

DORADCA

W POMOCY SPOŁECZNEJ

ISSN 2392-196X 4655102 CZERWIEC 2023 (102)

CZASOPISMO DOSTĘPNE W PRENUMERACIE

■ **temat numeru**

Koniec ważności orzeczeń o niepełnosprawności na podstawie ustawy „covidowej”



ZDANIEM PSYCHOLOGA

O fizjologii lęku – jak sobie pomóc?

Z PRAKTYKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

Opracowywanie strategicznych programów
rozwiązywania problemów społecznych

ZDANIEM PSYCHOLOGA

O błędach podczas przesłuchań
sprawców i świadków przestępstw

Poczucie utraty sensu i kryzys psychiczny



Ryszard Spychalski

Interwent kryzysowy, psychoterapeuta,
terapeuta par, terapeuta rodzin



Magdalena Piechocka-Ławnik

Coach, trener mentalny, terapeuta



Ewelina Rozentel

Psychoterapeuta

Niepokój, lęk, bezsenność



Anna Hołubowska

Psychoterapeuta



Paulina Kubś

Psycholog, seksuolog, terapeuta par,
psychoterapeuta w trakcie certyfikacji



Wioletta Bujak

Psychoterapeuta

Zaburzenia emocjonalne



Katarzyna Och-Augustyniak

Psycholog, terapeuta uzależnień



Marta Kotas

Psychoterapeuta w trakcie certyfikacji,
psychotraumatolog



Natalia Olek

Psycholog, interwent kryzysowy,
psychotraumatolog

Praca z dziećmi i młodzieżą



Eliza Urbaniak

Psychoterapeuta w trakcie certyfikacji,
pedagog, terapeuta pedagogiczny,



Maria Miśkiewicz

Psycholog, psychoterapeuta,
terapeuta dzieci i młodzieży



Małgorzata Witkowska

Psychoterapeuta w trakcie certyfikacji,
terapeuta dzieci i młodzieży, terapeuta TUS

Szanowni Państwo!

Po ponad trzech latach wychodzimy powoli z pandemii i rozwiązań prawnych związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Wyrazem tego jest choćby uchylenie art. 15h ustawy „covidowej”. W aktualnym numerze piszemy o prawnych skutkach uchylenia tego przepisanej zmiany w kontekście świadczeń z pomocy społecznej i świadczeń rodzinnych przyznanych na podstawie przedłużonych z powodu pandemii orzeczeń o niepełnosprawności i orzeczeń o stopniu niepełnosprawności.

À propos orzeczeń – Sejm pod koniec maja uchwalił ustawę o świadczeniu wspierającym, którego celem jest udzielenie osobom niepełnosprawnym mającym potrzebę wsparcia pomocy służącej częściowemu pokryciu wydatków związanych z zaspokojeniem szczególnych potrzeb życiowych. W pierwszym odruchu, gdy uważnie studiowałam treść zaproponowanych przepisów, odetchnęłam z ulgą, bo przyznawanie prawa do tych świadczeń będzie zadaniem ZUS, więc nie obciąży „moich” OPS-ów i CUS-ów... Ale potem jednak zaczęłam analizować przepisy, którymi ustawa o świadczeniu wspierającym zmienia inne ustawy, no i tradycyjnemu już „odkryłam”, że nas też czeka hm... mała rewolucja. Zaczyna się ona od decyzji ustalających poziom potrzeby wsparcia – czyli nowych orzeczeń wydawanych przez wojewódzkie orzecznictwo o niepełnosprawności, określających w punktach potrzebę wsparcia, a w następstwie tego wysokość świadczenia wspierającego. Na tym jednak nie koniec – bo potem zaczynają się zmiany do ustawy o świadczeniach rodzinnych, a jest ich sporo. Znika SZO, a świadczenie pielęgnacyjne przysługiwać będzie wyłącznie osobie sprawującej opiekę nad niepełnosprawnym dzieckiem

do ukończenia 18. roku życia. I to wszystko planuje się wprowadzić od 1 stycznia 2024 r. A co z nabytymi już prawami? Osoby pobierające świadczenia zasadniczo zachowają swoje uprawnienia, chyba, że osoba wymagająca opieki złoży wniosek o przyznanie świadczenia wspierającego. Na ostateczny kształt ustawy przyjdzie nam jeszcze trochę poczekać (aktualnie zajmuje się nią Senat), ale już mogę obiecać, że niezwłocznie po zakończeniu prac legislacyjnych szczegółowo opiszemy na łamach naszego miesięcznika konsekwencje wprowadzonych rozwiązań.

No i jeszcze jedna zmiana, która przydarzyła się w ostatnim czasie, a którą można było przegapić, bo wprowadzona została ustawa z dnia 14 kwietnia 2023 r. o zmianie nazw uczelni służb państwowych nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, o zmianie ustawy o Policji, ustawy o Straży Granicznej, ustawy o Państwowej Straży Pożarnej oraz niektórych innych ustaw – legalny pobyt obywateli Ukrainy o statusie UKR został przedłużony do 4 marca 2024 r. (z możliwością przedłużenia w niektórych przypadkach do 30 września 2024 r.).

