

PISMO
PRACOWNIKÓW
SOCJALNYCH,
TERAPEUTÓW,
PERSONELU
PIEŁĘGNIARSKIEGO
I OPIEKUŃCZEGO
Nr 1/2020
Styczeń 2020
ISSN 1506-3690

wspólne tematy

Praca socjalna

Psychiatria

Terapia

Gerontologia

Rehabilitacja

Pedagogika specjalna

Opieka długoterminowa



„tematy” : pomoc dla pomagających

od 1995 roku

wspólne
tematy

Miesięcznik „wspólne tematy – pismo pracowników socjalnych, terapeutów, personelu pielęgniarskiego i opiekuńczego”

1995–2019 CZASOPISMO DRUKOWANE

OD 2020 CZASOPISMO ELEKTRONICZNE

Prenumerata na rok 2020 – cena **149 zł** (zawiera 8% VAT – czasopismo specjalistyczne)

na
temat

Kwartalnik „na temat – zeszyty dla profesjonalnie pomagających”

1999–2019 CZASOPISMO DRUKOWANE

OD 2020 CZASOPISMO ELEKTRONICZNE

Prenumerata na rok 2020 – cena **46 zł** (zawiera 8% VAT – czasopismo specjalistyczne)

Opłata za prenumeratę – przelew na rachunek bankowy:

74 1140 2004 0000 3302 3531 8653 (mBank)



Dane wydawcy / Adres dla przesyłek pocztowych i kurierskich:

D.W.R. „tematy”
Agnieszka Smrokowska-Reichmann
ul. Młyńska 11 lok. 23
31-474 Kraków
NIP 945-107-48-96

[Cena pojedynczego numeru „wspólnych tematów” wynosi 18 zł.

Cena podwójnego numeru (7-8 i 11-12) wynosi 36 zł.

Cena pojedynczego numeru „na temat” wynosi 18 zł. Wszystkie ceny zawierają VAT.]

Zapraszamy do wirtualnej redakcji: www.tematy.eu

PRZYDATNE ADRESY MAILOWE I NUMERY TELEFONÓW:

- Kontakt z redakcją, uwagi dotyczące opublikowanych artykułów, propozycje zagadnień do omówienia w czasopismach, artykuły nadesłane: redakcja@tematy.eu, tel. 600 318 732
- Dział prenumerat i łączności z Czytelnikami: prenumerata@tematy.eu, tel. 600 318 732
- Szkolenia dla profesjonalnie pomagających zajmujących się seniorami z demencją (komunikacja, opieka, terapia zajęciowa, rozwiązywanie problemów): szkolenia@tematy.eu, tel. 692 884 704
- Metoda Snoezelen – Sala Doświadczania Świata – portal Polskiego Oddziału ISNA-MSE: www.isna-mse.org.pl
- Szkolenia Snoezelen certyfikowane stacjonarne oraz zewnętrzne w placówkach: szkolenia@isna-mse.org.pl
- Konsultacje dotyczące Snoezelen – Sali Doświadczania Świata: ekspert@isna-mse.org.pl
- Inne sprawy Snoezelen: sekretariat@isna-mse.org.pl, tel. 728 776 241

Jesteśmy do Państwa dyspozycji w **dni robocze w godzinach 9–16**
Serdecznie zapraszamy!

Drodzy Czytelnicy,

Przed Wami pierwsze elektroniczne wydanie miesięcznika „wspólne tematy”. Minęło właśnie ćwierć wieku, kiedy to w styczniu 1995 roku ukazał się pierwszy numer „wspólnych tematów”! Tak długa jest już historia naszych kontaktów i wspólnego rozważania najróżniejszych aspektów profesjonalnej pomocy!

W ciągu tych 25 lat byliśmy świadkami wielkich zmian w dziedzinie łączności i komunikacji. Rozwinęła się informatyzacja, powstała przestrzeń wirtualna, pojawiły się nowe technologie ułatwiające możliwości kontaktu i wymiany opinii. Elektroniczna forma miesięcznika „wspólne tematy” i kwartalnika „na temat” to podążenie za tymi zmianami i wykorzystanie ich potencjału w całej pełni.

W pierwszym elektronicznym wydaniu „wspólnych tematów” znajdziecie, drodzy Czytelnicy, podobnie jak to było zawsze w wydaniach tradycyjnych, zestawienie różnych zagadnień - istotnych, ciekawych, stanowiących wyzwanie dla zawodów fachowego pomagania.

Jednym z nich jest przedstawienie strategii czterech kroków jako narzędzia podnoszącego efektywność w instytucjonalnej opiece nad seniorami demencyjnymi. Posługiwanie się strategią czterech kroków ułatwia podejmowanie prawidłowych decyzji w procesie terapeutycznym i opiekuńczym oraz odciąża profesjonalnie pomagającego. W artykule podajemy liczne przykłady interwencji, które przebiegają zgodnie z czterema krokami: JEST-MA BYĆ-WYKONUJĘ-SPRAWDZAM.

W innym artykule zastanawiamy się, gdzie szukać kontekstu łączącego pracownika socjalnego i jego klienta. I dochodzimy do wniosku, że płaszczyzną tą może być szeroko rozumiany temat...posiłków, ich przyrządzania i spożywania. Nie chodzi tu tylko o najbardziej oczywistą sprawę, czyli o zatroszczenie się przez pracownika socjalnego, aby przynajmniej dzieci klienta jadły regularnie i zdrowo. Posiłki stanowią szczególną sytuację socjalną, mogą stanowić furtkę do nawiązania z klientem wspólnego języka,

do zachęcenia go do współpracy, a także do wywierania pozytywnego wpływu na niego i jego rodzinę. Artykuł pokazuje, jak mogą i jak powinny wyglądać działania pracownika socjalnego w tym zakresie.

Profesjonalne pomaganie dziecku ze spektrum autyzmu jest nierozłącznie związane z interwencją psychosocjalną nakierowaną na jego rodzinę. W kolejnym artykule analizujemy, na czym powinno polegać poradnictwo i profesjonalne wspieranie rodziców dzieci ze spektrum autyzmu. Przedstawiamy przykładowe strategie, jak np. wideofeedback, analiza zachowania czy PECS, jak również podkreślamy najważniejsze aspekty, o których należy pamiętać podczas współpracy z rodzicami. Jednocześnie zwracamy uwagę, że pomimo diagnozy autyzmu to nadal jest rodzina, a nie mini-placówka terapeutyczno-pedagogiczna.

Czy można w bezpieczny, a przede wszystkim terapeutyczny sposób, stosować humor w kontaktach z podopiecznym cierpiącym na zaburzenia psychiczne? A jeśli tak – to jak to zrobić? Odpowiedzi na te niełatwe, a nawet kontrowersyjne pytania, poszukujemy w innym artykule. Należy pamiętać, że aby humor „zadziałał” w pozytywnym tego słowa znaczeniu, najpierw musi być zbudowana stabilna relacja z podopiecznym. Terapeutyczne stosowanie humoru w psychiatrii jest zawsze dalszym ciągiem, nigdy początkiem. Terapeutyczny humor jest czymś innym i znaczy coś więcej niż tylko bycie zabawnym. Ponadto nie wszystko, co bawi osobę zdrową psychicznie, będzie tak samo odbierane przez pacjenta. A czy osoby z różnymi diagnozami psychiatrycznymi mają różne poczucie humoru? O tym wszystkim i wielu innych sprawach piszemy w artykule.

Na koniec polecamy Waszej uwadze, drodzy Czytelnicy, głęboki i bogaty tekst, który omawia, w jaki sposób tematy umierania i śmierci powinny być poruszane podczas kształcenia młodych adeptów zawodów pielęgniarstwa i opiekuńczych.

Zapraszamy serdecznie do lektury.
Wasza Redakcja

Spis treści

Seniorzy z demencją w opiece instytucjonalnej – a efektywność profesjonalnie pomagających	3
Posiłki– z perspektywy pracy socjalnej	15
Aktywna postawa rodziców dziecka ze spektrum autyzmu. Część I	24
Umieranie i śmierć jako temat kształcenia w zawodach pielęgniarских i opiekuńczych	34
Humor w pracy z pacjentem psychiatrycznym. Część I – Podstawy. Zaburzenia psychiczne a humor. Wybrane elementy terapeutycznej interakcji	44

WYDAWCA:
Dom Wydawniczo-Reklamowy „**tematy**”
Agnieszka Smrokowska-Reichmann

© by Dom Wydawniczo-Reklamowy „**tematy**”
Wszelkie prawa zastrzeżone.

ISSN 1506-3690

ADRES WYDAWCY:
ul. Młyńska 11 lok. 23, 31-474 Kraków

ADRES KORESPONDENCYJNY:
Dom Wydawniczo-Reklamowy „**tematy**”
ul. Młyńska 11 lok. 23, 31-474 Kraków

KONTAKT TELEFONICZNY:
tel. 600 318 732

W INTERNECIE:
www.tematy.eu
email: biuro@tematy.eu

REDAKTOR NACZELNY:
dr Agnieszka Smrokowska-Reichmann

SZKOLENIA SNOEZELEN tel. 728 776 241

SZKOLENIA DEMENCJA tel. 692 884 704

OKŁADKI:
Andrzej Kot

SKŁAD I REDAKCJA TECHNICZNA:
Anna Ludwin

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.
Redakcja zastrzega sobie prawo skracania i adiacji nadesłanych materiałów.
Nie zamówionych materiałów redakcja nie zwraca.
Żadna część miesięcznika „wspólne tematy” nie może być przedrukowywana ani w jakikolwiek sposób reprodukowana czy powielana mechanicznie, fotooptycznie, zapisywana elektronicznie lub magnetycznie bądź odczytywana w środkach publicznego przekazu bez pisemnej zgody Wydawcy.

Agnieszka Smrokowska-Reichmann

Seniorzy z demencją w opiece instytucjonalnej – a efektywność profesjonalnie pomagających

Kontekst pracy

Zajmowanie się osobą cierpiącą na otępienie oznacza codzienną konfrontację z wieloma trudnymi sytuacjami. Symptomy choroby Alzheimera lub innej formy demencji sprawiają, że problemowe zachowania mieszkańca / klienta są codziennością w pracy personelu pielęgniarskiego, opiekuńczego i terapeutycznego. Nierzadko intensywność i zakres takich zachowań wymaga od profesjonalnie pomagających reakcji nie tylko skutecznych, ale też bardzo sprawnych i szybkich. Tak więc czynnik czasu ma również bardzo duże znaczenie.

Profesjonalne zajmowanie się seniorami demencyjnymi oznacza, że trzeba umieć poradzić sobie z różnymi, często bardzo złożonymi sytuacjami. Niniejszy artykuł dotyczy rzeczywistości domów pomocy społecznej, środowiskowych domów samopomocy lub innych placówek opieki dla seniorów z diagnozą otępienia. Chodzi tu więc

PROFESJONALNE
ZAJMOWANIE
SIĘ SENIORAMI
DEMENCYJNYMI
OZNACZA, ŻE TRZEBA
WIEDZIEĆ, JAK
PORADZIĆ SOBIE
Z ROZMAITYMI, CZĘSTO
BARDZO ZŁOŻONYMI
SYTUACJAMI.

o uwarunkowania, w których czas na zajęcie się pojedynczym podopiecznym jest ściśle określony i raczej nie ma tego czasu w nadmiarze. Z tego względu relatywnie często w opiece senioralnej, o której mowa, dochodzi do kumulowania się obciążeń. Na przykład może się zdarzyć, że dosłownie jednocześnie należałoby pomóc dwóm albo trzem podopiecznym. Albo że pojawiają się niespodziewane, dodatkowe zadania, gdy tymczasem zaraz trzeba będzie wykonać zaplanowane, rutynowe zabiegi. Itd.

Jak sobie z tym wszystkim poradzić? Jak przygotowywać rozwiązania, które będzie można powielać w podobnych przypadkach? W jaki sposób zapewnię efektywność lub mówiąc inaczej: najlepszą proporcję pomiędzy moim działaniem a jego skutecznością? Jakie strategie sprawdzające się w pracy z pojedynczym podopiecznym mają przełożenie na pracę z grupą podopiecznych?

Cztery kroki

Najlepiej uczyć się z dobrych praktyk, które już się sprawdziły. Kierując się tą przesłanką przedstawiamy w artykule różne problemy opieki nad seniorami demencyjnymi oraz ich rozwiązania. Zanim jednak profesjonalnie pomagający zacznie **działać**, najpierw musi **zrozumieć**. Najprostszy, a zarazem najbardziej skuteczny sposób profesjonalnego reagowania sprowadza się do przedstawionych poniżej czterech kroków. Tajemnica takiej wydajności, która nie wyczerpuje psychicznie i fizycznie profesjonalnie pomagającego polega na konsekwentnym stosowaniu wzorcowej czteroetapowej procedury.

Niezależnie od specyfiki problemów demencyjnego seniora, można i trzeba podjąć próbę ich uporządkowania oraz wdrożenia celowych, przemyślanych reakcji. Strategia czterech kroków to skuteczne narzędzie w rękach profesjonalnie pomagającego. Jej stosowanie ułatwia podejmowanie prawidłowych decyzji w procesie opiekuńczym i terapeutycznym adresowanym do seniora demencyjnego. A co za tym idzie – prowadzi do zwiększenia efektywności tegoż procesu. Dodatkową korzyścią jest zwiększenie satysfakcji zawodowej profesjonalnie pomagającego i zmniejszenie zmęczenia, czyli profilaktyka wypalenia zawodowego.

Na marginesie zaznaczmy, że proponowany w tym artykule czteroetapowy wzorec zajmowania się podopiecznym doskonale sprawdza się nie tylko w kwestiach dotyczących pacjenta demencyjnego, ale również w problematycznych aspektach pracy z seniorem sprawnym poznawczo, w treningu i terapii osób z zaburzeniami psychicznymi, a także w przypadku dzieci i młodzieży sprawiających trudności wychowawcze.

Strategia czterech kroków może być stosowana zarówno w odniesieniu do aktualnego pojedynczego epizodu wymagającego natychmiastowej

odpowiedzi, jak również w szerszej i/lub długofalowej perspektywie. Pamiętajmy, że trudności lubią się powtarzać. Dlatego dokładne przeprowadzenie zaprezentowanych etapów jest opłacalną inwestycją na przyszłość. Profesjonalnie pomagający nabywa kompetencje, do których ponownie sięgnie w razie potrzeby.

★ KROK 1.

Aktualny stan – JEST. Chodzi o faktyczne i obiektywne przedstawienie tego, co jest problemem, trudnością, zagrożeniem, szczególnie okolicznością. Robię to jasno i jednoznacznie. Informacje formułuję w oparciu o rzeczywiste fakty, obiektywne dane – bez jakiegokolwiek niepotrzebnego komentowania, snucia domysłów czy nadmiernego interpretowania. Koncentruję się wyłącznie na tym, co naprawdę ma miejsce (jest charakterystycznym zachowaniem tego podopiecznego, jest typowe dla dysfunkcji otępiennych w jego przypadku oraz przy jego indywidualnych deficytach zdrowotnych).

STRATEGIA CZTERECH
KROKÓW TO SKUTECZNE
NARZĘDZIE W RĘKACH
PROFESJONALNIE
POMAGAJĄCEGO,
POZWALAJĄCE
ROZWIĄZAĆ WIELE
TRUDNYCH PROBLEMÓW.

Opis aktualnego stanu może być stosunkowo obszerny. Bo im więcej zweryfikowanych obiektywnych szczegółów, tym lepiej rozumiem to, co się dzieje. A także tym łatwiej będzie mi przekazać pacjenta / mieszkańca koleżance przychodzącej na kolejną zmianę, poinformować o ważnych punktach innego specjalistę zajmującego się tym podopiecznym itd. Dlatego zapisuję wszystko, co naprawdę ważne.

★ KROK 2.

Cel interwencji – MA BYĆ. Definiuję to, co powinno zostać osiągnięte, co jest zamierzonym finalnym skutkiem mojego zajmowania się seniorem i ewentualnie działania innych profesjonalnie pomagających.

W kroku drugim określenie celów powinno zasadniczo ograniczać się do dwóch, trzech punktów. Sformułowania powinny być precyzyjne, jasne, jednoznaczne, tak aby nie pojawiały się wątpliwości, co naprawdę jest do zrobienia i co w tym momencie ma priorytetowe znaczenie. Aczkolwiek przydatne może być też określenie celów szczegółowych bądź dodanie krótkich komentarzy do poszczególnych celów.

★ KROK 3.

Plan działania i jego realizacja – WYKONUJĘ. Chodzi o plan już skonkretyzowany, czyli dokładnie prezentujący cel główny (całościowy) oraz cele częściowe. Orientując się w specyfice problemu, mając wytyczony cel – przygotowuję sobie instrukcję realizacji. Odpowiadam na pytania: – *Co muszę wykonać, aby cel został osiągnięty?*; – *Jakimi środkami, narzędziami itp. się posłużę?*; – *Z czyjej pomocy skorzystam?*; – *Co i w jakiej kolejności muszę wykonać?* Praktyka nie zawsze jest aż tak skomplikowana, choć zdarzają się również przypadki, w których nie tylko trzeba odpowiedzieć na

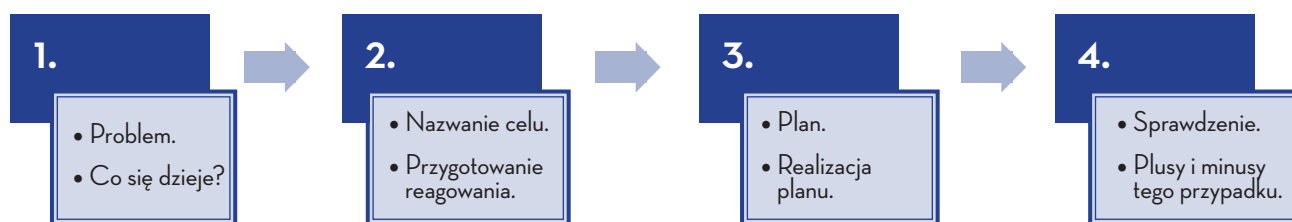
wszystkie powyższe pytania, ale też przygotować dodatkowe. Odstęp pomiędzy kolejnymi elementami planu a ich zrealizowaniem powinien być jak najkrótszy.

★ KROK 4.

Ewaluacja wyników – SPRAWDZAM. Im konkretniej sformułowany cel, tym łatwiejsze będzie sprawdzenie, czy został osiągnięty. A jeśli wynik pracy znacznie odbiega od wcześniejszych założeń, to właśnie dzięki takiej konkretyzacji daje się określić, co jeszcze jest do zrobienia, co jest najpilniejsze itd.

Szukanie odpowiedzi na pytania: – *Dlaczego się jeszcze nie udało?*; – *Co sprawiło, że jeszcze nie udało się znaleźć funkcjonujących rozwiązań?* może pociągnąć za sobą konieczność zmiany wcześniej obranego punktu ciężkości, dołożenie jeszcze jakiegoś dodatkowego celu itd.

Ewaluacja wyników wydobywa niekiedy dodatkowe korzyści, wcześniej nie planowane.



Przykłady zastosowania strategii czterech kroków

PRZYKŁAD: **NASTROJE DEPRESYJNE**

★ KROK 1.

Siedemdziesięcioletnia pani Łucja ze zdiagnozowaną chorobą Alzheimera (faza wczesna) od kilku tygodni wykazuje wyraźne obniżenie nastroju. Wielokrotnie w ciągu dnia powtarza: – *To życie nie ma sensu*; – *Wszystko już przegrałam*; – *Lepiej*

byłoby już umrzeć itd. Próby przeprowadzania stabilizujących emocjonalnie rozmów podejmowane przez psychologa domu pomocy społecznej nie wnoszą niczego nowego. Zdenerwowanie oraz eskalujące zaburzenia poznawcze uniemożliwiają podopiecznej dokładniejsze odniesienie się do pytań psychologa. Właściwie cała komunikacja ze strony pani Łucji polega na powtarzaniu: – *Moje życie jest skończone*; – *Nikt mnie nie chce*; – *Jestem przegrana* i do podobnych wypowiedzi.

★ KROK 2.

Ten negatywny stan emocjonalny mieszkanki powinien się poprawić, a osiągnięty stan pozytywny powinien się utrzymywać (na tyle, na ile jest to jeszcze możliwe przy postępującej chorobie Alzheimera). Wybrano następujące cele szczegółowe do zrealizowania:

- Mieszkanka powinna czuć się dobrze w naszej placówce.
- Powinna czerpać przyjemność z codziennego życia „tu i teraz”.
- Powinna komunikować pozytywne stany emocjonalne.

★ KROK 3.

Do czasu, aż nastąpi wyraźna poprawa stanu emocjonalnego, pani Łucja otrzymuje specjalnie wydelegowaną osobistą opiekunkę. Będzie ona codziennie przebywała przy mieszkance tak długo, jak tylko będzie to możliwe, rozmawiała z nią, oferowała zajęcia akceptowane przez panią Łucję i motywujące ją do aktywności. Opiekunka ma się starać wzbudzić zaufanie u podopiecznej i w ten sposób zwiększyć jej poczucie bezpieczeństwa oraz znajdowania się pod troskliwą opieką.

W rozmowach nie będą poruszane żadne negatywne tematy, takie jak samotność, złe zdrowie, brak perspektyw na przyszłość oraz inne tego typu treści. Ponadto opiekunka, a także inni członkowie domowego personelu odpowiedzialni za panią Łucję, mają konsekwentnie realizować komunikację o charakterze walidacyjnym. A więc czytelnie wyrażają zrozumienie, współczucie, pocieszają, przytulają mieszkankę, nawiązują z nią kontakt wzrokowy. Pani Łucja chętnie przyjmuje bezpośredni kontakt dotykowy. **(Więcej na temat komunikacji walidacyjnej zob.: Agnieszka Smrokowska-Reichmann, „Innowacyjne metody pracy z seniorami w późnym stadium demencji” [w:] E. Janus, A. Bac, A. Kulis, A. Smrokowska-Reichmann, „Terapia zajęciowa w geriatryi”, PZWL, Warszawa 2017)**

STOSOWANIE
STRATEGII CZTERECH
KROKÓW ZWIĘKSZA
EFEKTYWNOŚĆ PROCESU
POMOCOWEGO,
A JEDNOCZEŚNIE
STANOWI PROFILAKTYKĘ
WYPALENIA
ZAWODOWEGO.

Terapeucie zajęciowemu przypadek pani Łucji przedstawiono jako priorytet. Jego zadaniem jest znalezienie czynności, które seniorka będzie potrafiła i chciała wykonywać, a następnie realizowanie ich wspólnie z panią Łucją, i to tak, aby mieszkanka odnosiła sukcesy. Terapeuta zajęciowy pod tym kątem analizuje biografię mieszkanki – jaki zawód wykonywała, jakie miała hobby, gdzie mieszkała, jaka była jej sytuacja rodzinna itd.

Z kolei zadaniem psychologa jest postaranie się, aby seniorka jak najczęściej spotykała się z mieszkańcami, którzy mogą na nią dobrze wpłynąć, dostarczając poczucia wspólnoty, przynależności, bezpieczeństwa, zrozumienia.

Podczas zajęć reminiscencyjnych pani Łucja jest motywowana do wspominania takich faktów z życia, które kojarzy jednoznacznie pozytywnie. Terapeuta zajęciowy sprawdza, w jaki sposób można by te wspomnienia i związane z nimi emocje intensyfikować. W dokumentacji dotyczącej seniorki znalazł informację, że pani Łucja przez całe życie mieszkała w Krakowie, ale urlop (a były to czasy FWP) spędzała przeważnie nad morzem. Między innymi dlatego terapeuta zajęciowy w ramach zajęć w Sali Doświadczenia Świata przygotował scenariusz dla czworga uczestników zatytułowany „Wypoczynek na plaży”. Pani Łucja została oczywiście specjalnie zaproszona na tę sesję. Nie za bardzo orientowała się, o co właściwie chodzi. Sala Doświadczenia Świata (Snoezelen) funkcjonuje w placówce od niedawna. Seniorka jeszcze nie oswoiła się z tym pomieszczeniem terapeutycznym. Dzięki odpowiedniej aranżacji Sali i wykorzystaniu sprzętów zgodnie z zasadami metody Snoezelen, scenariusz przygotowany przez terapeutę zawierał bodźce słuchowe, wzrokowe, dotykowe, smakowe, węchowe, proprioceptywne (nagrania, projekcje, aromaterapia, światłowody, kolumny wodne, łóż-

ko wodne). Ta sesja w Sali Doświadczania Świata bardzo spodobała się pani Łucji, do samego wieczoru była rozpogodzona i chętnie nawiązywała rozmowy z innymi.

Wszyscy członkowie personelu otrzymali zalecenie, że jeżeli nawet przypadkowo spotykają panią Łucję, to od razu powinni okazać jej wyraźnie radość z tego spotkania oraz zapewnić, że cieszą się z jej dołączenia do grona mieszkańców placówki.

Ksiądz regularnie odprawiający msze w kaplicy DPS został poproszony, aby w następnych kazaniach wyraźnie wprowadzał elementy pozytywne, radosne, wskazujące, że każdy człowiek jest dla Boga wartościowy, że każdego człowieka Bóg kocha i o każdym pamięta. Dla pani Łucji wybrano miejsce w pierwszej ławce, aby dobrze widziała i słyszała księdza. Trudno jednoznacznie stwierdzić, które słowa dotarły do niej. Natomiast bezdyskusyjnym faktem była poprawa nastroju pani Łucji.

★ KROK 4.

Stan emocjonalny seniorki znacznie się polepszył. Zauważono jednak, że ulega on wahaniom, gdy indywidualne zajmowanie się tą mieszkanką musi zostać zredukowane. A przecież w placówce zamieszkiwanej przez kilkudziesięciu seniorów nie da się w dłuższej perspektywie poświęcać tyle czasu tylko jednej osobie. Poszczególni kierownicy pracowni terapeutycznych zostali więc poproszeni, aby opracowali zajęcia grupowe, które mogłyby wywołać u pani Łucji wrażenie, że „właściwie ona jest tu najważniejsza”. Mają to być oczywiście subtelne formy podtrzymywania dobrego nastroju mieszkanki, które nie urażą i nie zniechęcą pozostałych członków grupy.

PRZYKŁAD: **POCZUCIE
OSAMOTNIENIA**

★ KROK 1.

Pan Benedykt, cierpiący na demencję mieszkawiec DPS, bardzo tęskni za swoimi dziećmi (cór-

ka 40 lat i syn 38 lat). Kilkanaście razy w ciągu dnia pyta: – *Gdzie są moje dzieci?*; – *Dlaczego jeszcze do mnie nie przyszły?* itd. W dniach lepszej formy kognitywnej również powraca do tematu dzieci, tyle że wtedy pytania dobitnie wyrażają rozczarowanie mieszkańca własnym losem: – *Dlaczego dzieci mnie tutaj zamknęły?*; – *Co ja im zrobiłem?*; – *Czemu ode mnie uciekły?* W tych chwilach pan Benedykt sprawia wrażenie jeszcze bardziej przygnębionego. Zarówno komunikacja werbalna, jak i wszystkie sygnały komunikacji pozawerbalnej wskazują na to, że czuje się bezsilny, opuszczony, samotny. Jego stan psychiczny pogarsza się z miesiąca na miesiąc i to o wiele większym tempie, niż wynikałoby z progresji choroby otępiennej.

