Clinical Psychology Review, 3*, 75–78.
- Fischaleck, F. (1990). *Uczciwa kłótnia małżeńska*. Przeł. A. Makowska, E. Sujak. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
- Fox, C., Hawton, K. (2009). *Jak – dlaczego – kiedy rozmawiać z młodymi zagrożonymi samobójstwem*. Przeł. K. Bojadziejewa-Wesołowska, S. Kuchta. Warszawa: Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna.
- Frankl, V.E. (1978). *Homo patients*. Przeł. Z.J. Jaroszewski, R. Czernecki. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
- Freeman, M. (1997). Death, narrative integrity and the radical challenge of self-understanding. A reading of Tolstoy's *Death of Ivan Ilych*. *Aging and Society, 17*, 373–398.
- Freund, A., Baltes, P.B. (1998). Selection, optimization and compensation as strategies of life management. Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging, 13*, 531–543.
- Frewen, P.A., Brinker, J., Martin, R.A., Dozois, D.J. (2008). Humor styles and personality – vulnerability to depression. *Humor: International Journal of Humor Research, 21(2)*, 179–195.
- Furnham, A. (2010). *50 teorii psychologii, które powinieneś znać*. Przeł. A. Wojciechowski. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gadomska, H., Głuszak, M., Wielgoś, M. (2010). Prokreacja w wieku przedmenopauzalnym. *Przegląd Menopauzalny, 2*, 84–86.

- Gałaszka, A. (2005). *Człowiek przewlekle chory. Aspekty psychoegzystencjalne*. Katowice: Wydawnictwo: Wydawnictwo UŚ.
- Geldard, K., Geldard, D. (2005). *Practical counseling skills. An integrative approach*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Gerrig, R.J., Zimbardo, P. G. (2009). *Psychologia i życie. Wydanie nowe* (wyd. 3). Przeł. J. Radzicki, E. Czerniawska, A. Jaworska, J. Kowalczevska. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Glicken, M.D. (2009). *Evidence-based counseling and psychotherapy for an aging population*. Amsterdam–Tokyo: Academic Press Elsevier.
- Gmitrowicz, A. (1999). Społeczne i psychiatryczne uwarunkowania prób samobójczych u młodzieży. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 8(4), 457–464.
- Goldenberg, H., Goldenberg, I. (2006). *Terapia rodzin*. Przeł. M. Łuszczak, M. Młynarz, K. Siemieniuk. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Goldstein, A.P., McGinnis, E. (2001). *Skillstreaming, kształtowanie młodego człowieka. Nowe strategie i perspektywy nauczania umiejętności prospołecznych* (wyd. popr.). Przeł. D. Trzaska, W. Czajer. Warszawa: Katolicka Fundacja Pomocy Osobom Uzależnionym i Dzieciom KARAN.
- Goldstein, A.P., Glick, B., Gibbs, J.C. (2004). *ART program zastępowania agresji. Wydanie drugie poprawione*. Przeł. E. Bartz, M. Kłopotowska, M. Kołodziejczyk, K. Okiński. Warszawa: Instytut „Amity”.
- Golińska, L., Świętochowski, W. (1998). Temperamentalne i osobowościowe determinanty wypalenia zawodowego u nauczycieli. *Psychologia Wychowawcza*, 5, 385–398.
- Gorajewska, D. (2009). *Fakty i mity o osobach z niepełnosprawnością*. Warszawa: Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji.
- Gordon, K.C., Baucom, D.H. (1999). A multitheoretical intervention for promoting recovery from extramarital affairs. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 382–399.
- Gordon, T. (2007). *Wychowanie bez porażek*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
- Gottman, J.M. (1994). *What predicts divorce?* Hillsdale, NY: Erlbaum.
- Gottman, J.M., Levenson, R.W. (1986). Assessing the role of emotion in marriage. *Behavioral Assessment*, 8, 31–48.

- Gottman, J.M., Markman, H., Notarius, C.I. (1977). The topography of marital conflict. A sequential analysis of verbal and nonverbal behavior. *Journal of Marriage and Family*, 39, 461–471.
- Gottman, J.M., Notarius, C., Gonso, J., Markman, H. (1976). *A couples guide to communication*. Champaign, IL: Research Press.
- Gould, R.L. (1978). *Transformations. Growth and change in adult life*. New York: Simon and Schuster.
- Granvold, D.K. (2000). *Divorce*. W: F.M. Dattilio, A. Freeman (red.), *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention* (s. 362–384). New York: Guilford Press.
- Green Paper Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union, Brussels (2005), http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper (dostęp: 12.12.2013).
- Green, M.F., Kern, R.S., Heaton, R.K. (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia. Implications for MATRICS. *Schizophrenia Research*, 72, 41–51.
- Greenglass, E. (2002). Proactive coping and quality of life management. W: E. Frydenberg (red.), *Beyond coping. Meeting goals, visions, and challenges* (s. 37–62). London: Oxford University Press.
- Greenglass, E., Schwarzer, R., Jakubiec, D., Fiksenbaum, L., Taubert, S. (1999). *The Proactive Coping Inventory (PCI). A multidimensional research instrument. Paper presented at the 20th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society (STAR)*. 12–14 lipca, Cracow, Poland.
- Gruszczyk-Kolczyńska, E. (1985). *Niepowodzenia w uczeniu się matematyki u dzieci klas początkowych. Diagnoza i terapia*. Katowice: Wydawnictwo UŚ.
- Gruszczyk-Kolczyńska, E. (1994). *Dzieci ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się matematyki. Przyczyny, diagnoza, zajęcia korekcyjno-wyrównawcze*. Warszawa: WSiP.
- Grzesiuk, L. (red.). (2005). *Psychoterapia. Teoria*. Warszawa: Eneteia.
- Gurba, M. (2011). Wczesna dorosłość. W: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (s. 287–311). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- GUS (2009). *Prognoza wydłużania się średniej długości życia dla kobiet i mężczyzn w Polsce*. Warszawa: GUS.
- GUS (2013). *Wybrane tablice dotyczące osób niepełnosprawnych – wyniki spisu ludności i mieszkań 2011*, www.stat.gov.pl/gus/5840_14834_PLK_HTML.htm (dostęp: 12.12.2013).
- Gutmann, D.L. (1997). *The human elder in nature, culture and society*. Boulder: Westview Press.
- Haley, J. (1995). *Niezwykła terapia. Techniki terapeutyczne*. Przeł. M. Majchrzak, M. Przyłipiak. Gdańsk: GWP.
- Hall, C., S., Lindzey, G., Campbell, J.B. (2010). *Teorie osobowości*. Przeł. J. Kowalczevska, J. Radzicki, M. Zagrodzki. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Harless, K., Zisook, S. (2003). Bereavement and depression in late life. W: J.M. Ellison (red.), *Depression in later life. A multidisciplinary approach* (s. 109–130). New York: Marcel Dekker.
- Harrison, M.O., Koenig, H.G., Hays, J.C., Embe-Akwari, A.G., Pargament, K.I. (2001). The epidemiology of religious coping. A review of recent literature. *International Review of Psychiatry*, 13, 86–93.
- Harwas-Napierała, B., Trempała, J. (red.). (2006). *Psychologia rozwoju człowieka. Rozwój funkcji psychicznych* (t. 3, wyd. 2). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Harwas-Napierała, B., Trempała, J. (red.). (2007). *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka* (t. 2, wyd. 3). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Havighurst, R.J. (1980). Social and developmental psychology. Trends influencing the future of counseling. *Personnel & Guidance Journal*, 58(5), 328–333.
- Havighurst, R.J. (1981). *Developmental tasks and education*. New York: Longman.
- Hawton, K., Catalan, J. (1987). *Attempted suicide. A practical guide to its nature and management* (wyd. 2). Oxford: Oxford University Press.
- Hawton, K., Fagg, J. (1992). Deliberate self-poisoning and self-injury in adolescents. A study of characteristic and trends in Oxford, 1976–1989. *British Journal of Psychiatry*, 161, 816–823.

- Hawton, K., Fagg, J., Simkin, S., Bale, B., Bond, A. (1997). Trends in deliberate self-harm in Oxford, 1985–1995. *British Journal of Psychiatry*, 171, 556–560.
- Hazan, T.B., Shaver, P.R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5, 1–22.
- Heaton, J.A. (2003). *Podstawy umiejętności terapeutycznych*. Przeł. J. Bartosik. Gdańsk: GWP.
- Heesacker, M., Lichtenberg, J.W. (2012). Theory and research for counseling interventions. W: E.M. Altmaier, J.C. Hansen (red). *The Oxford handbook of counseling psychology* (s. 71–94). New York: Oxford University Press.
- Heitzman, J. (red.). (2010). *Psychoedukacja w praktyce lekarza psychiatrii*. Poznań: Termedia Wydawnictwo Medyczne.
- Herbert, M. (2004). *Trening czystości małego dziecka*. Przeł. E. Jusewicz-Kalter. Gdańsk: GWP.
- Hermans, H., Hermans-Jansen, E. (2000). *Autonarracje. Tworzenie znaczeń w psychoterapii*. Przeł. P. Oleś. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Heszen, I. (2013). *Psychologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen, I., Sęk, H. (2008). *Zdrowie i stres*. W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2, s. 681–734). Gdańsk: GWP.
- Heszen-Niejodek, I. (2000). Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 3: *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (s. 465–492). Gdańsk: GWP.
- Heyman, R.E., Neidig, P.H. (1997). Physical aggression in couples treatment. W: W.K. Halford, H.J. Markman (red.), *Clinical handbook of marriage and couples intervention* (s. 589–617). Chichester: Wiley.
- Hill, S.K., Harris, M.S., Herbener, E.S., Pavuluri, M., Sweeney, J.A. (2008). Neurocognitive allied phenotypes for schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 743–759.