Niebawem zaczynają się wakacje, więc – jeśli tylko Państwo możecie – złapcie odrobinę dystansu, zadbajcie o higienę psychiczną, pozwólcie sobie na odrobinę urlopowego luzu, aby potem sprostać czekającym nas wyzwaniom.

Serdecznie pozdrawiam

└ **SYLWIA JUŻWIĄK** ┘
redaktor merytoryczna

WYDAWCA I REDAKCJA

Forum Media Polska Sp. z o.o.,
ul. Polska 13,
60-595 Poznań;
Wydział VIII Gospodarczy KRS Poznań,
wysokość kapitału zakładowego:
300 000 zł
NIP 781-15-51-223;
KRS nr 0000037307
Sąd Rejonowy Nowe Miasto
i Wilda w Poznaniu

PREZES ZARZĄDU

Magdalena Balanicka

CZŁONEK ZARZĄDU

Paulina Hinz-Zurowska

CZŁONEK ZARZĄDU

Radosław Lewandowski

DYREKTOR WYDAWNICZA I ROZWOJU

Edyta Żmuda

REDAKTOR NACZELNY

Agnieszka Gruszczyńska

REDAKTOR MERYTORYCZNY

Sylwia Jużwiak

REDAKTOR TECHNICZNY

Piotr Korytowski

NADZÓR GRAFICZNY

Maria Podemska

OBSŁUGA KLIENTA

I PRENUMERATA

tel. 61 66 55 800,

e-mail: bok@forum-media.pl

KOREKTA

Anna Inger Blocka

SKŁAD I ŁAMANIE

Michał Hojnacki

DRUK

Drukma

NAKŁAD

3500 egz.

SERWISY ZDJĘCIOWE

Adobe Stock

Redakcja nie zwraca nadesłanych materiałów i zastrzega sobie prawo dokonywania formalnych zmian w tekstach artykułów.

Zapraszamy na nasze strony

internetowe:

www.doradcawpomocypolecznej.pl
oraz www.e-media.pl



Spis treści

TEMAT NUMERU

Koniec ważności orzeczeń
o niepełnosprawności i o stopniu
niepełnosprawności przedłużonych
na podstawie art. 15h ustawy
„covidowej” i inne zmiany
w zakresie świadczeń rodzinnych 5

Z PRAKTYKI PRACOWNIKA SOCJALNEGO

Jak unikać błędów przy opracowywaniu
strategicznych programów rozwiązywania
problemów społecznych 8



ZDANIEM PSYCHOLOGA

Psychologiczne formy przesłuchań
sprawców i świadków przestępstw 16

Fizjologia lęku. Samowiedza
i samoświadomość jako przykład
narzędzia terapeutycznego –
niezbędny słownik pojęć 24

Rodzicielstwo poprzez adopcję.
Jak zbudować więź opartą na empatii,
wzajemnym szacunku i zrozumieniu 29

Diagnoza i wsparcie dziecka z FASD 33

**└ SYLWIA JUŻWIAK ┐**

Prawnik, absolwentka Wydziału Prawa
i Administracji Uniwersytetu Szczecińskiego.
Konsultant jednostek sektora finansów publicznych,
w tym ośrodków pomocy społecznej.

Koniec ważności orzeczeń o niepełnosprawności i o stopniu niepełnosprawności przedłużonych na podstawie art. 15h ustawy „covidowej” i inne zmiany w zakresie świadczeń rodzinnych

W dniu 5 maja 2023 r. w Dzienniku Ustaw opublikowana została ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o zmianie ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów oraz niektórych innych ustaw (zwana dalej „ustawą zmieniającą”). I choć tytuł ustawy i jej zakres mogą wydawać się niekoniecznie związane z problematyką pomocy społecznej i świadczeń rodzinnych, to jednak właśnie m.in. do tych zagadnień odnoszą się zmiany innych aktów prawnych wprowadzone tą ustawą.

Koniec ważności orzeczeń o niepełnosprawności i o stopniu niepełnosprawności przedłużonych na podstawie art. 15h ustawy „covidowej”

Wskazana powyżej ustawa zmieniająca w art. 10 przewiduje uchylenie art. 15h ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych. Przypomnijmy, że na podstawie art. 15h przedłużono – z przyczyn związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 – ważność orzeczeń o niepełnosprawności i orzeczeń o stopniu niepełnosprawności do upływu 60. dnia od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, jednak nie dłużej niż do dnia wydania nowego orzeczenia o niepełnosprawności albo orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Na tej podstawie przedłużano okres pobierania zasiłku stałego w pomocy społecznej (z urzędu, bez konieczności przeprowadzenia rodzinnego wywiadu środowiskowego – art. 15h ust. 4 i 5) oraz świadczeń rodzinnych związanych z niepełnosprawnością – w przypadku decyzji „aktywnych” w dniu wejścia przepisów „covidowych”. Nadto przez cały ten okres przyznawano nowe świadczenia na podstawie przedłużonych orzeczeń.