★ KROK 2.

Nieobecność dzieci (a także innych członków najbliższej rodziny) wymaga zrekompensowania profesjonalną interwencją. A w szczególności:

- Senior ma wiedzieć, że traktujemy na poważnie wszystkie jego problemy. Również tęsknotę za dziećmi i zamartwianie się ich nieobecnością.
- Pan Benedykt ma otrzymać takie wsparcie, aby jego negatywne myśli i emocje zostały rozładowane i nie stanowiły dla niego ciągłego obciążenia.
- Mieszkaniec ma być przekonany, że zawsze wolno mu głośno wypowiadać wszystkie swoje problemy, i że nikt nie będzie go wtedy krytykował, uciszał czy lekceważył.

★ KROK 3.

Senior jest traktowany zgodnie z regułami walidacji gerontologicznej. Podejście walidujące jest tu o tyle istotne, że realnie nie da się raczej rozwiązać problemu pana Benedykta. Jego dorosłe dzieci mieszkają na stałe zagranicą i bardzo mało prawdopodobne jest to, że będą go (regularnie) odwiedzały. Senior musiał przenieść się do DPS jeszcze przed rozwinięciem się u niego demencji, z powodu problemów z poruszaniem się (nie radził sobie już dłużej z samodzielnym prowadzeniem gospodarstwa domo-

wego). Opuszczenie własnego domu było dla pana Benedykta przeżyciem prawdziwie traumatycznym, które głęboko zapadło w jego pamięć. Zwłaszcza, że po wczesnej śmierci żony poświęcił się całkowicie dla córki i syna, zapewniając im dostatnią młodość i dobre wykształcenie. Nic dziwnego, że obecnie choroba otępienna wydobywa u mieszkańca tak silne poczucie porzucenia i utraty.

Zgodnie z regułami walidacji gerontologicznej, wyrażane przez pana Benedykta negatywne emocje są przyjmowane przez profesjonalnie pomagających i traktowane z całą powagą. Jednocześnie z seniorem prowadzona jest komunikacja, w której istotną część zajmują elementy konstruktywne i przekierowujące uwagę seniora na pozytywną perspektywę. Dąży się zatem do podejmowania tematów pozytywnych lub przynajmniej neutralnych. I tak na przykład profesjonalnie pomagający pytani wciąż przez seniora o nieobecność dzieci, nie uciekają od tematu dzieci, natomiast starają się przekierować uwagę seniora w stronę pozytywnej przeszłości, zadając m. in. pytania:

- A ile ma pan dzieci? I jak mają na imię?
 - Jakie są pana najmiłsze wspomnienia z czasów, kiedy dzieci były małe?
 - Często się pan bawił ze swoimi dziećmi?
 - Dobrze się uczyły?
 - Lubiły sport?
- Itd.

Terapeuta zajęciowy przegląda razem z mieszkańcem album zawierający jego prywatne zdjęcia, na których widać żonę i dzieci. Motywuje seniora do opowiadania o tym, co widać na fotografiach. W niektóre dni temat dzieci zostaje twórczo rozwinięty – na przykład wspomnianie bajek, które się dzieciom opowiadało, śpiewanie kołysanek, rozmowa o zabawkach itd.

★ KROK 4.

Senior z chęcią i zadowoleniem angażuje się w każdą kierowaną ku niemu ofertę zajęć nawiązujących do etapu, gdy przebywał w domu z dziećmi. Jest o wiele mniej przygnębiony i przygnębiony.

Niespodziewanie placówka nawiązała współpracę z organizacją pozarządową, której misją jest m. in. pedagogika międzygeneracyjna. Terapeuta zajęciowy i pracownik socjalny od razu – niezależnie od siebie – pomyśleli o panu Benedycku. Być może uda się zorganizować serię spotkań z młodymi ludźmi, w których weźmie udział właśnie ten mieszkaniec.

PRZYKŁAD: **NADAKTYWNOŚĆ PSYCHORUCHOWA**

★ KROK 1.

Pani Ewa, mieszkanka, u której stosunkowo niedawno zdiagnozowano demencję, jest nieustannie „na nogach”. Wykazuje permanentny niepokój psychoruchowy, charakterystyczny dla demencji (skłonność do ciągłego wędrowania, bez celu, byle do przodu). Pani Ewa nie kontroluje swojej wzmożonej aktywności psychoruchowej. Eksploatuje się aż do wyczerpania. Czasami w trakcie tych wędrówek staje się nagle tak osłabiona, że trzeba odwozić ją do pokoju na wózek inwalidzkim.

★ KROK 2.

Cel ogólny to stworzenie takich warunków, w których realizowanie potrzeby ruchu będzie dla mieszkanki bezpieczne. Cele częściowe to:

- Zwiększenie kontroli nad tym, gdzie aktualnie przebywa i w jakim stanie fizycznym jest pani Ewa.
- Zredukowanie aktywności ruchowej do bezpiecznego natężenia. Ma to być przeprowadzone tak, by seniorka nie czuła się pozbawiona prawa do decydowania i autonomii.
- Zapobieganie stanom wyczerpania.

★ KROK 3.

W związku z wagą problemu uznano, że przypadkiem pani Ewy ma zająć się cały zespół opiekuńczo-terapeutyczny.

- Podczas narady uznano, że należy unikać rygorystycznych rozwiązań, a w szczególności ograniczania obszaru, w którym może poruszać się pani Ewa oraz wyciszania farmakologicznego. Jakiegokolwiek inwazyjne reagowanie pogorszyłoby stan fizyczny i psychiczny podopiecznej. Mogłoby również wywołać objawy, które do tej pory na szczęście nie pojawiały się u pani Ewy, takie jak agresja i wzmożone stany lękowe.
- Wszyscy członkowie personelu wiedzą, że pani Ewa ciągle wędruje. Obecnie mają zwracać większą niż dotychczas uwagę na mieszkankę. Czyli nie tylko na to, aby przypadkiem nie wyszła poza teren placówki, ale również na jej stan fizyczny. Dyskusja doprowadziła zresztą do podzielenia przez zespół opiekuńczo-terapeutyczny podopiecznych na dwie umowne kategorie: „wymagających wzmożonej opieki” oraz „zwykłych”. W pierwszej grupie znalazła się pani Ewa i sześcioro innych seniorów. A status „zwykłych” przypisano na dzień dzisiejszy dwudziestu ośmiu mieszkańcom.
- Przeciwdziałanie nadmiernemu zmęczeniu będzie polegało na tym, że przy nadarzających się okazjach mieszkanka będzie zapraszana do odpoczynku, do wspólnego spędzenia czasu na siedząco. W obrębie ciągów komunikacyjnych znajdują się już specjalnie wydzielone fragmenty przestrzeni – fotele, sofy, stoliki z przekąskami i napojami, stoły z rozłożonymi na nich albumami i kolorowymi czasopismami itd. Kąciki do odpoczynku są komfortowe, zapraszające, przyjemnie oświetlone, utrzymane w pastelowych kolorach. Jest więc przygotowana infrastruktura. Należy jedynie się postarać, aby seniorka tymi miejscami się zainteresowała i z nich korzystała – zamiast mijać je ze wzrokiem utkwionym przed siebie.
- Zdecydowane reakcje opiekunów mają nastąpić wtedy, gdy zauważają u pani Ewy niebezpieczne oznaki wyczerpania. Podopieczna musi wtedy odpocząć w pozycji siedzącej. Wspólnie śpiewamy piosenkę albo słuchamy utworu muzycznego popularnego w młodości pani Ewy i lubianego przez nią. Sprawdzą się również potrzymanie seniorki za rękę, pogładzenie jej po ramieniu, przytulenie. Opiekunka nuci albo mówi coś cichym głosem, aby pani Ewa musiała się skoncentrować na słuchaniu, zamiast zrywać się i odchodzić.
- Oferowane są również alternatywne czynności, takie jak podawanie seniorce obiektów, które ją zaciekawią swoim wyglądem, strukturą, zapachem. W tle emitowana jest wtedy muzyka relaksacyjna, spokojna, skłaniająca do odpoczynku.
- Personel zaczął też obmyślać nieinwazyjne sposoby zatrzymywania pani Ewy przez dłuższy czas w jej pokoju. Pomysł z podawaniem seniorce obiektów do samodzielnej eksploracji bardzo dobrze się sprawdził. Przyniósł efekty także wtedy, gdy był powtarzany przez kilka dni z rzędu. Wtedy zdecydowano o poszerzeniu oferty samodzielnego zajmowania się czynnościami manualnymi. Do pokoju pani Ewy wstawiono dodatkową komodę. W szufladach znajdują się rozmaite obiekty dostarczające zróżnicowanych bodźców sensorycznych. Pani Ewa z przyjemnością eksploruje szuflady. Wyjmuje, ogląda, sortuje znajdujące się w szufladach notesiki, obrazki, talie kart, kawałki tkanin o różnej strukturze, muszle, kamyki, szyszki, kolorowe ściereczki, wyszywane serwetki, pudełeczka, zabawki pluszowe i plastikowe, drewniane figurki i klocki, grzebienie, bransoletki itp. To wyraźnie wycisza i uspokaja mieszkankę. Zwykle po takiej eksploracji szuflad pani Ewa na blacie komody ustawia dwa-trzy obiekty, które dzisiaj spodobały się jej najbardziej. Wędrowniki mieszkanki zdarzają się rzadziej i trwają krócej.

★ KROK 4.

Obrany plan postępowania był jak najbardziej trafny. Udało się osiągnąć podstawowe cele.

Nierealistyczne okazało się tylko jedno założenie, to mianowicie, że całkowicie uda się wyeliminować podawanie pani Ewie uspokajających środków psychofarmakologicznych. Gdy pani Ewa ma naprawdę zły dzień, okazuje się, że nic innego nie pomaga. Jednakże personel konsekwentnie używa tych leków tylko wyjątkowych sytuacjach, kiedy wszystkie inne sposoby nie przyniosą spodziewanego rezultatu.

Napoje i przekąski ustawione w ogólnie dostępnych miejscach odpoczynku przygotowane zostały oczywiście dla mieszkańców. Wszyscy oni mają diagnozę otępienia. Korzystanie przez seniorów z przygotowanych przysmaków stanowi świetny pomysł i wielokrotnie sprawdziło się jako skuteczna profilaktyka. Niestety, niektórzy goście przychodzący do placówki, by odwiedzić mieszkańców uznają, że jest to poczęstunek także dla nich i bez skrupowania nie tylko obsługują się na miejscu, ale również wkładają słodczyce do kieszeni „na wynos”. A to powoduje nieuzasadnione dodatkowe koszty. Nie pomagają plansze ze stosownymi informacjami. W końcu wprowadzono więc regulę obligatoryjnego meldowania się odwiedzających na portierni. Każdy z nich jest prowadzony do „swojego” seniora, a później odprowadzany do drzwi łączących oddział demencyjnych mieszkańców z resztą obiektu. Gdy ktoś z gości chce pospacerować ze „swoim” seniorem, wówczas jest dyskretnie obserwowany przez kogoś z personelu. I ewentualnie kulturalnie powstrzymywany przed naruszaniem zapasów przeznaczonych dla mieszkańców.

**PRZYKŁAD: WYREGULOWANIE
I PODTRZYMANIE
POSIADANYCH KOMPETENCJI**

★ KROK 1.

Nowa mieszkanka, pani Martyna, ubiera się rano z własnej inicjatywy i samodzielnie, zanim jeszcze opiekunka dotrze do jej pokoju. To zdarza się tak często, że trzeba było zmienić kolejność porannego budzenia i ubierania podopiecznych, a mianowicie pani Martyna wyznaczona została jako pierwsza. Było to konieczne, aby uprościć pracę opiekunów, ponieważ mieszkanka ubierając się samodzielnie, zakłada poszczególne części bielizny i odzieży w niewłaściwej kolejności (np. najpierw sweter, a na sweter koszulę) i nie chce się potem przebrać. Seniorka nie potrafi też uwzględnić temperatury otoczenia ani pory roku. W tej kwestii zachowuje się całkowicie przypadkowo. Jeżeli jednak opiekunka pojawi się odpowiednio wcześniej, seniorka

chętnie daje sobie pomoc w ubieraniu. Gdy jest pytana, co chciałaby dzisiaj na siebie włożyć, to również potrafi udzielić zrozumiałej odpowiedzi.

Pani Martyna kategorycznie odmawia noszenia skarpetek, podkolanówek, rajstop. Zawsze chce, aby wkładano jej obuwie, nawet trzewiki, na gołe stopy.

Wieczorem mieszkanka samodzielnie się rozbieira, przy czym rozruca ubranie po całym pokoju.

★ KROK 2.

Zlikwidowanie aspektów problematycznych przy jednoczesnym wzmocnieniu zachowanych kompetencji pani Martyny.

- Interakcja i komunikacja związana ze zmianą odzieży powinna być utrzymywana jak najdłużej, gdyż jest to nośna platforma relacji pomiędzy opiekunami a podopieczną, w której obydwie strony są aktywne.
- Seniorka potrafi samodzielnie założyć i zdjąć ubranie, a jeśli towarzyszą temu wskazówki opiekunki, radzi sobie właściwie bez błędów.
- Wszystkie sprawy związane ze zmianą odzieży powinny być realizowane w taki sposób, aby utrzymywać zadowolenie pani Martyny.

★ KROK 3.

Przed codziennymi zabiegami higienicznymi i pielęgnacją ciała mieszkanki lub po zakończeniu tych czynności, opiekunka proponuje różne warianty dzisiejszego stroju. Pani Martyna jest podprowadzana do szafy ubraniowej. Tam z pomocą opiekunki – ale według własnych życzeń – wybiera ubranie na dzisiaj. W trakcie ubierania się pani Martyna otrzymuje stosowną pomoc, ale tylko na tyle, na ile jest to niezbędne (np. opiekunka wskazuje, że dzisiaj jest chłodno, a więc przydałby się sweter, pomaga mieszkance zapiąć guziki itp.).

Zadaniem opiekunki jest podtrzymywanie samodzielności seniorki, umożliwienie jej doko-

nywania wyborów i czerpania satysfakcji z tego, że sama się ubrała / rozebrała / przebrała. Najważniejsza pomoc polega na tym, że opiekunka podaje poszczególne sztuki odzieży we właściwej kolejności, podpowiada, co się jak zapina, a przede wszystkim wyraża uznanie dla sprawności mieszkanki oraz jej eleganckiego wyglądu.

Zakupiono skarpety, podkolanówki i rajstopy różniące się pod względem koloru, wzoru i grubości tkaniny. Opiekunka prezentuje, jak ładne są te elementy odzieży i zachęca podopieczną do ich wypróbowania. Tłumaczy, że na pewno będzie wtedy cieplej w stopy oraz znacznie wygodniej w pantoflach i butach, ale przede wszystkim – że pani Martyna będzie elegancko wyglądała. Po kolejnej próbie perswazji pani Martyna dała się wreszcie przekonać, założyła podkolanówki pończochowe, podeszła do lustra, przyjrzała się sobie krytycznie i z zadowoleniem pokiwała głową.

W dniach, w których mieszkanka nie zgadza się jednak włożyć skarpetek czy rajstop, a powinna w celach rekreacyjnych wyjść na zewnątrz, zakłada się jej ciepłe i wygodne spodnie dresowe oraz specjalne obuwie sportowe z dodatkowym ociepleniem.

Wieczorem seniorka rozbiera się samodzielnie, a opiekunka od razu sortuje odzież, odkładając ją do szafy lub do worka na brudną bieliznę. Tak więc nie powstaje bałagan.

★ KROK 4.

Wszystkie cele zostały spełnione. Trudności wyeliminowano nieznacznym nakładem pracy, a jednocześnie poszerzono zakres samodzielności mieszkanki. Jej komfort emocjonalny również został podwyższony.

Dni, w których pani Martyna nie chce ubrać niczego na stopy zdarzają się znacznie rzadziej. Nie zapada już tak często na katar. Opiekunka zauważyła nawet, że mieszkanka chętnie podchodzi do lustra, gdy na nogach ma ładne podkolanówki. Poza tym o ile wcześniej ubieranie i rozbieranie

się przebiegało najczęściej w milczeniu, o tyle teraz seniorka chętnie rozmawia o odzieży, o swoim wyglądzie, o tym, w co się ubierze itd.

PRZYKŁAD: WYPRACOWANIE I UTRWALENIE OPTIMALNEGO PRZEBIEGU DNIA

★ KROK 1.

Pan Franciszek jest przyprowadzany przez córkę na zajęcia do środowiskowego domu samopomocy dla osób z chorobą Alzheimera. Córka opowiada, że w weekendy, kiedy nie ma zajęć w placówce, ojciec swoich zachowaniem wprowadza chaos w domu, ponieważ postępuje zupełnie nieadekwatnie do sytuacji. Rozpoczyna jakąś czynność i nie doprowadza jej do końca, a wówczas sprawia wrażenie zagubionego i zmartwionego. Poza tym zbiera rozmaite rzeczy, przede wszystkim środki spożywcze, i chowa je po kątach. Córka przyznaje szczerze, że te sytuacje coraz bardziej wyprowadzają ją z równowagi. Wypowiedzi ujawniły również, że często kłóci się z ojcem, chociaż wie, że jego zachowania nie wynikają ze złośliwości, ani nie są świadomie zaplanowane. Córka skarży się, że nie wie, jak zająć się ojcem w weekendy i że czuje się bezsilna, sfrustrowana i rozczłuszczona. W ostatnich tygodniach stan seniora pogorszył się. Poza gromadzeniem rzeczy i chowaniem ich w różne miejsca w mieszkaniu, pan Franciszek właściwie nie zajmuje się niczym innym.

Terapeutka zajęciowa zaprosiła córkę na rozmowę, podczas której przeprowadziła jak najdokładniejszy wywiad na temat tego, czym ojciec klientki zajmował się zawodowo, co robił w czasie wolnym, jakie miał hobby. Córka w miarę swych możliwości odpowiadała na pytania, a pod koniec rozmowy przypomniawszy sobie jeszcze o przyjacielu ojca, nadal zupełnie sprawnym poznał. Terapeutka zadzwoniła do niego. I dowiedziała się, że pan Franciszek chętnie majsterkował, a nawet był nieformalnym przywódcą grupki kolegów, którzy wspólnie majsterkowali w klubie kolejarским. Miał wiele świetnych pomysłów, zawsze był też na bieżąco z modelarskimi nowościami.

★ KROK 2.

Nadrzędnym celem stało się przeorganizowanie dnia w taki sposób, by senior nie był narażony na przewlekły stres. Być może uda się również jakoś pomóc córce seniora – choć to nie ona jest pierwszoplanowym odbiorcą interwencji.

Jako priorytetowe uznano następujące oddziaływanie na klienta:

- Realizowanie oferty zajęciowej adekwatnej do umiejętności i sprawności seniora. To sprawi, że pan Franciszek odzyska poczucie uporządkowanego przebiegu dnia i sensowności wykonywanych aktywności.
- Kompensowanie obciążeń będących następstwem pogarszającej się pamięci.
- Podwyższanie poczucia wartości seniora – przekazywanie sygnałów akceptacji i uznania dla tego, co robi oraz innych tego rodzaju jednoznacznie pozytywnych treści.

★ KROK 3.

Pan Franciszek bierze udział w zajęciach majsterkowania, wraz z trzema innymi seniorami – klientami środowiskowego domu samopomocy dla osób z chorobą Alzheimera. Przez cały czas w pracowni jest obecny terapeuta. Uczestnicy wykonują rozmaite prace, których stopień trudności jest dostosowany w taki sposób, by rzeczywiście były atrakcyjne dla seniorów, a zarazem aby nie byli oni konfrontowani z zadaniami ponad swe siły.

Terapeutka zajęciowa stwierdza już po kilku dniach, że senior rzeczywiście potrafi majsterkować, a nawet jest uzdolniony w tym zakresie. Pomimo demencji nadal potrafi wykonywać czynności wymagające cierpliwości i korzystania z motoryki precyzyjnej. Zwraca uwagę na to, aby nie marnować materiałów. Jest bardzo oszczędny. Gdy wszyscy wychodzą z pracowni na posiłki, pan Franciszek gasi światło i jeszcze się odwraca dla sprawdzenia, czy wszystko jest w porządku. Dla tego seniora wprowadzono działający pro-

-orientacyjnie program dnia: trzy posiłki podzielone dwoma segmentami zajęć majsterkowania. Personel zauważył, że pan Franciszek nie lubi wychodzić do ogrodu. Gdy chce odpocząć, wtedy otwiera okno (pracownia znajduje się na parterze) i siedząc przy nim zajmuje się oglądaniem obiektu, który właśnie wykonał. Także po zajęciach senior z wyraźną przyjemnością przygląda się wytworom pracy swojej i swoich kolegów.

Terapeutka często wyraża swoje uznanie dla uzdolnień pana Franciszka, zarówno w rozmowach z nim, jak i na szerszym forum. Terapeutka dopytuje się również regularnie o jakieś szczegóły dotyczące majsterkowania, a pan Franciszek chętnie udziela takich informacji. Jeśli brakuje mu słów lub ma trudności z dokończeniem zdania, wtedy stara się naszkicować najważniejsze punkty na papierze albo po prostu gestykułując pokazuje, co i jak się robi.

Senior stał się o wiele spokojniejszy i weselszy. Terapeutka zajęciowa przekazała córce zestaw podstawowych narzędzi i materiałów do majsterkowania. Podopieczny może z nich korzystać w weekendy. Zestaw jest specjalnie przygotowany pod kątem bezpieczeństwa użytkownika obciążonego demencją. Córka tylko od czasu do czasu sprawdza, czy wszystko jest w porządku. Robi to chętnie, ponieważ wystarczy kilka minut spędzonych przy ojcu, aby przez następną godzinę był zajęty majsterkowaniem. Weekendy stały się znacznie spokojniejsze i dla pana Franciszka, i dla jego córki.

Gromadzenie i chowanie żywności całkowicie ustało. Pewnego dnia pan Franciszek подарował córce własnoręcznie wykonany drewniany pojemnik do przechowywania chleba.

★ KROK 4.

Wstępne założenia był słuszne. Nakreślone cele zostały spełnione w stu procentach.

Dobłą wiadomością jest to, że choroba Alzheimera rozwija się u pana Franciszka bardzo powo-

li. Jeżeli nie stanie się nic nieprzewidzianego, to można mieć nadzieję, że przez wiele następnych miesięcy senior będzie funkcjonował w dobrym samopoczuciu, a także nie obciążając nadmiernie córki.

**PRZYKŁAD: ZWIĘKSZENIE ORIENTACJI
I WYKORZYSTANIE
POSIADANEJ SPRAWNOŚCI**

★ KROK 1.

Pani Alina przez całe życie była aktywna zawodowo jako adwokat, znana i autentycznie lubiana w swoim mieście. Przez ponad czterdzieści lat prowadziła samodzielnie samochód, także odbywając podróże służbowe do odległych miejscowości. Obecnie cierpi na łagodne zaburzenia poznawcze. Spędza całe dnie w środowiskowym domu samopomocy. Jednak nadal chce być samodzielną. Środkami komunikacji miejskiej dojeżdża do placówki. Gdy czuje się gorzej, wówczas rano na zajęcia przywozi ją syn, a po południu opiekunka odwozi z powrotem do domu.

Środowiskowy dom samopomocy dba o swoich klientów. Zapewnia im rozmaite atrakcyjne formy spędzania czasu. Gdy grupa seniorów jest przewożona busem do muzeum / do ogrodu zoologicznego / do lasu / na piknik itd., wtedy seniorka komentuje widoki przesuwane za szybami busa. Rozpoznaje charakterystyczne budynki i place swojego miasta. Niekiedy w tych opowieściach wiąże niektóre widziane obiekty z fragmentami swojej biografii.

Natomiast w środowiskowym domu samopomocy, w którym zresztą przybywa chętnie, pani Alina cały czas ma trudności z orientacją przestrzenną. Nie wie, jak dojść do wybranego pomieszczenia i miejsca – jadalni, toalety, wyjścia na taras itd. Relatywnie sprawna w przemieszczaniu się po mieście, w obrębie placówki zupełnie sobie nie radzi – i łatwo zauważyć, jak ogromnie ją to stresuje. Co prawda, trzeba tu

podkreślić, że jest to duża nowoczesna placówka, z wieloma pracownikami oraz z częścią administracyjną wspólną dla tego środowiskowego domu oraz mieszczącego się w tym samym budynku klubu seniora.

Pani Alina cierpi na lekkie nietrzymanie moczu i często odczuwa nagłe parcie na pęcherz. W torebce nosi wkładki dla pacjentów z nietrzymaniem. Potrafi je samodzielnie wymienić. Jednakże często nie dociera na czas do łazienki.

★ KROK 2.

Nadrzędnym celem jest zwiększenie orientacji i pewności przemieszczenia się podopiecznej w obrębie placówki.

- Należy udostępnić – a więc wymyślić i zamontować – elementy wspomagające orientację na terenie placówki.
- Priorytetem jest zabezpieczenie sprawnego docierania do toalety i powrotu do pomieszczenia, w którym aktualnie odbywają się zajęcia. (W miarę możliwości samodzielnie, jeżeli się nie uda, to z opiekunką.)
- Utrzymanie u seniorki poczucia własnej wartości.
- Zapewnienie bezpieczeństwa pani Alinie na wypadek pogorszenia się jej kompetencji poznawczych (pomoc w korzystaniu z komunikacji miejskiej).

★ KROK 3.

Pierwszym etapem interwencji jest ćwiczenie z panią Aliną orientacji przestrzennej w obiekcie. Charakterystyczne punkty orientacyjne to:

- dużych rozmiarów obraz z ze słonecznikami w wazonie wiszący przy wejściu do jadalni,
- tablica z ogłoszeniami koło drzwi do świetlicy,
- trójkątne kinkiety obok wejść do poszczególnych pracowni,
- kwietnik z zielonymi roślinami doniczkowymi znajdujący się przed pokojem, w którym urządzuje pielęgniarka.

Seniorka z wdzięcznością reaguje na prowadzenie jej do poszczególnych punktów orientacyjnych i cierpliwie wysłuchuje wszystkich uwag.

Jako że w najbliższych tygodniach do placówki zawita większa liczba podopiecznych z bardziej zaawansowaną demencją, problemy pani Aliny potraktowano jako przesłankę do zwiększenia ilości i różnorodności pomocy orientacyjnych,

- Trasy pomiędzy jadalnią i najczęściej używanymi pracownikami zostały oznaczone dodatkowymi pomocami nawigacyjnymi w postaci kolorowych strzałek na ścianach.
- W ciągach komunikacyjnych zamontowano kamery przekazujące obraz 360 stopni. Personel na monitorze i na smartfonach jest w stanie w każdej chwili sprawdzić, czy aby któryś podopieczny nie błąka się po obiekcie.
- Na podłodze w korytarzach pojawiły się kolorowe linie. Podążanie za linią czerwoną prowadzi wprost do toalet. Podążanie za linią zieloną zaprowadzi do świetlicy, za żółtą – do jadalni.
- Przy drzwiach toalety przez cały dzień świecą się duże lampy ledowe w kolorze niebieskim, wyraźnie widoczne również przy znacznym nasłonecznieniu.
- W ciągu dnia seniorka jest co najmniej pięć razy pytana, czy nie potrzebuje iść do toalety. Jeżeli potwierdza, opiekunka natychmiast prowadzi tam klientkę.
- Po zakończeniu zajęć asystentka odprowadza panią Alinę na przystanek tramwajowy. Odczekuje, aż seniorka usiądzie w tramwaju.
- Personel Środowiskowego Domu Samopomocy rozmawia z motorniczymi pracującymi stale na tej trasie. Proszą ich o zapamiętanie pani Aliny i zareagowanie, gdyby zauważyli, że dziwnie się zachowuje, nie wysiada na swoim przystanku itd.
- Seniorka otrzymuje opaskę lokalizacyjną z nadajnikiem GPS. Opaska wygląda jak bransoletka. Pani Alina chętnie ją nosi, zwłaszcza że zauważyła podobne ozdoby na rękach innych pań uczęszczających na zajęcia.