- Hintze, B. (2008). Oddziaływania psychoterapeutyczne wobec osób chorych na schizofrenię – doświadczenia własne. Część 2 – terapia w schizofrenii. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, 2(8), 83–97.
- Hintze, B. (2010). *Choroba jak inne – o osobach i do osób chorujących na schizofrenię. Poradnik dla osób chorych na schizofrenię i ich bliskich*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Hintze, B. (2012). Zaburzenia pamięci operacyjnej i objawy negatywne jako istotne predyktory psychospołecznego funkcjonowania we wczesnej schizofrenii. *Wiadomości Psychiatryczne*, 15 (suplement), s. 20.
- Hintze, B., Bembenek, A., Kuhn-Dymecka, A. (2003). Praca z rodzinami chorych na schizofrenię w ujęciu psychoedukacyjnym – poglądy i doświadczenia. *Neurologia i Psychiatria*, 2, 23–30.
- Hintze, B., Bembenek, A., Kuhn-Dymecka, A., Wrońska, A., Wciórka, J. (2006a). Working memory dysfunction in patients suffering from schizophrenia and their first-degree relatives. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 8(1), 17–29.
- Hintze, B., Bembenek, A., Kuhn-Dymecka, A., Wrońska, A., Wciórka, J. (2006b). Attention impairment in patients suffering from schizophrenia and their relatives of first-degree. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 8(2), 13–23.
- Hoberman, H., Garfinkel, B. (1988). Completed suicide in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 689–695.
- Hofer, A., Bencke, C., Edlinger, M., Huber, R., Kemmler, G., Rettenbacher, M.A., Schleich, G., Fleischhacker, W. (2009). Facial emotion recognition and its relationship to symptomatic, subjective and functional outcomes in outpatients with chronic schizophrenia. *European Psychiatry*, 24(1), 27–32.
- Holmbeck, G.N., Greenley, R.N., Franks, E.A. (2006). Zagadnienia i aspekty rozwojowe w badaniach i praktyce. W: A. Kazdin, J.R. Weisz (red.), *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach* (s. 23–45). Przeł. R. Pawlik, M. Łuczak. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Holtlander, L.F. (2008). Caring for bereaved family caregivers. Analyzing the context of care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 501–

506.

- Hunt, L., Marshall, M., Rowlings, C. (red.). (1997). *Past trauma in late life. European perspectives in therapeutic work with older people*. London: Jessica Kingsley.
- Hvas, L. (2001). Positive aspects of menopause. A qualitative study. *Maturitas*, 39, 11–7.
- Izdebski, P., Tujakowski, J. (2006). Psychologiczne metody pomocy chorym na raka piersi. *Nowotwory Journal of Oncology*, 6, 685–692.
- Jabben, N., Arts, B., Os, J. van, Krabbendam, L. (2010). Neurocognitive functioning as intermediary phenotype and predictor of psychosocial functioning across the psychosis continuum. *Studies in schizophrenia and bipolar disorder. Journal of Clinical Psychiatry*, 71(6), 764–774.
- Jacewicz, A. (2009). *Powodzenia i niepowodzenia szkolne (źródła, profilaktyka, terapia)*. Białystok: Niepaństwowa Wyższa Szkoła Pedagogiczna.
- Jachimaska, M. (1994). *Grupa bawi się i pracuje. Zbiór grupowych gier i ćwiczeń psychologicznych*. Wałbrzych: Oficyna Wydawnicza Unus.
- Jacobson, N.S. (1977). Problem solving and contingency contracting in the treatment of marital discord. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 45, 92–100.
- Jacobson, N.S. (1992). Behavioral couples therapy. A new beginning. *Behavior Therapy*, 23, 493–506.
- Jacobson, N.S., Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy. Promoting acceptance and change*. New York: W.W. Norton.
- Jacobson, N.S., Margolin, G. (1979). *Marital therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Jagodzińska, M. (2003). *Rozwój pamięci w dzieciństwie*. Gdańsk: GWP.
- Jagodzińska, M. (2008). *Psychologia pamięci. Badania, teorie, zastosowania*. Gliwice: Wydawnictwo Helion.
- Jakubowska-Winecka, A. (2007a). Zespół wypalenia zawodowego. W: A. Jakubowska-Winecka, D. Włodarczyk (red.), *Psychologia w praktyce medycznej* (s. 167–178). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL
- Jakubowska-Winecka, A. (2007b). Zasady prowadzenia rozmowy z pacjentem. W: A. Jakubowska-Winecka, D. Włodarczyk (red.), *Psychologia w praktyce medycznej* (s. 179–191). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- Jakubowska-Winecka, A., Włodarczyk, D. (2007). Psychologiczne aspekty choroby i chorowania. W: W: A. Jakubowska-Winecka, D. Włodarczyk (red.), *Psychologia w praktyce medycznej* (s. 94–125). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Jakubowska-Winecka, A., Włodarczyk, D. (red.). (2007). *Psychologia w praktyce medycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- James, R.K., Gilliland, B.E. (2003). *Theories and strategies in counseling and psychotherapy*. Boston: Pearson Education, Inc.
- Janowski, K. (2012). Skłonność do martwienia się u osób w podeszłym wieku. W: S. Steuden, M. Stanowska, K. Janowski (red.), *Starzenie się z godnością* (s. 231–240). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Janz, N.K., Wren, P.A., Lichter, P.R., Musch, D.C. Gillespie, B.W., Guire, K.E. (2001). Quality of life in newly diagnosed glaucoma patients. the collaborative initial glaucoma treatment study. *Ophthalmology*, 108, 887–897.
- Jaracz, M., Tomaszewska, M., Szwed, K. (2011). Niefarmakologiczne metody leczenia MCI. W: A. Borkowska (red.), *Pamięć i jej zaburzenia w MCI* (s. 73–86). Warszawa: Medical Education.
- Jarema, M. (2010). *Leksykon schizofrenii*. Poznań: Termedia Wydawnictwo Medyczne.
- Jaros, M. (red.). (2008). *Vade Mecum. Program szkolenia dla specjalistów pracujących z młodymi osobami niepełnosprawnymi ruchowo*. Warszawa: Fundacja Universitatis Varsoviensis.
- Jastrząb, J. (1995). Niepowodzenia szkolne – problem szkoły czy ucznia? *Wychowanie na co dzień*, 7–9 (22–24), wkładka metodyczna I–VI.
- Jellinek, E.M. (1946). Phases in the drinking history of alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 7, 1–88.
- Jelonkiewicz, I. (2012). *Stres a zdrowie młodzieży. Studia empiryczne i propozycje działań profilaktycznych*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Jeste, D., Alexoupoulos, G., Bartels, S., Cummings, J., Gallo, J., Gottlieb (1998). Depression and depressive symptoms in old age. W: I. Nordhous, G. VandenBos, P. Fromholt (red), *Clinical geropsychology* (s. 211–217). Washington, DC: APA.
- Johnson, S.M., Denton, W. (2002). Emotionally focused couple therapy. Creating secure connections. W: A.S. Gurman, N.S. Jacobson (red.)

- Clinical handbook of couple therapy* (s. 221–250). New York: Guilford Press.
- Johnson, S.M., Whiffen, V.E. (2003). *Attachment processes in couple and family therapy*. New York. Guilford Press.
- Jong-Gierveld, J. de (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 119–128.
- Jong-Gierveld, J. de (1998). A review of loneliness. Concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8(1), 73–80.
- Jung, C.G. (1993). *Wspomnienia, sny, myśli*. Przeł. R. Reszke, L. Kołakowski. Warszawa: Wydawnictwo Wrota-Wydawnictwo KR.
- Kalb, R.C. (2008). *Stwardnienie rozsiane. Przewodnik dla rodzin*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego.
- Kałużna-Wielobób, A. (2010). *Marzenia kobiet w wieku średnim*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Kanafa-Chmielewska, D. (2012). Umacnianie (Empowerment) – pojęcie i istota. *Współczesne Zarządzanie*, 1, 130–140.
- Kargulowa, A. (2005). *O teorii i praktyce poradnictwa*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kargulowa, A. (2007). *O teorii i praktyce poradnictwa. Odmiany poradoznawczego dyskursu*. Podręcznik akademicki. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kastenbaum, R. (1975). Time, death and ritual in old age. W: J.T. Fraser, N. Lawrence (red.), *The study of the time* (s. 20–38). New York: Springer-Verlag.
- Kaźmierczak, M., Płopa, M. (2008). *Kwestionariusz komunikacji małżeńskiej*. Warszawa: Vizja Press.
- Kendall, P.C., Choudhury, M., Hudson, J., Weeb, A. (2013a). *Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń lękowych u młodzieży – podręcznik terapii*. Przeł. A. Ćwiklińska-Zaborowicz, J. Flassilier-Popławska, M. Kiełtyka-Czech. Sopot: GWP.
- Kendall, P.C., Choudhury, M., Hudson, J., Weeb, A. (2013b). *Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń lękowych u młodzieży – zeszyt ćwiczeń*. Przeł. A. Ćwiklińska-Zaborowicz, J. Flassilier-Popławska, M. Kiełtyka-Czech. Sopot: GWP.

- Kerr, N. (1977). Understanding the process of adjustment to disability. W: J. Stubbins (red.), *Social and psychological aspects of disability* (s. 317–324). Baltimore: University Park Press.
- Kissane, D.W., Clarke, D.M., Street, A.F. (2001). Demoralisation syndrome. A relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of Palliative Care*, 17, 12–21.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. (1997). *Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Warszawa–Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius.
- Klaus, M. (2010). *Spadochron. Kurs dla osób planujących karierę, szukających pracy i zmieniających zawód*. Warszawa: Fundacja Inicjatyw Społeczno-Ekonomicznych.
- Kleiber, M. (2008). MEMORIAŁ Komitetu Prognoz „Polska 2000 Plus” przy Prezydium PAN dla najwyższych władz Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie programu działań na rzecz poprawy sytuacji ludzi w starszym wieku. Warszawa: PAN.
- Kluczyńska, S. (2011). Pomoc w sytuacjach kryzysowych. W: B. Weigl (red.), *Psychologia rozwoju i podstawy pomagania. Teoria – ćwiczenia – praktyka* (s. 146–160). Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Kłoszewska, I. (2007). Rola opiekuna chorych z otępieniem. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2, 105–109.
- Kobak, R.R., Cole, H.E., Ferenz-Gilles, R., Fleming, W.S., Gamble, W. (1993). Attachment and emotion, regulation during mother–teen problem-solving. A control theory analysis. *Child Development*, 64, 231–245.
- Kobak, R.R., Hazan, C. (1991). Attachment in marriage. Effects of security and accuracy of working models. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 861–869.
- Koenig, H. (1994). *Aging and God. Spirituals pathways to mental health in middle and later life*. Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Koenig, H. (2000). Religion, well-being and health in the elderly. The scientific evidence for an association. W: J. Thorsen (red.), *Perspectives in spiritual well-being and aging* (s. 84–97). Springfield, IL: C.T. Thomas.
- Kofta, M., Doliński, D. (2000). Poznawcze podejście do osobowości. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 2: *Psychologia*

