

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Wydział Pedagogiki i Psychologii

RENATA KRAWCZYK

ORCID: 0000-0003-4367-493X

renata.krawczyk@umcs.pl

*Wybrane aspekty relacji pomocowej w pracy socjalnej
z osobami z zaburzeniami psychicznymi*

Selected Aspects of the Assistance Relationship in Social Work with People with Mental Disorders

PROPOZYCJA CYTOWANIA: Krawczyk, R. (2020). Wybrane aspekty relacji pomocowej w pracy socjalnej z osobami z zaburzeniami psychicznymi. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 33(1), 219–233. DOI: <http://dx.doi.org/10.17951/j.2020.33.1.219-233>.

STRESZCZENIE

Zawód pracownika socjalnego bez wątpienia wymaga profesjonalizmu, który uwzględnia zarówno aspekt techniczny, jak i relacyjny. Pracownik socjalny powinien biegle operować przepisami prawa, znajomością instytucji pomocowych, technik i metod pracy, a także jako partner w tworzeniu relacji pomocowej powinien wykazywać się odpowiednimi cechami i umiejętnościami składającymi się na tzw. osobowość pomagacza. W artykule przedstawiono wybrane trudności, jakie mogą się pojawić w kontakcie i w relacji pomocowej z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Pracownik socjalny z jednej strony powinien umieć odczytywać, odczuwać i współodczuwać emocje drugiej osoby, a z drugiej powinien zdawać sobie sprawę z własnych reakcji emocjonalnych i ich roli w tworzeniu i przebiegu tej relacji.

Słowa kluczowe: praca socjalna; zdrowie psychiczne; relacja pomocowa

WPROWADZENIE

Przez wiele lat temat osób borykających się z różnego rodzaju zaburzeniami i kryzysami psychicznymi był marginalizowany i stanowił społeczne tabu. Dane statystyczne wskazują na wzrostową tendencję zapadalności na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. O istotnym znaczeniu i skali zdrowia psychicznego w obszarze zdrowia publicznego świadczą wyniki Badania Globalnego

Obciążenia Chorobami (*Global Burden of Disease Study*) Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Jak głosi raport WHO, wśród dwudziestu najczęstszych chorób znajdują się następujące zaburzenia psychiczne: zaburzenia afektywne dwubiegunowe, zaburzenia depresyjne nawracające oraz zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu (WHO, 2008). W 2011 r. opublikowano raport dotyczący występowania zaburzeń psychicznych w Unii Europejskiej. Z opisanych w nim badań wynika, że w Unii Europejskiej aż 38,2% (164,8 mln) mieszkańców cierpiało każdego roku z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego. „Najczęstszymi zaburzeniami zdrowia psychicznego były: zaburzenia lękowe (14%), bezsenność (7%), depresja (6,9%), zaburzenia somatyczne (6,3%), zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu oraz substancji psychoaktywnych (>4%), ADHD u dzieci i młodzieży (5%), demencja (1–30% w zależności od wieku)” (Tracz-Drał, 2019, s. 4).

W Polsce pierwsze badania epidemiologiczne zgodne z wytycznymi WHO zostały zrealizowane w ramach projektu EZOP, który zakończono w 2012 r. Stwierdzono, że w badanej populacji przynajmniej jedno zaburzenie (z osiemnastu definiowanych w klasyfikacjach ICD-10 i DSM-IV) można rozpoznać w ciągu życia u 23,4% osób (ekstrapolując na populację polską, daje to ponad 6 mln mieszkańców Polski). Do najczęściej występujących należały: zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych – 12,8% badanych (3 mln), zaburzenia nerwicowe (fobie specyficzne, fobie społeczne) – 10% (2,5 mln), zaburzenia nastroju (depresja, dystymia, mania) – 3,5% (1 mln), impulsywne zaburzenia zachowania – 3,5% (1 mln). Należy nadmienić, że badaniami nie objęto osób cierpiących z powodu zaburzeń psychotycznych i organicznych oraz osób poniżej 18. i powyżej 64. roku życia (Moskalewicz, Kiejna, Wojtyniak, 2012, s. 267–268).

Główny Urząd Statystyczny podaje, że w Polsce w 2016 r. z poradni dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz poradni leczenia uzależnień skorzystało prawie 1,6 mln osób, czyli ponad 4% wszystkich Polaków (GUS, 2017, s. 66).

W Polsce i Europie używana jest obecnie klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania według ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems*) opracowana przez Światową Organizację Zdrowia. Do głównych kategorii zaburzeń psychicznych i zachowania według niej należą: organiczne zaburzenia psychiczne, zaburzenia związane z używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe, zaburzenia nastroju (afektywne), zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną, zaburzenia behawioralne, zaburzenia osobowości i zachowania, upośledzenie umysłowe, zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego), zaburzenia zachowania i emocji zaczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym (por. Pużyński, Wciórka, 2000). Między sferą biologiczną a sferą psychologiczno-społeczną zachodzi sprzężenie zwrotne, przenikają się one wzajemnie. Objawy zaburzeń psychicznych mogą się manifestować poprzez sferę cielesną, a somatyczne choroby mogą się ujawniać

w sferze psychiki. Do tego objawy zaburzeń psychicznych są niespecyficzne, co oznacza, że te same objawy (np. obniżenie nastroju, bezsenność, lęk) mogą występować zarówno w chorobach somatycznych, jak i psychicznych.