★ KROK 4.

Seniorka czuje się obecnie o wiele pewniej w środowiskowym domu samopomocy. Przebywa tu chętnie. Ćwiczenia orientacji, prowadzenie do toalety, odprowadzanie na przystanek itp. postrzega jako „wyjątkową uprzejmość dla siebie”. Czuje się dowartościowana, jak wtedy, gdy „z szacunkiem kłaniano się pani mecenas”.

- * Oddzielanie faktów od domniemań i uprzedzeń.
- * Uważna analiza sytuacji.
- * Jak najbardziej precyzyjne formułowanie celów.
- * Faktyczne realizowanie planu.
- * Kontrola efektów.

Oto skuteczne i sprawdzone sposoby zapanowania nad chaosem i niepotrzebnym komplikowaniem się obowiązków w pracy z seniorami demencyjnymi.

Literatura:

- Buchholz T., Schürenberg A. (2003), *Lebensbegleitung alter Menschen*, Bern: Huber.
- Held C., Ermini-Fünfschilling D. (2004), *Das demenzgerechte Heim*, Freiburg im Breisgau: Karger.
- Jordan A. L. (2006), *Checklisten Pflegeplanung*, München: Elsevier.
- Maercker A. (red.) (2002), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*, Berlin – Heidelberg: Springer.
- Messer B. (2009), *Pflegeplanung für Menschen mit Demenz. Einfach, echt und individuell planen und schreiben*, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Schaade G. (2003), *Ergotherapie bei Demenzerkrankungen. Ein Förderprogramm*, Berlin – Heidelberg – New York: Springer.
- Schindler U. (2003), *Die Pflege dementiell Erkrankter neu erleben*, Hannover: Vincentz.
- Stuhlmann W. (2004), *Demenz – wie man Bindung und Biografie einsetzt*, Basel: Reinhard.
- Weidenfelder M. (2004), *Mit dem Vergessen leben: Demenz*, Stuttgart: Kreuz.
- Zapotoczky H. G., Fischhof P. K. (red.) (1996), *Handbuch der Gerontopsychiatrie*, Wien – New York: Springer.

opracowanie redakcyjne

Posiłki

– z perspektywy pracy socjalnej

Gdy nic się nie układa, nie ma lepszego lekarstwa na smutek niż gotowanie.

~~~~~ Franz-Olivier Giesbert

*Po dobrym obiedzie nie ma się pretensji do nikogo – nawet do własnej rodziny.*

~~~~~ Oscar Wilde

Niedocenione narzędzie

Współczesna praca socjalna posługuje się najróżniejszymi sposobami pozwalającymi nawiązywać, podtrzymywać bądź zacieśniać relacje z klientem. Tłem a zarazem przesłaniem interakcji w pracy socjalnej jest oczywiście realizowanie celów podjętej interwencji. Będzie tu więc chodziło na przykład o: wprowadzenie korekt do zachowania i postaw indywidualnego podopiecznego albo całej rodziny, poradnictwo, wsparcie pedagogiczne lub andragogiczne, przygotowanie klienta do uczestniczenia w terapii, skonstruowanie planu naprawczego, wydobycie z bezrobocia, mediację itd.

Klient (i jego rodzina) często myśli i żyje w sposób całkowicie odmienny niż zajmujący się nim pracownik socjalny. Nawet długoletnim i doświadczonym pracownikom socjalnym nie zawsze łatwo jest nawiązać kontakt ze środowiskiem klienta. Niełatwe może być także znalezienie tematów do

swobodnej, spontanicznej rozmowy z klientem, rozmowy, która sprawi, że klient nie będzie automatycznie kojarzył pracownika socjalnego z instytucją, nadzorem, kontrolą, wymaganiami. Niektórzy pracownicy socjalni całkiem poważnie zastanawiają się, jak

uświadomić klientowi, że nie przychodzą do niego z jakiegoś innego, niedostępnego świata.

Gdzie zatem poszukiwać wspólnej płaszczyzny, wspólnego kontekstu łączącego pracownika socjalnego i jego klienta? Odpowiedzi na to pytanie udziela

tytuł niniejszego artykułu. Jest rzeczą oczywistą, że jedzenie, żywność, posiłki – stanowią wspólny mianownik dla wszystkich ludzi bez wyjątku. Są tak oczywistym, tak fundamentalnym aspektem codziennego życia, że można je z powodzeniem wykorzystywać przy najróżniejszych okazjach (spontanicznie i w sposób zaplanowany) do budowania łączności z klientem. Profesjonalnie po-

Temat jedzenia, posiłków nadaje się świetnie do wykorzystania jako kontekst łączący pracownika socjalnego i jego klienta.

magający i klient mają wtedy okazję do zajęcia się zagadnieniem nie wywołującym konfliktów, normalizującym wzajemne stosunki, bezpiecznym, a zarazem jakże naturalnym, jakże codziennym, jakże ważnym i nieodzownym zarówno dla klienta, jak i dla zajmującego się nim profesjonalnie pomagającego.

Zaspokajanie głodu i pragnienia należy do podstawowych potrzeb człowieka. Zwykle nie zastanawiamy się głębiej nad tą czynnością wykonywaną co najmniej trzy razy dziennie. Tymczasem jej bezproblemowość nie zawsze jest tak oczywista.

Wśród klientów pracy socjalnej są i takie osoby, dla których spożycie posiłku stanowi ostatni etap skomplikowanego procesu. Do tych klientów należą:

- * osoby z różnymi deficytami sprawności i mobilności,
- * pacjenci z problemami zdrowia psychicznego,
- * osoby z niepełnosprawnością intelektualną,
- * osoby niesamodzielne, długotrwale unieruchomione, przewlekle chore.

Wiele z tych osób podchodzi do przygotowania i spożycia posiłku jak do złożonego i trudnego zadania, które dzieli się na kilka kroków:

1. Najpierw trzeba w ogóle zdać sobie sprawę z odczuwania głodu i pragnienia oraz zaplanować w związku z tym posiłek.

2. Teraz czas na zrobienie zakupów (o ile podopieczny jest w stanie wyjść na zewnątrz). A zakupy to kolejne wyzwania do pokonania: obchodzenie się z pieniędzmi, być może korzystanie z komunikacji publicznej oraz komunikowanie się w sklepie ze sprzedawcami/kasjerami.

3. Posiłek trzeba oczywiście przygotować, używając w tym celu przyborów kuchennych i kuchenki gazowej lub elektrycznej.

4. Często przyda się umiejętność korzystania z przepisów kulinarnych, a już na pewno umiejętność rozróżniania składników i ich przydatności do poszczególnych posiłków, a także oceny świeżości produktów spożywczych.

5. Na koniec, po przygotowaniu i zjedzeniu posiłku, trzeba jeszcze posprzątać.

To wcale nie jest łatwe i oczywiste, i to nie tylko dla osoby obciążonej jakimiś dysfunkcjami i deficytami. Również zupełnie pełnosprawni klienci niekoniecznie radzą sobie dobrze w tej dziedzinie. Przykładem może być chociażby klientka, która uporczywie kupuje dla swoich bladych, chorowitych dzieci całe opakowania chrupek i innych „smakołyków”, pełnych chemii, a za to pozbawionych wartości odżywczych. Dobry profesjonalnie pomagający zada sobie jednak pytanie: Czy tej klientce ktoś wytłumaczył, co i dlaczego powinny jadać jej dzieci? A może właśnie to powinno być jednym z pierwszych i ważniejszych zagadnień którymi należy zająć się w toku interwencji?

Temat „socjalny”

Wspólne posiłki stanowią szczególną sytuację socjalną. Jedzenie z kimś śniadania, obiadu albo kolacji, przygotowywanie posiłku dla siebie i innych, siedzenie z kimś przy jednym stole stanowi oznakę szczególnej przynależności do grupy / do innej osoby. Czas wspólnego jedzenia to czas jedynej w swoim rodzaju łączności. Patrząc na ludzi siedzących przy wspólnym stole można wiele odkryć, na przykład:

- * kto jest w tej wspólnocie bardzo mile widziany, a kto znalazł się tu przypadkiem,
- * kto nadaje ton całemu wydarzeniu i pełni najważniejszą rolę,
- * jakie relacje panują pomiędzy poszczególnymi osobami.

Temat jedzenia i picia poruszony przez pracownika socjalnego nie zaskoczy klienta, nie będzie

dla niego niczym dziwnym. Oczywiście dużo zależy tu od wyczucia i umiejętności prowadzenia takiej rozmowy przez profesjonalnie pomagającego. Jednak większość pracowników socjalnych doskonale poradzi sobie z płynnym przejściem do poruszania takich tematów, jak:

- * kto robi zakupy i które produkty są używane do przygotowywania posiłków,
- * co „zawsze musi być w lodówce”,
- * gdzie, oprócz lodówki, przechowuje się jedzenie, czy jakieś miejsce w domu pełni rolę spiżarni,
- * kto planuje i organizuje robienie zapasów środków spożywczych, przetworów na zimę itd.,
- * kto najczęściej przygotowuje główne posiłki,
- * jakie zwyczaje kulinarne panują w domu, jakie tradycje przyniesione zostały przez małżonków z ich rodzin pochodzenia,
- * jakie ulubione potrawy spożywa się w czasie świąt i uroczystości rodzinnych / domowych / religijnych,
- * co jest traktowane jako „normalne, zwykłe” jedzenie, a jakie produkty spożywcze i potrawy zaliczane są przez klienta do „luksusu” kupowanego i konsumowanego wyłącznie przy szczególnych uroczystościach, od czasu do czasu,
- * czy i jak posiadanie dzieci zmieniło nawyki żywieniowe,
- * czy starsze dzieci wprowadziły do domu nowe trendy kulinarne i jak na te zmiany reagują rodzice.


Wśród klientów pracy socjalnej są i takie osoby, dla których spożycie posiłku stanowi ostatni etap skomplikowanego procesu.

Wspólne posiłki stanowią szczególną sytuację socjalną – patrząc na ludzi siedzących przy jednym stole, pracownik socjalny może wiele odkryć.


Możemy również wzbogacać konwersacje jeszcze bardziej, wychodząc poza oczywiste aspekty użytkowe. Porozmawiajmy na przykład o programach telewizyjnych opowiadających o kuchniach innych krajów; o tym, czego klient jeszcze nigdy

w życiu nie jadł a chciałby zjeść albo nigdy nie wziąłby do ust, choć na jakimś kontynencie lub w innym kraju jest to przysmakiem itd. A sam jak przekonałby obcokrajowca na przykład do skonsumowania flaczek?


Prawie każdy z powyższych aspektów może stanowić kanwę spontanicznie rozwijającej się rozmowy, w której klient czuje się równorzędnym partnerem.


 Jeśli w gospodarstwie domowym klienta brakuje pieniędzy na jedzenie, to na pewno się o tym dowiemy. Początek interwencji można więc osadzić na problemie niedostatków finansowych, a dopiero w dalszej kolejności zgłębiać, co jest tego faktyczną

przyczyną oraz jakimi sposobami będziemy dążyć do poprawy warunków materialnych rodziny. Pierwszym działaniem pracownika socjalnego będzie na pewno postaranie się, aby przynajmniej dzieciom klienta nie brakowało regularnych, zdrowych posiłków. Ewentualnie gdy klientka jest nieodpowiedzialną czy niezaradną matką – by dzieci miały stały dostęp do wartościowych posiłków poza domem.

 Klienci różnią się w opiniach o tym, jakie jedzenie jest zdrowe, jakie środki spożywcze pomagają dziecku w prawidłowym rozwoju, czym różni się dieta dorosłego człowieka od żywienia dziecka zależnie od jego wieku, ile i co powinien jeść mężczyzna pracujący ciężko fizycznie, a jak pod względem odżywiania należy dbać o matkę oczekującą na swoje pierwsze

lub kolejne dziecko itd. To otwiera możliwości szerokiej dyskusji, wymieniania się poglądami, proponowania klientowi poszerzenia wiedzy, zachęcania go do przynajmniej zastanowienia się nad radami i wskazówkami pracownika socjalnego.

 Klienci przeróżne smaki uważają za przyjemne i atrakcyjne dla podniebienia. Jak wiadomo, o gustach się nie dyskutuje, również o gustach kulinarnych, a jedynie przyjmuje się je do wiadomości. Natomiast niekiedy profesjonalnie pomagającemu może przydać się wiedza o tym, że dzieci klientki „przepadają za lodami”, że dla samotnego seniora „nie ma większej przyjemności jak cukierki ślazowe, a jeśli ciasto – to koniecznie ze śliwkami”. Znajomość upodobań kulinarnych klienta może kiedyś stać się furtką do nawiązania z nim wspólnego języka, zdobycia jego zaufania, a przez to zachęcenia go do współpracy.

 W różnych regionach kraju popularne i znane są różne potrawy. Jeśli w instytucji mieszkalnej / opiekuńczej zajmujemy się osobami wywodzącymi się z takich właśnie odmiennych kulinarnych tradycji, to możemy przynajmniej raz na jakiś czas – serwować w placówce podopiecznym regionalne potrawy. Poza tym zwyczaje kulinarne różnych regionów to doskonały temat do prowadzenia rozmów indywidualnych i zajęć grupowych. Wykorzystać to może zwłaszcza terapeuta zajęciowy, ale i pracownik socjalny może sięgnąć

Pierwszym działaniem pracownika socjalnego będzie na pewno postaranie się, aby przynajmniej dzieciom klienta nie brakowało regularnych, zdrowych posiłków.

po takie narzędzie w ramach swojej interwencji. W placówkach jesteśmy w stanie kreować rozmaite okoliczności i uwarunkowania sprzyjające interakcji międzyludzkiej – także w kontekście szeroko rozumianego przyjmowania posiłków. Na przykład:

- * wystrój i oświetlenie jadalni mogą motywować do spędzania tu więcej czasu,
- * odpowiednie rozmieszczenie stołów i krzeseł może zachęcać do nawiązywania komunikacji z innymi biesiadnikami.

Kultura przyjmowania posiłków może być kształtowana, wzbogacana, prezentowana mieszkańcom/klientom jako coś atrakcyjnego, stanowiącego istotny, wartościowy punkt w ich życiu. Tak prosty aspekt jak wybieranie stołu i miejsca przy stole służy pogłębianiu interakcji znajomości, a zarazem unikaniu czy redukowaniu konfliktów pomiędzy podopiecznymi.

Już te wstępne uwagi pokazują, jak duże pole do zagospodarowania leży tutaj przed profesjonalnie pomagającymi, również przed pracownikami socjalnymi.

Aplikacja w praktyce

Najbardziej podstawowe potrzeby człowieka, jakimi są pragnienie i głód, podlegają wskutek dysfunkcji zdrowotnych rozmaitym deformacjom. Na przykład:

* Klientka w podeszłym wieku nie ma już zębów. Może przyjmować tylko pokarmy przetarte i przemielone. Żyje samotnie we własnym mieszkaniu. Nie jest w stanie samodzielnie załatwić sobie protezy zębowej. Jednocześnie jest coraz mniej sprawna manualnie i rozdrabnianie pokarmów wiąże się dla niej z coraz większym wysiłkiem.

* Senior z demencją zapomina, co i jak ma robić w kuchni. Nie odczuwa pragnienia i dosłownie „zasusza” swój organizm, co pociąga za sobą wiele negatywnych konsekwencji.

* Osoba cierpiąca na agorafobię i w związku z tym nie opuszczająca od czterech lat ścian swojego mieszkania nie pójdzie na zakupy.

* Klient uzależniony od alkoholu nie czuje głodu, bo swoje zapotrzebowanie na kalorie pokrywa w większości napojami alkoholowymi.

* Osoba cierpiąca na schizofrenię podejrzewa, że ktoś chce ją otruć, a więc „dla własnego bezpieczeństwa” nie je.

- * Człowiek z depresją je coraz mniej – ma bardzo słaby apetyt, a poza tym brak mu energii i motywacji do przyrządzenia posiłku.
- * Nastolatek uzależniony do nikotyny sprzedaje drugie śniadanie koledze, aby móc kupić papierosy.
- * Mężczyzna z lekką niepełnosprawnością intelektualną, który przez całe życie znajdował się pod opieką matki, po jej śmierci nie potrafi samodzielnie zatroszczyć się o regularne i zdrowe posiłki.
- * Osamotniona, owdowiała, bezdzietna klientka w podeszłym wieku je zbyt dużo. Jedzenie stało się dla niej jedyną treścią i jedynym celem życia. Klientka nie potrafi znaleźć sobie żadnego innego absorbującego zajęcia.
- * Klient cierpiący na chorobę afektywną dwubiegunową w fazie maniakalnej jest tak zajęty, że „zapomina” o jedzeniu, a jednocześnie właśnie w tym okresie jego organizm zużywa zwiększoną ilość kalorii.

Wydaje się, że tematyka posiłków, przygotowywania jedzenia, wspólnoty gromadzącej się wokół stołu są niewystarczająco uwzględniane w rozmaitych planach działania na rzecz klienta pracy socjalnej, i to zarówno w jego domu, jak i w instytucji socjalnej. Skąd bierze się to zaniedbanie?

- * Wielu profesjonalnie pomagających uważa, że zajmowanie się tą płaszczyzną życia klienta nie leży w granicach ich obowiązków zawodowych. „To nie moje zadanie. Nie jestem dietetyczką, a tym bardziej kucharką lub cukiernikiem”.
- * Inni profesjonalści są zdania, że to kwestie banalne, oczywiście, zrozumiałe dla wszystkich i właściwie nie ma sensu rozważanie ich

z perspektywy profesjonalnego pomagania, a w szczególności z perspektywy pracy socjalnej. Wydaje się, że szkoda poświęcania przez specjalistę czasu na zajmowanie się sprawami, do których nie potrzeba specjalnego wykształcenia i które równie dobrze załatwią inni.

Znajomość
upodobań
kulinarnych klienta
może kiedyś stać
się furtką do
zdobycia jego
zaufania, a przez to
zachęcenia go do
współpracy.

powinny stanowić przedmiot zainteresowania profesjonalnie pomagającego.

Profesjonalnie pomagający może wykorzystywać te zrozumiałe dla klienta i jego rodziny czynności do wywierania odpowiedniego wpływu na podopiecznych. Ponadto bezpośrednia interakcja, związana z tematem posiłków, i obserwowanie klienta w tych sytuacjach dostarczają wielu szczegółowych informacji o nim. Co więcej, są to informacje obiektywne, ponieważ klient nie odnosi

wrażenia, że jest wypytywany zgodnie z jakąś ułożoną wcześniej ankietą albo że jest zmuszany do wysiłku umysłowego, który przerasta jego możliwości lub na który nie ma ochoty. Wreszcie, posiłki mogą być także wykorzystywane przez profesjonalnie pomagającego do korygowania zachowań klientów, uczenia ich nowej kultury obchodzenia się ze sobą, usprawniania komunikacji w obrębie

systemu rodziny itd. Należy też podkreślić, że przy tych wszystkich okazjach pracownik socjalny ma możliwość przekonać się, czy i w jakim stopniu klienci uważają jego uwagi za słuszne oraz starają się do nich zastosować.

Posiłki mogą
być także
wykorzystywane
przez profesjonalnie
pomagającego
do korygowania
zachowań klientów,
uczenia ich nowej
kultury obchodzenia
się ze sobą.

Z życia wzięte

Posiłki to:

- relacje międzyludzkie,
- miernik jakości socjalizacji,
- podkreślenie indywidualności,
- zaznaczanie statusu,
- pole treningu dla wielu wymiarów indywidualnego i wspólnotowego funkcjonowania.

1

Pracownik socjalny znajduje się w mieszkaniu klientki, która wedle jego oceny zaniedbuje dzieci pod względem fizycznym i emocjonalnym, i nie stanowi dla nich ani dobrego przykładu, ani autorytetu. Klientka nie zawsze wraca na noc do domu, często zmienia partnerów życiowych, podkreślając, że „kobiecie coś się od życia należy”. Pracownik socjalny nie zaczyna jednak od reprimendy. Bierze pod uwagę, że klientka wywodzi się z rodziny obciążonej chorobą alkoholową i nie posiada właściwie żadnych wzorów prawidłowego realizowania roli matki. W tym przypadku sama krytyka i wskazywanie błędów nie na wiele się zda.

Pracownik socjalny postanawia posłużyć się strategią wprowadzania zmian na lepsze drobnymi krokami, poprzez stopniowe przekazywanie klientce odpowiednich treści. Pracownik socjalny uznaje, że gotowanie i posiłki to temat, który klientka na pewno podejmie i którego nie będzie uważała za „wtrącanie się”. Natomiast profesjonalnie pomagający przy tej okazji „przemycy” impulsy służące pośrednio i bezpośrednio celom interwencji. Pyta więc na przykład:

- * Czy klientka przygotowując posiłki, zachęca starsze dzieci do pomocy?
- * W jaki sposób córki uczestniczą w pracach domowych odbywających się w kuchni?

- * Kto zmywa naczynia?
- * Jak przygotowują kącik jadalny do posiłków?
- * W które dni, przy jakich okazjach wspólnie zasiadają do stołu?

Już te proste pytania ożywiają rozmowę i sprawiają, że klientka zaczyna zastanawiać się nad codziennym życiem swojej rodziny i wyciągać wnioski. Pracownik socjalny wykorzystuje każdą okazję do przedstawienia klientce poprawnych strategii. Na przykład kobieta skarży się, że najstarsza córka niechętnie pomaga w kuchni. Po zadaniu kilku dodatkowych pytań profesjonalnie pomagający sugeruje, co należałoby zmienić. I tak:

- * Klientka ma traktować córkę jako pełnoprawnego partnera w kuchni – a nie tylko odbiorcę jej nakazów i poleceń.
- * Matka powinna wiedzieć, co dziewczyna (i pozostałe dzieci) chętnie jedzą. W miarę możliwości trzeba te oczekiwania uwzględniać.
- * Nastolatka może wykazywać się własną kreatywnością przy przygotowywaniu posiłków, przystrajaniu stołu na specjalne okazje itd.

Jednocześnie pracownik socjalny liczy się z tym, że klientka może potraktować takie właśnie moderowanie rozmowy jako spychanie jej do roli „głupiej kury domowej”, która ma zajmować się tylko kuchnią i dziećmi. Pracownik socjalny ma zawczasu przygotowane argumenty wskazujące, że gotowanie i prowadzenie domu w dzisiejszych czasach mogą być ambitne, atrakcyjne i wręcz dochodowe. Dowodem na to są chociażby filmy na youtube cieszących się popularnością vlogerek.

2

Asystentka rodziny już przy pierwszych kontaktach zauważyła, że samotna matka, która po długiej hospitalizacji wróciła do domu, jest przeciążona zadaniami. Nie radzi sobie z prowadzeniem domu.

Kobieta złości się, że wróciła ze szpitala, jest jeszcze bardzo słaba, a nikt nie pomaga jej w domu. Dzieci tej klientki (syn i córka) są nastolatkami. Jednak klientka nigdy dotąd nie wymagała od nich pomocy w domu, przeciwnie: nie pozwalała na nią, uważając, że wszystko najlepiej zrobi sama. Asystentka rodziny zaproponowała wspólne – to znaczy wraz z klientką i jej dziećmi – przygotowywanie obiadów, ewentualnie ciepłych kolacji. Celem jest, aby w pierwszym okresie jej kontaktów z tą rodziną takich posiłków było jak najwięcej. Asystentka wykorzystuje te sytuacje do motywowania nastolatków, by bardziej angażowali się w sprawy domowe.

3

W czasie posiłków dzieje się bardzo wiele. Pracownik socjalny widzi, w jaki sposób klienci

odzywają się do siebie, jakie są relacje pomiędzy nimi, jak przebiega komunikacja. Profesjonalnie pomagający jest w stanie ocenić jakość funkcjonowania tego systemu rodziny. Na przykład:

- * Członkowie rodziny troszczą się o siebie przy stole, nalewają zupę, przybliżają potrawy, pytają, czy smakuje.
- * W innej rodzinie domownicy jedzą w taki sposób, jakby zapomnieli o całym świecie. Nikogo nie dostrzegają i koncentrują uwagę tylko i wyłącznie na swoim talerzu.
- * W jeszcze innym domu posiłki są sytuacją, która „rozwiązuje języki”. Domownicy siedząc przy stole poruszają różne sprawy, niestety nie zawsze są to tematy przyjemne, dlatego w tej rodzinie wspólne posiłki często kończą się kłótnią.

Specyfika relacji i ewentualne bariery

Profesjonalnie pomagający powinien posiadać dopracowaną koncepcję wykorzystywania w swojej pracy komunikacji i interakcji nawiązującej do jedzenia. Jak ma to miejsce w każdym wariantcie interwencji socjalnej – i tu pojawiają się rozmaite utrudnienia oraz ryzyko popełnienia błędu.

OSADZENIE W ŻYCIU KLIENTA

Klienci pracy socjalnej to najczęściej ludzie borykający się z różnego rodzaju problemami finansowymi i materialnymi. Należy to brać pod uwagę rozmawiając o menu, o zdrowym odżywianiu się, wyposażeniu kuchni itd. Uwzględnianie rzeczywistych indywidualnych uwarunkowań ma priorytetowe znaczenie dla powodzenia tego dialogu.

Rozmawiając z klientami o menu czy wyposażeniu kuchni pamiętajmy, że są to często osoby borykające się z różnymi problemami finansowymi i materialnymi.

UZUPEŁNIANIE BRAKÓW INFORMACYJNYCH

W epoce łatwego dostępu do internetu pracownik socjalny będzie niejednokrotnie zaskoczony deficytami wiedzy klientki dotyczącej odżywiania się, korelacji pomiędzy tym, co się je a stanem zdrowia. Może się okazać, że klientka umie znaleźć w internecie dziesiątki informacji o kolorowaniu włosów i ozdabianiu paznokci, natomiast informacje na temat zdrowego odżywiania się zupełnie jej nie interesują. Problemem jest więc nie brak dostępu do wiedzy, lecz brak motywacji u klientki. Profesjonalnie pomagający musi więc podjąć rolę andragoga i udowodnić, że warto poszerzać wiedzę i umiejętności również w tematach dotyczących gotowania, prawidłowego odżywiania siebie i rodziny. Być może efektywnym roz-

wiązaniem będzie zorganizowanie cyklu pogadań dla grupy klientek i nadanie tej edukacji atrakcyjnej formy. (Na przykład: podczas szkolenia dziećmi zajmują się studentki kierunków pedagogicznych z organizacji pozarządowej, a mamy mogą w tym czasie posłuchać interesującej pogadanki.)