- ogólna* (s. 561–600). Gdańsk: GWP.
- Kołąkowski, A., Pisula, A. (2009). *Sposób na trudne dziecko. Przyjazna terapia behawioralna*. Sopot: GWP.
- Konopnicki, J. (1966). *Powodzenia i niepowodzenia szkolne*. Warszawa: PZWS.
- Konwencja o prawach dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. (1991). Dz.U. Nr 120, poz. 526.
- Kossewska, J. (2003). Społeczeństwo wobec osób niepełnosprawnych – postawy i ich determinanty. *Annales Academiae Paedagogicae Cracoviensis*, 14. *Studia Psychologica*, 1, 1–11, www.ipsir.uw.edu.pl (dostęp: 10.10.2013).
- Koszevska, I., Habrat-Pragłowska, E. (2011). *O depresji, o manii, o nawracających zaburzeniach nastroju*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kościelska, M. (2000). Psychologia kliniczna dziecka. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 3: *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (s. 623–648). Gdańsk: GWP.
- Kowalik, S. (2000). Psychologiczne podstawy niepełnosprawności i rehabilitacji. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 3: *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (s. 797–820). Gdańsk: GWP.
- Kowalik, S. (2007). *Psychologia rehabilitacji*. Warszawa: WaiP.
- Kozieł, B. (2011). *Spostrzeganie niepowodzeń szkolnych przez nauczycieli, uczniów i ich rodziców*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Kratochvil, S. (2006). *Terapia małżeńska*. Przeł.: Biuro tłumaczeń ITAMAR. Gdańsk: Via Medica.
- Krieglewicz, O. (2005). Inteligencja emocjonalna partnerów a zadowolenie ze związku i strategie rozwiązywania konfliktów w małżeństwie. *Przegląd Psychologiczny*, 48(4), 431–542.
- Krogulski, S., Lipińska-Szałek, A. (2004). Depresje menopauzalne – nietypowy obraz kliniczny, leczenie. *Przegląd Menopauzalny*, 3, 31–38.
- Kröninger-Jungaberle, H., Grevenstein, D. (2013). Development of salutogenetic factors in mental health – Antonovsky’s sense of coherence and Bandura’s self-efficacy related to Derogatis’ symptom

check list (SCL-90-R). *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(80), 1–9.

- Król-Kuczkowska, A. (2008). Teoria przywiązania jako sposób rozumienia wewnętrznego świata pacjenta. W: B. Józefik, G. Iniewicz (red.), *Koncepcja przywiązania od teorii do praktyki klinicznej* (s. 75–89). Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Krueger, D.W. (1984). Psychological rehabilitation of physical trauma and disability. W: D.W. Krueger (red.), *Rehabilitation psychology* (s. 3–14). Rockville: An Aspen Publication.
- Kruk-Zagajewska, A., Kuśnierkiewicz, M., Szmeja, Z., Golusiński, W. (1997). Postawy rodziny wobec chorych onkologicznie. *Psychoonkologia*, 1, 47–50.
- Krupka-Matuszczyk, I. (1998a). Wybrane zmienne socjodemograficzne we wczesnej schizofrenii: 23-letnia katamneza. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 7(3), 333–338.
- Krupka-Matuszczyk, I. (1998b). Wczesna schizofrenia a późniejsza aktywność zawodowa: 23-letnia katamneza. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 7(3), 339–343.
- Krzymiński, S. (red.). (1993). *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Krzymiński, S., Krzymińska, E. (1993). Zaburzenia psychotyczne organiczne. W: S. Krzymiński (red.), *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego* (s. 105–209). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kubacka-Jasiecka, D. (2005). Kryzys emocjonalny i interwencja kryzysowa – spojrzenie z perspektywy zagrożenia Ja i poczucia tożsamości. W: D. Kubacka-Jasiecka, T.M. Ostrowski (red.), *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby* (s. 57–86). Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Kubacka-Jasiecka, D. (2008). Interwencja kryzysowa z perspektywy psychosocjokulturowego paradygmatu kryzysu. W: D. Kubacka-Jasiecka i K. Mudyń (red.), *Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna. Nowe ujęcia i możliwości* (s. 146–175). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Kubacka-Jasiecka, D. (2010a). *Kryzysy zdrowia a możliwości zmagania się z cierpieniem choroby somatycznej. Sztuka leczenia. Sztuka Leczenia*,

- 20(1–2), 21–41, www.sztukaleczenia.pl/?ctr=run&pid=article&docid=300&noReload=1 (dostęp: 12.07.2014).
- Kubacka-Jasiecka, D. (2010b). Rozważania i głosy w dyskusji. Psycholog wobec choroby somatycznej – rok 2009. *Sztuka Leczenia*, 20(1–2), 101–140, www.sztukaleczenia.pl/?pid=article&docid=306 (dostęp: 12.07.2014).
- Kubiak-Fortecka, A., Wilczyński, J. (2009). Ciąża i poród u kobiet w wieku dojrzałym. *Przegląd Menopauzalny*, 13, 67–71.
- Kübler-Ross, E. (1979). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Przeł. I. Doleżał-Nowicka. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
- Kübler-Ross, E. (2008). *Śmierć. Ostatni etap rozwoju*. Przeł. K. Sobiepanek-Szczęsna. Warszawa: Laurum.
- Kulik, A. (2005). Rozwój psychiczny dziecka. W: T. Wolańczyk, J. Komender (red.), *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci* (s. 15–38). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kuntz, H. (2009). *Narkotyki i uzależnienia. Wszystko o czym należy wiedzieć*. Przeł. P. Wieczorek. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia.
- Kupisiewicz, C. (1996). *Podstawy dydaktyki ogólnej*. Warszawa: Polska Oficyna Wydawnicza BGW.
- Lachowska, B. (2008). Człowiek dorosły wobec wymagań związanych z funkcjonowaniem w różnych sferach życia: zawodowej i rodzinnej. *Psychologia Rozwojowa*, 13(1), 101–114.
- Lalak, D., Pilch, T. (red.). (1999). *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Lang, F.R., Carstensen, L.L. (1994). Close emotional relationship in late life. Further support for proactive aging in the social domain. *Psychology and Aging*, 9(2), 315–324.
- Langer, N. (1999). Changing youngster's perceptions of aging. Aging education role. *Educational Gerontology*, 25, 549–554.
- Larkowa, H. (1987). *Człowiek niepełnosprawny. Problemy psychologiczne*. Warszawa: PWN.
- Laswell, M., Lobsenz, N.M. (1973). *No-fault marriage*. Garden City: Doubleday.

- Lawrence, A.R., Schiller Schigelone, A.R. (2002). Reciprocity beyond dyadic relationships. Aging related communal coping. *Research on Aging*, 24(6), 648–704.
- Lazarus, R.S. (1986). Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Nowiny Psychologiczne*, 3–4, 2–40.
- Lazarus, R.S., Lazarus, B.N. (2006). *Coping with aging*. Oxford: Oxford University Press.
- Leahy, R.L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Leahy, R.L. (2008). *Techniki terapii poznawczej*. Przeł. M. Cierpisz. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Lehtinen, V. (2008). *Building up good mental health*. Jyväskylä: Stakes Gummerus Printing.
- Leigh, I.W., Powers, L., Vash, C., Nettles, R. (2004). Survey of psychological services to clients with disabilities. The need for awareness. *Rehabilitation Psychology*, 49(1), 48–54.
- Lewis, C.N. (1971). Reminiscing and self-concept in old age. *Journal of Gerontology*, 26(2), 240–243.
- Lew-Starowicz, Z., Szymańska, M. (2010). Zaburzenia seksualne i problemy osobiste kobiet powyżej 45. roku życia. *Przegląd Menopauzalny*, 6, 381–384.
- Liberman, R.P. (1975). *Behavioral principles in family and couple therapy*. W: A.S. Gurman, D.C. Rice (red.), *Couples in conflict*. (s. 34–49). New York: Jason Aronson.
- Liberska, H. (2003). Realizacja zadań rozwojowych dorosłości a rozwój indywidualny. W: B. Harwas-Napierała (red.), *Rodzina a rozwój człowieka dorosłego* (s. 63–99). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Liberska, H. (2011). Teorie rozwoju psychicznego. W: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (s. 71–126). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Liebermann, M.A., Tobin, S.S. (1983). *The experience of old age: Stress, coping, and survival*. New York: Basic Books.
- Lowenstein, L., Sprunk, T.P. (2010). *Creative Family Therapy techniques: Play and Art-Based Activities to Assess and Treat Families*. www.lianalowenstein.com (dostęp: 27.12.2014).

- Luthar, S.S., Cicchetti, D., Becker, B. (2000). The Construct of resilience. A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562.
- Łepecka-Klusek, C., Pilewska-Kozak, A.B., Jakiel, G. (2012). Niepłodność w świetle definicji choroby podanej przez WHO. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2, 163–166.
- Łuba, M. (2014). Wszystko jest komunikacją. *Głos Pedagogiczny*, 56, 54–56.
- Łuszczynska, A. (2004). *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?* Gdańsk: GWP.
- Main, M., Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized disoriented attachment pattern. W: T.B. Brazelton., M.W. Yogman (red.), *Affective development in infancy* (s. 95–124). New York: Ablex, Norwood.
- Makara-Studzińska, M. (2000). *Zaburzenia nerwicowe a relacje małżeńskie*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Marcia, J. (1980). Identity in adolescence. W: J. Adelson (red.), *Handbook of adolescent psychology* (s. 109–137). New York: Wiley.
- Marcinek, P. (2007). Funkcjonowanie intelektualne a subiektywna jakość życia u osób w wieku emerytalnym. *Gerontologia Polska*, 3, 76–81.
- Marczuk, M. (2006). Podłoże, kształtowanie i narodziny Lubelskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku. W: S. Steuden, M. Marczuk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia* (s. 327–339). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Margalit, M. (2004). Loneliness and developmental disabilities. Cognitive and affective processing perspectives. W: H.N. Switzky (red.), *Personality and motivational systems in mental retardation* (s. 226–255). Amsterdam: Elsevier.
- Margolin, G., Wampold, B.W. (1981). Sequential analysis of conflict and accord in distressed and nondistressed marital partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 554–567.
- Markmann, H.J., Stanley, S., Blumberg, S.L. (1994). *Fighting for your marriage*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Marks, N.F, Lambert, J.D. (1998). Marital status continuity and change among young and midlife adults. *Journal of Family Issues*, 19(6), 652–686.