Do istotnych objawów szeroko rozumianych zaburzeń psychicznych należy np. nadmierny w stosunku do bodźca, nieuzasadniony, powodujący cierpienie i utrudniający codzienne funkcjonowanie lęk. Może mieć on postać uogólnioną (stałe towarzyszące napięcie, niepokój, współwystępujące uczucie ucisku w gardle, przyspieszone bicie serca, drżenie, napięcie mięśni, ból głowy) bądź napadową (nagłe ataki przerażenia, poczucie duszenia się, umierania, przyspieszone bicie serca) bądź fobiczną (tendencja do unikania sytuacji/miejsc zapowiadających pojawienie się lęku, np. ciasnego pomieszczenia, kontaktu z ludźmi, otwartej przestrzeni). Kolejne objawy zaburzeń psychicznych to: natrętne myśli, tzw. ruminacje lub rytuały, nieracjonalne czynności powtarzane wielokrotnie dla rozładowania napięcia, których trudno się pozbyć (np. kilkakrotne sprawdzanie zamknięcia drzwi, wielokrotne mycie rąk, liczenie schodów); drażliwość, wybuchowość, chwiejność i zmienność emocji, trudności w ich opanowaniu i skontrolowaniu; stany obniżonego nastroju, nieadekwatne do przyczyny lub występujące bez znanej przyczyny; poczucie utraty energii i witalności przy nieobecności choroby somatycznej; zmniejszenie lub utrata zdolności do cieszenia się, przeżywania przyjemności; spowolnienie psychiczne i ruchowe; stałe zaaferowanie przykrymi myślami, nieuzasadniony pesymizm; trudności w skupieniu uwagi, łatwe rozpraszanie się; trudności z zapamiętywaniem i przypominaniem sobie; trudności w podejmowaniu decyzji, rozpoczynaniu i organizowaniu aktywności; obniżenie apetytu lub nadmiernie wzmożony apetyt; trudności z zasypianiem, sen płytki, budzenie się w nocy lub wcześniej rano, bezsenność całkowita, nadmierna senność w dzień, przykre sny, koszmary; nadmierne, nieadekwatne podwyższenie nastroju; nienaturalne przyspieszenie tempa myślenia, mowy i działania; nadmierny nieadekwatny optymizm, lekceważenie lub niedostrzeżenie niebezpieczeństw; lekkomyślność, rozrzutność, pochopne, nieprzemyślane decyzje (por. Pużyński, Wciórka, 2000; Załuska, 2015).

Do cięższych objawów występujących w zaburzeniach psychicznych, takich, które mogą stanowić bezpośrednie zagrożenie dla danej osoby, według Marii Załuskiej zaliczane są:

(...) utrata chęci do życia, pragnienie śmierci, myśli o samobójstwie, zamiary samobójcze; niezdolność lub odmowa przyjmowania pokarmów i płynów; niezdolność do poruszania się, osłupienie, bezruch; utrata kontaktu słownego i innych form porozumiewania się; dezorganizacja myślenia, brak logicznego kontaktu słownego; brak orientacji co do miejsca, czasu i sytuacji, w której dana osoba się znajduje; niezdolność do zapamiętywania bieżących informacji; niezdolność do podejmowania jakiegokolwiek działania; niezdolność do podejmowania decyzji; współlistnienie sprzecznych pragnień i dążeń; podejmowanie działań pod wpływem fałszywych percepcji – głosów (omamy słuchowe), lub fałszywych sądów (urojeń), których dana osoba nie jest w stanie sko-

rygować; głosy (omamy słuchowe) imperatywne – nakazy popełnienia samobójstwa, zniszczenia czegoś, uszkodzenia, zabicia kogoś; głosy (omamy słuchowe) wypowiadające groźby; dziwaczne, niezrozumiałe, nieprzewidywalne zachowanie. (Zaluska, 2015, s. 57)

TRUDNOŚCI W PRACY SOCJALNEJ Z OSOBAMI Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Wielość, różnorodność i splątanie objawów, często niejasna, trudna do rozpoznania etiologia, różny czas pojawienia się, występowania, złożona dynamika przebiegu choroby, charakter okresów remisji mogą stanowić trudność dla tych, którzy zajmują się pomaganiem osobom z zaburzeniami psychicznymi. Dodatkowo wciąż niewielka wiedza w społeczeństwie o różnych zaburzeniach psychicznych, ich genezie i wpływie na funkcjonowanie ludzi czy też negatywne stereotypy generują silny lęk i powodują niechęć do nawiązywania kontaktu z osobami doświadczającymi cierpienia psychicznego (por. Kaszyński, 2006, 2013; Miluska, 2008; Kaszyński, Maciejewska, 2016).

Pracując z osobami z zaburzeniami psychicznymi czy będącymi w bądź po kryzysie, pracownik socjalny najczęściej spotyka się z osobami po hospitalizacjach, często wielokrotnych. Osoby te doświadczają codziennych trudności w funkcjonowaniu w życiu społecznym, zawodowym i prywatnym, które wynikają z zespołów chorobowych różnych typów schizofrenii, depresji, psychoz, zaburzeń osobowości i związane są z zaburzeniami w sferze myślenia, postrzegania, uwagi, nastroju czy koncentracji.

W literaturze przedmiotu zazwyczaj zwraca się uwagę na problemy i trudności związane z organizacją pracy, obciążeniem obowiązkami, trudnymi warunkami pracy, niskim wynagrodzeniem pracowników socjalnych (Kanios, 2012, 2017; Trawkowska, Frąckowiak-Sochańska, 2017; NIK, 2019). Rzadziej uwagę poświęca się roli pracownika socjalnego w tworzeniu relacji pomocowej.