WŁAŚCIWE POSTĘPOWANIE

Nawet najlepszy profesjonalnie pomagający może czasem popełnić szkolne błędy. **Na przykład:** Pracownik socjalny słusznie stwierdziła, że spotkania z klientami przy wspólnych posiłkach umożliwią stopniowe zacieśnianie relacji, a dzięki temu ułatwią realizowanie interwencji. Jednak zdając sobie sprawę z tego, że klientka nie należy do osób szczególnie dbających o czystość w kuchni, na pierwszy posiłek pracownik socjalny przyniosła swoje własne jedzenie i to tylko dla siebie. Tym oczywiście obraziła i zniechęciła do siebie podopieczną i jej męża. O wiele lepszym rozwiązaniem byłoby zaproponowanie klientce wspólnego przygotowywania potraw. Wtedy można byłoby „przy okazji” podkreślić znaczenie czystego stołu, czystych garnków, zdrowia dziecka, które zapewnią starannie i czysto przygotowane posiłki. A jeśli już pracownik socjalny postanowiła przynieść ze sobą jedzenie, to trzeba to było przedstawić na zasadzie podarunku dla gospodarzy, tak jak to czasem robią zaproszeni goście.

Wielu pracowników socjalnych opowiada, że odwiedzając nowego klienta w jego mieszkaniu prawie zawsze na początku kontaktu drzwi do kuchni zastają zamknięte. Kuchnia jest uważana za prywatny obszar. I dopiero po jakimś czasie, gdy pracownik socjalny zaczyna się cieszyć zaufaniem, zostaje zaproszony do kuchni. Należy oczywiście szanować te decyzje klienta.

Interakcja powinna być kształtowana w taki sposób, aby klient nie czuł się zobligowany do częstowania pracownika socjalnego.

Jeśli klient na początku relacji nie proponuje pracownikowi socjalnemu niczego do picia, a tym bardziej nie częstuje przysłowiowym ciastkiem, to jest to wyraźny sygnał, iż chce zachować dystans, czuje się w tej sytuacji niekomfortowo, nie zaufa specjalście. Pracownik socjalny musi ocenić i zdecydować – czy najpierw postarać się o przełamanie lodów wyłącznie rozmową, czy przeciwnie – przenieść spotkanie do kuchni, aby przy okazji przygotowywania jedzenia klientka lepiej poznała profesjonalnie pomagającego. Wymaga to oczywiście naturalnego, spontanicznie brzmiącego przekierowania interakcji. **Na przykład:**

Chciałabym jeszcze porozmawiać z panią o paru sprawach. To zabierze nam trochę czasu. A przecież na pewno gotuje pani obiad dla dzieci. Przejdźmy może do kuchni. Pogadamy, a ja pani pomogę. Może trzeba obrać warzywa? Albo popilnować, żeby zupa się nie przypaliła?

Obserwując to, co dzieje się przy stole, profesjonalnie pomagający zauważa aspekty relewantne dla interakcji w obrębie rodziny. Zwykle mają one

bezpośrednio pośrednie przełożenie na interwencję. **Na przykład:** Pracownik socjalny je kolację z małżeństwem i ich dwojgiem dzieci. Wizyta ma związek z sygnałami o przemoc domowej męża wobec żony. Jak na dzisiaj wygląda sytuacja? Czy to małżeństwo utrzymało

już negatywne schematy obchodzenia się ze sobą – a więc agresywny mąż i lękliwa żona, jednak zdeterminowana do sprzeciwu? Co cechuje ich zachowanie w czasie wspólnego posiłku? Czy jeszcze można mieć nadzieję, że można w tym zakresie coś poprawić, że sprawca skorzysta z poradnictwa / zgodzi się na terapię? Pracownik socjalny analizuje i porządkuje informacje: Kto przygotował posiłek w kuchni? Kto przygotował i zastawił stół? Który z domowników dba o inną osobę? O czym się rozmawia? Czy telewizor jest włączony w czasie jedzenia? Czy mąż krytykuje żonę za wygląd, smak, sposób podania potraw? Jak się zachowują dzieci? Czy obawiają się, że mogą ojca urazić, zdenerwować, czy się go boją?

Przygotowywanie
posiłków to
doskonały
trening
samodzielności.

Szczególny przypadek: spędzam z klientem dużo czasu

Dzienny dom pomocy dla seniorów, środowiskowy dom dla osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego, ale też zajmowanie się osobą po długotrwałej hospitalizacji to sytuacje, w których trzeba umieć rozsądnie wypełnić relatywnie długi czas spędzany z klientem. Gotowanie, ucztowanie, świętowanie przy stole itd. to aktywności zawsze pozytywnie odbierane przez podopiecznych. Jest tylko jedno „ale”. Aby gotować wspólnie z klientem / klientami, trzeba samemu lubić gotować i pozytywnie identyfikować się z zajęciami w kuchni. W przeciwnym razie te czynności okażą się niewypałem. Jeśli lubię i potrafię gotować, piec, robić przetwory itd., to nigdy nie muszę się obawiać, że zabraknie sensownej oferty na długie godziny spędzane razem z klientem.

Przygotowywanie posiłków to wręcz wzorcowy model treningu samodzielności, zachowań socjalnych i przeciwstawiania się dysfunkcjom zdrowotnym poprzez kreatywne zajęcia. Tym bardziej, że płaszczyzna dotycząca jedzenia wraz z wszystkimi pokrewnymi aspektami jest niezwykle obszerna. Uczestnik tych aktywności uwalnia się z roli osoby, która wiecznie coś otrzymuje, sama nic nie dając. Profesjonalnie pomagający, z którym się wspólnie gotuje, staje się bliższy. Opiekun i podopieczny są równouprawnieni, robią coś razem. Dla wielu chorych – zwłaszcza dla pacjentów psychiatrycznych – jest to punkt przełomowy, chwila, w której zaczynają po raz pierwszy wierzyć w siebie. Tego rodzaju zajęcia pomagają też lepiej poznać klienta / pacjenta. Spontaniczna aktywność ujawnia o nim znacznie więcej, niż sytuacje tworzone sztucznie, a tym bardziej niż bezczynność.

Wiele dysfunkcji zdrowotnych wiąże się z zakłóceniem postrzegania i relacji do własnej osoby. Rozmowa o posiłku pomaga w odzyskaniu tej zabranej przez chorobę umiejętności. Każda, nawet najbardziej banalna opinia podopiecznego

jest udaną próbą lub treningiem odzyskania właściwej perspektywy w stosunku do własnej osoby i własnego życia. **Na przykład:** *Mięso było za ostro przyprawione; Napiałabym się herbaty z miodem; Czuję, że po tym obiedzie muszę chyba rozpiąć pasek* – to wypowiedzi będące jednoznacznym sygnałem, że jeszcze nie wszystko jest choremu obojętne, albo że stopniowo odzyskuje chęć do prowadzenia normalnej egzystencji. Jest to także ćwiczenie podejmowania decyzji. I nawet gdyby miały one dotyczyć prawie wyłącznie posiłków, to i tak lepsze to niż nic.

Dla wielu podopiecznych posiłki stanowią jedną z niewielu przyjemności, jaka im jeszcze pozostała w życiu.

Każdy rodzaj zróżnicowania oferty żywieniowej w taki sposób, aby podopieczny mógł z tej możliwości wyboru skorzystać, ewentualne zaproponowanie mu przy tym pomocy jest dla niego znakiem, iż ktoś troszczy się o niego, bierze na poważnie jego potrzeby, nie chce pozostawić go w samotności / izolacji / monotonii.

Posiłki to nie tylko zaspokajanie podstawowych potrzeb każdego człowieka. Dla wielu podopiecznych posiłki stanowią jedną z niewielu przyjemności, jaka im jeszcze pozostała w życiu. Z tego względu pytamy o opinię, o wrażenia po posiłku i uważnie wsłuchujemy się w wypowiedzi. **Na przykład:**

Jak ocenia pan posiłki?

- * ze względu na jakość produktów oraz ostateczny wygląd i smak potraw,
- * pod względem urozmaicenia menu oraz różnic w żywieniu w dni powszednie oraz w święta i uroczystości,
- * pod kątem wielkości porcji, sytości po posiłku.

A zatem:
Jedzenie, posiłki, kwestie związane z odżywianiem się – jako narzędzie pracy socjalnej?
Jak najbardziej!

Markus Lohe

Aktywna postawa rodziców dziecka ze spektrum autyzmu

CZĘŚĆ I

Pierwszy krok pedagogiki i terapii

Wychowywanie dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu oznacza zawsze obciążenie stresem. Nie jest przerysowaniem stwierdzenie, że kumulowanie się problematycznych sytuacji może zagrażać zdrowiu psychicznemu rodzica / rodziców, o ile nie otrzymują celowego i adekwatnego wsparcia. Klienci wychowujący dziecko autystyczne muszą się zmierzyć z wieloma wyzwaniem wynikającymi ze specyfiki spektrum autyzmu. Nie obejdują się bez specjalistycznego wsparcia.

Poradnictwo dla rodziców dzieci ze spektrum autyzmu stanowi fundament relacji między profesjonalnie pomagającymi a tymi klientami. Jest to bardzo istotne, ponieważ najwięcej czasu dziecko ze spektrum autyzmu spędza przecież w domu rodzinnym, gdzie głównym partnerem interakcji i komunikacji jest rodzic. Dziecko o specjalnych potrzebach wymaga od rodzica specjalnych kompetencji. Dlatego rodzice dzieci autystycznych potrzebują profesjonalnego wsparcia. Stałe, kompetentne poradnictwo to czynnik zdecydowanie sprzyjający podnoszeniu jakości życia dziecka z autyzmem i jego rodziców.

PORADNICTWO
DLA RODZICÓW
DZIECI ZE SPEKTRUM
AUTYZMU STANOWI
FUNDAMENT RELACJI
MIĘDZY PROFESJONALNIE
POMAGAJĄCYMI A TYMI
KLIENTAMI.

Mówiąc o poradnictwie należy od samego początku uwzględniać dwie równorzędne perspektywy:

1. dobro dziecka (pośrednie i bezpośrednie przeżywanie sposobów na ułatwianie i usprawnianie jego codziennego funkcjonowania),

2. potrzeby rodziców (w szczególności matki, która zazwyczaj spędza z dzieckiem najwięcej czasu).

Jest tylko jedno „ale”. Klienci muszą rzeczywiście korzystać z udzielanej im pomocy. Czyli muszą być **aktywni**. Nie mogą spodziewać się, że profesjonalnie pomagający wyręczy ich w większości, a tym bardziej w całości zadań. **Aktywna postawa** rodziców stanowi klucz do sukcesu. Wysiłek zwraca się z nawiązką, gdyż nie tylko dziecko radzi sobie znacznie lepiej z codziennością, ale także im samym jest lżej na co dzień. Dzięki aktywnej postawie mogą też lepiej wykorzystywać kontakt z profesjonalnie pomagającym.

W jaki sposób motywować rodziców, aby byli aktywni w interesie swego autystycznego dziecka? I co robić, aby utrzymać tę postawę?

Z uwagi na charakter zaburzeń należących do spektrum autyzmu, nie będą to zadania łatwe.

Profilaktyka izolacji i przemęczenia

W ciągu ostatniego ćwierćwiecza uświadomiono sobie nareszcie w całej pełni, że pomaganie niepełnosprawnemu dziecku jest nierozłącznie związane z interwencją psychosocjalną nakierowaną na jego rodzinę, a zwłaszcza na rodziców. Tylko wówczas można zakładać trwałe efekty tej pomocy.

Interwencję psychosocjalną dla rodziców dziecko niepełnosprawne realizuje się dzisiaj w bardzo różnych formach. Na przykład:

- poradnictwo dla rodziców,
- treningi dla rodziców,
- treningi dla rodziców wraz z dzieckiem,
- grupy wzajemnego wsparcia i grupy samopomocowe,
- terapia adresowana do osób, które uległy nadmiernemu przeciążeniu i wypaleniu wewnętrznemu codziennymi obowiązkami.

W wielu krajach oferowane są również rozmaite ambulatoryjne formy łatwo dostępnej interwencji, usługi odciążające rodzinę od przynajmniej niektórych codziennych obowiązków. Chodzi po prostu o to, aby matka, a jeszcze lepiej: obydwój rodzice miała / mieli czas dla dziecka oraz siły do intensywnego zajmowanie się nim. W związku z tym powinni być uwolnieni od zadań i czynności, które z powodzeniem może wykonać ktoś inny.

Najlepszych efektów możemy spodziewać się w sytuacji, gdy dzieckiem zajmuje się nie tylko matka / ojciec – ale również gdy ma ono możliwość pomocy ze strony innych osób (i to nie na wyjątkowych zasadach czy „od święta”).

Mówiąc w przenośni: trzeba utworzyć

prawdziwą sieć wsparcia o możliwie wielu splotach i oczkach.

Swoje wyraźnie określone zadania mają: rodzeństwo / nauczyciele i wychowawcy / lekarze / terapeuci / wolontariusze. Im bardziej rozbudowana i dokładniej przygotowana tego rodzaju sieć wsparcia, tym większe szanse,

że autyzm dziecka nie zablokuje rodzicom, ale przede wszystkim same-

mu dziecku uczestniczenia w pozytywnych i konstruktywnych relacjach międzyludzkich. Pomimo zaburzeń ze spektrum autyzmu, dziecko będzie przygotowane do życia wśród innych ludzi, tak dalece jak jest to możliwe w jego sytuacji. Będzie potrafiło skorzystać z różnych ofert interakcji międzyludzkiej, będzie potrafiło posługiwać się środkami ułatwiającymi codzienne funkcjonowanie. To będzie procentowało w kolejnych latach, gdy wraz z upływem czasu autystyczne dziecko stanie się autystycznym adolescentem, a potem autystycznym dorosłym.

DZIECKO
O SPECJALNYCH
POTRZEBACH
WYMAGA OD
RODZICÓW SPECJALNYCH
KOMPETENCJI. DLATEGO
RODZICE POTRZEBUJĄ
PROFESJONALNEGO
WSPARCIA.

Odpowiedzialność profesjonalnie pomagającego

Niezależnie od formy wsparcia, z której najczęściej korzystają rodzice dziecka z autyzmem, staramy się przede wszystkim o poszerzenie wiedzy tych klientów oraz o nawiązanie z nimi optymalnych relacji interpersonalnych. Im większe zrozumienie specyfiki autyzmu przez klientów, a co za

tym idzie im większe zrozumienie szczególnych potrzeb ich dziecka, tym większe szanse, że dzisiaj i w przyszłości rodzice dziecka ze spektrum autyzmu będą chcieli i umieli współpracować z profesjonalnie pomagającymi, dla dobra dziecka i dla swojego dobra.

Czy jednak taka aktywna postawa rodzica nie jest utopią, ideą niemożliwą do osiągnięcia? Kiedy można mieć nadzieję, że klient rzeczywiście będzie aktywny, że nie potraktuje spektrum autyzmu jako ciosu, wobec którego jest się bezsilnym, jako sytuacji, w której można jedynie uzalać się nad dzieckiem i nad sobą?

Kompetencje rodziców i ich motywacja do aktywności nie biorą się znikąd. Zachowanie rodziców jest tak naprawdę papierkiem lakmusowym pokazującym, jak przedstawiają się kompetencje **profesjonalnie pomagających**, którzy do tej pory zajmowali się tymi klientami. Im bardziej rzeczowo, konkretnie i zrozumiale profesjonalnie pomagający komunikuje się z rodzicami dziecka autystycznego, im lepiej ich edukuje i trenuje, tym więcej umiejętności, odwagi i energii będą oni mieli do intensywnego zajmowania się swym dzieckiem.

Do zagadnień, które należy koniecznie przepracować z klientami należy przystępne wytłumaczenie genezy i specyfiki autyzmu. Te informacje łączymy i to od razu! z przedstawieniem możliwości terapii i prognozą rozwoju dziecka. Do tego punktu należy również prognozowanie eskalacji objawów, a więc przewidywanie, w jaki sposób zaburzenia ze spektrum autyzmu będą prawdopodobnie determinowały w przyszłości funkcjonowanie dziecka wśród innych.

Omawiamy więc nie tylko dysfunkcje i wynikające z nich utrudnienia, ale również wskazujemy na szanse rozwojowe i możliwości terapeutyczne oraz na wszelkie inne dostępne sposoby podnoszenia jakości życia.

ZACHOWANIE
RODZICÓW UKAZUJE
M. IN. KOMPETENCJE
PROFESJONALNIE
POMAGAJĄCYCH, KTÓRZY
DO TEJ PORY ZAJMOWALI
SIĘ TYMI KLIENTAMI.

MIMO AUTYZMU
I WYNIKAJĄCYCH Z TEJ
DIAGNOZY TRUDNOŚCI,
TO NADAL POWINNA BYĆ
NORMALNA RODZINA,
A NIE MINI-PLACÓWKA
PEDAGOGICZNO-
TERAPEUTYCZNA.

Diagnoza autyzmu konfrontuje klientów z czymś nieznanym, niezrozumiałym a zarazem budzącym strach. Profesjonalnie pomagający oczywiście orientuje się, co przechodzi klient uświadamiający sobie, że ta niepełnosprawność będzie już zawsze obecna w życiu dziecka. Dlatego nie należy zakładać, że klienci od razu przyjmą optymistyczną perspektywę, że będą pełni nadziei i natychmiast przystąpią do intensywnej pracy z dzieckiem.

Realistycznym celem, ważnym i potrzebnym, jest wstępne przekonanie klientów, że rzeczywiście będą w stanie cokolwiek polepszyć, że przyszłość dziecka nie rysuje się wyłącznie w czarnych barwach. Najlepiej byłoby, gdyby profesjonalnie pomagający był w stanie od razu wskazać na konkretne przypadki rodzin bądź instytucje, placówki czy społeczności, w których osoby ze spektrum autyzmu dobrze funkcjonują, radzą sobie z codziennymi wyzwaniami, poprawiają swoje kompetencje. Taki przykład z praktyki, który wyraźnie dowodzi, że komuś się to już udało działa pokrzepiająco i motywująco. Pokazuje, że

w wyniku wspólnej pracy rodziców i profesjonalnie pomagających sukces jest możliwy do osiągnięcia. Z tego punktu widzenia postulat aktywności staje się zrozumiały, wręcz oczywisty dla klientów. Rodzice przekonują się też, że warto zaufać specjalistom i iść za ich sugestiami.

Z drugiej strony każdy profesjonalnie pomagający zdaje sobie sprawę, że nie zawsze uda się w pełni przezwyciężyć wspomniany powyżej kryzys następujący u klientów po zdiagnozowaniu spektrum autyzmu u ich dziecka. Skuteczność nawet najlepszego specjalisty ma granice, których nie

uda się przekroczyć. Co oczywiście nie zmniejsza znaczenia fachowego wsparcia rodziców dziecka ze spektrum autyzmu oraz kierowania ich ku aktywnej postawie.

Istotnym celem jest również pomoc klientom w realistycznej ocenie, co są już w stanie zrobić dla dziecka, a co ewentualnie będzie możliwe w nieodległej przyszłości. Aby zmniejszyć obawy rodziców, należy przedstawić im **faktycznie dostępną** strukturę pomocową oraz pokazać, jak wykorzystać **w praktyce** przekazaną wiedzę. Zajmujemy się rodziną, w obrębie której wytworzyły się procesy charakterystyczne dla konfrontacji z niepełnosprawnością dziecka. Zachowanie dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu znacząco odbiega od tego, co rodzice znają z kontaktów z dziećmi pełnosprawnymi i co potrafią zrozumieć. Własne dziecko okazuje się zagadką. To sprawia, iż na początku rodzice czują się bezradni, bezsilni, skazani na interwencje specjalistów. Nie wolno dopuścić do tego, aby takie negatywne emocje i myśli utrwaliły się w relacjach rodziców do dziecka. Dzięki pozytywnemu i aktywnemu nastawieniu rodziców dziecko może ogromnie wiele zyskać. Natomiast jeśli takiego nastawienia zabraknie – może bardzo wiele stracić.

Rodzice dziecka autystycznego są klientami, którym należy motywować, zachęcać; którym należy wskazywać **realistycznie** naszkicowane możliwości samodzielnego działania. Wiemy, że nie są to fałszywe nadzieje. Wiemy, że nie jest to daremny trud. Zarówno dziecko, jak i osoba dorosła ze spektrum autyzmu potrafi skorzystać z udzielanego mu wsparcia. Dlatego z czystym sumieniem i z pełną odpowiedzialnością należy akcentować to, że rodzice nie są bezsilni wobec zaburzeń autystycznych stwierdzonych u dziecka. Nic jeszcze nie zostało rozstrzygnięte nieodwołalnie i raz na zawsze. Oczywiście autyzm nie zniknie. Zawsze będzie musiał być uwzględniany, zawsze będzie

wymagał adekwatnego reagowania, stosowania specyficznych strategii poprawiających funkcjonowanie i podnoszących jakość życia. Mimo to diagnoza autyzmu nie oznacza, że posiadająca ją osoba z samej definicji jest skazana na nieustanne porażki, że deficyty z góry uniemożliwiają jej funkcjonowanie. Tak być nie musi! Warto poświęcić czas na przekonanie do tego klientów. Właściwie jest to podstawa, od której należy zacząć. Zanim przystąpię do wyznaczania i realizowania kolejnych celów, muszę mieć przekonanie, że rodzice dziecka autystycznego będą przynajmniej częściowo przekonani do sensowności współpracy ze mną i z innymi specjalistami.

Opracowano wiele materiałów doształceniowych dla rodziców dziecka ze spektrum autyzmu. Są one przygotowane fachowo i stale aktualizowane. Funkcjonują też rozmaite podmioty świadczące usługi temu dziecku i jego rodzicom (poradnie, fundacje, gabinety terapeutyczne itd.). Przydatne informacje można też oczywiście znaleźć w internecie.

W tym miejscu wypada zaznaczyć, że wskazane jest zachowanie zdrowych proporcji między oferowaniem/stosowaniem form wsparcia i pomocy a pozostałym kontekstem życia rodzinnego. Innymi słowy: codzienność tej rodziny nie powinna być zdominowana fachowymi interwencjami. Życie rodzinne, relacje między rodzicem a dzieckiem nie powinny mieć charakteru jedynie terapeutycznego. Mimo autyzmu i wynikających z tej diagnozy trudności, to nadal powinna być normalna rodzina, a nie mini-placówka pedagogiczno-terapeutyczna. Oczywiście dziecko z autyzmem różni się od pełnosprawnych rówieśników, co sprawia, że rodzice muszą dostosować się do jego specyficznych potrzeb emocjonalnych i komunikacyjnych. Ale przecież nadal i przede wszystkim jest to ich dziecko. Często klienci posiadają także inne, pełnosprawne dzieci. One również mają swoje potrzeby, o których nie wolno zapomnieć.

AKTYWNA POSTAWĘ
PRZYJMIE RODZIC
PRZEKONANY, ŻE
POSIADA KOMPETENCJE
UMOŻLIWIAJĄCE
REGULOWANIE
ZACHOWAŃ DZIECKA.



ZASADA PRACY:

WYWAŻONA PROPORCJA POMIĘDZY POMOCĄ Z ZEWNĄTRZ A INDYWIDUALNYM ZAANGAŻOWANIEM.

Dobrze, jeśli rodzina ma możliwość rzeczywiście łatwego dostępu do źródła wsparcia (np. instytucji terapeutycznej, pedagogicznej, fundacji, stowarzyszenia itd.). Korzystanie ze wsparcia jest ogromnie istotne, jednak powinno być uzasadnione faktycznymi potrzebami. Profesjonalnie pomagający zajmujący się tą rodziną będzie umiał ocenić sytuację obiektywnie i czasem uchronić klientów od nadgorliwości i przesady. Gdyż jeśli terapia i korygowanie zachowania dziecka zanadto się rozrosną, to po pewnym czasie będzie to skutkowało ogromnym zmęczeniem psychicznym rodziców. A wówczas rodzice przestaną być oso-

bami aktywnie działającymi w interesie swojego dziecka, natomiast staną się osobami wypalonymi wewnątrznie, zniechęconymi, osłabionymi, wycofującymi się z kolejnych zadań, a w efekcie – dalekimi od właściwych reakcji na wyzwania i potrzeby dziecka.



Między innymi z tego powodu klientów trzeba uczyć oddzielania interesów niepełnosprawnego dziecka od swoich własnych potrzeb, a jednocześnie oczywiście konsekwentnego dbania o siebie samego, żonę / męża i o pełnosprawne dzieci. Bez tego stabilność rodziny będzie zagrożona.

Systemowa oferta wsparcia

♦ **OFERTA MULTIMODALNA I MULTIMEDIAŁNA.** Pracując z rodzicami dziecka autystycznego pracujemy z osobami dorosłymi. W ich przypadku najlepsze efekty zapewni kompilacja odpowiednich technik i narzędzi dydaktycznych. Należą do nich: instrukcje ustne; materiały pisemne; instrukcje audio i wideo; fachowe poradnictwo oferowane w bezpośrednich relacjach, a także z wykorzystaniem współczesnych technologii informacyjnych. Najważniejszym aspektem jest zwrócenie uwagi na specyfikę interakcji komunikacyjnej, jeśli jej

partnerem jest dziecko ze spektrum autyzmu. Poradnictwo i rozmaite formy treningu przeprowadza się indywidualnie oraz grupowo. Jeden klient życzy sobie (przynajmniej na początku relacji z profesjonalnie pomagającym), aby problemy jego rodziny traktować poufnie, aby mógł porozmawiać sam na sam ze specjalistą. A z kolei inny podopieczny wręcz domaga się omawiania swoich problemów na forum, z innymi rodzicami mając nadzieję, że wtedy, dzięki grupowej refleksji, wypracowane rozwiązania i strategie zostaną zweryfikowane obiektywnie.

❖ **RÓWNOWAGA CELÓW.** Aktywną postawę przyjmie rodzic przekonany, że posiada kompetencje umożliwiające regulowanie zachowań dziecka. Uczenie, trening, ćwiczenie, przekazywanie wiedzy jest zatem realizowane dwutorowo:

- I. Reagowanie na problemy i trudności
 - stwarzane przez dziecko ze spektrum autyzmu dla otoczenia,
 - będące problemami dla dziecka z jego subiektywnej perspektywy.
- II. Realizowanie strategii pozytywnych – działań mające na celu
 - poznawczy,
 - emocjonalny
 - i społeczny rozwój dziecka.

Praktyka pokazuje, że zbyt często rodzice skupiają się wyłącznie na rozwiązywaniu problemów. Tymczasem warto pamiętać, że skuteczną profilaktyką problemów jest konstruktywne, pozytywne, pro-rozwojowe oddziaływanie na dziecko ze spektrum autyzmu. Im lepiej dziecko potrafi funkcjonować, im więcej wie i potrafi, tym łatwiej teraz i w przyszłości dopasuje się do sytuacji w najbliższym otoczeniu – w rodzinie, szkole, w przestrzeni publicznej.