- Marszałek, L. (2006). *Niepełnosprawność. Kobiecość. Rodzina*. Warszawa: Wydawnictwo UKSW.
- Martin, R.A. (2002). Humor, laughter and physical health. Methodological issues and research findings. *Psychological Bulletin*, 127(4), 504–519.
- Martin, R.A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Wier, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being. Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37, 48–75.
- Maruszewski, T. (2000). Pamięć autobiograficzna jako podstawa tworzenia doświadczeń indywidualnych. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 2: *Psychologia ogólna* (s. 165–182). Gdańsk: GWP.
- Maruszewski, T. (2005). *Pamięć autobiograficzna*. Gdańsk: GWP.
- Maslach, Ch. (2000). Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej. W: H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny. Mechanizmy. Zapobieganie* (s. 13–31). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 277–238.
- Maultsby, M.C. (2013). *Racjonalna terapia zachowania. Podręcznik terapii poznawczo-behawioralnej*. Przeł. M. Wirga. Żnin: Wydawnictwo Dominika Księskiego Wulkan.
- Mazurkiewicz, P. (1999). Zasady działania na rzecz osób starszych 1991. W: *Raport o rozwoju społecznym Polska 1999. Ku godnej, aktywnej starości* (s. 109). Warszawa: CASE.
- McAdams, D.P. (2001). Generativity in midlife. W: M.E. Lachman (red.), *Handbook of midlife development* (s. 395–443). New York: Wiley.
- McCrae, R.R., Costa, P.T. (2005). *Osobowość dorosłego człowieka. Perspektywa teorii pięcioczynnikowej*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- McGoldrick, M., Gerson, R., Shellenberger, S. (2007). *Genogramy? Rozpoznanie i interwencja*. Przeł. M. Hartman. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- McGorry, P.D. (1995). Psychoeducation in first-episode psychosis. A therapeutic process. *Psychiatry*, 58, 313–328.
- McKay, J., Hirano, N. (2002). *Chemioterapia, radioterapia. Dlaczego pomagają? Jak radzić sobie ze skutkami ubocznymi? Na czym polega przeszczep szpiku kostnego?* Gdańsk: GWP.

- Meder, J., Sawicka, M. (red.). (2006). *Psychoterapia schizofrenii*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.
- Mędraś, M. (2002). Andropauza i menopauza – dwie strony tego samego problemu. *Przegląd Menopauzalny*, 4, 54–58.
- Mikulincer, M. (1998). Attachment working models and the sense of trust. An exploration of interaction goals and affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1209–1224.
- Mikulincer, M., Shaver, P.R. (2007). *Attachment in adulthood. Structure, dynamics and change*. New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M., Nachson, O. (1991). Attachment styles and patterns of self-disclosure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 321–331.
- Miller, A.L., Rathus, J.H., Linehan, M.M. (2011). *Dialektyczna terapia behawioralna nastolatków z tendencjami samobójczymi*. Przeł. M. Kapera. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Miller, D.A. (1981). The „sandwich” generation. Adult children of the aging. *Social Work*, 26, 419–423.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2010). *Wywiad motywujący. Jak przygotować ludzi do zmiany*. Przeł. A. Pokojska. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Milner, J., O’Byrne, P. (2007). *Poradnictwo krótkoterminowe. Narracje i rozwiązania*. Przeł. M. Trojański. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Minuchin, S., Fishman, H.C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Miś, L. (2000). Ery i fazy rozwoju w życiu człowieka dorosłego w ujęciu Daniela J. Levinsona. W: P. Socha (red.), *Duchowy rozwój człowieka* (s. 45–60). Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Morawska, E., Morawski, J. (2009). *Praktyk Zastępowania Agresji. Amity ART. Przewodnik metodyczny*. Warszawa: Instytut „Amity”.
- Motyka, M. (2002). *Psychoterapia elementarna w opiece ogólnomedycznej*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Murgatroyd, S.J. (2000). *Poradnictwo i pomoc*. Przeł. E. Turlejska. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Muszyńska, E. (1991). Ogólne problemy wychowania w rodzinie dzieci niepełnosprawnych. W: I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie* (s. 103–149). Warszawa: WSiP.

- Namysłowska, I. (2000). *Terapia rodzin*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Namysłowska, I., Bronowska, Z. (2001). Pierwszy epizod schizofrenii w okresie adolescencji. W: M. Jarema (red.), *Pierwszy epizod schizofrenii* (s. 157–177). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Nasiłowska-Barud, A. (2003). Choroba jako kryzys psychologiczny. W: D. Kubacka-Jasiecka, K. Mudyń (red.), *Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna. Nowe ujęcia i możliwości* (s. 17–27). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Neidig, P., Friedman, D. (1984). *Spouse abuse. A treatment program for couples*. Champaign, IL: Research Press.
- Neugarten, B.L., Havighurst, R.J., Tobin, S.S. (1968). Personality and patterns of aging. W: B.L. Neugarten (red.), *Middle age and aging. A reader in social psychology* (s. 173–177). Chicago: University of Chicago Press.
- Newman, B.M., Newman, Ph.R. (1984). *Developmental through life. A psychosocial approach*. Homewood, IL: Dorsey Press.
- Nichols, M.P. (1995). *The lost art of listening. How learning to listen can improve your relationships*. New York: Guilford Press.
- Nolen-Hoeksema, S., Arens, C. (2002). Age differences and similarities in correlates of depressive symptoms. *Psychology and Aging*, 17(1), 116–124.
- Northey, W.F. (2002). Characteristics and clinical practices of marriage and family therapists. A national survey. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 497–494.
- Obuchowska, I. (1997). Diagnoza psychologiczna w poradniach psychologiczno-pedagogicznych. *Problemy Poradnictwa Psychologiczno-Pedagogicznego*, 2, 5–15.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). *Osobowość stres a zdrowie*. Warszawa: Difin.
- Okła, W. (2009). Pomoc psychologiczna w sytuacji utraty. W: S. Steuden, S. Tucholska (red.), *Psychologiczne aspekty doświadczania żałoby* (s. 197–205). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Okła, W. (2013). *Poradnictwo terapeutyczne*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Okun, B.F. (2002). *Skuteczna pomoc psychologiczna*. Przeł. J. Suchecki. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.

- Olejniak, M. (2002). *Średnia dorosłość. Wiek średni*. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (wyd. 3, t. 2, s. 234–262). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Oleszkowicz, A., Senejko, A. (2013). *Psychologia dorastania. Zmiany rozwojowe w dobie globalizacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Oleś, P.K. (2000). *Psychologia przełomu połowy życia*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Oleś, P.K. (2012). *Psychologia człowieka dorosłego. Ciągłość – zmiana – integracja*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Oleś, P.K., Baranowska, M. (2003). Przełom połowy życia u kobiet. W: J. Meder (red.), *Problemy zdrowia psychicznego kobiet* (s. 151–160). Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP.
- Oleś, P.K., Steuden, S., Toczowski, J. (red.). (2002). *Jak świata mniej widzę. Zaburzenia widzenia a jakość życia*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- One są wśród nas*. (2010). Seria publikacji Ośrodka Rozwoju Edukacji. Warszawa: ORE.
- Orzechowski, J., Śmieja, M. (red.). (2008). *Inteligencja emocjonalna. Fakty, mity, kontrowersje*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ostrowska, A. (2006). Seksualność osób niepełnosprawnych. W: A. Ostrowska (red.), *O seksualności osób niepełnosprawnych* (s. 11–24). Warszawa: Instytut Rozwoju Służb Społecznych.
- Ouwehand, C., Ridder, D.T.D. de, Bensing, J.M. (2007). A review of successful aging models. Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 873–884.
- Padesky, Ch.A., Greenberger, D. (2004). *Umysł ponad nastrojem – podręcznik terapeutyczny*. Przeł. M. Słota. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Papalia, D.E., Sterns, H.L., Feldman, R.D., Camp, C.J. (2007). *Adult development and aging* (wyd. 3). New York: Palgrave Macmillan.
- Pargament, K.L. (1997). *The psychology of religion and coping. Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K.L., Brandt, C.R. (1998). Religion and coping. W: H. Koenig (red.), *Handbook of religion and mental health* (s. 111–128). New York: Academic Press.

- Pargament, K.L., Smith, B.W., Koenig, H.G., Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 710–724.
- Paul, C., Ayis, A., Ebrahim, S. (2006). Psychological distress, loneliness and disability in old age. *Psychology, Health and Medicine*, 11(2), 221–232.
- Paul-Cavallier, F.J. (2001). *Wizualizacja. Od obrazu do działania*. Przeł. A. Suchańska. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
- Pawliczuk, W. (2011). *Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych*. Niepublikowana rozprawa doktorska. Warszawa: Warszawski Uniwersytet Medyczny.
- Permoda-Osip, A., Borkowska, A., Rybakowski, J. (2009). Deficyt funkcji wykonawczych u potomstwa pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 4(3–4), 145–149.
- Phillips, E.L. (1977). *Counseling and psychotherapy. A behavioral approach*. New York: John Wiley & Sons.
- Piaget, J. (1964). Development and learning. W: M. Gauvain, M. Cole (red.), *Readings of development of children* (wyd. 2, s. 19–28). New York: W.H. Freeman and Company.
- Piaget, J. (2006). *Studia z psychologii dziecka*. Przeł. T. Kołakowska. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Piaget, J. (2012). *Jak sobie dziecko wyobraża świat* (wyd. 2). Przeł. M. Gawlik. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pietrasiński, Z. (1990). *Rozwój człowieka dorosłego*. Warszawa: WP.
- Pietrzyk, A. (2006). *Ta choroba w rodzinie. Psycholog o raku*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Pilch, T. (red.). (2003). *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. T. 1: (A–F). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Pilecka, W. (1998). Pedagogika osób z trudnościami w uczeniu się. W: W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna* (s. 217–234). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Piotrowska, S., Majchrzycki, M. (2013). Ćwiczenia fizyczne u kobiet po menopauzie. *Przegląd Menopauzalny*, 4, 347–351.
- Plopa, M. (1996). Psychospołeczne determinanty odporności na stres. *Psychologia Wychowawcza*, 4, 301–310.