Olga Maciejewska wymienia następujące trudności w kontakcie, jakie może napotkać pracownik socjalny w pracy z osobą doświadczającą zaburzenia psychicznego:

Osoby chorujące psychicznie:

- mogą odmawiać przyjmowania wsparcia i pomocy, gdyż są przekonane, że takowe nie są im potrzebne, a nawet są całkowicie bezzasadne,
- są odbierane przez otoczenie w sposób stereotypowy i negatywny, ale także z bardziej lub mniej jawnie wyrażanym lękiem, co może prowadzić do tego, że czują się samotne i niezrozumiane, wycofują się z kontaktów, nie nawiązują nowych relacji, nie zwracają się o pomoc, nie wierząc w jej skuteczność,
- niejednokrotnie towarzyszą im obawy, że zwrócenie się o pomoc do pracownika socjalnego czy innego przedstawiciela służb pomocowych doprowadzi do kolejnej hospitalizacji – wolą

ukrywać objawy choroby, nie mówią o nich nie tylko profesjonalistom z założenia niosącym wsparcie, ale nawet bliskim,

- ze względu na specyfikę doświadczanych trudności mogą utracić kontrolę nad swoimi odczuciami, wyglądem, emocjami – dlatego mogą nie zdawać sobie sprawy z faktu, że są niewłaściwie ubrane, zaniedbane, zachowują się w sposób nieadekwatny do okoliczności itp.,
- ze względu na zaburzony obraz rzeczywistości mogą nie zdawać sobie sprawy z upływu czasu, mogą nie rozumieć treści przedstawianych im dokumentów,
- mogą w swym zachowaniu odzwierciedlać obawy czy lęki własnej rodziny,
- niejednokrotnie odrzucają pomoc medyczną – nie przychodzą na umówione wizyty do lekarza, nie przyjmują leków, odmawiają hospitalizacji. (Maciejewska, 2018)

W badaniach dotyczących pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi, przeprowadzonych przez Huberta Kaszyńskiego i Olę Maciejewską, pracownicy socjalni wskazywali na dwa obszary stanowiące trudność podczas wykonywanej pracy, mianowicie na kontakt z klientem oraz kontakt z jego rodziną. W sferze kontaktu z klientem znalazły się następujące problemy: „(1) specyfika komunikowania się z osobami z zaburzeniami psychicznymi wynikająca z cech osobowości, choroby oraz niepełnosprawności (...); (2) niestabilność ustaleń, trudności w przestrzeganiu kontraktów socjalnych; oraz (3) brak wystarczającej wiedzy oraz praktyki zawodowej w kontakcie z osobami z zaburzeniami psychicznymi” (Kaszyński, Maciejewska, 2013, s. 170). Drugim obszarem trudności był kontakt z rodzinami osób chorujących. Odpowiedzi pracowników socjalnych skupiły się wokół czterech podstawowych zagadnień:

(1) rodzina zaprzecza istnieniu problemu, tym samym blokuje działania pracowników socjalnych zorientowanych na budowanie przestrzeni współpracy, rodzina zaprzecza, jakoby niosła jakąkolwiek odpowiedzialność za problem, lub przeciwnie – przyjmuje postawę onipotentną; (2) rodzina przyjmuje postawę przepełnioną poczuciem wstydu, bezradności, nieufności, izolując się od potencjalnych źródeł wsparcia; (3) rodzina potrzebuje oddziaływań psychoedukacyjnych, umożliwiających rozpoznanie i zdefiniowanie sytuacji, w której się znajduje; (4) rodzina manifestuje postawę roszczeniową, przerzuca całkowicie odpowiedzialność na instytucje pomocowe. (Kaszyński, Maciejewska, 2013, s. 170)

Jak widać, istotne jest, aby specjaliści zajmujący się pomaganiem i wspieraniem osób z zaburzeniami psychicznymi posiadali rzetelną wiedzę na temat tych objawów chorobowych oraz trudności z nich wynikających i sposobów, jak sobie radzić w tych sytuacjach. Wydaje się, że włączenie do procesu kształcenia pracownika socjalnego specjalistów na co dzień pracujących z osobami z zaburzeniami psychicznymi byłoby rozsądnym rozwiązaniem.

Z racji tego, że podstawowym narzędziem pracy pracownika socjalnego są jego własne zasoby, osobowość i tożsamość, istotną kwestią w jego pracy staje się

umiejętność rozpoznawania mechanizmów tworzących relację pomocową oraz analizowania wewnętrznych procesów składających się na budowanie tej relacji. Poniżej zostaną przedstawione wybrane zjawiska i trudności związane z tworzeniem relacji i więzi między osobą pomagającą a osobą korzystającą z pomocy.

RELACJA POMOCOWA W PROCESIE LECZENIA I DOCHODZENIA DO ZDROWIA

Wśród profesjonalistów zajmujących się wsparciem i leczeniem osób z zaburzeniami psychicznymi znajdują się psychoterapeuci, psychologowie, psychiatry, a w ostatnich latach również pracownicy socjalni. Wiedza psychoterapeutyczna w zakresie roli relacji pomocowej w procesie dochodzenia do zdrowia osób z zaburzeniami psychicznymi może być zatem przydatna w praktyce pracownika socjalnego. Relacja pomagania to relacja interpersonalna, która sama w sobie stwarza warunki do przezwyciężenia trudnej sytuacji, zrozumienia problemów, wzrostu motywacji do dokonania zmiany, akceptacji własnych ograniczeń czy zaspokojenia istotnych potrzeb psychicznych. Wyniki badań empirycznych jednoznacznie pokazują, że relacja między osobą pomagającą a osobą otrzymującą pomoc, obok osobowości terapeuty oraz czynników leżących po stronie klienta, ma istotny wpływ na proces leczenia i dochodzenia do zdrowia (Lambert, 1991; Norcross, Lambert, 2011).