❖ **ANALIZA ZACHOWANIA I JEJ KONSEKWENCJE.** Klienci oczekują wskazówek, które rzeczywiście zadziałają i poprawią subiektywnie postrzeganą jakość życia. Preferujemy takie strategie i narzędzia, które dadzą się zastosować zarówno w domu rodzinnym wychowanka / ucznia / pacjenta, jak i w innych miejscach, w których przebywa dziecko ze spektrum autyzmu. Te strategie i narzędzia powinny być skuteczne przynajmniej w podstawowym wymiarze oraz dostarczać obiektywnych informacji o zachowaniu dziecka. Dzięki temu znacznie łatwiej będzie odpowiedzieć na pytania: co dalej?, w jaki sposób ułatwimy dzie-

ku radzenie sobie z codziennymi zadaniami?, jak uchronimy je przed skutkami zaburzeń, które nie poddają się (jeszcze lub w ogóle) pedagogicznej / terapeutycznej interwencji?

PRZYKŁAD:

Grupa przedszkolaków siedzi na podłodze w kręgu. Dzieci znajdują się blisko siebie. Biorą się za ręce. Śpiewają wesołą piosenkę. Jest to codzienny poranny rytuał otwierający program zajęć w przedszkolu integracyjnym. Jeden z chłopców ze spektrum autyzmu jest nadwrażliwy dotykowo. Gdy koleżanka lub kolega dotyka go przypadkowo lub chwyta za rękę, wtedy niepełnosprawny chłopiec z całej siły odpycha, szturcha lub szczypie sąsiada. Takie zachowania pojawiają się coraz częściej podczas porannego kręgu. Oczywiście ze względu na dobro pozostałych dzieci nie można było pozostawić tak tego problemu. Polecenia wychowawczynie w tym wypadku nie przyniosłyby żadnego efektu. Aby inne dzieci nie były narażone na agresję, która jest dla nich całkowicie niezrozumiała (bo przecież są grzeczne i wobec autysty zachowują się dokładnie tak, jak wobec innych koleżanek i kolegów) na te kilka minut jedna z przedszkolank wychodzi z chłopcem z szatni i odczekuje, aż rytuał piosenki śpiewanej w kręgu zakończy się. Chłopiec dobrze integruje się we wszystkie inne zajęcia nie wymagającego tak intensywnego i bezpośredniego kontaktu taktylnego z innymi dziećmi, jaki jest typowy dla kręgu. Niebranie udziału w tym porannym rytuale nie jest przez chłopca traktowane jako wykluczenie. Nie będąc narażonym na trudne dla siebie do zniesienia bodźce chłopiec stał się o wiele spokojniejszy i po powrocie do sali bez przeszkód włącza się we wspólne aktywności (używanie zabawek jest jego sposobem zapośredniczenia interakcji z innymi dziećmi).

Powyższy przykład może posłużyć za ilustrację procesu, który warto przedstawić i wyjaśnić rodzicom. A mianowicie:

NADRZĘDNYM
CELEM
WIDEOFEEEDBACKU
JEST UŚWIADOMIENIE
RODZICOWI ZWIĄZKU
MIĘDZY JEGO
ZACHOWANIEM
A ZACHOWANIEM
I REAKCJAMI
DZIECKA.

- Sytuacja. Rozpoznanie i nazwanie bodźców / uwarunkowań stymulujących zachowanie dziecka ze spektrum autyzmu.
 - Określenie i uwzględnienie specyfiki dziecka.
 - Rozważenie możliwości optymalnego zareagowania
 - Reakcja.
 - Konsekwentne stosowanie skutecznego zachowania w podobnych / analogicznych sytuacjach.

STOSOWANA ANALIZA ZACHOWANIA

Jest dyscypliną naukową. Wykorzystuje procedury, które wywodzą się z praw rządzących zachowaniem, aby dzięki nim uczyć potrzebnych do niezależnego życia, adekwatnych społecznie umiejętności oraz niwelować problemy istotne społecznie. Stosowana Analiza Zachowania jest metodą opartą na dowodach naukowych, a jej 7 podstawowych charakterystyk to:

- Stosowana – koncentrujemy się na uczeniu zachowań społecznie istotnych, ważnych dla naszych podopiecznych i ich rodzin.
- Behawioralna – skupiamy się na zachowaniu dziecka samym w sobie, które może być bezpośrednio obserwowane i mierzone.
- Analityczna – analizujemy zachowanie dziecka i szukamy zależności pomiędzy wydarzeniami a tym zachowaniem.
- Technologiczna – stosowane przez nas procedury są tak opisane, aby mogły być powielane przez inne osoby.
- Koncepcyjnie systematyczna – procedury odnoszą się do zasad kierujących zachowaniem.
- Efektywna – efekty podejmowanych interwencji są bezpośrednio mierzone, a na podstawie pomiarów podejmowane są decyzje, tak, aby umożliwić osiągnięcie zmian korzystnych dla podopiecznego.
- Przynosząca zgeneralizowane skutki – jednym z naszych priorytetów jest to, aby zmiany, które wprowadzamy były utrwalone i zgeneralizowane na różne konteksty codziennego funkcjonowania.

<https://scolar.pl/wiedza/co-to-jest-stosowana-analiza-zachowania/> (dostęp 7.01.2020)

❖ **WIDEOFEEDBACK.** Zwykła kamera, a nawet smartfon wystarczą do przeprowadzenia tych zajęć. Wideofeedback to bardzo przydatne narzędzie oszczędzające profesjonalnie pomagającemu długiego tłumaczenia tego, co łatwo można zobaczyć i skomentować na nagraniu wideo (zob. Rittmann 2014, s 29). Utrwalenie rozmaitych charakterystycznych sytuacji rozgrywających się pomiędzy dorosłym a dzieckiem ze spektrum autyzmu pozwala pokazać klientowi, że i w jaki sposób można wpływać na ten kontekst. Nie jest prawdą, że wszystkim rządzi przypadek. Nadrzędnym celem wideofeedbacku jest uświadomienie rodzicowi związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy jego własnym zachowaniem a zachowaniem i reakcjami dziecka. Rodzic musi nauczyć się kierowania uwagi na dziecko oraz poprawnego reagowania na sygnały komunikacyjne przekazywane przez dziecko spontanicznie lub w sposób zamierzony.

Doświadczenie pokazuje, że jest to niezwykle istotna kwestia. Wielu klientów dopiero wtedy, gdy mają okazję dokładnie przyglądać się swojej interakcji z dzieckiem na nagraniu wideo zauważa, jak ubogi jest zakres ich pozytywnego zachowania. Albo dopiero wtedy rodzic widzi, że pozytywne nastawienie i pozytywne zachowanie nie mają dla nich pierwszoplanowego znaczenia. Dzięki zastosowaniu takiego narzędzia jak wideofeedback profesjonalnie pomagający jest często pierwszą osobą, która otwiera klientowi oczy na te błędy i niedopatrzenia. Można zapytać: dlaczego rodzic sam nie zauważył tych deficytów? Istnieją co najmniej dwa wytłumaczenia. Po pierwsze: Rodzic w ogóle nie zaplanował z góry i świadomie pozytywnej interakcji, gdyż po prostu nie zdawał sobie sprawy z jej potrzeby i przydatności. Po drugie: Jeśli zbyt wiele dzieje

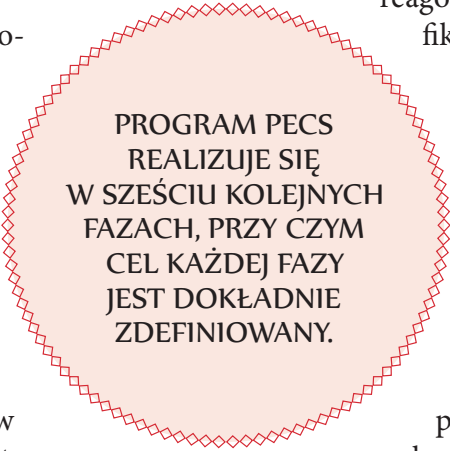
się wyłącznie spontanicznie (bez wcześniejszego planowania), to rodzica do interakcji pobudza przede wszystkim zachowanie dziecka przeszkadzające, problemowe. I zwykle reaguje się na to od razu, natychmiast – ale w taki sposób, że następuje negatywne wzmocnienie tego, co dziecko właśnie robi i jak się zachowuje.

Tę negatywną dynamikę klient powinien więc zobaczyć, zrozumieć i wyciągnąć z niej wnioski. Jeżeli rodzic potrafi konstruktywnie i ciepło zająć się swoim dzieckiem, jeżeli umie zapanować nad emocjami i pomimo ewidentnych obciążeń reaguje jednak pozytywnie, to wtedy dziecko ze spektrum autyzmu ma o wiele mniej powodów do problemowego zachowania, a tym bardziej do jego eskalowania.

Dzięki treningowi realizowanemu z użyciem nagrań wideo klient w miarę upływu czasu uczy się lepiej zauważać, że dziecko szuka kontaktu albo że boryka się z jakimś dyskomfortem i potrzebuje w związku z tym pomocy. Kolejne sytuacje – w znacznie większym zakresie kontrolowane i sprawniej monitorowane – sprawiają, że rodzic rozumie swoje dziecko, a dzięki temu zrozumieniu stosuje strategie stwarzające dla dziecka najlepsze możliwe warunki.

Zdarza się, że trening z użyciem nagrań wideo trzeba będzie powtórzyć kilka razy, wskazując klientowi, co jeszcze nie do końca mu się udało albo jakiego ważnego sygnału w zachowaniu dziecka nie zauważył odpowiednio wcześniej, a nawet w ogóle przeoczył. Powtarzanie treningów pozwala też wypracować bardziej skuteczne strategie

reagowania oraz precyzyjniej zidentyfikować, co jest dla dziecka najbardziej interesujące, co sprawia mu prawdziwą radość, co na dłużej przykuwa jego uwagę itd.



PROGRAM PECS
REALIZUJE SIĘ
W SZĘŚCIU KOLEJNYCH
FAZACH, PRZY CZYM
CEL KAŻDEJ FAZY
JEST DOKŁADNIE
ZDEFINIOWANY.

POSZERZANIE KOMPETENCJI DZIECKA.

Aktywna postawa rodzica musi zostać nie tylko wytworzona, ale też należy ją podtrzymywać i wzmacniać, tak aby przenosiła się na coraz wyższe zakresy interakcji z dzieckiem. Najbardziej motywująco działa naoczne przekonanie się, że wysiłek jest opłacalny, że rzeczywiście dziecko coraz lepiej funkcjonuje, poszerza promień działania, radzi sobie z komunikacją międzyludzką itd.

Dzięki odpowiedniemu profesjonalnemu wsparciu rodziców (treningi, edukacja, udostępnianie narzędzi) można jak najbardziej liczyć na takie efekty. Nie ma tu więc mowy o żadnym eksperymentowaniu na dziecku i rodzicach, ale o posługiwaniu się strategiami dobrze opracowanymi w teorii i zweryfikowanymi w praktyce.

Przykłady treningów

PICTURE EXCHANGE COMMUNICATION SYSTEM (PECS)

Metoda stworzona w 1985 r. Autorzy: Lori Frost i Andrew Bondy. Jej celem jest rozwój i wspomaganie funkcjonalnej, spontanicznej komunikacji dziecka, które mało mówi i ma poważne trudności w interakcji werbalnej. Pomysł dwojga naukowców jest prosty, a przez to w pewnym sensie genialny. Ta technika doskonalenia kompetencji komunikacyjnych może być z powodzeniem stosowana właśnie

w przypadku dzieci ze spektrum autyzmu. Ogólna zasada przedstawia się następująco: Dziecko przekazuje partnerowi komunikacyjnemu kartę, na której znajduje się zdjęcie lub zrozumiały symbol wyobrażający przedmiot lub aktywność, którym / którą dziecko jest aktualnie zainteresowane.

Program realizowany jest w sześciu następujących po sobie fazach przy czym cel każdej fazy jest dokładnie zdefiniowany (zob. Heiniger-Huber 2008, s. 88; Amorosa 2010, s. 256):

- ❖ **Cel fazy pierwszej:** Dziecko uczy się podawać kartę bezpośrednio do ręki osobie, która w tym momencie jest jego partnerem komunikacyjnym. Robi to po to, aby otrzymać obiekt / móc zrealizować wybraną aktywność. Chodzi więc o wymianę: ja daję ci kartę, a w zamian za to dostaję to, czego w tej chwili chcę.
- ❖ **Cel fazy drugiej:** Dziecko uczy się nawiązywania i utrzymywania komunikacji także z partnerem, który zmienia dystans – oddala się albo przybliża. Dziecko musi więc znaleźć się dokładnie tam, gdzie przebywa ta osoba i dokończyć przekazywanie karty.
- ❖ **Cel fazy trzeciej:** Dziecko uczy się rozróżniać rozmaite karty komunikacyjne i przyporządkować je do różnych przedmiotów bądź aktywności.
- ❖ **Cel fazy czwartej:** Dziecko uczy się komunikowania zdaniami, w których występuje więcej słów. Używane są karty z obrazkami symbolizującymi *chcę / chciałbym* itd. Są one łączone z podstawowymi zdjęciami i symbolami w taki sposób, aby powstawały dłuższe, rozbudowane zdania.
- ❖ **Cel fazy piątej:** Dziecko uczy się odpowiadać na pytanie *Co chciałbyś?* Motywem przewodnim ćwiczenia jest, aby na tak zadane pytanie dziecko udzielało odpowiedzi wybierając spośród wielu różnych kart, które ma do dyspozycji.
- ❖ **Cel fazy szóstej:** Dziecko uczy się odpowiadać na pytania *Co chciałbyś?, Co masz?, Co widzisz?* itd., a także spontanicznie komunikować się w tych zakresach.

Trening buduje więc umiejętności dziecka ze spektrum autyzmu, które w procesie komunikacji uczy się zarówno **nadawać** komunikaty, jak i je **odbierać**.

TRENING ZABAWOWY

Kolejnym przykładem prostej techniki uczącej przydatnych kompetencji komunikacyjnych jest trening zabawowy. Jego efekt to zauważalne poprawienie interakcji socjalnej. Poprzez zabawę dziec-

ko uczy się, jak skutecznie prowadzić komunikację, a przy okazji nabywa dodatkowe kompetencje przydatne we wszelkich relacjach międzyludzkich. W tym kontekście można wymienić: wspólne zainteresowanie grą / zabawą, odczuwanie i komunikowanie radości z tej czynności, zwracanie uwagi na zachowanie partnera interakcji.

Zalecane jest, aby najpierw dziecko ćwiczyło z terapeutą, a następnie bawiło się tak samo z rówieśnikami.

Zabawa / gra służąca rozwojowi dziecka ze spektrum autyzmu zawiera następujące elementy:

- ❖ **Kierowanie uwagi** na realizowaną aktywność albo na przedmiot używany w zabawie.
- ❖ **Naśladowanie i odzwierciedlanie.** Dziecko i bawiąca się z nim osoba posiada dokładnie taki sam zestaw przedmiotów używanych podczas tej zabawy. Terapeuta najpierw imituje zachowanie dziecka, a następnie wprowadza różne urozmaicenia i poszerzenia danej aktywności. W miarę upływu czasu dziecko przejmuje to, co zauważyło w zachowaniu terapeuty i integruje to do własnego sposobu bawienia się.
- ❖ **Zabawa równoległa.** Dziecko i druga osoba bawią się znajdując się blisko siebie, ale każdy we własnej przestrzeni.
- ❖ **Wspólna zabawa** bez jakiegokolwiek odgraniczania własnej przestrzeni.
- ❖ **Naprzemiennie (turn taking).** Tutaj celem jest ćwiczenie **mówienia** na zmianę na ten sam temat.
- ❖ **Odgrywanie ról (role play) z użyciem przedmiotów.** Zabawa przebiega w oparciu o wcześniej przygotowany scenariusz, który uczestnicy realizują wspólnie. Poszczególne etapy zabawy muszą być zawczasu przygotowane w formie ilustracji. Będą one służyły dziecku za punkty orientacyjne, prowadzące przez przebieg zabawy. Dzięki temu dziecko bawi się

o wiele swobodniej, wiedząc, jaki krok jest teraz realizowany i co wydarzy się za chwilę.

❖ **Gry i zabawy towarzyskie według ustalonych reguł.** Taka zabawa posiada wyraźną strukturę. Uczestnicy kierują się z góry okre-

ślonymi zasadami. I właśnie owa strukturyzacja sprawia, że dzieci z autyzmem chętnie podejmują taką ofertę oraz wiele z niej korzystają. Struktura i zasady dają im, tak ważne dla osób z autyzmem, poczucie przewidywalności, orientacji i bezpieczeństwa.

Interwencja w środowisku życia

Klienci szczególnie chwalą sobie wspomaganie i poradnictwo odbywające się bezpośrednio w ich domu. Rodzice zauważają, że problemowe zachowania dziecka ze spektrum autyzmu wydarzają się o wiele częściej i są bardziej intensywne, gdy dziecko znajduje się u siebie. Na zewnątrz, w obcym otoczeniu, w całkowicie nowych lub mało znanych warunkach dziecko jest bardziej powściągliwe, o wiele mniej spontaniczne – przez co również problemowe zachowania są bardziej wyciszone.

Dziecko w obcym otoczeniu czuje się niepewnie, co znacząco zawęża jego ekspresję komunikacji i interakcji. Natomiast hamulce znikają, gdy przebywa w domu rodzinnym, „na własnym terenie”. W warunkach domowych profesjonalnie pomagający będzie miał okazję do zaobserwowania autentycznych zachowań dziecka, a to z kolei oznacza, że będzie mógł przedstawić rodzicom strategie reagowania na konkretne sytuacje. Może te strategie demonstrować bezpośrednio podczas interakcji z dzieckiem – rodzice obserwują, a później, kiedy są już sam na sam z dzieckiem, starają się naśladować.

Świadczenie takiego wsparcia bezpośrednio w mieszkaniu klienta powinno odbywać się w regularnych odstępach czasu. Bo przecież dziecko rozwija się i zmienia, jedne zachowania zanikają, a pojawiają się inne. Nie zawsze muszą to być tylko nowe zachowania problemowe. Przeciwnie – może okazać się, że dziecko zwiększyło zakres tych kompetencji na tyle, że warto wypróbować z nim nowe możliwości lub działania. Liczy się również fakt

doskonalenia umiejętności rodziców, ich większa odwaga i skuteczność w rozwiązywaniu sytuacji (potencjalnie) konfliktowych.

Niektórzy profesjonalnie pomagający zajmują się rodziną dziecka autystycznego tylko wtedy, gdy klienci sygnalizują jakieś szczególne trudności.

Bez takich sygnałów przyjmują, że wszystko jest w porządku. To oczywiście oszczędza czasu i pozwala na sprawne spie-

szczenie z pomocą rodzicom zmagającym się z jakimiś szczególnie dotkliwymi obciążeniami. Ale warto przynajmniej od czasu do czasu odwiedzić klientów także wtedy, kiedy nic niedobrego się u nich nie dzieje. Odwiedzić ich chociażby po to, aby zaobserwować zachowanie dziecka, gdy w domu zjawia się ktoś obcy.

Warto również utrzymywać kontakty z dzieckiem w fazach, w których nie boryka się ono z jakimiś szczególnymi trudnościami. To także praktyka, dzięki której profesjonalnie pomagający zdobywa zaufanie klientów, doświadczających, że specjaliście naprawdę zależy na dobru ich dziecka. Przekonanie klientów, że znajdują się pod dobrą fachową opieką stanowi kapitał, po który będzie można sięgać w przyszłości. Na przykład: Wskazane byłoby spotkanie, ale akurat nie jest możliwe. Wtedy konsultacja telefoniczna lub mailowa zostanie zaakceptowana przez rodziców i przyjęta jako alternatywna forma pomocy, ponieważ wiedzą, że profesjonalista stara się o nich na co dzień.

Z drugiej strony niekorzystne byłoby, gdyby klienci lokowali wszystkie swoje nadzieje tylko w jed-

TRENING
ZABAWOWY POSIADA
WYRAŹNĄ STRUKTURĘ,
DZIĘKI KTÓREJ
DZIECKO AUTYSTYCZNE
SZCZEGÓLNIENIE CHĘTNIE
KORZYSTA Z TEJ
PROPOZYCJI.

nej osobie profesjonalnie pomagającego. Trzeba i można poszerzać horyzonty działania rodziców na rzecz dziecka. O ile tylko jest to możliwe, rodzice powinni należeć do grupy wzajemnego wsparcia / samopomocowej dla rodziców dzieci ze spektrum autyzmu. To pomaga w radzeniu sobie z faktem posiadania niepełnosprawnego dziecka. W grupie osób mierzących się z podobnymi zadaniami wychowawczymi można omawiać na bieżąco kluczowe aspekty roli rodziców dziecka ze spektrum autyzmu. Rodzice wymieniają się również konkretnymi radami, wskazówkami (na przykład jak sobie poradzić w instytucji pedagogicznej / terapeutycznej, jakich formalności należy dopełnić w poszczególnych instancjach, jak załatwić specjalny urlop, gdzie jeszcze szukać pomocy, kiedy dziecko przeżywa gorsze fazy, a nie ma się nim kto zająć). W grupie wzajemnego wsparcia skutecznie przełamywana jest izolacja społeczna dotycząca wiele rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym (niezależnie od diagnozy). Nierzadko taka grupa rodziców zaprasza profesjonalnie pomagającego na wykład i następującą po nim dyskusję jako biegłego w kwestiach, w których oni sami się

zbyt dobrze nie orientują albo w których mają jakieś wątpliwości. Zaletą tego rodzaju pogadanek jest oczywiście równoczesne dotarcie do większej ilości klientów, i to klientów zmotywowanych do korzystania z konsultacji. Polecając klientom dołączenie się do jakiejś grupy samopomocy, najlepiej wybieramy grupy prowadzone przez lub przynajmniej utrzymujące regularny kontakt z pedagogiem / terapeutą / psychologiem posiadającym doświadczenie w pracy z dziećmi ze spektrum autyzmu. Bowiemy w dzisiejszym społeczeństwie, przy powszechnym dostępie do internetu, kwestią znacznie ważniejszą od dotarcia do informacji jest obiektywna ocena pozyskanej wiedzy (nie wszystkie wskazówki są trafne, bezpieczne, efektywne).

[W drugiej części artykułu oddamy głos klientom. Ich perspektywa zasadniczo poszerzy zrozumienie czynników, które wpływają na aktywną postawę rodziców dziecka ze spektrum autyzmu.]

*ciąg dalszy nastąpi
wykaz literatury po zakończeniu artykułu*

Małgorzata Liszewska, Agnieszka Smrokowska-Reichmann

UMIERANIE I ŚMIERĆ JAKO TEMAT KSZTAŁCENIA W ZAWODACH PIELEŃNIARSKICH I OPIEKUŃCZYCH

W artykule zastanawiamy się nad głównymi zasadami kształcenia przygotowującego do opieki i pielęgnacji pacjentów terminalnych. Skupiamy się przy tym na skuteczności dydaktycznej i odpowiednim podejściu merytorycznym. Tak więc tym razem nie chodzi o TREŚCI nauczania, ale o SPO-SÓB ich przekazania. Zajmowanie się pacjentami terminalnymi to szczególnie wymiar profesjonalnego

pomagania, często oznaczający poważne psychiczne obciążenia. Tym ważniejsze jest przemyślenie, jak efektywnie przygotować się do tych zadań.

Aby niniejsza analiza była jak najściślej powiązana z praktyką, w artykule przytaczamy wyniki badań naukowych prowadzonych w tej dziedzinie. Na ich podstawie można wywnioskować, że samo

przekazywanie wiedzy i umiejętności to za mało. Konieczne jest jeszcze równoległe budowanie właściwej relacji i komunikacji z uczniem.

Już w tym miejscu należy podkreślić, że dla osoby przygotowującej się do uprawiania zawodu pielęgniarstwa / opiekuńczego zetknięcie z pacjentem terminalnym jest znaczącym doświadczeniem, które rzutuje na bieżący proces kształcenia, a nawet na zawodową przyszłość adepta pielęgnacji i opieki. Albo młody człowiek uzna, że warto i trzeba się angażować, albo przeciwnie – będzie dystansował się od tych zadań i traktował je rutynowo. Albo uzna, że mimo wszystko jest w stanie pomóc pacjentowi i jego rodzinie, i będzie miał poczucie satysfakcji zawodowej, albo przeciwnie – poczuje się bezsilny, sfrustrowany, obciążony ponad swe siły. W którym z tych dwóch kierunków rozwinie się sytuacja, to zależy również (a czasem przede wszystkim) od nauczyciela i od przebiegu procesu dydaktycznego.

[Dla usprawnienia lektury w artykule używamy pojęcia „uczeń”, mając na myśli także studentów kierunków pielęgniarstwa.]

ZASADA KSZTAŁCENIA: UKAZANIE OPIEKI I PIELĘGNACJI PACJENTA TERMINALNEGO JAKO ZADAŃ WYMAGAJĄCYCH CELOWEGO PRZYGOTOWANIA DO SPECYFICZNYCH OBCIĄŻEŃ.

Profesjonalne zajmowanie się umierającym człowiekiem jest zadaniem pracołłonnym i wymagającym wiele wysiłku. Zmęczenie fizyczne to tylko jeden aspekt, i wcale nie on jest wskazywany przez profesjonalnie pomagających jako najtrudniejszy. O wiele częściej za szczególne wyzwanie profesjonaliści uważają konfrontację z cierpieniem pacjenta terminalnego, a także z psychicznym cierpieniem jego bliskich. Całkowite rozwiązanie problemów wynikających z tej sytuacji granicznej

jaką jest śmierć – nie leży w ludzkiej mocy. Chyba dla każdego profesjonalnie pomagającego jest to dość oczywiste. Jednak ta świadomość nie chroni przed doświadczaniem w takich okolicznościach emocjonalnym dyskomfortem.

Dla wielu profesjonalnie pomagających – a w szczególności dla młodych przedstawicieli tych zawodów, zajmowanie się pacjentem terminalnym jest przypomnieniem, a nawet uświadomieniem sobie po raz pierwszy tak wyraźnie, że każdy człowiek –

w tym również oni – dzień po dniu, w nieuchronny sposób zmierza ku końcowi życia. Finał egzystencji pacjenta, przy którym dzisiaj asystuję nieuchronnie nastąpi również w moim życiu. Ci, którzy zawodowo zajmują się umierającymi, w pewnym sensie

spoglądają we własną przyszłość, przyszłość ludzi śmiertelnych.

Młody człowiek – adept profesji pomocowej niejednokrotnie po raz pierwszy bierze bezpośredni udział w takiej sytuacji. Dla wielu uczniów asystowanie przy finalnej fazie umierania, a tym bardziej bezpośrednio zajmowanie się pacjentem terminalnym, stanowi swoisty szok. Gdy te obowiązki trzeba podjąć na początku kształcenia lub na starcie uprawiania zawodu pielęgniarstwa / opiekuńczego, kryzys jest wręcz „normalny”, jeżeli w procesie dydaktycznym zabrakło solidnego przygotowania do tych zadań. Przy tym nie chodzi tu o przygotowanie „techniczne” (posiadanie wiedzy i umiejętności), gdyż to jest zagwarantowane podstawą programową procesu kształcenia. Natomiast przygotowanie na płaszczyźnie emocjonalnej wypada czasem o wiele gorzej.

To zagadnienie stało się tematem badań prowadzonych na prawie wszystkich kontynentach wśród uczniów i młodych adeptów zawodów opiekuńczych i pielęgniarstwa. Należy tu podkreślić, że badania zostały przeprowadzone zarówno w państwach bogatych, jak i znacznie mniej zamożnych, a więc oferujących swoim nieuleczalnie chorym

SAMO PRZEKAZYWANIE
WIEDZY I UMIEJĘTNOŚCI
TO ZA MAŁO. KONIECZNE
JEST JESZCZE RÓWNOLEGŁE
BUDOWANIE WŁAŚCIWEJ
RELACJI I KOMUNIKACJI
Z UCZNIEM.

obywatelom znacznie mniejszy zakres profesjonalnego wsparcia (patrz wykaz literatury).