- Plopa, M. (2003). *Rozwój i znaczenie bliskich więzi w życiu człowieka*. W: B. Wojciszke, M. Plopa (red.), *Osobowość a procesy psychiczne i zachowanie* (s. 49–79). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Plopa, M. (2005a). *Psychologia rodziny. Teoria i badania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Plopa, M. (2005b). *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Płużek, Z. (1997). Kryzysy psychologiczne i rodzaje kryzysów osobowościowych. W: D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* (s. 31–44). Kraków: Wydawnictwo ALL.
- Podjąć wyzwania, szukać rozwiązań. Deklaracja o Ochronie Zdrowia Psychicznego dla Europy. Plan Działań na rzecz Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Europy* (2005), www.ipin.edu.pl/wordpress/wp-content/helsinki_dokumenty (dostęp: 12.12.2013).
- Popiel, A., Pragłowska, E. (2008). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat.
- Pretzer, J., Epstein, N., Fleming, B. (1991). Marital Attitude Survey. A measure of dysfunctional attributions and expectancies. *Journal of Cognitive Therapy: An International Quarterly*, 5, 131–148.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. (2006). *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*. Warszawa: IPZ.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C., Diclemente, C.C. (2008). *Zmiana na dobre*. Warszawa: Instytut „Amity”.
- Przetacznik-Gierowska M. (1996). Periodyzacja rozwoju psychicznego. W: M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Zagadnienia ogólne* (t. 1, s. 222–239). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Przetacznik-Gierowska, M., Tyszkowa, M. (2001). *Psychologia rozwoju człowieka. Zagadnienia ogólne* (t. 1, wyd. 2). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Puig, O., Penades, R., Baeza, I., Sanchez-Gistau, V., De la Serna, E., Fonrodona, L., Andres-Perpina, S., Bernardo, M., Castro-Fernieles, J. (2012). Processing speed and executive functions predict real-world everyday living skills in adolescents with early-onset schizophrenia. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 21(6), 315–26.

- Pużyński, S., Wciórka, J. (1998). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Quigley H.A., Broman A.T. (2006). The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020. *The British Journal of Ophthalmology*, 90(3), 262–267.
- Rajewska, J. (2010). Zaburzenia psychotyczne przyczyną rozpadu rodziny. W: J. Heitzman (red.), *Psychoedukacja w praktyce lekarza psychiatrii* (s. 49–59). Poznań: Termedia Wydawnictwo Medyczne.
- Ranzijn, R. (2002). Towards a positive psychology of ageing. Potentials and barriers. *Australian Psychologist*, 37(2), 79–85.
- Reichenberg, A. (2010). The assesment of neuropsychological functioning in schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(3), 383–392.
- Remberk, B., Namysłowska, I., Rybakowski, F. (2012). Cognitive impairment and formal thought disorders in parents of early-onset schizophrenia patients. *Neuropsychobiology*, 65(4), 206–215.
- Rembowski, J. (1986). Rodzina jako system powiązań. W: M. Ziemska (red.), *Rodzina i dziecko* (s. 127–142). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Roberts, A.R. (2005). Bridging the past and present to the future of crisis intervention and crisis management. W: A.R. Roberts (red.), *Crisis intervention handbook* (s. 3–34). New York: Oxford University Press.
- Rogers, C.R. (2002). *Sposób bycia*. Przeł. M. Karpiński. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
- Roisman, G.I., Masten, A.S., Coatsworth, J.D., Tellegen, A. (2004). Salient and emerging developmental tasks in the transition to adulthood. *Child Development*, 75(1), 123–133.
- Rokach, A. (1988). The experience of loneliness: A tri-level Model. *Journal of Psychology*, 122, 531–544.
- Rollnick, S., Miller, W.R., Butler, C.C. (2010). *Wywiad motywujący w opiece zdrowotnej. Jak pomóc pacjentom w zmianie złych nawyków i ryzykownych zachowań*. Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica”.
- Rostowska, T. (2008). *Małżeństwo, rodzina, praca a jakość życia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

- Rostowska, T., Rostowski, J. (2002). Miłość jako wyznacznik jakości małżeńskiej. W: T. Rostowska, J. Rostowski (red.), *Rodzina – rozwój – praca. Wybrane zagadnienia* (s. 9–22). Łódź: WSI.
- Rostowski, J. (1986). *Poziom podobieństwa cech osobowości partnerów jako uwarunkowanie dobranego związku małżeńskiego*. Gdańsk: UG.
- Rostowski, J. (1987). *Zarys psychologii małżeństwa*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Rothermund, K., Brandtstädter, J. (2003). Coping with deficits and losses in later life. From compensatory action to accommodation. *Psychology and Aging, 18*, 896–205.
- Rovner, B., Casten, R., Hegel, M., Massof, R., Leiby, B., Tasman, W. (2011). Improving function in Age-Related Macular Degeneration. Design and methods of a randomized clinical trial. *Contemporary Clinical Trials, 32*(2), 196–203.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (2013). Dz.U. Nr 0, poz. 199.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (2013). Dz.U. Nr 0, poz. 532.
- Różańska-Kowal, J. (2002). Psychologiczne uwarunkowania zgodnego pożycia małżeńskiego. *Problemy Rodziny, 1*, 25–30.
- Ruby, J.R., Ruby, N.C. (2009). Improvisational acting exercises and their potential use in family counseling. *Journal of Creativity in Mental Health, 4*, 152–160.
- Rutter, M. (1978). Early sources of security and competence. W: J.S. Bruner, A. Garton. (red.), *Human growth and development* (s. 33–61). London: Oxford University Press.
- Rybakowski, J.K., Borkowska, A. (2002). Eye movement and neuropsychological studies in first-degree relatives of schizophrenic patients. *Schizophrenia Research, 54*, 105–110.
- Rychlik, B. (2002). *Program profilaktyki antystresowej. Praktyczny przewodnik*. Muszyna: Instytut Zdrowia Człowieka.

- Ryff, C.D., Seltzer, M.M. (red.). (1996). *The parental experience in midlife*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ryff, C.D., Schmutte, P.S., Lee, Y.H. (1996). How children turn out. Implications for parental self-evaluation. W: C.D. Ryff, M.M. Seltzer (red.), *The parental experience in midlife* (s. 383–422). Chicago: University of Chicago Press.
- Rylke, H., Węgrzynowska, J., Milczarek, A. (1997). *Wychowanie przeciw przemocy. Aktywna Edukacja*. Warszawa: Fundacja Bene Vobis.
- Ryś, M. (1994). Jakość i trwałość małżeństwa. Propozycja skali. *Problemy Rodziny*, 4, 19–24.
- Ryś, M. (1997). *Ku dojrzałości osobowej w małżeństwie. Rozwijanie dojrzałej osobowości*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.
- Ryś, M. (1998). *Konflikty w rodzinie*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.
- Ryś, M. (1999). *Psychologia małżeństwa w zarysie*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.
- Ryś, M. (2000). Uwarunkowania konfliktów i kryzysów w małżeństwie i rodzinie. Przyczyny, przebieg, skutki i sposoby rozwiązania. W: E. Milewska, A. Szymanowska (red.), *Rodzice i dzieci. Psychologiczny obraz sytuacji problemowych* (s. 22–45). Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.
- Ryś, M. (2004). Jakość związku małżeńskiego a poziom bliskości małżonków i sposoby rozwiązywania przez nich konfliktów. *Studia Psychologica UKSW*, 5, 57–67.
- Sacks, O. (1996). *Mężczyzna, który pomylił swoją żonę z kapeluszem*. Przeł. B. Lindenberg. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Sadowska, M., Steuden, S. (2009a). Brzemie rodzinne a syndrom wyczerpania sił u rodziców osób chorych psychicznie. W: K. Janowski, J. Gierus (red.), *Człowiek chory. Aspekty biopsychospołeczne* (t. 1, s. 170–183). Lublin: BEST PRINT.
- Sadowska, M., Steuden, S. (2009b). Korelaty syndromu wyczerpania sił u rodziców osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego. W: K. Janowski, J. Gierus (red.), *Człowiek chory. Aspekty biopsychospołeczne* (t. 1, s. 184–199). Lublin: BEST PRINT.

- Scarr, S., McCartney, K. (1983). How people make their own environments. A theory of genotype environments effects. *Child Development*, 54, 424–435.
- Schachter, E.P. (2005). Erikson meets the postmodern. Can classic Identity Theory rise to the challenge? *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 5(2), 137–160.
- Schaffer, H.R. (2006). *Rozwój społeczny. Dzieciństwo i młodość*. Przeł. M. Białecka-Pikul, K. Sikora. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Schaffer, H.R. (2008). *Psychologia dziecka*. Przeł. A. Wojciechowski. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Schaffer, H.R. (2010). *Psychologia rozwojowa. Podstawowe pojęcia*. Przeł. R. Andruszko. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Schlesinger, S.E., Epstein, N. (1986). Cognitive-behavioral techniques in marital therapy. W: P.A. Keller, L.G. Ritt (red.), *Innovation in clinical practice. A source book* (s. 137–154). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Schore, A.N. (2000). Attachment and regulation of the right brain. *Attachment and Human Development*, 2, 23–47.
- Schore, A.N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7–66.
- Schwartz, S.J., Beyers, W., Luyckx, K., Soenens, B., Zamboanga, B.L., Forthun, L.F., Hardy, S.A., Vazsonyi, A.T., Ham, L.S., Kim, S.Y., Whitbourne, S.K., Waterman, A.S. (2011). Examining the light and dark sides of emerging adults' identity. A study of identity status differences in positive and negative psychosocial functioning. *Journal Youth Adolescence*, 40, 839–859.
- Schwebel, A.I., Fine, M.A. (1992). Cognitive-behavioral family therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 3, 73–91.
- Seeman, M.V. (2004). Kobieta z rozpoznaniem schizofrenii w roli matki. *Psychiatria po Dyplomie*, 1(3), 8–12.
- Seiffge-Krenke, I., Gelhaar, T. (2008). Does successful attainment of developmental tasks lead to happiness and success in later developmental tasks? A test of Havighurst's (1948) theses. *Journal of Adolescence*, 31, 33–52.

- Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The consumer reports study. *American Psychologist*, 50, 965–974.
- Seligman, M.E.P. (2005). *Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*. Przeł. A. Jankowski. Poznań: Media Rodzina.
- Seligman, M.E.P., Walker, E.F., Rosenhan, E.F. (2003). *Psychopatologia*. Przeł. J. Gilewicz, A. Wojciechowski. Poznań: Wydawnictwo Zysk i Ska.
- Senchak, M., Leonard, K.E. (1992). Attachment styles and marital adjustment among newlywed couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 9, 51–64.
- Sęk, H. (1990). Kryzys wieku średniego a funkcjonowanie w społecznych rolach rodzinnych. W: M. Tyszkowa (red.), *Rodzina a rozwój jednostki* (s. 89–112). Poznań: CPBP.
- Sęk, H. (2000a). Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego w modelu społecznej psychologii poznawczej. W: H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny. Mechanizmy. Zapobieganie* (s. 83–112). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk, H. (2000b). Wypalenie zawodowe u nauczycieli. Uwarunkowania i możliwości zapobiegania. W: H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny. Mechanizmy. Zapobieganie* (s. 149–167). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk, H. (2001). *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Sęk, H. (2005). Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu. W: D. Kubacka-Jasiecka, T.M. Ostrowski (red.), *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby* (s. 87–107). Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Sęk, H. (2007). Czynniki ryzyka rozwoju psychoseksualnego. Ryzyko wynikające z zadań rozwojowych i wydarzeń życiowych w sferze psychoseksualnej. W: M. Beisert (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka* (s. 78–81). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk, H. (2008). Orientacja patogenetyczna i salutogenetyczna w psychologii klinicznej. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (t. 1, s. 39–54). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk, H. (red.). (2005). *Psychologia kliniczna* (t. 1–2). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Sęk, H. (red.). (2008a). *Psychologia kliniczna* (t. 1). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk, H. (red.). (2008b). *Psychologia kliniczna* (t. 2). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sękowska, Z. (1998). *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*. Warszawa: Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.
- Shaffer, D., Garland, A., Gould, M., Fisher, P. (1988). Preventing teenage suicide. A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 675–687.
- Shaver, P.R., Hazan, C., Bradshaw, D. (1988). Love as attachment. The integration of three behavioral systems. W: R.J. Sternberg, M. Barnes (red.), *The psychology of love* (s. 68–99). New Haven: Yale University Press.
- Shek, D.T.L. (1995). A scale for the assessment of midlife crisis in Chinese people. *Psychologia*, 38, 164–173.
- Shepard, L. (2011). Counseling families using principles of re-education. *Reclaiming Children and Youth*, 20(3), 51–54.
- Shmotkin, D., Eyal, N. (2003). Psychological time in later life. Implications for counseling. *Journal of Counseling and Development*, 81, 259–267.
- Sieburg, E. (1985). *Family communication. An integrated systems approach*. New York: Gardner Press.
- Siegel, D.J. (2009). *Rozwój umysłu. Jak stajemy się tym, kim jesteśmy?* Przeł. R. Andruszko. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Sikorska, J. (1996). *Kobiety i ich mężowie. Studium porównawcze*. Warszawa: PAN.
- Sills, Ch., Fish, S., Lapworth, P. (1999). *Pomoc psychologiczna w ujęciu Gestalt*. Przeł. E. Bielawska-Batorowicz. Warszawa: IPZ.
- Sitarczyk, M. (2002). Empatia a zadowolenie z małżeństwa. *Problemy Rodziny*, 3, 28–32.
- Sitskoorn, M., Aleman, A., Ebisch, S.J.H., Appels, M.C.M., Kahn, R.S. (2004). Cognitive deficits in relatives of patients with schizophrenia. A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 71, 285–295.
- Siuta, J. (red.). (2009). *Słownik psychologii*. Kraków: Krakowskie Wydawnictwo Naukowe Spółka Jawna.

- Skałbiana, B. (2009). *Poradnictwo pedagogiczne. Przegląd wybranych zagadnień*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Skinner B.F. (2005). *Science and human behavior*. [http://bfskinner.org/bfskinner/PDFBooksSHB_files/Science and Human Behavior.pdf](http://bfskinner.org/bfskinner/PDFBooksSHB_files/Science_and_Human_Behavior.pdf) (dostęp: 10.11.2013).
- Skoog, I. (2004). Psychiatric epidemiology of old age: The 1470 study – the NAPE Lecture 2003. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 4–18.
- Słowik, P. (2003). Rola psychologicznej interwencji w kryzysie wywołanym przez chorobę somatyczną i hospitalizację. W: D. Kubacka-Jasiecka, K. Mudyń (red.), *Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna. Nowe ujęcia i możliwości* (s. 194–214). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Smith, R.L., Stevens-Smith, P. (1992). *Basic techniques in Marriage and Family Counseling and Therapy*, www.ericdigests.org/1992-1/basic.htm (dostęp: 10.06.2013).
- Snitz, B.E., MacDonald, A.W., Carter, C.S. (2006). Cognitive deficits in unaffected first-degree relatives of schizophrenia patients. A meta-analytic review of putative endophenotypes. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 179–194.
- Sobieszkańska, S., Połać, I., Stetkiewicz, T. (2009). Syndrom Gauguina u kobiet w okresie przejścia menopauzalnego. *Przegląd Menopauzalny*, 6, 324–326.
- Sokoluk, W. (1989). Poradnictwo i formy psychoterapii w poradnictwie małżeńskim oraz rodzinnym. W: M. Kozakiewicz (red.), *Wybrane zagadnienia poradnictwa małżeńskiego i rodzinnego* (s. 39–46). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Sokołowska, E., Zabłocka-Żytka, L. (2013). *Psychologia rozwojowa dla klinicystów*. Warszawa: Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna.
- Sroufe, L.A., Carlson, E.A., Levy, A.K., Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11, 1–13.
- Stach, R. (2006). *Optymizm*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Stallard, P. (2006). *Czujesz tak, jak myślisz. Praktyczne zastosowania terapii poznawczo-behawioralnej w pracy z dziećmi i młodzieżą*. Przeł. H. Kossak-Nowocień. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.

- Star, K.L., Cox, J. (2008). The use of phototherapy in couple and family counseling. *Journal of Creativity in Mental Health*, 3(4), 373–382.
- Starcevic, V., Berle, D., Milicevic, D., Hannan, A., Lamplugh, C., Eslick, G. (2007). Pathological worry, anxiety disorders and the impact of co-occurrence with depressive and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 1016–1027.
- Stawicka, E. (2006). Nadużywanie substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież. *Postępy Nauk Medycznych*, 6, 333–340.
- Steffens, D.C., Morgenlander, J.C. (2000). Wstępna ocena przy podejrzeniu otępienia. Jak zadawać właściwe pytania. *Medycyna po Dyplomie*, 9(8), 28–40.
- Stemplewska-Żakowicz, K. (2009). *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: GWP.
- Sternberg, R.J. (1988). *The triangle of love*. New York: Basic Books.
- Studen, S. (2002). Poczucie jakości życia u pacjentów chorych na jaskrę. W: P. Oleś, S. Studen, J. Toczkołowski (red.), *Jak świata mniej widzę. Zaburzenia widzenia a jakość życia* (s. 121–137). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Studen, S. (2009). Doświadczenie żałoby przez osoby starsze. W: S. Studen, S. Tucholska (red.), *Psychologiczne aspekty doświadczania żałoby* (s. 171–182). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Studen, S. (2011a). Mądrość jako pozytywny aspekt starzenia się. W: S. Studen, M. Stanowska, K. Janowski (red.), *Starzenie się z godnością* (s. 71–82). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Studen, S. (2011b). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Studen, S., Kurtyka-Chałas, J. (2009). Dynamika procesu przeżywania straty związanej ze śmiercią współmałżonka. W: S. Studen, S. Tucholska. (red.), *Psychologiczne aspekty doświadczania żałoby* (s. 123–144). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Studen, S., Marczuk, M. (2006). Wstęp. W: S. Studen, M. Marczuk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia* (s. 9–14). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Studen, S., Okła, W. (2007). Czynniki sprzyjające podnoszeniu jakości życia w sytuacji choroby. W: S. Studen, W. Okła (red.), *Jakość życia w chorobie* (s. 195–208). Lublin: Wydawnictwo KUL.

- Steuden, S., Oleś, P. (2005). Oddziaływania zwiększające poczucie jakości życia pacjentów z zaburzeniami widzenia. W: A. Bańka (red.), *Psychologia jakości życia*, (s. 219–238). Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
- Stormshak, E.A., Dishion, T.J. (2002). An Ecological Approach to Child and Family Clinical and Counseling Psychology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(3), 197–215.
- Stowarzyszenie OPTA (2006). „Zanim Spróbujesz” II. Budowanie i realizowanie programu profilaktycznego w szkołach. Część I.
- Straś-Romanowska, M. (2000). Paradoksy rozwoju człowieka w drugiej połowie życia a psychoprofilaktyka starości. W: B. Kaja (red.), *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekcja* (t. 2, s. 44–55). Bydgoszcz: WSP.
- Straś-Romanowska, M. (2002). Mądrość człowieka starego – nawiązanie do teorii C.G. Junga. W: R. Saciuk (red.), *Psyche w sidłach iluzji. O psychoanalizie* (s. 51–62). Wrocław: Wydawnictwo UWr.
- Straś-Romanowska, M. (2011). Późna dorosłość. W: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (s. 326–350). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Strelau, J. (2000). Temperament. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 2: *Psychologia ogólna* (s. 683–719). Gdańsk: GWP.
- Strelau, J. (2010). *Psychologia różnic indywidualnych* (wyd. 2). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Strelau, J. (red.). (2000). *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 1–3). Gdańsk: GWP.
- Strelau, J., Doliński, D. (2008). Psychologia XXI wieku – wyzwania i zagrożenia. W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2, s. 785–791). Gdańsk: GWP.
- Strelau, J., Doliński, D. (red.). (2008). *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2). Gdańsk, GWP.
- Stroebe, M.S., Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement. Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197–224.
- Stroebe, M.S., Schut, H., Finkenauer, C. (2001). The traumatization of grief. A conceptual framework for understanding the trauma-