Charles J. Gelso i Jeffrey A. Hayes, opisując składniki relacji terapeutycznej, odwołali się do definicji mówiącej, iż są to „wzajemne uczucia i postawy w relacji klient–terapeuta, a także sposób ich wyrażania” (Gelso, Hayes, 2004, s. 17). Na bazie tej definicji wskazali trzy składniki, które ich zdaniem wchodziły w skład tak pojmowanej relacji. Pierwszym z nich jest sojusz roboczy, uznawany przez autorów za podstawę relacji, w której obie strony dążą do wspólnej pracy. Sojusz jest według nich „powszechnie uznawany za podstawowy czynnik w procesie leczenia” (Gelso, Hayes, 2004, s. 20). Jako drugi składnik podali konfigurację przeniesienia, rozumianą jako zarówno relację przeniesieniową, jak i przeciwprzeniesieniową. Towarzyszą one od początku relacji i mają znaczący wpływ na jej kształtowanie się. Ostatnim składnikiem jest rzeczywista relacja, czyli taka, która opiera się na autentyczności, na realnych zachowaniach i realistycznych spostrzeżeniach osób w niej uczestniczących, a także jest względnie wolna od zjawisk przeniesieniowych. Im bardziej rzeczywista jest nawiązana relacja, tym bardziej efektywna staje się wspólna praca (Gelso, Hayes, 2004, s. 24). Godfrey T. Barrett-Lennard zaznacza, że w relacji pomocowej powinno się uwzględniać dwa poziomy: wspólny poziom *my* oraz poziom dwóch odrębnych *ja* uczestników: „Dzięki temu w relację wpisana jest też trzecia jakość, która nie jest sumą składników wnoszonych do niej przez każdą z uczestniczących w niej osób” (za: Gelso, Hayes, 2004, s. 18).

W ujęciu Lawrence'a M. Brammera:

(...) relacja pomagania jest relacją dynamiczną, to znaczy nieustannie zmieniającą się na poziomie słownym i niesłownym. Relacja ta, zarówno dla pomagającego, jak i wspomaganego, jest głównym narzędziem wyrażania i spełniania potrzeb. Jest również środkiem splatającym problemy wspomaganego z ekspertyzą pomagającego (...), kładzie nacisk na zabarwienie afektywne. (Brammer, 1984, s. 61)

Uwzględniając ten interakcyjny charakter relacji, istotną kwestią w procesie pomagania, w procesie dochodzenia do zdrowia oraz w procesie zmiany jest współpraca oraz więź tworzona w diadzie pomagający–wspomagany. Carl R. Rogers zwraca uwagę na konieczność legitymowania się przez osoby zawodowo zorientowane na pracę z ludźmi trzema cechami: kongruencją, akceptacją osoby wspomaganą oraz empatią (Rogers, 2002, s. 60). Osoba pomagająca ma swój wpływ na tworzenie i utrzymywanie sojuszu poprzez okazywanie autentycznego szacunku, empatii, własnej spójności, stałego zainteresowania, szczerą chęć udzielenia mu pomocy, cierpliwości, życzliwości wobec jego objawów i trudności. Znaczenie ma również styl przywiązania oraz historia osoby pomagającej, a także uświadamianie sobie, w jaki sposób wchodzi ona w relacje oraz jaki ma to związek i jak wpływa na tworzenie i umacnianie sojuszu z konkretnymi klientami (Brammer, 1984; Gelso, Hayes, 2004).

Warunkiem tworzenia i budowania sojuszu ze strony klienta jest jego „chęć/ zdolność do tworzenia więzi, musi on mieć w swojej historii doświadczenie jakichkolwiek pozytywnych relacji” (Gelso, Hayes, 2004, s. 50). Dzięki temu będzie miał uwewnętrzniony obraz innych osób jako możliwych do stworzenia wystarczająco bezpiecznej relacji, nawet pomimo pojawiającego się lęku, obaw czy zwątpienia. Katarzyna Sass-Stańczak i Jan C. Czabała przytoczyli badania wskazujące na wkład klienta w proces leczenia, a w szczególności podkreślili pozytywny wpływ świadomości własnego oddziaływania na efekty terapii: „Świadomość ta ma pomagać w znacznej redukcji objawów, przejawianiu bardziej pozytywnej postawy wobec samego procesu terapii oraz zmniejszać ryzyko rezygnacji z niej” (Sass-Stańczak, Czabała, 2015, s. 7). Kolejną kwestią są dobrowolność i brak przymusu, przejawiające się w przekonaniu, że zmiana i współpraca są możliwe. Trudność pracownika socjalnego w uwzględnieniu tego aspektu relacji może się ujawnić w sytuacjach, gdy pracuje z osobami skierowanymi pod przymusem (np. nakazem sądu), ubezwłasnowolnionymi, delegowanymi do chorowania przez rodzinę. Wspierającym zachowaniem ze strony osoby pomagającej jest w tej sytuacji okazywanie szacunku i życzliwości do każdego etapu zmiany (w tym do braku gotowości do zmiany), w którym obecnie znajduje się klient, a także stosowanie adekwatnych do fazy zmiany interwencji i działań oraz nieprzyspieszanie procesu pomagania i brak oceniania. Tę trudną sytuację, gdy konieczna jest

praca z osobą przymuszoną, dodatkowo mogą wzmacniać ze strony klienta: „(...) oziębłość pacjenta, jego dystansowanie się, niezaangażowanie w proces terapeutyczny oraz unikanie brania odpowiedzialności za własne zachowania, a także zaburzenia (np. pedofilię), które wywołują w terapeutę negatywne emocje” (za: Sass-Stańczak, Czabała, 2015, s. 9). Proces kontenerowania, czyli pomieszczenia wszystkich trudnych emocji, cech, postaw, zachowań klienta, jest szczególnie ważny, gdyż okazywanie autentycznego zrozumienia i akceptacji oraz „towarzyszenia bez względu na wszystko” klientowi odczuwają jako czynnik sprzyjający dochodzeniu do zdrowia. Konsekwencją życzliwej i rozumiejącej postawy jest bowiem to, że stają się oni bardziej gotowi do otwarcia się, zmierzenia się z własnym cierpieniem, pogłębiania doświadczeń, wykazują również większą chęć do współpracy oraz rozwijają wiarę we własną skuteczność i skuteczność podejmowanych działań (por. Bronowski, 2017).