Wyniki tych analiz naukowych są zastanawiające i niepokojące. Bowiem niezależnie od tego, o jakie państwo chodziło respondenci zgodnie twierdzili, że w procesie kształcenia nie zostali satysfakcjonująco przygotowani do zajmowania się człowiekiem umierającym ani do podejmowania właściwych reakcji i działań po śmierci pacjenta. Chodziło tu nie tyle o praktyczne umiejętności, ile raczej o emocjonalny kontekst tych szczególnych sytuacji. Na przykład:

- Często podkreślany deficyt kształcenia to pominięcie kompetencji komunikacyjnych w zakresie odpowiadania na potrzeby i reakcje emocjonalne zarówno pacjenta, jak i jego bliskich.
- Uczniowie przygotowujący się do zawodów pielęgniarstwa i opiekuńczych deklarują, że odczuwają strach przed dotykiem i przemieszczaniem zwłok.
- Lęk młodych adeptów opieki i pielęgnacji dotyczy przede wszystkim wyglądu zmarłego oraz wrażeń dotykowych, które będą towarzyszyć zajmowaniu się ciałem zmarłego.
- Często podkreślane przez respondentów są też deficyty kompetencji komunikacyjnych w zakresie rozmawiania o umieraniu i śmierci. Respondenci stwierdzają, że zbyt szybko kończą się ich umiejętności takiego odnoszenia się do treści przekazywanych przez umierającego i jego bliskich, aby móc rzeczywiście wywierać jakikolwiek pozytywny wpływ na tę sytuację itd.

**ZA SZCZEGÓLNE WYZWANIE
PROFESJONALIŚCI UWAŻAJĄ
KONFRONTACJĘ Z CIERPIENIEM
PSYCHICZNYM NAJBLIŻSZYCH
PACJENTA TERMINALNEGO.**

Nie są to jednak deficyty, którym nie sposób zaradzić. Badania (Muñoz-Pino 2013, Ek i in. 2014) wskazują na interesującą prawidłowość. Otóż uczniowie zawodów pielęgniarstwa i opiekuńczych chcą w miarę możliwości jak najwcześniej zajmować się pacjentami, komunikować się z nimi, a także opiekować się nimi w fazie terminalnej. Jeżeli taki wczesny kontakt faktycznie zaistnieje, jeżeli uczniowie nawiązują bezpośredni kontakt z podopiecznym, który jeszcze jest

w stanie uczestniczyć w tej interakcji, to potem wszystko przebiega o wiele łatwiej. Zarówno opiekowanie się pacjentem w finalnej fazie umierania, jak i zabiegi wykonywane po zgonie nie stwarzają nieprzekraczalnych trudności. A nawet obowiązki te są przyjmowane jako zrozumiałe i oczywiste, gdyż stanowią logiczne zakończenie wcześniejszej relacji i interakcji z pacjentem za jego życia.

Chodzi więc o to, aby już podczas kształcenia budować pomost między pacjentem a zajmującym się nim specjalistą. Pacjent terminalny nie powinien być anonimowy, nieznan, niezrozumiały, zobaczony po raz pierwszy w życiu i na bardzo krótko. Dzięki takiemu podejściu profesjonalnie pomagający łatwiej poradzi sobie z nadchodzącymi trudnymi chwilami. Zajmowanie się człowiekiem umierającym, choć obciążające, nie będzie wiązało się ze stresem i lękami nie do udźwignięcia.

Oswajanie się z nowymi doświadczeniami wymaga czasu. Nic zatem dziwnego, że większość respondentów przywiązuje szczególne znaczenie do swojego pierwszego podopiecznego, któremu towarzyszyli przy umieraniu (Anderson i in. 2015). Tę relację i to zdarzenie pamięta się ze wszystkimi szczegółami i wspomina w następnych latach. I to o wiele intensywniej, niż w odniesieniu do kolejnych pacjentów. Ta szczególna emocjonalna dynamika jest dla wszystkich oczywista, to znaczy respondenci sami przyznają, że zetknięcie z pierwszym umierającym podopiecznym „pozostanie na zawsze w pamięci”.

ZASADA KSZTAŁCENIA: NAJPIERW OBSZERNE TEORETYCZNE WPROWADZENIE W PROBLEMATYCZNE OBSZARY INTERAKCJI (TRENING UMIEJĘTNOŚCI I KOMPETENCJI), A NASTĘPNIE SEGMENT PRAKTYCZNY (UTRZYMYWANIE BEZPOŚREDNICH RELACJI Z PACJENTEM TERMINALNYM). ŁĄCZENIE TEORII Z PRAKTYKĄ.

Za całkowicie nieodpowiedzialne i szkodliwe należy uznać lekceważenie tego rodzaju pierwszych doświadczeń i konfrontowanie z nimi ucznia bez rzetelnego przygotowania. Umieranie i śmierć pacjenta, zwłaszcza pierwszego podopiecznego, gdy profesjonalnie pomagający znajduje się wciąż w fazie kształcenia lub dopiero zaczął swoją pierwszą pracę, stanowi zdarzenie w pełnym tego słowa znaczeniu dramatyczne. Uczeń lub świeżo upieczony profesjonalnie pomagający przeżywa szok. Nie potrafi rozmawiać o tym przeżyciu. A nawet przez jakiś czas jest niezdolny do działania, gdyż nie potrafi się skupić. W grupie respondentów znajdziemy również młodych ludzi doświadczających zaburzeń równowagi psychicznej na skutek silnej reakcji stresowej (Hagelin i in. 2016). I chociaż, z racjonalnego punktu widzenia, zgon pacjenta nie stanowił zaskoczenia, nie był czymś niespodziewanym, zapowiadały go wielorakie symptomy – mimo to respondenci mówią, że czuli się winni, doświadczali totalnej bezradności itd. Dominują smutek, żal, utrata. Ale pojawia się także gniew i bunt. Młody wiek w połączeniu z niewielkim lub praktycznie żadnym doświadczeniem zawodowym uniemożliwia tak potrzebne zdystansowanie się do wydarzenia.

Uczeń / młody profesjonalnie pomagający nie udaje. Umieranie i śmierć pacjenta rzeczywiście go dotknęła. Towarzyszące temu zdarzeniu emocje i myśli są traktowane jako coś prywatnego, wręcz intymnego. Są ujawniane dopiero wtedy, gdy inni ludzie nie patrzą. (*Rozpłakałam się na korytarzu, w najciemniejszej kątce...*) Spontaniczne opowiadanie o stresie związanym z asystowaniem przy umieraniu, o szoku i kryzysie wywołanym śmiercią pacjenta pojawia się najczęściej w sytuacjach, w których dzieje się coś szczególnego, tzn. gdy okoliczności i atmosfera aktualnego zdarzenia sprzyjają dzieleniu się takimi właśnie treściami.

CI, KTÓRZY ZAWODOWO
ZAJMUJĄ SIĘ UMIERAJĄCYMI,
W PEWNYM SENSIE
SPOGLĄDAJĄ WE WŁASNĄ
PRZYSZŁOŚĆ - PRZYSZŁOŚĆ
LUDZI ŚMIERTELNYCH.

Co więcej, u wielu respondentów trwanie negatywnych czy wręcz dysfunkcyjnych myśli i emocji nie ogranicza się do fazy finalnej, do zgonu i do bezpośrednio następujących po nim godzin albo dni. Niektórzy uczniowie przeżywają tę sytuację ponownie w swoich snach albo cierpią na bezsenność, gdyż ciągle przypominanie sobie tych wszystkich wydarzeń nie pozwala im zasnąć. Część przyszłych profesjonalnie pomagających przez jakiś czas wyraźnie unika kontaktu z innymi umierającymi, aby nie musieć przypominać sobie tego, co przeżyli.

ZASADA KSZTAŁCENIA: PRZYGOTOWANIE DO WYPRACOWANIA INDYWIDUALNEGO STYLU ZAJMOWANIA SIĘ PACJENTEM TERMINALNYM PRZED I TUŻ PO JEGO ŚMIERCI. SPOŻYTKOWANIE POSIADANYCH KOMPETENCJI I ZDOLNOŚCI.

Badania wykazują również, że pielęgnacja osoby umierającej i zajmowanie się jej ciałem tuż po śmierci są odbierane bardzo różnie. I tak:

- Nie dla każdego stanowi to równie poważne obciążenie.
- Natomiast wspólnym mianownikiem wszystkich badań jest stwierdzenie, że zgon osoby młodej odbierany jest jako fakt o wiele bardziej obciążający niż śmierć człowieka starszego.
- Także niespodziewana śmierć stanowi większy stres niż odejście człowieka, którego stan zdrowia jednoznacznie wskazywał, że znajduje się w fazie terminalnej.
- Obciążenie emocjonalne wynikające ze śmierci pacjenta jest większe, gdy uczeń jest świadkiem, jak bardzo ta utrata dotknęła bliskich pacjenta.
- Przebywanie przez dłuższy czas z rodziną pogrążoną w żałobie oraz cały kontekst bezpośrednio

CZĘSTO PODKREŚLANY
PRZEZ UCZNIÓW
DEFICYT KSZTAŁCENIA TO
POMIĄNIĘ KOMPETENCJI
KOMUNIKACYJNYCH W ZAKRESIE
ODPOWIADANIA NA POTRZEBY
EMOCJONALNE PACJENTA
I JEGO RODZINY.

go obserwowania przeżywania utraty przez najbliższych to doświadczenia szczególnie mocno obciążające psychikę młodego człowieka.

Uczeń dość brutalnie doświadcza granic posiadanych kompetencji w zakresie efektywnego reagowania na tego rodzaju sytuacje. Czuje się słaby, bezradny, nieprzygotowany do sprostania atakującym go uwarunkowaniom. Rodzina pacjenta mniej lub bardziej otwarcie oczekuje od niego pomocy, wsparcia, pocieszenia, słów, które umożliwią łatwiejsze uporanie się ze stresem, szokiem, traumą po śmierci bliskiego. A młody człowiek, dopiero kształcący się w zawodzie profesjonalnego pomagania, niewiele potrafi pomóc. Takie zderzenie z brakiem osobistej skuteczności odbierane jest szczególnie dotkliwie w sytuacjach, w których z powodu niedoboru personelu, choroby koleżanki / kolegi, czy z innych przyczyn uczeń nieoczekiwanie jest pozostawiony sam na sam z rodziną zmarłego.

Opiekunki i pielęgniarki przygotowujące się do zawodu w wieku dojrzałym o wiele łatwiej radzą sobie z opisanymi powyżej sytuacjami. Najwyraźniej doświadczenie życiowe, przeżycie śmierci kogoś z grona rodziny lub spośród bliskich przyjaciół itp. przygotowuje do aktualnie wykonywanych zadań, uzdalnia do stworzenia dystansu, dzięki któremu możliwa jest lepsza kontrola nad obciążeniami.

Przygotowanie do opieki i pielęgnacji sprawowanej przy pacjencie terminalnym wymaga uwzględnienia indywidualnych cech ucznia. Mówimy tu o specyficznym kontekście relacji interpersonalnych. Nie jest to płaszczyzna, na której wszystko może dziać się niezależnie od osobowości i emocjonalnej konstytucji opiekuna. Możliwość reagowania jest wiele. Nauczyciele oraz inni odpowiedzialni za kształcenie powinni wychwycić charakterystyczne cechy osobowości ucznia oraz zbadać jego sposób reagowania przy obciążeniach i w sytuacjach problemowych. Następnie należy

podjąć działanie uwrażliwiające, uzdalniające do interakcji z pacjentem terminalnym i jego bliskimi. Uczeń zna swoją pozycję – wie, że znajduje się w trakcie przygotowywania do zawodu. Jest więc z założenia otwarty na nowe impulsy, wskazówki i wiedzę. Chętnie podda się odpowiednio przeprowadzonemu kształtowaniu.

**WIĘKSZOŚĆ
RESPONDENTÓW
PRZYWIĄZUJE SZCZEGÓLNE
ZNACZENIE DO SWOJEGO
PIERWSZEGO PODOPIECZNEGO,
KTÓREMU TOWARZYSZYLI PRZY
UMIERANIU.**

Należy być również przygotowanym na postawy odbiegające od statystycznej „normy”. Na przykład: Nauczając przyszłych profesjonalnie pomagających w dojrzałym wieku zakładamy, że im więcej życiowego doświadczenia,

im więcej epizodów śmieci, przy których ten uczeń był obecny i wykazał się aktywnością, tym łatwiej odnajdzie się on w bieżących obowiązkach. Jednak nie należy się dziwić, jeśli właśnie ten uczeń wraz z intensyfikacją takich doświadczeń wytwarza w sobie coraz większy lęk przed śmiercią i z coraz większym sceptycyzmem postrzega własną rolę przy umierającym. Na szczęście są to raczej wyjątki potwierdzające regułę, że im większe doświadczenie życiowe i im dłuższy staż pracy, tym łatwiej pielęgniarka / opiekunka radzi sobie w trudnych sytuacjach – również tych przy łóżku pacjenta terminalnego.

Przygotowujemy nie tylko do realizowania określonej roli zawodowej, ale też, jak już powiedziano, zwłaszcza w przypadku tej subtelnej tematyki kształtujemy młodego człowieka. Rozmawiając z pielęgniarkami i opiekunkami pacjentów terminalnych można usłyszeć na przykład, że sytuacje na styku życia i śmierci, asystowanie przy odchodzeniu drugiego człowieka stały się motywacją do głębszej refleksji nad własną śmiertelnością i przemijaniem. Co ciekawe, jest to często refleksja połączona nie tyle z lękiem, ile raczej ze spokojnym uświadomieniem sobie i zaakceptowaniem faktu, od którego przecież żaden człowiek nie ucieknie. Profesjonalnie pomagający podkreślają, że rozmowy z umierającymi wzbogaciły ich osobiście, pośrednio lub bezpośrednio rzuciły nowe światło na rozmaite przemyślenia i doświadczenia życio-

we (Ohlrogge 2012). O tym również należy wspomnieć w procesie edukacyjnym. Umierający są nie tylko zadaniem, ale również darem dla ludzi, którzy jeszcze długo będą cieszyć się życiem.

W świetle wypowiedzi respondentów wspomnianych powyżej badań, a także prac naukowych wymienionych w wykazie literatury na końcu artykułu, priorytetowe znaczenie należy przyznać ogólnym strategiom i szczegółowym kompetencjom komunikacyjnym, dzięki którym pacjent terminalny i jego bliscy zdają sobie sprawę z tego, że jest nad nimi roztaczana przemyślana, fachowa opieka, że otrzymują optymalne wsparcie emocjonalne i socjalne.

Aktywna postawa ucznia / młodego profesjonalnie pomagającego sprawia, iż pacjent oraz jego bliscy dziękują za okazany trud. W przypadku osób przygotowujących się dopiero do wykonywania zawodu pozytywny feedback procentuje zadowoleniem i dumą ucznia, cieszącego się, że się udało cokolwiek polepszyć w sytuacji, w której generalnie niewiele można osiągnąć (Sampaio i in. 2015). Są to epizody niezwykle motywujące do dalszego kształcenia się oraz do pogłębiania refleksji nad pracą przy pacjencie. Uczeń nie unika już tych obowiązków. Przeciwnie, coraz częściej w sposób przemyślany buduje swoją własną koncepcję najlepszego świadczenia pomocy u schyłku życia pacjentowi terminalnemu i jego bliskim.

Uczniowie oczekują, że będą obecni przy chorym, którym się opiekowali przez dłuższy czas, właśnie w ostatnich chwilach jego życia. Widoczna jest chęć do trwania przy pacjencie aż do końca, zwieńczenia tej relacji maksymalnym solidaryzmem z tą osobą, a nie przekazywania odchodzącego pacjenta komuś innemu (Strang i in. 2014). Jest to radykalna zmiana w stosunku do obaw i lęków dominujących w początkowej fazie relacji z pacjentem terminalnym. Nie nadchodzi ona jednak sama z siebie, nie jest też dziełem przypadku. To nauczyciele potrafili

dotrzeć do uczniów, wzmocnić ich i uzdolnić do coraz pełniejszego opiekowania się umierającym człowiekiem.

ZASADA KSZTAŁCENIA: STAŁY WZAJEMNY DIALOG POMIĘDZY NAUCZYCIELEM A UCZNIEM, KTÓREGO TEMATEM SĄ KLUCZOWE KWESTIE DOTYCZĄCE OPIEKI I PIELĘGNACJI PACJENTA TERMINALNEGO. NABYWANIE KOMPETENCJI W CHRONIONYCH UWARUNKOWANIACH.

Przeważająca liczba prac naukowych zajmujących się kwestiami prezentowanymi w naszym artykule akcentuje fundamentalne znaczenie otwartej, swobodnej komunikacji ucznia z nauczycielami oraz innymi profesjonalnie pomagającymi na temat przeżywanych trudności, rodzących się pytań, niepewności, problematycznych okoliczności, na które napotykają w ramach pielęgnacji osoby umierającej, a także przy zajmowaniu się zwłokami (Parry 2011).

Doświadczenia zbierane przez ucznia przy łóżku umierającego człowieka wymagają refleksji. Nie-

kiedy również ewaluacji lub superwizji. Aby rzeczywiście niosły wymierne korzyści dla kształcącej się osoby, partnerem tejże interakcji musi być profesjonalnie pomagający dysponujący zaawansowanym doświadczeniem w opiece i pielęgnacji umierających. Bardzo ważne jest, aby każdy

**NAUCZYCIELE
POWINNI WYCHWYCIĆ
CHARAKTERYSTYCZNE
CECHY OSOBOWOŚCI
UCZNIĄ ORAZ ZBADAĆ JEGO
SPOSÓB REAGOWANIA PRZY
OBCIĄŻENIACH I SYTUACJACH
PROBLEMOWYCH.**

uczeń posiadał swojego mentora, osobę szczególnie ważną z perspektywy przygotowania się do zawodu. Najtrudniejsze, najważniejsze, najbardziej obciążające kwestie rozważa się właśnie – a często tylko i wyłącznie – z mentorem, czyli z uznanym przez siebie autorytetem. Tu trzeba podkreślić, że w wypowiedziach uczniów, cytowanych w badaniach, pojawia się pewien paradoks. A mianowicie, z jednej strony rodzą się pytania osobiste, trudne, które jednak uczniowie niechętnie komunikują innym.

Z drugiej strony uczniowie chcą o tych sprawach z kimś poważnie i odpowiedzialnie porozmawiać. A więc nie tylko wylewać obawy i żale, opowiadać o dylematach – lecz także jakoś rozplątywać te węzły. Zatem uczniowi potrzebny jest człowiek, któremu się ufa, którego traktuje się jako autorytet, uznając fachową wiedzę i życiową mądrość, ale który również prezentuje wysokie walory duchowe (tak istotne w tematyce umierania i śmierci). Ważne, aby mentor był osobą zachowującą obiektywność, opanowanie, a jednocześnie otwartą i wspierającą.

**PROFESJONALNIE
POMAGAJĄCY PODKREŚLAJĄ,
ŻE ROZMOWY Z UMIERAJĄCYMI
WZBOGACIŁY ICH OSOBIŚCIE.**

Przyszli adepci zawodów pielęgnacyjnych i opiekuńczych czują się pewniej przy łóżku pacjenta terminalnego, gdy mogą się na kimś wzorować, czerpać z jego doświadczenia. Nauczyciel jest wiarygodnym przykładem, gdy wykonuje te zadania poprawnie, a także z wyraźnie okazywanym przekonaniem, że wie, co należy w określonej sytuacji zrobić, jak zareagować, na czym budować komunikację. Uczniowie przejmują wiele z tego, co bezpośrednio zaobserwują. Na niektóre przydatne aspekty nauczyciel celowo kieruje uwagę ucznia. A znowu inne pozostawia do samodzielnego odkrywania przez niego.

**BARDZO WAŻNE JEST, ABY
KAŻDY UCZEŃ POSIADAŁ
SWEGO MENTORA, CZYLI OSOBĘ
UWAŻANĄ ZA AUTORYTET,
OBIEKTYWNA, OPANOWANA,
A ZARAZEM OTWARTĄ
I WSPIERAJĄCĄ.**

Młody człowiek może na przykład nie zdawać sobie sprawy z tego, jak ważne są rozmaite rytuały realizowane z pacjentem terminalnym w czasie choroby, w fazie umierania, ale też w kontaktach z rodziną podopiecznego. Gdy dzięki nauczycielowi uczeń potrafi w takich sytuacjach zastosować zademonstrowane mu rytuały, wtedy prawie natychmiast zauważa, że wiele sytuacji ulega zasadniczemu uproszczeniu. Znika niepewność, czym zająć pacjenta i/lub jego bliskich. Cisza nie jest odbierana jako obciążenie czy zachowanie nieadekwatne do sytuacji. Generalnie zmniejszają się wtedy obawy przed własnymi błędnymi reakcjami, przed nieumyślnym urażeniem pacjenta i członków jego rodziny. Uczeń czuje się też swobodniej w kręgu rytuałów ważnych i prak-

tykowanych przez pacjenta i jego rodzinę (chodzi przede wszystkim o rytuały religijne, ale też związane z kręgiem kulturowym, z którego wywodzą się pacjenci). W przebogatym instrumentarium współczesnego ruchu hospicyjnego rytuały są traktowane jako cenne impulsy do kształtowania optymalnej relacji z pacjentem i jego rodziną.

Uczeń w procesie kształcenia przygotowuje się do działania przy łóżku pacjenta terminalnego. Ćwiczy i eksperymentuje, przejmuje role, inscenizuje wybrane charakterystyczne sytuacje.

Z tej perspektywy interesujące było badanie (Fluharty i in. 2012), w którym 370 uczniów rozwijało swoje kompetencje poprzez różnego rodzaju symulacje rzeczywistych sytuacji znacznie wcześniej, zanim jeszcze znaleźli się przy umierających. Ta próba jednoznacznie wykazała, że przygotowanie i rozwijanie kompetencji poprzez ćwiczenie zachowania w formie symulacji znacząco zmniejszyło obawy uczniów przed reagowaniem w realnych sytuacjach generujących poważne obciążenia psychiczne. Dzięki

takiemu treningowi podstawowym zadaniem staje się powiązanie aktualnej sytuacji z określonym, już wyuczonym i wyćwiczonym profesjonalnym reagowaniem. Przy tym do dyspozycji jest bogata paleta środków i technik stosowanych w opiece paliatywnej,

wytworzonych w ramach ruchu hospicyjnego, a doskonalonych w pracy z dorosłymi i pediatrycznymi pacjentami onkologicznymi.

A więc nie jest tak, że uczeń musi wszystko rozpoczynać od zera, że musi samodzielnie wymyślać swoje własne sposoby zachowania, działania, reagowania, komunikacji, sensownego zapełniania czasu przy łóżku umierającego pacjenta. Natomiast musi umieć prawidłowo zastosować w konkretnych sytuacjach to, czego się nauczył. To z kolei oznacza, że uczeń musi nauczyć się krytycznie i obiektywnie myśleć o tym, co widzi, umieć trafnie interpretować i sprawnie reagować.

ZASADA KSZTAŁCENIA: UWZGLĘDNIANIE UWARUNKOWAŃ WNOSZONYCH PRZEZ PACJENTA I CZŁONKÓW JEGO RODZINY. SOCJALIZACJA I OSADZENIE KULTUROWE.

Coraz wyższy standard życia obywatela państw rozwiniętych, dostęp do coraz lepszej i coraz bardziej wyspecjalizowanej opieki medycznej, najszybszy w historii rozwoju cywilizacji postęp farmakoterapii przedłużają statystyczną długość życia człowieka.

Równoległe ten sam postęp cywilizacyjny wytwarza rozmaite niekontrolowane deficyty i dysfunkcje, jak na przykład powiększające się zatrucie środowiska naturalnego, obecność w żywności substancji rujnujących zdrowie konsumenta, społeczne tolerowanie używek i zachowań ryzykownych. Te i podobne czynniki są przyczyną licznych negatywnych i destrukcyjnych zjawisk. Dla naszych rozważań istotne jest potwierdzony statystycznie fakt dramatycznego wzrostu liczby osób umierających na choroby onkologiczne. Nigdy jeszcze w historii nie było tak wielu pacjentów odchodzących przedwcześnie na raka.

Faza umierania tych pacjentów trwa często przez wiele tygodni, a nawet miesiące. Medycyna jest w stanie dość skutecznie przedłużać życie pacjenta onkologicznego. Relatywnie wysoka jest liczba osób, które dzięki badaniom przesiewowym wcześniej zostały skonfrontowane z diagnozą raka. Oczywiście ci pacjenci oraz ich bliscy robią wszystko, by przedłużyć życie. Wszystko to sprawia, że gwałtownie zwiększa się zapotrzebowanie na personel i instytucje dla osób terminalnie chorych.

Jednocześnie w tej wysoko rozwiniętej cywilizacji, w której walczy się skutecznie z tyloma chorobami, pojawiło się inne zjawisko, a mianowicie: traktowanie umierania i śmierci jak tematu tabu. O umieraniu i o umierających nie chce się rozmawiać, chyba że taka sytuacja dotyczy kogoś z najbliższej rodziny.

W nowoczesnym społeczeństwie umieranie i śmierć ma się rozgrywać w ramach instytucji, w wąskim kręgu osób dotkniętych chorobą oraz ich profesjonalnych opiekunów. Postawa „to nie moja sprawa”, „to na razie w żaden sposób nie jest dla mnie ważne” pojawia się zarówno u ludzi młodych, jak i w starszym wieku. Perspektywa własnego umierania i śmierci, skończoności własnego życia jest spychana na dalszy plan. Tak jakby przemilczanie tego zagadnienia sprawiało, że staje się ono nieważne, czy wręcz „nieistniejące”. Nie mówimy bynajmniej o kwestiach marginalnych, z którymi adepci opieki i pielęgnacji paliatywnej nie będą mieli do czynienia. Wręcz przeciwnie. W kontekście współczesnej pracy pielęgniarzkiej i opiekuńczej pilne stają się zagadnienia, które jeszcze do niedawna nie występowały lub były postrzegane jako wyjątki. Co więc zmienia się na naszych oczach?

W wielu państwach pojawiły się rozmaite dokumenty jako rozwiązania standardowe, na stałe wprowadzone do praktyki, w których

nieuleczalnie chorzy i opiekunowie wypowiadają swoje oczekiwania, żądania, nadzieje wobec społeczeństwa, wobec instytucji i organów finansujących opiekę zdrowotną, w tym opiekę paliatywną. Oznacza to, że coraz częściej

naturalny etap każdego ludzkiego życia, jakim jest umieranie i śmierć, jest kojarzony przez pacjentów z różnorodnymi zagrożeniami, z potencjalną utratą autonomii, złym traktowaniem itd. Dlatego właśnie nieuleczalnie chorzy i ludzie w podeszłym wieku zawczasu chcą sobie zagwarantować bezpieczeństwo i poszanowanie ich woli.