- bereavement interface. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38, 185–201.
- Stroebe, M.S., Stroebe, W., Kleber, R., Schut, H., Bout, J. (2000). On classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical Psychology Review*, 20(1), 57–75.
- Stuart, R.B. (1969). Operant-interpersonal treatment for marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 675–682.
- Stuart, R.B. (1980). *Helping couples change*. New York: Guilford Press.
- Stuart-Hamilton, I. (2006). *Psychologia starzenia się*. Przeł. A. Błachnio. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Stuart-Hamilton, I. (2012). *The psychology of ageing. An introduction* (wyd. 5). London– Philadelphia: Jessica Kingsley.
- Studzinski, Z. (2004). Cięża i poród u kobiet po 40 roku życia. *Wiadomości Lekarskie*, 57, 140–144.
- Stukan, J. (2008). *Diagnoza ryzyka samobójstwa*. Opole: Wydawnictwo Prometeusz.
- Stusiński, J., Lew-Starowicz, Z. (2012). Funkcjonowanie seksualne kobiet w średnim wieku – przegląd piśmiennictwa. *Przegląd Menopauzalny*, 2, 87–92.
- Suchocka, L. (2008). *Psychologia bólu*. Warszawa: Difin.
- Sutton, C. (1992). *Jak radzić sobie z trudnymi zachowaniami u dzieci*. Przeł. D. Golec. Warszawa: Fundacja Synapsis.
- Svebak S., Martin R.A., Holmen J. (2004). The prevalence of sense of humor in a large unselected county population in Norway. Relations with age, sex and some health indicators. *Humor: International Journal of Humor Research*, 17(1–2), 121–134.
- Szczepaniak, P., Strelau, J., Wrześniewski, K. (1996). Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem za pomocą polskiej wersji kwestionariusza CISS Endlera i Parkera. *Przegląd Psychologiczny*, 39(1–2), 187–210.
- Szczukiewicz, P. (2005). Pomoc psychologiczna w kryzysie psychicznym – spojrzenie z perspektywy logoterapii. W: D. Kubacka-Jasiecka, K. Mudyń (red.), *Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna* (s. 264–283). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Szymańska, U., Szymanik-Grzelak, H. (2005). Moczenie mimowolne i zanieczyszczanie się. W: T. Wolańczyk, J. Komender (red.),

- Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci* (s. 87–113). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Tabares-Seisdedos, R., Balanza-Martinez, V., Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Salazar-Fraile, J., Selva-Vera, G., Rubio, C., Mata, I., Gómez-Beneyto, M., Vieta, E. (2008). Neurocognitive and clinical predictors of functional outcome in patients with schizophrenia and bipolar disorder at one-year follow-up. *Journal of Affective Disorder*, *109*, 286–299.
- Tadd, W., Bayer, A. (2006). Dignity in health and social care for older Europeans. Implications of a European project. *Aging Health*, *2*(5), 771–779.
- Tamir, L.M. (1982). *Men in their forties. The transition to middle age*. New York: Springer .
- Tan, R.S. (2001). Memory loss a reported symptom of andropause. *Archives of Andrology*, *47*(3), 185–189.
- Tannen, D. (1990). *You just don't understand. Women and men in conversation*. New York: Ballantine Book.
- Terelak, J. (2001). *Psychologia stresu*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.
- Thomas, A., Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner.
- Thomas, A., Chess, S., Birch, H.G. (1970). The origin of personality. *Scientific American*, *223*, 102–109.
- Toczołowski, J., Klonowski, P. (2002). Zaćma, jaskra i choroba zezowa. W: P. Oleś, S. Steuden, J. Toczołowski (red.), *Jak świata mniej widzę. Zaburzenia widzenia a jakość życia* (s. 15–25). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Tokarczyk, E. (1997). Problemy poradnictwa psychologiczno-pedagogicznego w świetle Konwencji o Prawach Dziecka. *Problemy Poradnictwa Psychologiczno-Pedagogicznego*, *1*(6), 55–62.
- Tomaszewska, I. (2000). Psychologiczne aspekty depresji w chorobach nowotworowych. *Psychoonkologia*, *7*, 9–18.
- Tomaszewski, T. (1975). Człowiek i otoczenie. W: T. Tomaszewski (red.), *Psychologia* (s. 13–36) (wyd. 3). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Torges, C.M., Stewart, A.J., Nolen-Hoeksema, S. (2008). Regret resolution, aging, and adapting to loss. *Psychology and Aging*, 23(3), 169–180.
- Tornstam, L. (1989). Gero-transcendence: A reformulation of the disengagement theory. *Aging. Clinical and Experimental Research*, 1, 55–63.
- Tornstam, L. (1996). Gerotranscendence – a theory about maturing in old age. *Journal of Aging and Identity*, 1, 37–50.
- Tornstam, L. (1999a). Gerotranscendence and the functions of reminiscence. *Journal of Aging and Identity*, 4, 155–166.
- Tornstam, L. (1999b). Later-life transcendence: a new developmental perspective on aging. W: L.E. Thomas, S.A. Eisenhandler (red.), *Religion, belief and spirituality in late lifes* (s. 178–201). New York: Springer.
- Tornstam, L. (2005). *Gerotranscendence. A developmental theory of positive aging*. New York: Springer.
- Trempała, J. (2011). Mechanizm zmiany rozwojowej. W: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (s. 50–70). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Trempała, J. (red.). (2011). *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Tryjarska, B. (1995). *Skrypty życiowe a konflikty jawne i ukryte w małżeństwie*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Wydziału Psychologii UW.
- Tryjarska, B. (2003). Komunikacja między małżonkami niezadowolonymi ze związku. *Nowiny Psychologiczne*, 4, 5–14.
- Trzebińska, E. (2008). *Psychologia pozytywna*. Warszawa: WAiP.
- Turgeon, L., Julien, D., Dion, E. (1998). Temporal linkages between wives pursuit and husbands withdrawal during marital conflict. *Family Process*, 37, 323–334.
- Tyler, T., Devinitz, V. (1981). Self-serving bias in the attribution of responsibility. Cognitive vs. motivational explanations. *Journal of Experimental Social Psychology*, 17, 408–416.
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (2005). Dz.U. Nr 180 poz. 1493 (tj). Warszawa: Sejm RP.

- Vaillant, G.E. (2012). Pozytywne zdrowie psychiczne. Czy istnieje definicja międzykulturowa. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 21(4), 229–239.
- Van Zandt, P.L., Van Zandt, S.L., Wang, A. (1994). The role of support groups in adjusting to visual impairment in old age. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 88(3), 244–252.
- Vasta, R., Haith, M.M., Miller, S.A. (2001). *Psychologia dziecka* (wyd. 2). Przeł. M. Babiuch. Warszawa: WSiP.
- Vermeulen, A. (2000). Andropause. *Maturitas*, 34, 5–15.
- Vetulani, J. (2006). *Narkotyki bez dydaktyki*. Bezpłatny dodatek do tygodnika *Polityka*, 37(2571), 16.09.2006.
- Waines, A. (2008). *Dziennik poczucia własnej wartości*. Przeł. D. Rossowski. Łódź: Wydawnictwo JK.
- Walden-Gałuszko, K. de (2011). *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Walden-Gałuszko, K. de (2005). Problemy psychiczne, duchowe i etyczne. W: K. de Walden-Gałuszko, A. Kaptacz (red.), *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej* (s. 194–222). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Walden-Gałuszko, K. de, Kaptacz, A. (red.). (2005). *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Walsh, J. (2010). *Psychoeducation in mental health*. Chicago: Lyceum Books.
- Ward, L., Mathias, J.L., Hitchings, S.E. (2007). Relationship between bereavement and cognitive functioning in older adults. *Gerontology*, 53, 362–372.
- Washburn, A., Humboldt, S. von (2013). Older adults. W: M.Cooper, M.O'Hara, P.F. Schmid, A.C. Bohart (red.), *The handbook of person-centred psychotherapy & counselling* (s. 297–312). New York: Palgrave Macmillan.
- Waszkiewicz, E., Szafranski, T., Jarema M.E. (1998). Skala do oceny piktogramu (doniesienie wstępne). *Badania nad schizofrenią*, 1(1), 533–544.
- Wciórka, J. (2002). Psychopatologia. W: A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria*. T. 1: *Podstawy*

- psychiatrii* (s. 321–434). Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Wciórka, J. (2007). O nadziei wobec doświadczenia choroby psychicznej. W: M. Anczewska, J. Wciórka (red.), *Umacnianie nadzieja czy uprzedzenia* (s. 9–44). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, Biblioteka Psychiatrii.
- Webster, J.D. (1993). Construction and validation of the Reminiscence Functions Scale. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 48, 256–262.
- Wehrman, J., Field, J.E. (2013). Play-based activities in family counseling. *The American Journal of Family Therapy*, 41, 341–352.
- Werner-Wilson, R.J., Zimmerman, T.S., Whalen, D. (2000). Resilient response to battering. *Contemporary Family Therapy*, 22(2), 161–188.
- Werning, R., Lutje-Klose, B. (red.). (2009). *Pedagogika trudności w uczeniu się*. Przeł. M. Wojdak-Piątkowska. Gdańsk: GWP.
- WHO (1996). *Research on the Menopause in the 90s. Technical Report Series 866*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2000). *Manual for the Standardized Investigation, Diagnosis and Management of the Infertile Male*. Cambridge: Cambridge University Press.
- WHO (2001). *International Classification of Functioning and Disability*, <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser> (dostęp: 10.10.2013).
- WHO (2004). *Promoting mental health. Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: World Health Organization.
- Wiesmann, U., Hannich, H.-J. (2014). A salutogenic analysis of the well-being paradox in older age. *Journal of Happiness Studies*, 15(2), 339–355.
- Wilczek-Rużycka, E. (2007). *Komunikowanie się z chorym psychicznie*. Lublin: Wydawnictwo CZELEJ.
- Wile, D.B. (1981). *Couples therapy. A nontraditional approach*. New York: Wiley.
- Wink, P., Schiff, B. (2002). To review or not to review? The role of personality and the life events in the life review and adaptation to older age. W: J.D. Webster, B.K. Haight (red.), *Critical advances in reminiscence work. From theory to applications* (s. 44–60). New York: Springer.