Kolejnym ważnym aspektem relacji wspomagający–wspomagany jest reakcja przeniesieniowa. Towarzyszy ona każdej relacji nawiązywanej z drugim człowiekiem, a w relacji pomocowej jest szczególnie istotna (por. Drat-Ruszczak, Drażkowska-Zielińska, 2005, s. 46). Osoby wspomagane doświadczają wobec pomagających całego zestawu różnorodnych odczuć i stanów emocjonalnych. Są to rozmaite uczucia, mieszczące się na kontinuum od podziwu i zachwytu po złość i poczucie odrzucenia, od idealizacji po dewaluację. Niektóre z nich mogą być związane z rzeczywistą relacją tu i teraz, jednak częściej są one skutkiem reakcji przeniesieniowej. Zjawisko przeniesienia ma miejsce wtedy, kiedy emocje, postawy i reakcje z przeszłości, odnoszące się do kogoś istotnego w naszym życiu (zazwyczaj rodziców), projektowane są na obecną relację i na osobę aktualnie pomagającą, wspierającą (np. psychoterapeutę, lekarza, pracownika socjalnego) (por. Brammer, 1984; Gelso, Hayes, 2004; Drat-Ruszczak, Drażkowska-Zielińska, 2005). Proces, w którym klient dopasowuje relację do struktur własnego subiektywnego świata wewnętrznego, do swoich schematów, wzorców relacji z przeszłości, może stwarzać trudność dla osoby pomagającej, niemającej świadomości istnienia tego zjawiska. W procesie szkolenia pracowników socjalnych, tak jak w większości zawodów pomocowych, aspekt ten nie jest uwzględniany, jedynym wyjątkiem jest zawód psychoterapeuty¹. A przecież osoba, która zajmuje się profesjonalnie pomaganiem, wzbudza we wspomaganym silne emocje i reakcje i może stać się dla wspomaganego ważnym przeniesieniowym obiektem. Wyobraźmy sobie sytuację, w której klient reaguje początkowo deklaracjami o chęci

¹ Szkolenie psychoterapeutyczne jako jedyne wśród zawodów pomocowych obejmuje obowiązkowo zarówno psychoterapię własną, jak i superwizję, uznając je jako istotny i nieodłączny element wykształcenia. W pracy socjalnej od niedawna dostępna jest superwizja (Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 2 grudnia 2016 r. w sprawie superwizji pracy socjalnej, Dz.U. 2016, poz. 2087), jednak większość badań (por. NIK, 2019) wskazuje na jej nieodpowiedni dostęp, charakter bądź poziom.

współpracy, mówi o pracowniku jak o „ostatniej desce ratunku”, a potem – gdy podczas spotkania dzwoni telefon i pracownik go nie odbiera – klient nagle kieruje wobec niego obraźliwe uwagi i złości się oraz wychodzi, trzaskając drzwiami. Przeniesienie negatywne ze strony klienta objawia się krytyką, pogardą, złością, prowokacją, deprecjonowaniem, dewaluacją. Pracownik socjalny, wykonując swą pracę pod względem technicznym i metodycznym w najlepszy z możliwych sposobów, może w takiej sytuacji doznawać poczucia bezsilności, beznadziei, rezygnacji i złości wobec klienta. Ponadto może doznawać niechęci do dalszej współpracy z nim, a także chęci ukarania go. Mamy wtedy do czynienia z przeciwprzeniesieniem, które przyjmuje formę negatywną. Przeniesienie pozytywne objawia się ze strony klienta nadmierną idealizacją osoby pomagającej, przypisywaniem jej samych pozytywnych cech, nadmiarowym komplementowaniem, chęcią przypodobania się, bycia najlepszym, posłusznym. Przeciwprzeniesienie pozytywne, w przypadku osoby pomagającej, ma miejsce, gdy doświadczana jest nadmierna sympatia, chęć nawiązywania osobistych, pozazawodowych relacji z klientem, ciągłe myślenie o sytuacji danej osoby, spełnianie oczekiwań i potrzeb klienta z pozycji rodzica i przyjaciela itp. Emocje, które się wtedy pojawiają, pozostające w sferze nieświadomej, często są odbierane osobiście, co w konsekwencji zakłóca zachowanie obiektywizmu oraz utrudnia konstruktywne wykonywanie obowiązków. Jak rozpoznać, że mamy do czynienia ze zjawiskiem przeniesienia?

Jedną z charakterystycznych cech reakcji przeniesieniowej jest nieodpowiedniość/nieadekwatność reakcji, czyli sposób doświadczania i reagowania na osobę pomagającą, który do niej nie pasuje. Dodatkowo reakcja ta jest albo bardzo intensywna, nadmiarowa, albo mamy do czynienia z brakiem emocji. Specyficzne jest też występowanie ambiwalencji uczuć (od miłości do nienawiści, od idealizacji po dewaluację) oraz ich szybka zmienność, nagle przechodzenie z jednego stanu emocjonalnego w drugi (por. Gelso, Hayes, 2004, s. 63–66).