Jako odpowiedzialni za kształcenie pielęgniarek, opiekunek, ale też np. terapeutów zajęciowych, fizjoterapeutów itd. musimy sobie zdawać sprawę z tego, że przecież nasi uczniowie przychodzą z tego samego społeczeństwa, w którym zachodzą jednocześnie bardzo pozytywne, ale i skrajnie negatywne procesy. Przygotowanie do zawodu profesjonalnie pomagającego może więc wymagać korygowania błędnej hierarchii wartości, wyplenienia uprzedzeń i prze-

WIDOCZNA U UCZNIÓW
JEST CHĘĆ DOTRWANIA
PRZY PACJENCIE, KTÓRYM SIĘ
OPIEKOWALI, AŻ DO KOŃCA,
A NIE PRZEKAZYWANIA
UMIERAJĄCEGO KOMUŚ INNEMU.

sądów, wzbudzenia zawodowej empatii. Będzie się to być może wiązało z dodatkowym wysiłkiem, który jednak należy koniecznie podjąć. Moimi interakcyjnymi partnerami są ludzie młodzi, a więc podatni na mądre kształtowanie, otwarci na uzasadnione argumenty. Wybranie zawodu pielęgniarzkiego / opiekuńczego / terapeutycznego wskazuje na pozytywne cechy ich charakteru, na wrażliwość wobec cierpienia innego człowieka i chęć poprawy jego losu. Nie są to przecież zwykłe zawody, lecz **profesje**, a więc jedyne w swoim rodzaju powołanie życiowe. Z pozycji osoby przygotowującej innych do profesjonalnego pomagania trzeba brać pod uwagę, że wspomniane wcześniej społeczne izolowanie umierania i śmierci wpłynęło również na naszych uczniów. I dlatego od początku procesu kształcenia należy analizować

postawy uczniów, zastanawiać się, w jakim zakresie potrzebują wsparcia, aby sobie z tymi problematycznymi kwestiami poradzić, aby poprawnie odnieśli je do swojej roli zawodowej. Chodzi tu o budowanie takich kompetencji, dzięki którym dobrze zajmą się pacjentem terminalnym, a jednocześnie sami uchronią się od przemęczenia i wypalenia zawodowego.

Wydaje się, że największą obawą pacjenta w XXI wieku jest umieranie i śmierć w samotności, ale też bycie sprowadzonym do obiektu podłączonego do urządzeń, które same się sterują i podejmują „decyzje” bez pacjenta, a w pewnym sensie nawet bez pielęgniarek i lekarzy. Stąd niezwykle istotne jest przekazanie uczniom przekonania, że w zajmowaniu się pacjentem terminalnym reakcje międzyludzkie mają fundamentalne znaczenie. Zawsze jest coś do zrobienia przy łóżku tego człowieka, także wtedy, kiedy nie ma już niczego „konkretnego” do roboty, kiedy wszystkie zabiegi pielęgnacyjne i terapeutyczne zostały właśnie przeprowadzone. Owo „coś” to właśnie dialog, to komunikacja werbalna i niewerbalna – słowa, gesty, mimika, dotyk, spojrzenie. Obecność, rozmowa, rozpraszenie lęków, uspokajanie, dawanie nadziei, wspieranie w cierpieniu są

dokładnie tak samo ważne, jak zadbanie o to, aby pacjent był czysty, nakarmiony i nie cierpiał bólu.

Są to kwestie mające przełożenie zarówno na indywidualne działanie profesjonalnie pomagającego, jak też na cały system opieki zdrowotnej, na kontekst instytucjonalny w zakresie standardów, regulaminów, organizacji pracy itd. Dlatego właśnie w fachowej literaturze od wielu już dziesięcioleci odbywa się dość ożywiona dyskusja na temat praw człowieka umierającego, praw w sensie kwestii etycznych oraz rozwiązań prawnych sensu stricto. Powstają rozmaite wzorce dokumentów, na przykład ostatniej woli pacjenta, który czegoś domaga się w fazie swego umierania, a jednoznacznie żąda unikania pewnych praktyk. Współczesny nieuleczalnie chory

W BOGATYM INSTRUMENTARIUM WSPÓŁCZESNEGO RUCHU HOSPICYJNEGO RYTUAŁY SĄ TRAKTOWANE JAKO CENNE IMPULSY DO KSZTAŁTOWANIA OPTYMALNEJ RELACJI Z PACJENTEM I JEGO RODZINĄ.

lęka się również, że system zadecyduje za niego. Że wiele stanie się bez jego woli lub wbrew temu, czego on sam chce i oczekuje. Ta obawa rozgrywa się pomiędzy dwiema przeciwstawnymi perspektywami:

- Uparte przedłużanie życia okupione cierpieniem umierającego człowieka.
- Wymuszanie aktywnej eutanazji, a więc zakańczanie życia, które z jakichś względów jawi się decydentom jako niewarte dalszego kontynuowania. Zwykle nie jest to perspektywa obiektywna, lecz po prostu ugruntowana przesłankami ekonomicznymi. Co oczywiście samo w sobie jest zaprzeczeniem etyki profesjonalnego pomagania w jej najbardziej podstawowym wymiarze.

Kolejnym aspektem publicznej dyskusji jest poszukiwanie miejsca do dobrego umierania. To również aktualna kwestia. Większość osób chciałaby umierać we własnym domu, w gronie rodziny. Jednakże realia wyglądają całkowicie odmiennie. Przeważająca większość nieuleczalnie chorych umiera w szpitalu, w hospicjum albo w zakładzie opiekuńczym. Przy czym należy zaznaczyć, że szpital jest postrzegany przez respondentów jako najgorsze miejsce do umierania. Jest kojarzony z samotnością, brakiem

opieki duchowej i psychologicznej. Coraz więcej osób świadomie wybiera jakąś konkretną placówkę dom dla seniorów, hospicjum, zakład opiekuńczy – po szczegółowym zbadaniu, że właśnie tam umiera się w godnych warunkach, pod troskliwą opieką. Jeśli już życie dobiega do końca i ma się tego świadomość, to można i wręcz należy zadbać o optymalne warunki owego odchodzenia. I nie otrzyma się tego w prezencie, lecz trzeba sobie to przygotować... Ów trend będzie się pogłębiał. Wszystkie statystyki pokazują, że tradycyjna wielopokoleniowa rodzina odeszła już do lamusa. Rodzice dorosłych dzieci często spędzają ostatni etap swojego życia samotnie (dzieci mieszkają daleko, być może zagranicą, spotkania są sporadyczne). Poza tym najbliżsi nie są nawet w stanie w należyty sposób samodzielnie zatroszczyć się o umierających. Nie posiadają takich doświadczeń. Nie mają też na to czasu, zmuszeni do walki o swoją pozycję w pracy, w społeczeństwie. Trzeba także pamiętać, że ze względu na zmiany demograficzne rośnie liczba osób żyjących samotnie („singli”), które w podeszłym wieku nie będą mogły nawet teoretycznie liczyć na opiekę bliskich.

I tak oto profesjonalnie pomagający jest i w coraz większym stopniu będzie podstawowym, a nawet jedynym kontaktem socjalnym dla wielu pacjentów terminalnych, ostatnią deską ratunku, jedyną osobą potrafiącą o nich zadbać, zorganizować pomoc i sprawić, że nie będą umierać w opuszczeniu i samotności.

Opisane w tym artykule i pokrewne im zjawiska istotnie rzutują na kontekst pracy profesjonalnie pomagającego zajmującego się pacjentem terminalnym. Profesjonalnie pomagający działają w aktualnej rzeczywistości społecznej. Przygotowanie do zawodu zakłada więc także integralne osadzenie w realnym życiu.

Literatura:

- Anderson N. E., Kent B., Owens G. (2015), *Experiencing patient death in clinical practice: Nurses' recollections of their earliest memorable patient death*, "International Journal of Nursing Studies" 52, 695-704.
- Aulbert E., Nauck F., Radbruch L. (2012), *Lehrbuch der Palliativmedizin*, Stuttgart New York: Schattauer.
- Bloomfield J., O'Neill B., Gilett K. (2015), *Enhancing student communication during end-of-life care: A pilot study*, "Palliative and Supportive Care" No.13, 1651-1661.
- Bohrer A. (2005), *Lernort Praxis. Kompetent begleiten und anleiten*, Brake: Prodos Verlag.
- Chen Yi-Chuen, Del B., Kevin S., Fortsonc B. L., Lewisa J. (2006), *Differential Dimensions of Death Anxiety in Nursing Students with and without Nursing Experience*, "Death Studies" Volume 30. Issue 10, 919-929.
- Edo-Gual M., Tomas-Sabado J., Bardallo-Porras D., Monforte-Royo C. (2014), *The impact of death and dying on nursing students: an explanatory model*, "Journal of Clinical Nursing" 23, 3501-3512.
- Ek K., Westin L., Prahl Ch., Österlind J. (2014), *Death and caring for dying patients: exploring first-year nursing students' descriptive experiences*, "International Journal of Palliative Nursing", Vol. 20, No. 10, 509-515.
- Fegg M., Brandstätter M., Kramer M., Kögler M. (2010), *Meaning in Life in Palliative Care Patients*, "Journal of Pain and Symptom Management" Vol. 40. No. 4., 502-509.
- Fluharty L., Sorrell A., Hayes L., Milgrom K. (2012), *A Multi-site, MultiAcademic Track Evaluation of End-of-Life Simulation for Nursing Education*, "Clinical Simulation in Nursing" Vol. 8, 135-143.
- Gallagher O., Saunders R., Tambree K. (2014), *Nursing student experiences of death and dying during a palliative care clinical placement: Teaching and learning implications*, Transformative, innovative and engaging. Proceedings of the 23rd Annual Teaching Learning Forum, 30-31 January 2014. Perth: The University of Western Australia.
- Müller M., Pfister D. (2014), *Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Muñoz-Pino I. P. (2014), *Experience of nursing students upon their first care encounter with terminally ill patients*, "Invest Educ Enferm" 32(1), 87-94.
- Ohlrogge C. S. (2012), *Der Umgang mit sterbenden Menschen aus der Sicht von Auszubildenden in Pflegeberufen*, Darmstadt: Evangelische Hochschule Darmstadt.
- Parry M. (2011), *Student nurses' experience of their first death in clinical practice*, "International Journal of Palliative Nursing" Volume 17. Number 9, 448-453.
- Sampaio A. V., Comassetto I., Mancussi A. Ch., Dos Santos R. M. (2015), *The experience of nursing students facing death and dying*, "Invest Educ Enferm" 33(2), 305-314.
- Strang S., Bergh I., Ek K., Hammerlund K., Prahl Ch.. (2014), *Swedish nursing students' reasoning about emotionally demanding issues in caring for dying patients*, "International Journal of Palliative Nursing", Vol 20, No 4, 194-200.
- Warning S. (2011), *Krankheit-Sterben-Trauer. Ein Begleitungs-handbuch*, Ludwigsburg: hospiz verlag.

Werner Reichmann

HUMOR

W PRACY Z PACJENTEM PSYCHIATRYCZNYM

Część I – Podstawy. Zaburzenia psychiczne a humor.
Wybrane elementy terapeutycznej interakcji

Komunikacja bez humoru jest jak dom bez fundamentu.

autor nieznany

*Niebo zesłało człowiekowi trzy rzeczy jako przeciwwagę
do licznych trudów i obciążeń: nadzieję, sen i śmiech.*

Immanuel Kant

Elementarz humoru

Jak wyglądałoby nasze życie bez humoru? Niewątpliwie byłoby nudne. Wiele codziennych sytuacji przebiegałoby bardziej problematycznie bez rozładowania ich żartem, dowcipem, bazującym na humorze dystansem. To oczywiste i dla wszystkich zrozumiałe. Natomiast znak zapytania pojawia się, jeśli te same kwestie próbujemy przełożyć na opiekuńczą i terapeutyczną interakcję prowadzoną z osobami chorymi psychicznie.

- Czy rzeczywiście humor ma jakiegokolwiek praktyczne znaczenie z perspektywy ochrony zdrowia psychicznego?
- Czy nie jest przesadą mówienie o „terapeutycznej przydatności humoru”?
- Jak reagują na szeroko rozumiany humor nasi podopieczni z zaburzeniami psychicznymi?
- W jaki sposób choroby psychiki mogą zdeformować percepcję treści będących nośnikiem humoru?

Odpowiedzi na te i podobne im pytania można zebrać i podzielić na dwa aspekty:

I. W międzyludzkiej komunikacji i interakcji humor odgrywa rolę, której nie sposób czymkolwiek zastąpić. Wesołość, żarty, rozbawienie i śmiech są wpisane w bycie człowiekiem, niezależnie od wieku, stanu zdrowia i sprawności. Dlatego warto pomyśleć o znaczeniu humoru, i to w jak najszerszym kontekście: zarówno zwykłych relacji interpersonalnych, jak również opiekuńczo-terapeutycznym.

II. Choroba psychiczna powoduje zaburzenia każdego wymiaru funkcjonowania pacjenta. Również jeżeli chodzi o „wytwarzanie”, „odbieranie”, a także „wykorzystywanie” humoru.

Humor / poczucie humoru to fenomen o charakterze całkowicie zindywidualizowanym. To znaczy

jest uzależniony od cech osobowości i od chwilowego nastroju jednostki. Znaczenie ma także aktualna sytuacja, w której znajduje się osoba. Różne czynniki mogą wpływać na dostrzeganie lub niedostrzeganie zabawnych czy komicznych stron życia. Jednocześnie należy tu nadmienić, że są osoby, które potrafią zachować dobry humor, pogodę ducha i optymistyczny nastrój także w obliczu problemów. Zwykle takie osoby nie odnoszą się do samych siebie z przesadną powagą. Potrafią się bawić, żartować. Są wesołe – choć bynajmniej nie wesołkowate.

Naukowcy podkreślają społeczne znaczenie poprawnie wykształconego i właściwie używanego poczucia humoru. Chodzi o osoby, dla których posługiwanie się humorem stało się jednym ze sposobów osiągnięcia i utrzymania satysfakcjonującej jakości życia. Taki człowiek wnosi wiele dobrego w interakcję międzyludzką. Inni chcą z nim utrzymywać relacje

właśnie dlatego – choć oczywiście nie tylko z tego powodu – że emanuje dobrym humorem, pogodą ducha, potrafi dostrzec i docenić zabawne sytuacje.

Mówiąc w skrócie:

- Humor sprawia, że można kogoś pocieszyć, rozweselić, wytworzyć dystans do problemów.
- Humor jako osobista kompetencja to między innymi wiedza, **kiedy, komu i w jakich okolicznościach** można opowiedzieć **jaki** żart czy dowcip (chodzi o to, aby został dobrze przyjęty i autentycznie rozśmieszyl).
- Humor to nie tylko słowa, ale również wyraz twarzy, ton głosu, gesty.

Aby humor „zadziałał” w pozytywnym tego słowa znaczeniu, najpierw musi zostać zbudowana stabilna relacja z podopiecznym.

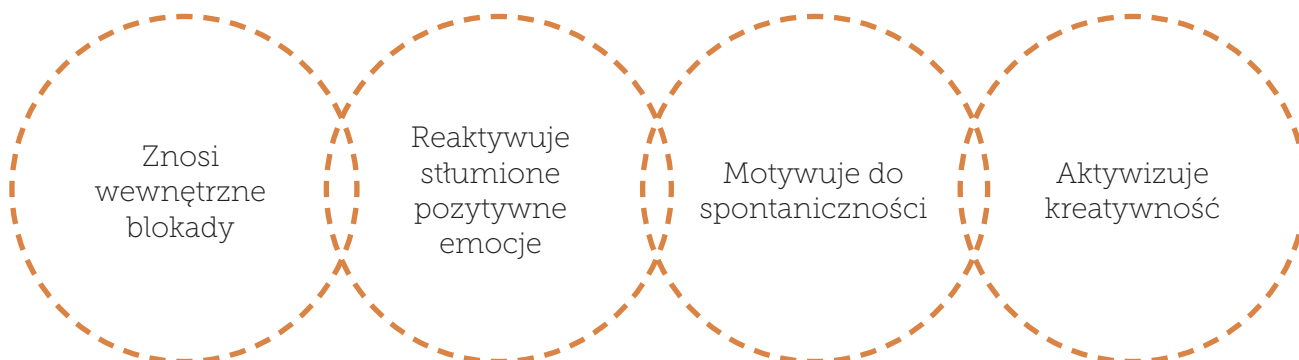
Zwróćmy uwagę, że w powyższym zestawieniu chodzi o kompetencje, które w dużej mierze są spontaniczne, ale które można również świadomie rozwijać i doskonalić.

Odniesienie do psychiatrii

Wszystkie poprawnie stosowane postaci humoru doskonale regulują relacje interpersonalne – także

te pomiędzy profesjonalnie pomagającym a podopiecznym z problemami zdrowia psychicznego.

HUMOR W PSYCHIATRII



Jak już wspomniano, poczucie humoru jest u każdego człowieka sprawą indywidualną. Na pewnym seminarium poświęconym temu zagadnie-

niu prelegentka w obrazowy sposób porównała indywidualną wrażliwość na humor, indywidualne rozumienie humoru i indywidualne poczucie

humoru do... odcisku palca. Poprawnie stosowanym humorem można osiągnąć wiele dobrego. Ale źle użyty humor może wywołać niepowetowane straty. Dotyczy to zwłaszcza osób z problemami psychicznymi. Nie wolno więc posługiwać się humorem w kontekście psychiatrycznym bez wcześniejszej refleksji. Oczywiście nie trzeba dodawać, że absolutnie niedopuszczalne jest, aby zamiast życzliwego, ciepłego humoru pojawiało się parodiowanie pacjentów czy wyśmiewanie się z objawów!

Terapeutyczne stosowanie humoru w psychiatrii jest nadbudową, a nie podstawą; dalszym ciągiem, a nie początkiem. To znaczy, że nigdy nie rozpoczynamy od żartu, dowcipu, zabawnej anegdoty, komizmu sytuacyjnego. Aby humor „zadziałał” w pozytywnym tego słowa znaczeniu, najpierw musi zostać zbudowana stabilna relacja z podopiecznym. O stabilnej relacji w tym kontekście mówimy wtedy, gdy podopieczny jest przekonany, że kontakt z profesjonalnie pomagającym jest stałym i pozytywnym elementem jego życia, że na profesjonalnie pomagającego zawsze można liczyć i zawsze mu ufać, niezależnie od okoliczności. Jeżeli pacjent jest tego pewien i właśnie takie zdanie ma o zajmującym się nim specjalistcie, wówczas użycie humoru zostanie dobrze przyjęte i przyniesie podopiecznemu wiele korzyści.

Można zauważyć, że w profesjonalnym pomaganiu, w tym także w dziedzinie psychiatrii, humor zrobił niezwykle karierę. Prawdopodobnie przede wszystkim dlatego, że dzięki umiejętnemu zastosowaniu humoru można w bezpieczny sposób wpływać na klienta/pacjenta, jednocześnie zostawiając mu sporo miejsca do samodzielnego zagospodarowania. Trafny opis tego procesu został tak oto przedstawiony w pozycji poświęconej uzdrawiającemu potencjałowi humoru:

Naukowcy twierdzą, że osoby z depresją kliniczną wykazują deficyty poznawcze przy przetwarzaniu żartów.

Typowe dla osób ze schizofrenią są zachowania nieadekwatne do sytuacji – na przykład rozbawienie w sytuacjach wcale nie zabawnych.

Humor można uznać za inny sposób myślenia i działania. Człowiek przepełniony humorem nie szuka jednego idealnego rozwiązania, ponieważ byłoby to zbyt jednostronne! Jego szczególną umiejętnością jest elastyczne dopasowywanie się do okoliczności. Oznacza to, że tacy ludzie spełniają najważniejsze wymagania współczesnych cza-

sów. Potrafią szukać najlepszego sposobu rozwiązywania problemów. A jest to umiejętność posiadana przez tych, których życie nie przypomina ciągle „drogi szybkiego ruchu”. Człowiek przepełniony humorem wybiera „zjazd”, kiedy zauważy, że na dotychczasowej trasie zaczy-

na tworzyć się korek. Nie boi się docierać do celu również słabo rozbudowanymi trasami, a nawet polnymi drogami. Ten, kto nie potrafi zadowolić się niedoskonałością, będzie często rozczarowany życiem. Ponieważ ideałów nie ma ani w życiu zawodowym, ani prywatnym.

[cytat za: Titze M, Lambrecht L. (2014), *Heilsamer Humor, Ein Arbeits-, Spiel und Lesebuch*, Tuttingen: HCD-Verlag – tłumaczenie autora artykułu]

A oto cytat z innej pozycji postulujący docenienie humoru jako specjalnego sposobu ustosunkowania się do napotykaných problemów:

Humor dopuszcza istnienie sprzeczności, bez potrzeby ich rozwiązywania. Nasz rozum chce porządkować świat. Ale ten świat jest znanadto kompleksowy, aby zawsze dał się podzielić na dobro/zło, prawo/lewo, poprawne/błędne. Istnieją trzy stany ludzkiego ducha,

w których sprzeczności mogą sobie istnieć. A te stany to: sen, psychoza i humor. Niemożność pełnego ogarnięcia świata sprawia, że można zwariować albo można popaść w zwątpienie. Albo można też po prostu śmiać się z tego.

[cytat za: Korp H. A., Müller C., Titze M. (2012), *Mit Humor arbeiten*, Tuttingen: HCD-Verlag – tłumaczenie autora artykułu]

Humor a zaburzenia psychiczne

Rozpowszechnione jest przekonanie, że nie każdy człowiek posiada poczucie humoru i nie każdy umie się humorem posługiwać. Doświadczenie życiowe potwierdza tę tezę. Są wśród nas ludzie z ograniczonym poczuciem humoru, a nawet z zupełnym brakiem poczucia humoru. I są też osoby świadomie powstrzymujące się przed poddawaniem się dobremu humorowi – zarówno temu, który spontanicznie budzi się w nich samych, jak i temu, który emanuje z innych osób lub sytuacji. Według niektórych krytyków humoru, nakładanie sobie samemu tego rodzaju blokad ma rzekomo potwierdzać samokontrolę, dorosłość, powagę, rangę pozycji zawodowej, a nawet rolę pełnioną w rodzinie i społeczeństwie.

Rozważając powyższą kwestię z perspektywy dysfunkcji zdrowia psychicznego, należy też zwrócić uwagę na pacjentów, którzy wcześniej, zanim zachorowali, byli ludźmi pogodnymi i wesołymi.

Utrata posiadanego dotychczas poczucia humoru jest być może bardziej zrozumiała w przypadku dolegliwości fizycznych, zwłaszcza przewlekłych. Ból, znaczące ograniczenia funkcjonowania, kłopoty z oddychaniem, nietrzymanie moczu oraz inne dysfunkcje somatyczne wywołujące dyskomfort, odbierają śmiech i przeszkadzają w dostrzeganiu zabawnych stron życia.

Należy jednak podkreślić, że jeszcze bardziej dotkliwe mogą być zaburzenia psychiczne. Wielu pacjentów, przynajmniej w pierwszej fazie choroby psychicznej, cierpi w zupełnym osamotnieniu. Na samym początku, kiedy nikt tak naprawdę jeszcze nie zdaje sobie sprawy, czym są zauważalne zmiany w zachowaniu chorego – tej osobie wcale nie jest do śmiechu. W tym okresie dominują lęk, obawy, niepokój, smutek, przygnębienie. Dobry humor jawi się jako coś, co nieodwołalnie odeszło w przeszłość i już nigdy nie powróci. Ta utrata stanowi dla podopiecznego kolejne obciążenie wywołane

chorobą. A skoro tak, to profesjonalnie pomagający powinien zmierzyć się z tym problemem.

Przed wszystkim warto posiadać przynajmniej podstawową orientację co do tego, w jaki sposób poszczególne dysfunkcje zdrowia psychicznego odbijają się na obszarze funkcjonowania, który nazywamy humorem.

nie wszystko, co rozśmiesza i wprawia w pogodny nastrój osobę zdrową psychicznie będzie tak samo odbierane przez pacjenta.

☆ DEPRESJA

Paradoksalnie, właśnie w dzisiejszym nowoczesnym, wysoce rozwiniętym, pełnym tyłu możliwości i rozmaitych atrakcji świecie – coraz powszechniejszym problemem staje się depresja. Należy do najbardziej wyczerpujących i najbardziej destrukcyjnych zaburzeń psychicznych. Niesie ze sobą również ogromne koszty społeczne. Pacjent z depresją nie jest w stanie wypełniać swojej roli w rodzinie, społeczeństwie, miejscu pracy. Nie potrafi zadbać nawet o siebie samego. Terapia jest trudna ze względu na nikłą motywację pacjenta do współpracy z profesjonalnie pomagającym. I nie jest to dobrowolny wybór chorego, lecz właśnie symptom choroby, „paraliż” woli pokonanej przez wewnętrzną ciemność, poczucie bezradności i braku nadziei.

Wysokie jest ryzyko samobójstwa. Niektórych pacjentów udaje się uratować, zwłaszcza tych, dla których próba samobójcza jest ekstremalną postacią wołania o pomoc. Inni chorzy na depresję odbierają sobie życie pozostawiając po sobie pustkę oraz rodzinę z wyrzutami sumienia i dotkliwym poczuciem utraty.

Depresja sprawia, że nawet u osób kiedyś radosnych i pogodnych, zasoby humoru kurczą się i znikają w błyskawicznym tempie. Pacjentom z diagnozą depresji brakuje sił do prowadzenia najprostszej konstruktywnej interakcji z otoczeniem, a co dopiero do promieniowania optymizmem i poczuciem humoru.

Malejąca zdolność do pozytywnego reagowania na dobry humor i wesołość jest zaliczana do predyktorów depresji – zwykle zapowiada tę chorobę. Ale i odwrotnie – rosnąca stopniowo u pacjenta z depresją zdolność do rozpoznawania humoru wskazuje, że zastosowano skuteczną strategię terapeutyczną i że depresja zaczyna się cofać.

Depresja idzie w parze z **anhedonią**, czyli radykalnie zmniejszoną zdolnością do odczuwania pozytywnych uczuć, zwłaszcza radości. Przygnębieniu i smutkowi towarzyszą deficyty psychiczne i socjalne. Osoby dotknięte depresją są jakby poza płaszczyzną, na której mogą spotykać się ze sobą nawet osoby obce, to znaczy poza płaszczyzną śmiechu i rozbawienia.

Podopieczni z depresją o wiele rzadziej używają też humoru jako strategii radzenia sobie z doświadczanymi trudnościami. Jeżeli humor pojawia się u tych osób, to często ma on nieprzyjemną, a nawet agresywną formę. Życzliwy dobry humor w odniesieniu do własnej osoby sprzyja budującej interakcji międzyludzkiej i może być formą samowzmocnienia (np. żartuję z siebie samego, a ponieważ robię to bez goryczy i zaciętości, to stopniowo zaczynam widzieć swoją sytuację w jaśniejszych kolorach i odzyskiwać siły). Należy więc zwracać uwagę na to, czy nacechowane humorem (i zwykle ironią) wypowiedzi podopiecznych z depresją niosą prozdrowotny potencjał, czy też przeciwnie – są kolejnym przejawem pograżania się w chorobie. Humor dysfunkcyjnego, dewaluującego własną osobę nie wolno wspierać. Natomiast humor prawidłowy to swego rodzaju „lek” na depresję. Warto regularnie sprawdzać, czy pacjent nie zaczyna powoli akceptować humoru i dostrzegać zabawnych sytuacji – to wskazywałoby, że coraz lepiej radzi sobie z depresją.