- Wirga, M. (1992). *Zwyciężyć chorobę*. Poznań: Fundacja ALTERNA.
- Witek, A., Bojdys-Szyndlar, M. (2006). Cięża po 40. roku życia – nowa norma w położnictwie. *Przegląd Menopauzalny*, 5, 306–310.
- Witkowski, T. (1993). *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych (13 rodzajów niepełnosprawności)*. Warszawa: Wydawnictwo MDBO.
- Witkowski, T. (1994). Psychospołeczne problemy osób niewidomych. W: M. Chodkowska (red.), *Człowiek niepełnosprawny. Problemy autorealizacji i społecznego funkcjonowania* (s. 49–66). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Włodarczyk, D., Jakubowska-Winecka, A. (2007). Podstawowe zasady pomocy psychologicznej dla chorych somatycznie. W: A. Jakubowska-Winecka, D. Włodarczyk (red.), *Psychologia w praktyce medycznej* (s. 192–214). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Wojciechowska, L. (2005). Teoria dobrostanu w badaniach rozwojowych nad rodziną. Dobrostan rodziców w stadium pustego gniazda. *Psychologia Rozwojowa*, 10(4), 35–45.
- Wojciechowska, L. (2008). *Syndrom pustego gniazda. Dobrostan matek usamodzielniających się dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo IP PAN.
- Wojciechowski, F. (2007). *Niepełnosprawność. Rodzina. Dorastanie*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Wojciszke, B. (1994). *Psychologia miłości*. Gdańsk: GWP.
- Wolańczyk, T., Komender, J. (red.) (2005). *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Wolański, N. (2006). *Rozwój biologiczny człowieka. Podstawy auksologii, gerontologii i promocji zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wong, P.T.P., Watt, L.M. (1991). What types of reminiscence are associated with successful aging? *Psychology of Aging*, 6, 273–279.
- Woods, S.W., Walsh, B.C., Saks, J.R., McGlashan, T.H. (2010). The case for including Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome in DSM-5 as a psychotic risk syndrome. *Schizophrenia Research*, 123, 199–207.
- Wrońska, I., Wiraszka, G.R., Stepień, R. (2003). Jakość życia chorych po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka jelita grubego i sutka. *Psychoonkologia*, 7, 51–56.
- Zabłocka-Żytka, L. (2011). Czynniki sprzyjające skutecznemu pomaganiu. W: B. Weigl (red.), *Psychologia rozwojowa i podstawy pomagania*.

- Teoria – ćwiczenia – praktyka* (s. 94–102). Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Zatoński, W., Przewoźniak, K. (2012). Ograniczanie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych. W: J. Szymborski, (red.), *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*. T. 2: BIP_POZ_Zdrowie_publiczne_i_polityka_ludnoscowa_2012 (s. 78–89). Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa.
- Zeanah, C.H. (1996). Beyond insecurity. A reconceptualization of attachment disorders of infancy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 42–52.
- Zielona-Jenek, M., Chodecka, A. (2010). *Jestem dziewczynką, jestem chłopcem. Jak wspomagać rozwój seksualny dziecka*. Gdańsk: GWP.
- Ziemska, M. (1999). *Postawy rodzicielskie*. Warszawa: WP.
- Zimbardo, P., Boyd, J. (2009). *Paradoks czasu*. Przeł. A. Cybulko, M. Zieliński. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Zimbardo, P.G., Johanson, R.L., McCann, V. (2010). *Psychologia. Kluczowe koncepcje*. T. 4: *Psychologia osobowości. Teoria i praktyka*. Przeł. J. Kowalczyńska, A. Wilkin-Day. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Zimmerman, M.A., Arunkumar, R. (1994). Resiliency research. Implications for schools and policy. *Social Policy Report: Society for Research in Child Development*, 8(4), 1–17.
- Zubin, J., Spring, B. (1977). Vulnerability. A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103–126.

O Autorach

Jan Czesław Czabała, profesor psychologii, specjalista psycholog kliniczny, psychoterapeuta i superwizor psychoterapii. Autor publikacji na temat psychoterapii, rodziny i zdrowia psychicznego, promocji zdrowia psychicznego. Wieloletni kierownik Zakładu Psychologii Klinicznej i Promocji Zdrowia Psychicznego w Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Członek Europejskiego Zespołu Ekspertów ds. Promocji Zdrowia Psychicznego (IMHPA). Obecnie Kierownik Katedry Psychologii Klinicznej Instytutu Psychologii Stosowanej Akademii Pedagogiki Specjalnej.

Sylwia Kluczyńska, psycholog, doktor nauk humanistycznych, adiunkt w Katedrze Psychologii Klinicznej Człowieka Dorosłego Instytutu Psychologii Stosowanej w Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie, certyfikowany specjalista ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie (certyfikat PARPA, IPZ PTP), kierownik studiów podyplomowych *Poradnictwo Psychologiczne i Interwencja Kryzysowa* oraz *Przeciwdziałanie Przemocy w Rodzinie*. Udziela pomocy psychologicznej osobom zmagającym się z kryzysami rozwojowymi i traumatycznymi.

Grażyna Fabiszewska, psycholog, doktor nauk humanistycznych, terapeuta rodzinny, trener TZA. Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej w Warszawie. Zajmuje się diagnozą, poradnictwem, terapią rodzinną, pomocą psychologiczną w sytuacjach kryzysowych, prowadzi treningi umiejętności interpersonalnych, społecznych i zastępowania agresji. Współpracuje z Akademią Pedagogiki Specjalnej w Warszawie i Wyższą Szkołą Handlową w Radomiu. Jej zainteresowania naukowe obejmują wspieranie rozwoju dzieci i młodzieży, specjalne potrzeby edukacyjne dzieci i młodzieży.

Beata Hintze, doktor nauk medycznych, specjalista psycholog kliniczny, magister pedagogiki, adiunkt w Instytucie Psychologii Stosowanej w Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. Posiada kilkunastoletnie doświadczenie w pracy klinicznej i terapeutycznej z osobami chorymi

psychicznie, szczególnie na schizofrenię. Jej zainteresowania naukowe i publikacje dotyczą problematyki zaburzeń funkcji poznawczych w schizofrenii.

Irena Jelonkiewicz, psycholog kliniczny, doktor habilitowany nauk społecznych w zakresie psychologii, psychoterapeutka i superwizor psychoterapii. Przez wiele lat zatrudniona w Instytucie Psychiatrii i Neurologii, prowadziła terapię osób z zaburzeniami psychicznymi oraz rodzin i małżeństw w kryzysie. Od kilkunastu lat wykładowca akademicki i nauczyciel na kursach specjalizacyjnych. Obecnie pracuje w Akademii Pedagogiki Specjalnej w Instytucie Psychologii Stosowanej.

Małgorzata Łuba, psycholog, w trakcie szkolenia na psychoterapeutę poznawczo-behawioralnego, trener umiejętności psychologicznych. Współpracuje z organizacjami pozarządowymi (Fundacja Aktywizacja, Fundacja „Pomoc Maltańska”, Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego), których działania są adresowane do osób z niepełnosprawnością. Prowadzi konsultacje indywidualne, grupy wsparcia oraz warsztaty umiejętności psychospołecznych.

Witold Pawliczuk, doktor nauk medycznych, psycholog, asystent w Klinice Psychiatrii Wieku Rozwojowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wykładowca Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie, certyfikowany psychoterapeuta poznawczo-behawioralny. Prowadzi poradnictwo oraz psychoterapię w szpitalu klinicznym oraz w poradni NZOZ CBT. Współtwórca programu terapeutycznego dla dzieci i młodzieży na Oddziale terapii całościowych zaburzeń rozwojowych Szpitala Mazowieckiego w Garwolinie. Prowadzi szkolenia w zakresie metod pracy z dziećmi z trudnościami i trudną młodzieżą oraz wsparcia psychologicznego i merytorycznego dla placówek socjalizacyjnych.

Ewa Sokołowska, doktor nauk humanistycznych w zakresie psychologii, od 2008 r. adiunkt w Zakładzie Psychologii Rozwoju i Wychowania na Akademii Pedagogiki Specjalnej, wcześniej od 1993 r. asystent na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego. Autorka pięciu książek, redaktorka podręcznika akademickiego *Psychologia wspierania*

rozwoju i kształcenia (2013), współredaktorka publikacji *Rola psychologa we współczesnej szkole* (Katra, Sokołowska, red., 2010). Prowadzi badania dotyczące promocji zdrowia psychicznego.

Wojciech Stefaniak, filozof, psycholog, certyfikowany psychoterapeuta poznawczo-behavioralny. Wykładowca i wicedyrektor do spraw merytorycznych Szkoły Psychoterapii Centrum CBT w Warszawie. Współpracuje z Akademią Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. Autor wielu programów dydaktycznych i warsztatów doskonalących umiejętności terapeutyczne. Prowadzi psychoterapię osób dorosłych oraz par. Redaktor naczelny kwartalnika *Terapia poznawczo-behavioralna*.

Stanisława Steuden, profesor psychologii, kierownik Katedry Psychologii Klinicznej w Instytucie Psychologii Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Łączy pracę naukowo-dydaktyczną i organizacyjną z praktyką kliniczną. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się na problematyce klinicznej, dotyczącej głównie osób w średniej i późnej dorosłości (np. przewlekłe choroby psychiczne i somatyczne, radzenie sobie ze stresem choroby). Opracowała (a także przystosowała do warunków polskich) metody badania wielu zagadnień związanych z psychologią osób starszych. Autorka i współautorka licznych publikacji poświęconych tej tematyce, przewodnicząca Rady Naukowej Lubelskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku, członek rad programowych i naukowych czasopism i wielu towarzystw naukowych.

Lidia Zabłocka-Żytka, psycholog, doktor nauk humanistycznych, adiunkt w Katedrze Psychologii Klinicznej Człowieka Dorosłego Instytutu Psychologii Stosowanej w Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. Łączy pracę naukową z praktyką kliniczną jako pracownik Poradni Zdrowia Psychicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Jej zainteresowania naukowe obejmują głównie psychologię zdrowia, psychosomatykę oraz promocję zdrowia psychicznego i psychoterapię. Jako praktyk prowadzi terapię indywidualną i grupową dorosłych, wsparcie osób chorych onkologicznie i ich rodzin.