Dla pracownika socjalnego, który znalazł się w takiej sytuacji, istotna jest świadomość swoich własnych, wewnętrznych reakcji, identyfikowanie własnych stanów emocjonalnych i rozróżnianie ich od stanów *Innego*, uważność w relacji na siebie i drugiego człowieka. Powinien on sobie zadawać pytania: „Czy jesteśmy w pełni obecni? Czy w pełni przeżywamy swoje emocje? Czy jesteśmy w pełni zaangażowani w relację? (...) Na czym wolimy koncentrować uwagę? Czego unikamy? (...)” (Wallin, 2011, s. 296). Należy przy tym cały czas pamiętać, że treści, których osoba nie potrafi wyartykułować, które są niejawnie dla jej świadomości, zwykle są ożywiane, odgrywane bądź ucieleśniane właśnie w relacji z osobą pomagającą, która staje się dla klienta symboliczną matką, ojcem, babcią, partnerem, utraconą siostrą lub inną ważną osobą z życia.

Świadoma i uważna praca z przeniesieniem i przeciwprzeniesieniem może ujawnić, jakie wzorce z przeszłości w zakresie więzi są kontynuowane i odgry-

wane w aktualnej relacji. Pozwala to dostrzec funkcję tych wzorców, ich dotychczasowe znaczenie, przydatność bądź nieprzydatność, skonfrontować się z cierpieniem lub korzyściami, które do tej pory przynosiły. Daje to często klientowi poczucie ulgi i bezpieczeństwa oraz bywa prekursorem do zmian. Pracownik socjalny z kolei poprzez obserwowanie jakości relacji, jaką tworzy, zyskuje większy wgląd w to, z jakimi trudnościami boryka się dany człowiek, w jaki sposób tworzy bliskie związki i jaką rolę odgrywa w tym procesie sam pracownik. „Każda interpretacja, każda interwencja jest zdarzeniem o charakterze interpersonalnym; każda z takich sytuacji, w większym lub mniejszym stopniu, określa kształt niejawnego wymiaru relacji” (Wallin, 2011, s. 151). Samoświadomość, obserwacja, uważność pozwalają nam lepiej zrozumieć i poczuć drugą osobę i siebie, a w dalszej perspektywie – poprzez wspólne tworzenie i bycie w rzeczywistej relacji – skuteczniej pomagać.

MOTYWY JAWNE I UKRYTE

Zawód pracownika socjalnego mieści się w grupie tych zawodów, których wyborowi często towarzyszy specyficzny zestaw motywacji, zwany niekiedy poczuciem misji, powołania, służby. Zdaniem badaczy najczęściej występującymi motywami wyboru zawodu pracownika socjalnego są: chęć niesienia pomocy potrzebującym, przekonanie o użyteczności pracy, realizacja własnych zainteresowań, powołanie, świadomość, że jest to praca ważna, która ma sens (por. Kanios, 2012; Zielińska, 2013; Gierek, 2016). Wśród osób na co dzień zajmujących się pomaganiem i pracujących z osobami z zaburzeniami psychicznymi Hubert Suszek (2010, s. 369–372) wymienia: potrzebę pomagania innym, potrzebę zrozumienia świata psychicznego, potrzebę niezależności, własną terapię. Są to motywy, które należą do grupy tzw. jawnych motywów wyboru zawodu wśród osób profesjonalnie zajmujących się pomaganiem. Należy zaznaczyć, że obok nich istnieją również ukryte, mniej świadome motywy, takie jak: kompleks Boga, syndrom opiekuna, parentyfikacja, trudne dzieciństwo, archetyp zranionego uzdrowiciela (por. Suszek, 2010; Schier, 2015). Uświadamianie, omawianie i wyjaśnianie sobie swoich własnych motywów podejmowania zawodu ma istotne znaczenie dla jakości wykonywanej pracy, umożliwia bowiem skuteczniejszą pomoc klientom, a także jest ważnym elementem świadomego kreowania własnego rozwoju osobistego i zawodowego, co zmniejsza zagrożenie wypaleniem zawodowym. Osoby, które rozwijają się i pracują nad samoświadomością, mają większą szansę skuteczniej odróżniać własne potrzeby, wrażenia i uczucia od potrzeb, wrażeń i uczuć klienta, a przez to lepiej będą wspierać ich w rozwijaniu własnej samoświadomości.

Jak wcześniej wspomniano, jednym z najczęściej pojawiających się motywów jest potrzeba pomagania innym. Za tą deklarowaną, altruistyczną pobudką,

chęcią ratowania tych, którzy cierpią, nie radzą sobie ze sobą, czują się zagubieni, znajdują się w kryzysie, może stać mniej społecznie aprobowana motywacja, związana z narcyzmem, chęcią kontroli, parentyfikacją, odegraniem swoich doświadczeń z przeszłości. Jak zauważa Katarzyna Schier: „(...) osoby, które wybierają zawody związane z pomaganiem, często same doświadczyły traumy relacyjnej. Rozwijają swoiste *Ja pomagające*; można powiedzieć, że ich sposobem radzenia sobie z własnymi deficytami i doświadczeniami traumatycznymi jest troszczenie się o problemy innych osób” (Schier, 2014, s. 269). Autorka przytacza badania (DiCaccavo, 2002, 2006), które wskazują na obecność wczesnodziecięcych doświadczeń zaniedbania u pracowników socjalnych, którzy musieli troszczyć się o któregoś członka rodziny. Dwie trzecie z nich zadeklarowało, że doświadczyli parentyfikacji, czyli odwrócenia ról rodzic–dziecko w rodzinie. „Określali się mianem *mediatorów* osób nadmiernie odpowiedzialnych, *dobrych* dzieci albo nosicieli brzemienia rodzinnego (...), pracownicy społeczni mieli odnieść sukces tam, gdzie porażkę ponieśli ich dziadkowie” (Schier, 2015, s. 272). Taka opieka – pełnienie funkcji powiernika, sprzymierzeńca, pocieszyciela – może przynosić gratyfikacje w postaci poczucia wyjątkowości, ratownika rodziny. Rola ta sprzyja rozwinięciu umiejętności wczuwania się w potrzeby i sytuację innych, odczytywania różnych stanów emocjonalnych, bycia w gotowości do działania i pomagania. Jednak wiąże się również z pewną utratą – takim osobom trudno być biorcą, mogą czuć się wykorzystane, nadużyte, mieć poczucie utraty dzieciństwa, żalu do rodziców, mogą się pojawić trudności w tworzeniu zdrowej zależności, oparciu się na innych i zaufaniu. Może się też rozwinąć postawa wyższościowa wobec osób potrzebujących pomocy oraz postawa ratownika i opiekuna prowadząca do „pułapki zbawcy”, nadmierna kontrola, co w konsekwencji prowadzi do kompulsywnego przymusu pomagania. Przytaczając za Damianem Zdradą słowa Andrzeja Nehrebeckiego, można to zjawisko opisać w następujący sposób:

(...) rolę dziecka nie jest pocieszanie i wspieranie rodzica. Jednak wiele matek i ojców, zamiast szukać u siebie nawzajem oparcia, zwraca się ku dzieciom. Takie dzieci, gdy dorosną, zostają psychoterapeutami, psychologami, lekarzami czy pedagogami. Wybierają zawód, w którym mogą symbolicznie kontynuować misję ratowania matki czy ojca. (Zdrada, 2015, s. 12)

Jeżeli motywy oraz mechanizmy i potrzeby z nimi związane zostaną w polu nieświadomości, wówczas istnieje zagrożenie, że prywatne historie, zdarzenia, przeżycia i emocje będą negatywnie wpływać na proces pomagania, np. poprzez przeniesienie ukrytych treści na klientów oraz projektowanie naszych nieświadomych lęków, traum, obaw i związków z życia osobistego na życie zawodowe.

Dlatego niezwykle ważną kompetencją zawodową, obok pracy nad samoświadomością, jest:

(...) umieć rozstać się ze swoimi podopiecznymi, z klientami, pacjentami. Pozwolić im wyzdrowieć i usamodzielnic się. To jest możliwe tylko wówczas, gdy pomagający będzie wolny od kompulsywnej potrzeby pomagania, widzenia we wszystkich potrzebujących pomocy, gdy po prostu nie będą mu potrzebni chorzy i słabsi. (Zdrada, 2012, s. 186)

W myśl koncepcji systemowej, analizując własne doświadczenia z dzieciństwa, przyglądając się własnym konstelacjom rodzinnym, można lepiej zrozumieć sytuację tych, którym udziela się pomocy. Relacje z chorym, cierpiącym psychicznie, mającym emocjonalne trudności, mogą przywołać własne doświadczenia. „Zrozumienie sił działających w systemie najpierw w odniesieniu do swojej sytuacji, oprócz wymiaru praktycznego ma też swój wymiar etyczny. Pozwala zobaczyć, że każda rodzina, bez względu na poziom problemów, ustala swój własny stan równowagi, najlepszy z możliwych w danym momencie” (Zdrada, 2012, s. 187).

ZAKOŃCZENIE

W związku ze wzrostową tendencją zapadalności na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania istotną kwestią stają się zagadnienia związane z systemową przebudową ochrony zdrowia psychicznego, jak również odpowiednie wykształcenie i przygotowanie osób profesjonalnie pomagających osobom z zaburzeniami psychicznymi. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników socjalnych w Polsce w zakresie specjalizacji I oraz II stopnia reguluje ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2018, poz. 1508 z późn. zm.) oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 kwietnia 2012 r. w sprawie specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny (Dz.U. 2012, poz. 486). Wśród dziesięciu specjalności II stopnia znajduje się specjalność „praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami”.

W ostatnim raporcie Najwyższej Izby Kontroli (2019) stwierdzono aż w 21 ośrodkach brak poradnictwa oraz szkoleń, zwłaszcza w zakresie rozwoju osobistego. Dodatkowo pracownicy socjalni jako istotny dla nich problem wskazali brak wystarczającego specjalistycznego wsparcia w pracy z trudnymi podopiecznymi oraz odpowiednich szkoleń. Szczególnie istotny jest dla nich brak szkoleń przygotowujących do radzenia sobie w sytuacji zagrożenia oraz radzenia sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym, w tym zwłaszcza superwizji.

Uznanie interakcyjnego charakteru relacji pomocowej i obecności dwóch subiektywnych światów w tym spotkaniu, wprowadzających swoje jawne i niejawne treści, może być zatem drogą do lepszego zrozumienia osoby wspomaganą, co może skutkować bardziej adekwatnym działaniem. Zainteresowanie własnymi procesami psychicznymi, podjęcie próby ich zrozumienia w kontekście relacji pomocowej, odkrywanie mechanizmów leżących po obu stronach wydaje się kluczowe dla pełnienia roli pracownika socjalnego.

Zasadnym postulatem jest więc poszerzenie oferty dla pracowników socjalnych z zakresu wiedzy psychoterapeutycznej oraz kształtowania umiejętności rozpoznawania własnych zasobów w pracy pomocowej, a także włączenie do ich procesu kształcenia specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym.