W przeciwieństwie do chorych cierpiących na inne zaburzenia psychiczne pacjenci z depresją potrafią rozpoznać żart, dowcip oraz inne formy wesołości i humoru. Rozumieją, że inni ludzie mogą się z tego śmiać. Jednak dla nich samych te słowa i sytuacje są znacznie mniej zabawne. Naukowcy twierdzą, że osoby z depresją kliniczną wykazują deficyty poznawcze przy **przetwarzaniu** żartów. Niektóre treści

humorystyczne pacjenci odbierają jako bynajmniej nie radosne. Niekiedy nie podejmują nawet bardzo wyraźnej oferty żartu. Oczywiście zawsze należy mieć profesjonalną nadzieję, że końcu moje impulsy dobrego humoru zostaną odebrane przez podopiecznego jako coś, co poprawia nastrój.

Stale przygnębiony senior z własnej inicjatywy zapisał się do *Grupy Dobrego Humor*. Te zajęcia są stałym punktem programu Klubu Seniora, jednakże są całkowicie dobrowolne. Moderator grupy (z zawodu psycholog) zauważył, iż obniżenie nastroju u tego seniora to główny powód tego, że podczas spotkań grupy senior tak niechętnie włączał się w interakcję – również wtedy, gdy moderator osobiście go motywował i zachęcał. Mimo to prowadzący nie rezygnował.

Minęło kilkanaście tygodni. Któregoś dnia senior przyszedł do moderatora ze słowami podziękowania. Zwierzył się, że przez lata odczuwał zazdrość w stosunku do pewnego człowieka. Porównując się stale z jego sukcesami, czuł się coraz bardziej przygnębiony, zniechęcony i rozczarowany własnym życiem. Dopiero zajęcia w *Grupie Dobrego Humor*, a szczególnie ostatnie spotkanie uświadomiły mu, jak niemądrze się zachowywał, ile zabawnych i przyjemnych rzeczy każdy może przeżyć na co dzień. „Nauczyłem się śmiać, także z siebie samego, i to mnie oczyściło i uwolniło.”

☆ SCHIZOFRENIA

U pacjentów ze schizofrenią posługiwanie się humorem jest utrudnione, a nawet wręcz niemożliwe w wyniku zaburzeń myślenia. Chorzy na schizofrenię nie są w stanie zrozumieć metafor, przenośni, aluzji. A tymczasem żarty, dowcipy często opierają się właśnie na takich figurach retorycznych. Osoba ze schizofrenią nie jest w stanie zrozumieć żartu.

Nie jesteśmy jednak bez szans. Bowiem schizofrenia nie zamyka całkowicie na humor. Podopieczny potrafi się cieszyć z nonsensu i humorystycznego ślapsticku. O ile oczywiście w aktualnej fazie psy-

chozy nie pojawiły się epizody depresji, bo wtedy rozweselenie chorego jest trudniejsze, a czasem wręcz niemożliwe.

Wyraz twarzy osoby cierpiącej na schizofrenię może być problematyczny dla profesjonalnie pomagającego, który posługując się humorem oczekuje potwierdzenia, czy i w jakim stopniu impuls rzeczywistości dotarł do adresata. U osoby ze schizofrenią występuje często zasadnicza rozbieżność między wyrazem twarzy a przeżywanymi emocjami. Na przykład twarz wydaje się nieruchoma, jakby maskowata, choć tak naprawdę chorey przeżywa emocje równie żywo i mocno jak ludzie zdrowi.

Typowe dla osób cierpiących na schizofrenię są również zachowania nieadekwatne do sytuacji – na przykład rozbawienie w sytuacjach wcale nie zabawnych.

Zagadnienie „schizofrenia a humor” jest bardzo rozległe, a przy tym jeszcze niewystarczająco opracowane naukowo. Akurat z tym zaburzeniem psychicznym, diagnozowanym u tak dużej liczby pacjentów, wiąże się cała gama trudnych objawów. Wymagają one wzięcia pod uwagę przy poruszaniu szeroko rozumianej tematyki humoru. Wiadomo na pewno, że osoby ze schizofrenią:

- mogą mieć problemy ze zrozumieniem żartów,
- mogą mieć problemy z ekspresją emocji,
- ale doceniają humor i zabawne sytuacje prawie tak samo jak osoby zdrowe psychicznie.

Profesjonalnie pomagający musi rozróżnić, czy w jakimś momencie rzeczywistości udało się wprowadzić elementy humorystyczne do interakcji z podopiecznym, czy też zachowanie i wypowiedzi podopiecznego mają związek z psychozą. Zaburzenia myślenia formalnego utrudniają pacjentom zrozumienie żartów, ale też zdarza się, że to podopieczny może zostać źle zrozumiany przez osoby zdrowe.

Przykład:

Pacjent został zapytany przez pielęgniarkę:
– *A skąd się pan tutaj wziął?*

Odpowiedź pacjenta: – *Wszedłem przez drzwi.*

To nie jest celowa humorystyczna odpowiedź! Pacjenci ze schizofrenią często mają trudności odpowiadania na pytania dla nich zbyt abstrakcyjne. Gdyby pielęgniarka uznała odpowiedź podopiecznego za dowcipną ripostę i zaczął się śmiać, to taka reakcja uraziłaby chorego, który poczułby się niepoważnie potraktowany. Relacja zostałaby poważnie zakłócona.

Charakterystyczny dla osób uzależnionych jest tzw. „wisielczy humor”, który bardzo trudno wykorzystać terapeutycznie.

☆ ZABURZENIA LĘKOWE

Wesołość i lęk są sprzecznymi uczuciami. Osoba cierpiąca na zaburzenia lękowe raczej sama z siebie nie szuka rozweselenia. Jeżeli jednak profesjonalnie pomagający umiejętnie wprowadza jakieś zabawne elementy komunikacyjne, to pacjent z reguły reaguje pozytywnie. Tego typu impulsy pomagają zmniejszyć lęk. Jednakże poprawa nastroju jest krótkotrwała. Pomimo ograniczonej czasowo efektywności specjaliści polecają interwencję na bazie terapeutycznego zastosowania humoru. Takie bodźce nie tylko tworzą pozytywną atmosferę, ale też przynajmniej na jakiś czas absorbują uwagę pacjenta i odwracają jego myśli od lęku.

Należy pamiętać, że humorystyczne treści muszą być dopasowane do odbiorcy, który cierpi na zaburzenia psychiczne. Nie wszystko co rozbawia i wprawia w pogodny nastrój osobę zdrową psychicznie będzie tak

samo odbierane przez pacjenta. **Na przykład:** Osobom z zaburzeniami lękowymi zaoferowano wesołe komiksy. Ich treść była postrzegana jako zabawna i rzeczywistości zmniejszyła lęk. Jednak takie efekty nie zachodziły, jeśli pacjent odnajdował w przedstawionych komiksowych fabułach analogie do własnego losu (np. identyfikował się z postacią, której coś się nie udało, która była za mało sprytna, nie

W demencji zadziwiająco długo pozostaje zachowana zdolność do emocjonalnego reagowania na wszystko, co komiczne.

potrafiła sobie poradzić w jakichś okolicznościach, zachowywała się jak fajtlapa itd.).

Trzeba też podkreślić, że w przypadku tych podopiecznych niektóre żarty mogą również wywoływać obawy – na przykład obawy przed wyśmianiem. Prowadzi to do następującego wniosku: Jeżeli decydujemy się na robienie żartów, to powinny to być zawsze tylko takie żarty, dzięki którym podopieczny śmieje się razem z nami. Żarty nigdy nie powinny też dotyczyć zagadnień, które podopieczny może potraktować jako pożywkę dla lęku. Natomiast można pomóc pacjentowi poprzez zastosowanie komicznej perspektywy. **Na przykład:** Pacjentowi z arachnofobią terapeuta pokazuje komiksowy rysunek pająka ubranego w suknię baletnicy. Tak zaserwowany humor niesie podobny potencjał terapeutyczny jak klasyczna technika psychoterapeutyczna, a mianowicie systematyczna desensytyzacja.

Humor może więc być stosowany terapeutycznie w pracy z podopiecznym cierpiącym na zaburzenia lękowe. Jednakże należy znać reguły uwzględniające specyfikę tej jednostki chorobowej oraz mieć świadomość granic, których nie wolno naruszać.

☆ UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU

Przy długotrwałym uzależnieniu od alkoholu grożą deficyty całościowego funkcjonowania. Dotyczy to również poznawczego i emocjonalnego odbierania i rozumienia materiału humorystycznego. Konsumowany przez wiele lat w nadmiarze alkohol uszkadza mózg w sposób nieodwracalny, dlatego nawet niepijący alkoholik może mieć problemy ze zrozumieniem humoru i żartów.

U osób uzależnionych występuje często tendencja do przerysowanego, karykaturalnego, złośliwego humoru, niestosownego do sytuacji i naruszającego interakcję komunikacyjną. Indywidualny styl praktykowanego przez tych pacjentów humoru nie daje się wykorzystać prozdrowotnie, ponieważ cechuje się akcentowaniem poczucia niskiej wartości i agre-

sywnością. Wydaje się, że przyczyną tej postawy jest niechęć, a nawet obawa uzależnionego przed wzięciem osobistej odpowiedzialności za nałóg i jego konsekwencje. Uzależniony tak naprawdę wie, że choroby alkoholowej można było uniknąć. Ponieważ jednak już głęboko wszedł w uzależnienie, najlepszą strategią wydaje mu się agresja lub deprecjonowanie własnej osoby. Uzależnieni wmawiają sobie ponadto, że skoro przetrwali jakoś dotąd, to i dalej sobie poradzą. Tej postawie może towarzyszyć tzw. „wisielczy humor”, który bardzo trudno wykorzystać terapeutycznie.

Humor zachęca do podejmowania działania, w którym nie trzeba obawiać się błędów.

☆ AUTYZM

Z interesującej nas perspektywy należy przede wszystkim zaznaczyć, że pacjenci z autyzmem mają poważne problemy z mentalizacją. To oznacza na przykład,

że nie rozumieją żartów i nie potrafią ich docenić, o ile ten humor wymaga mentalizacji.

Natomiast jak najbardziej skorzystają z innych form humoru. Na przykład satyryczne rysunki, humor zwizualizowany, wywołują u osób z autyzmem takie samo rozbawienie jak u innych ludzi.

☆ OTĘPIENIE

U pacjentów z otępieniem występują deficyty poznawcze, które uniemożliwiają zrozumienie ironii lub skomplikowanych żartów. Z drugiej zaś strony w demencji zadziwiająco długo pozostaje zachowana zdolność do emocjonalnego reagowania na wszystko, co komiczne. Cieszące się niesłabnącą popularnością występy „kłaunów” w szpitalach i placówkach opieki całodobowej są zawsze sukcesem właśnie w podmiotach zajmujących się mieszkańcami i pacjentami gerontopsychiatrycznymi. Ci podopieczni wciąż potrafią wychwytywać elementy humoru, nawet jeśli nie są już w stanie wyjaśnić, co ich tak rozśmieszyło. To między innymi sprawia, że wiele trudnych sytuacji, na jakie napotyka się w opiece i pielęgnacji osób z chorobą Alzheimera i innymi zespołami otępiennymi udaje się rozładować właśnie zastosowaniem humoru.

Z przymrużeniem oka – jak we własnym gronie żartują profesjonalnie pomagający:

„Witamy w psychiatrycznym telefonie zaufania!

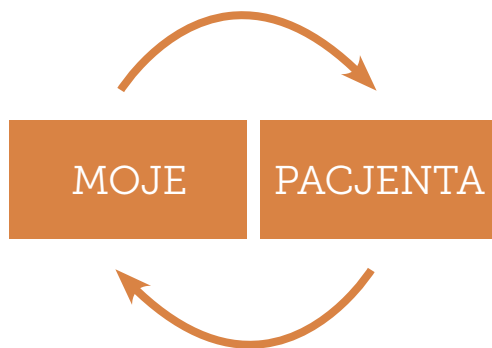
- Jeśli masz zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, przez cały czas wybieraj 1.
- Jeśli jesteś współzależny, poproś kogoś, kto naciśnie dla ciebie 2.
- Jeśli masz osobowość wieloraką, wybierz 3, 4, 5 i 6.
- Jeśli masz paranoję, to wiedz, że my wiemy, kim jesteś i czego chcesz. Pozostań na linii, dopóki nie prześledzimy na łączach, gdzie się właśnie znajdujesz.
- Jeśli masz schizofrenię, to słuchaj uważnie. Za chwilę miękkie i łagodne głosy podadzą Ci numer, który musisz wybrać.
- Jeśli masz amnezję, wybierz 8. Jeśli masz amnezję, wybierz 8. Jeśli masz amnezję, wybierz 8. Jeśli masz amnezję...
- Jeśli masz depresję, wybierz, co chcesz. I tak nikt Cię nie będzie słuchał.

[na podstawie: Wild B. (2011), *Humor in der Psychiatrie* „Persönlichkeitsstörungen“ 3, s. 161]

Praktyka korzystania z humoru

Zarówno terapia, jak i opieka otwierają liczne szanse na poprawę stanu zdrowia pacjenta psychiatrycznego właśnie poprzez używanie humoru. Oczywiście należy tu koniecznie uwzględnić specyfikę danej dysfunkcji psychicznej. Jak może to wyglądać?

POCZUCIE HUMORU



★ Aby poprawnie operować humorem jako czynnikiem oddziaływania na osobę z problemami zdrowia psychicznego, należy naprawdę dobrze orientować się we własnym poczuciu humoru i rozumieniu żartów. A to wcale nie jest takie oczywiste, jak mogłoby się wydawać. Na co dzień reagujemy w tym zakresie spontanicznie. Po prostu coś mnie rozśmieszyło, jakiś dowcip uznałem za

tak śmieszny, że postanowiłem go dalej opowiedzieć, zatrzymałem się na jakimś kanale telewizyjnym, gdyż doceniłem film pełen absurdu angielskiego humoru itd. Natomiast humor jako narzędzie terapeutyczne to zupełnie inny wymiar. Będę nim operować celowo i planowo. Powinienem się również orientować, co rzeczywiście przemówi do mojego partnera komunikacyjnego z zaburzeniami psychicznymi i do jego poczucia humoru. Moje kompetencje w zakresie terapeutycznego posługiwania się humorem muszą być adekwatne do upodobań pacjenta. Nie w każdym przypadku uda się to od razu. Ale nie poddawajmy się.

W wielu przypadkach można po prostu porozmawiać na te tematy z podopiecznym. Zwykle jest to konwersacja dla niego atrakcyjna, gdyż nie dotyczy choroby. W oszacowaniu, jaki rodzaj humoru będzie odpowiadał pacjentowi, pomogą jego odpowiedzi na następujące pytania:

- Jakie jest twoje ulubione medium humoru? (np. kabaret, komiks i rysunki, filmy, opowiadanie kawałów, anegdota itd.)?
- Jakie było znaczenie humoru w rodzinie, w której dorastałeś?
- Kiedy śmiałeś się ostatnio?
- Z czego się śmiałeś? Co cię rozweseliło?
- A co dzisiaj sprawiłoby cię w dobry humor?

★ W rozmowie lub poprzez odgrywanie ról pacjent wypracowuje zmianę perspektywy. Jest to cenne zwłaszcza w odniesieniu do tego, czego chory się lęka, co uznaje za niebezpieczne. Profesjonalnie pomagający wprowadza do dialogu treści humorystyczne. One relatywizują dostrzegane przez podopiecznego zagrożenie. Wskazują, że jak najbardziej dopuszczalne jest pośmianie się z tego, co dotychczas budziło wyłącznie negatywne myśli i emocje.

★ Grupa humorystyczna oferuje inny rodzaj uczenia się od siebie nawzajem. W swobodnej atmosferze odtwarzamy na przykład żenujące czy kłopotliwe sytuacje – ale właśnie nie na poważnie, lecz z żartobliwym dystansem. Razem poszukujemy rozwiązania, tyle że nadal z uśmiechem, eliminując szkodliwy stres. Na etapie przygotowywania nowych rozwiązań można po prostu świadomie ignorować przynajmniej niektóre objawy choroby. Świadome ignorowanie jest o wiele efektywniejszym sposobem stopniowego powrotu do rzeczywistości, niż zaprzeczanie jej, a tym bardziej zastępowanie przez iluzje, urojenia, halucynacje. Właśnie dlatego, że pacjent bierze udział w „niepoważnej” terapii, odważa się na swobodniejsze potraktowanie objawów. Ważne jest, aby pamiętać, że nie chcemy robić z pacjentów klaunów, lecz zmniejszyć przeżywane przez nich napięcie i w bezpieczny sposób zrelatywizować trudności, z którymi się borykają.

★ Humor może być postrzegany jako sposób zwiększania autonomii pacjenta. Jest to szczególnie istotny cel w przypadku podopiecznych z wyuczoną bezradnością, którzy „przyklejają się” na profesjonalnie pomagającym. Te osoby oswoiły się już ze statusem pacjenta psychiatrycznego. Czerpią wymierne korzyści z zależności od innych, która między innymi uwalnia od wielu codziennych obowiązków i ponoszenia odpowiedzialności za siebie samego. Odgrywanie ról z humorystycznymi treściami, wychodzenie poza obowiązujące konwenanse, pozwalanie sobie na konwersację swobodniejszą, niż w oficjalnych relacjach pomiędzy profesjonalnie pomagającym a pacjentem – zmienia i ujawnia cenne zasoby posiadane przez podopiecznego oraz umożliwia eksperymentowanie. Humor ożywia

utartą i skostniałą interakcję. Zachęca do podejmowania prób działania, w którym nie trzeba obawiać się błędów. Humor chroni przed fałszywym założeniem, że zdrowie psychiczne to synonim idealnego stanu i perfekcyjnego zarządzania własną osobą i własnym życiem. Humor jako czasowo praktykowana komunikacja i interakcja sprawia, że pacjent może sobie pozwolić na więcej. Ale również terapeuta, pielęgniarka psychiatryczna, opiekun medyczny, pracownik socjalny dzięki humorowi otrzymuje możliwość zdecydowanego korygowania podopiecznego bez stwarzania wrażenia, że prowadzi z nim spór, forsuje jakieś rozwiązania itd.

★ Terapeutyczny humor znaczy więcej i jest czymś innym, niż tylko bycie zabawnym. Humor, śmiech i radość są źródłem siły. Posiadają istotny potencjał regulacyjny – pacjent nabiera dystansu do swoich problemów. Z kolei terapeuta / opiekun w naturalny sposób przybliża się do podopiecznego. Humor sprawia, że objawy choroby nie muszą być priorytetowym wątkiem wszystkich spotkań. Dzięki humorowi nie pomija się ich, lecz przepracowuje w inny sposób, z możliwie maksymalnym zaoszczędzeniem podopiecznemu stresu.

ciąg dalszy nastąpi

Literatura:

- Amberger S., Roll S. (2010), *Psychiatriepflege und Psychotherapie*, Stuttgart: Thieme.
- Gilmore D. (2007), *Der Clown in uns. Humor und die Kraft des Lachens*, München: Kösel.
- Gutmann J. (2016), *Humor in der psychiatrischen Pflege*, Göttingen: Hogrefe.
- Richman J. (1995), *The lifesaving function of humor with the depressed and suicidal elderly*. "Gerontologist" 35 (2): 271–273.
- Titze M., Lambrecht L. (2014), *Heilsamer Humor, Ein Arbeits-, Spiel und Lesebuch*, Tuttingen: HCD-Verlag.
- Kaluza G. (2004), *Stressbewältigungstraining. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*, Heidelberg: Springer – Medizin Verlag.
- Korp H. A., Müller C., Titze M. (2012), *Mit Humor arbeiten*, Tuttingen: HCD-Verlag.
- Wild B. (red.) (2012), *Humor in Psychiatrie und Psychotherapie. Neurobiologie – Methoden – Praxis*, Stuttgart: Schattauer-Verlag.

SNOEZELLEN

SALA DOŚWIADCZANIA ŚWIATA



MIĘDZYNARODOWE STOWARZYSZENIE SNOEZELLEN – ŚRODOWISKA POLISENSORYCZNE

ISNA-MSE ODDZIAŁ POLSKA

- Chcesz zdobyć podstawowe informacje o metodzie Snoezelen albo poszerzyć swoją wiedzę na ten temat?
- Szukasz obiektywnej odpowiedzi na pytanie: „Czy założenie Sali Doświadczania Świata jest sensowne w przypadku naszych podopiecznych?”
- Posiadasz pomieszczenie Snoezelen, ale wymaga ono doposażenia?
- Napotykasz na trudności w prowadzeniu zajęć w Sali Doświadczania Świata – i nie wiesz, jak sobie z nimi poradzić?
- Planujesz zakup wyposażenia Snoezelen i potrzebujesz pomocy, by obiektywnie ocenić oferty składane przez dystrybutorów sprzętu?
- Chcesz lepiej wykorzystać potencjał Sali Doświadczania Świata?
- Szukasz koleżanek i kolegów do wymiany doświadczeń o metodzie Snoezelen?
- Prowadzisz projekt badawczy z tematyki Snoezelen i chcesz go nagłośnić w środowisku profesjonalnie pomagających?
- Odnosisz sukcesy w Sali Doświadczania Świata i chcesz o nich poinformować szerokie grono osób zainteresowanych tą metodą?

Możemy Ci pomóc! Jesteśmy do Twojej dyspozycji.

Prowadzimy jedyne w Polsce certyfikowane szkolenia z ramienia ISNA-MSE.

Oferujemy również wyjazdowe szkolenia w Twojej placówce potwierdzone zaświadczeniem ISNA-MSE.

Można się z nami skonsultować i skorzystać z fachowego poradnictwa w każdej sprawie dotyczącej metody Snoezelen – Sali Doświadczania Świata.

Kontakt mailowy: sekretariat@isna-mse.org.pl

Kontakt telefoniczny: **728 776 241**

www.isna-mse.org.pl

Żądaj oryginału! Nie zadowolaj się podróbkami

ZESZYTY DLA
PROFESJONALNIE
POMAGAJĄCYCH

Marzec
2020

na temat

**Profesjonalnie
pomagający
troszczy się
o siebie**

Zawodowe pomaganie innym ludziom wiąże się z wieloma obciążeniami. Dlatego w tych profesjach coraz większego znaczenia nabiera umiejętne regenerowanie sił. Troszczenie się specjalisty o siebie samego powinno mieć charakter systemowy, to znaczy zawierać zarówno odpowiednie reakcje, jak i skuteczną profilaktykę. Styl pracy profesjonalnie pomagającego ma chronić przed wysiłkiem ponad siły i zabezpieczać przed niszczącym stresem. W tym kontekście znaczenie mają także aspekty, które może w pierwszej chwili nie kojarzą się z troską o siebie. Należą do nich na przykład: wygląd i wyposażenie gabinetu, jakość interakcji w środowisku profesjonalnie pomagających, kultura funkcjonowania placówki, a także optymalne wykorzystywanie czasu wolnego. Dobrze zatroszczyć się o innego człowieka zdoła tylko ten, kto umie zadbać o siebie samego. Opracowanie zawiera liczne praktyczne wskazówki i porady, których stosowanie bardzo szybko przynosi zauważalne efekty. Te rozwiązania, stosowane na co dzień, łatwo staną się prozdrowotną rutyną.

ZESZYTY DLA
PROFESJONALNIE
POMAGAJĄCYCH

Czerwiec
2020

na temat

**Przeżycia
traumatyczne
u dzieci
i dorosłych**

Nasi podopieczni w różnym wieku mogą być ofiarami traumatycznych doświadczeń, które rozegrały się w odległej przeszłości albo całkiem niedawno. Tych problemów nie wolno pozostawić bez profesjonalnej odpowiedzi. Może mieć ona różną formę – od poradnictwa i grup wsparcia, poprzez oddziaływanie pedagogiczne i andragogiczne, aż po psychoterapię. Optymalne będzie takie działanie, które nie tylko naprawia zaistniałe szkody, ale również wzmacnia podopiecznego, zwiększa jego odporność na obciążenia i wytwarza kompetencje przydatne w razie powtórzenia się podobnych traumatyzujących doświadczeń. Rozumienie skutków traumatyzacji dziecka, a także osoby dorosłej zostało w ostatnich latach znacząco pogłębione. Równie dynamicznie rozwijają się strategie pedagogiczne i terapeutyczne. W numerze omawiamy przede wszystkim te aktualne modyfikacje i uzupełnienia profesjonalnej pomocy dla ofiar doświadczeń traumatycznych. Wspólnym mianownikiem tych działań jest znaczne zwiększenie efektywności.

ZESZYTY DLA
PROFESJONALNIE
POMAGAJĄCYCH

Wrzesień
2020

na temat

**Dom
dla seniora
z demencją**

Opieka nad seniorem z demencją to zadanie trwające przez całą dobę. Zachowania tego podopiecznego są problematyczne i uciążliwe, często nieprzewidywalne. Pensum pracy i zmęczenie opiekunów można zredukować m. in. odpowiednim przygotowaniem przestrzeni mieszkalnej seniora. Adekwatna strukturyzacja i adaptacja pomieszczeń zapewnia seniorowi bezpieczeństwo, odpowiada na jego szczególne potrzeby, a opiekunowi ułatwia pracę. Przekazane w numerze wskazówki i zalecenia dotyczą zarówno prywatnych mieszkań, jak i placówek opiekuńczo-mieszkalnych, choć ta druga płaszczyzna została uwzględniona obszerniej. Wszystkie przedstawione pomysły zostały już sprawdzone w praktyce. Wskazujemy również, jak analizować aktualną przestrzeń mieszkalną seniora, aby wyciągnąć wnioski potrzebne do przeprowadzenia niezbędnych zmian. Prawidłowa aranżacja przestrzeni to także sposób na przygotowanie się do progresji choroby, podniesienie jakości życia seniora oraz realizowanie postulatów profesjonalnej i etycznej opieki.

ZESZYTY DLA
PROFESJONALNIE
POMAGAJĄCYCH

Grudzień
2020

na temat

**Rodzina
z dzieckiem
niepełno-
sprawnym**

Rodzice, dziecko niepełnosprawne i pełnosprawne rodzeństwo to specyficzny system, w którym istnieją specyficzne procesy i relacje. To wymaga od profesjonalnie pomagającego rozległych kompetencji. Zajmuje się on rodziną jako całością, ale równoległe uwzględnia interesy poszczególnych domowników – i dzieci, i dorosłych. Trzeba umiejętnie wybierać cele, unikać skrajności, a przede wszystkim zachować obiektywne podejście, i uczyć takiego nastawienia dorosłych członków rodziny. W numerze prezentujemy perspektywę dorosłych klientów i ich dzieci. Ale też nakreśliłyśmy punkt widzenia profesjonalnie pomagających, jako że to właśnie specjaliści potrafią zidentyfikować i rozwiązać problemy, z którymi klienci sami sobie nie poradzą. Do innych aspektów podejmowanych w numerze należą: uwzględnianie potrzeb pełnosprawnego rodzeństwa, poznawcze i emocjonalne przepracowanie barier wyznaczonych przez niepełnosprawność, radzenie sobie z wyzwaniem dnia powszedniego, kształtowanie bezpiecznej przyszłości dziecka niepełnosprawnego i całej rodziny.