BIBLIOGRAFIA

- Brammer, L.M. (1984). *Kontakty służące pomaganiu. Procesy i umiejętności*. Warszawa: PTP.
- Bronowski, P. (2017). Czynniki wpływające na proces zdrowienia w opinii osób chorujących psychicznie, ich rodzin i terapeutów. W: D. Danielewicz, J. Rola (red.), *Stare dylematy i nowe wyzwania w psychoterapii* (s. 69–86). Warszawa: APS.
- DiCaccavo, A. (2002). Investing individuals' motivation to become counseling psychologists: The influence of early caretaking roles within the family. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75(4), 463–472. DOI: <https://doi.org/10.1348/147608302321151943>
- DiCaccavo, A. (2006). Working with parentification: Implication for clients and counseling psychologists. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(3), 469–478. DOI: <https://doi.org/10.1348/147608305X57978>
- Drat-Ruszczak, K., Drażkowska-Zielińska, E. (2005). *Podręcznik pomagania. Szkoły i kierunki psychoterapeutyczne*. Warszawa: SWPS.
- Gelso, Ch.J., Hayes, J.A. (2004). *Relacja psychoterapeutyczna*. Gdańsk: GWP.
- Gierek, P. (2016). O zawodzie pracownika socjalnego, kształceniu i motywach jego wyboru – komentarz z badań. *Praca Socjalna*, (2), 102–117.
- GUS (2017). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 roku*. Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- Kanios, A. (2012). Wokół profesjonalizmu pracowników socjalnych – analiza badawcza. *Praca Socjalna*, (3), 81–94.
- Kanios, A. (2017). Trudności w pracy zawodowej pracowników socjalnych – wybrane konteksty. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 30(3), 195–204. DOI: <http://dx.doi.org/10.17951/j.2017.30.3.195>
- Kaszyński, H. (2006). *Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy*. Warszawa: Fise.
- Kaszyński, H. (2013). *Praca socjalna z osobami chorującymi psychicznie. Studium socjologiczne*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Kaszyński, H., Maciejewska, O. (2016). Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Rekomendacje dla „nowej” specjalizacji. *Zeszyty Pracy Socjalnej*, 21(4), 161–176, DOI: <https://doi.org/10.4467/24496138ZPS.16.010.6533>.
- Lambert, M.J. (1991). Introduction to psychotherapy research. W: L.E. Beutler, M. Cargo (eds.), *Psychotherapy Research. An International Review of Programmatic Studies* (s. 1–11). Washington: American Psychological Association.
- Maciejewska, O. (2018). *Praca socjalna w środowisku osób chorujących psychicznie*. Pobrane z: <https://doradcawpomocypolecnej.pl/artukul/praca-socjalna-w-srodowisku-osob-chorujacych-psychicznie> (dostęp: 14.12.2019).
- Miluska, J. (2008). *Obrazy społeczne grup narażonych na dyskryminację. Uwarunkowania społeczno-demograficzne i psychologiczne*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Moskalewicz, J., Kiejna, A., Wojtyński B. (2012). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022. Załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz.U. 2017, poz. 458).
- NIK (2019). *Organizacja i warunki pracy pracowników socjalnych w gminach*. Departament Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny.
- Norcross, J.C., Lambert, M.J. (2011). Evidence-based therapy relationship. W: J.C. Norcross (ed.), *Psychotherapy Relationships That Work* (s. 3–21). New York: Oxford University Press.
- Pużyński, S., Wciórka, J. (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Rogers, C.R. (2002). *O stawianiu się osobą*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 kwietnia 2012 r. w sprawie specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny (Dz.U. 2012, poz. 486).
- Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 2 grudnia 2016 r. w sprawie superwizji pracy socjalnej (Dz.U. 2016, poz. 2087).
- Sass-Stańczak, K., Czabała, J.C. (2015). Relacja terapeutyczna – co na nią wpływa i jak ona wpływa na proces psychoterapii? *Psychoterapia*, 1(172), 5–17. DOI: <https://doi.org/10.12740/PT/30474>
- Schier, K. (2015). *Dorośle dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.
- Suszek, H. (2010). Motywacja do zawodu psychoterapeuty. W: L. Grzesiuk, H. Suszek, *Psychoterapia. Integracja. Podręcznik akademicki* (s. 365–379). Warszawa: Wydawnictwo Eneteia.
- Tracz-Drał, J. (2019). *Zdrowie psychiczne w Unii Europejskiej*. Warszawa: Kancelaria Senatu, Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji.
- Trawkowska, D., Frąckowiak-Sochańska, M. (2017). Problemy w funkcjonowaniu systemów wsparcia medycznego i społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi – wnioski z analizy na przykładzie województwa wielkopolskiego. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 30(4), 207–229.
DOI: <http://dx.doi.org/10.17951/j.2017.30.4.207>
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2018, poz. 1508 z późn. zm.).
- Wallin, D.J. (2011). *Przywiązanie w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- WHO (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Pobrane z: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en (dostęp: 10.01.2020).
- Załuska, M. (2015). *Opieka zdrowotna i wsparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Informator dla chorujących, ich rodzin i przyjaciół*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Zdrada, D. (2012). Wskazania do pracy z rodziną w paradygmacie systemowym, czyli o tym, jak nie przestraszyć się rodzinnego upiora. W: D. Błasiak, I. Piątkowska-Lipko (red.), *Rola pracy socjalnej w przeciwdziałaniu zjawisku wykluczenia społecznego* (s. 182–193). Katowice: ROPS.
- Zdrada, D. (2015). Kompetencje pomagacza w pracy ze sprawcami przemocy. *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*, (5), 11–15.
- Zielińska, M. (2013). *Rola pracownika socjalnego we współczesnym świecie – perspektywy i zagrożenia*. Zielona Góra: ROPS.

SUMMARY

The profession of social worker is undoubtedly profession that requires professionalism, which takes into account both the technical and relational aspects. Social worker should be fluent in using legal regulations, knowledge of aid institutions, techniques and working methods, and, because he is the basic tool of social work, he should demonstrate appropriate features and skills, which make up the so-called "helper personality". The article presents selected difficulties that may arise in contact and in the assistance relationship with people with mental disorders. On the one hand, a social worker should be able to read, feel and sympathize with the emotions of another person, and on the other, should be aware of their own emotional responses and their role in creating and running an assistance relationship.

Keywords: social work; mental health; help relationship