Co oznacza uchylenie tego przepisu? Przede wszystkim to, że poczynając od daty wejścia w życie zapisu wskazanego w art. 10 ustawy zmieniającej, nie ma już podstaw do przedłużenia prawa do świadczeń, jeśli ich pierwotna ważność upływa po tej dacie. Poza tym należy uregulować kwestię dotyczącą osób, które korzystają jeszcze ze świadczeń na podstawie przedłużonych orzeczeń. Co prawda większość beneficjentów zarówno pomocy społecznej, jak i świadczeń rodzinnych dysponuje już nowymi orzeczeniami, więc zarówno dla nich, jak i dla organów nowa regulacja nie będzie niczym skutkowałą. Jednak pewnie w każdym OPS czy CUS znajdzie się osoba czy osoby, które pobierają jeszcze świadczenia na podstawie starych, przedłużonych orzeczeń. Do nich właśnie odnosi się regulacja przewidziana w art. 23, art. 25 i art. 26 omawianej ustawy zmieniającej, wprowadzająca stopniowy, rozłożony w czasie okres utraty ważności poszczególnych orzeczeń, w zależności od tego, kiedy upłynęłyby ich pierwotna ważność.

Wszystkie te przepisy wejdą w życie po upływie 3 miesięcy od daty ogłoszenia, czyli 6 sierpnia 2023 r.

I tak – zgodnie z art. 23 ustawy zmieniającej – orzeczenie o niepełnosprawności albo orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, o którym mowa w art. 15h ustawy „covidowej”, którego okres ważności:

- upłynąłby do dnia 31 grudnia 2020 r. – zachowuje ważność do dnia 31 grudnia 2023 r.,
- upłynąłby w okresie od dnia 1 stycznia 2021 r. do dnia 31 grudnia 2021 r. – zachowuje ważność do dnia 31 marca 2024 r.,
- upłynąłby w okresie od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia poprzedzającego dzień wejścia w życie niniejszego przepisu (czyli do 5 sierpnia 2023 r.) – zachowuje ważność do dnia 30 września 2024 r.,

jednak nie dłużej niż do dnia wydania nowego ostatecznego orzeczenia o niepełnosprawności albo orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

Z kolei zgodnie z art. 25 ustawy zmieniającej, jeżeli decyzja przyznająca świadczenie z pomocy społecznej została wydana w związku z niepełnosprawnością potwierdzoną orzeczeniem i okres, na który została przyznana pomoc, jest uzależniony terminem ważności orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, którego okres ważności uległ przedłużeniu na podstawie art. 15h ustawy „covidowej”, okres wskazany w decyzji ulega przedłużeniu na okres, na jaki zachowuje ważność orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, zgodnie z art. 23, na podstawie decyzji wydanej z urzędu. Zmiana decyzji w tym przypadku nie wymaga przeprowadzenia rodzinnego wywiadu środowiskowego ani jego aktualizacji. Oznacza to konieczność zmiany decyzji w sprawie przedłużenia pobierania zasiłku stałego. Dotychczas w decyzji zmieniającej okres pobierania świadczenia wskazywaliśmy, że będzie ono przysługiwać do 60. dnia po zniesieniu stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego nie dłużej niż do daty wydania nowego ostatecznego orzeczenia. Natomiast po wejściu w życie nowej regulacji decyzję przyznającą prawo do świadczenia zmienimy po raz kolejny w zakresie dotyczącym okresu przyznania świadczenia – odpowiednio do 31 grudnia 2023 r. albo do 31 marca 2024 r., albo do 30 września 2024 r.

Na marginesie pragnę zwrócić uwagę, że wreszcie ustawodawca zadbał o konstrukcję rozwiewającą wątpliwości w zakresie tego, co należy rozumieć przez nowe orzeczenie. Sformułowanie „jednak nie dłużej niż do dnia wydania no-

Poczynając od daty wejścia w życie zapisu wskazanego w art. 10 ustawy zmieniającej, nie ma już podstaw do przedłużenia prawa do świadczeń, jeśli ich pierwotna ważność upływa po tej dacie.

Ustawa zmieniająca przyniosła także zmianę do ustawy o świadczeniach rodzinnych w zakresie świadczeń dla opiekunów osób niepełnosprawnych.

wego ostatecznego orzeczenia” oznacza, że za datę nowego orzeczenia winniśmy brać pod uwagę orzeczenie ostateczne, tj. (zgodnie z art. 16 k.p.a.) takie, od którego nie służy odwołanie w administracyjnym toku instancji – a zatem, jeśli strona odwołała się od orzeczenia powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności, to ostatecznym orzeczeniem będzie orzeczenie wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności.

Odnosnie do świadczeń rodzinnych uzależnionych od niepełnosprawności, przepisy art. 26 ustawy zmieniającej nakazują dokonać zmiany z urzędu decyzji, na mocy których przyznano prawo do uzależnionych od niepełnosprawności świadczeń rodzinnych, świadczeń z funduszu alimentacyjnego, zasiłków dla opiekunów albo świadczeń lub dodatków na pokrycie kosztów utrzymania dziecka lub osoby pełnoletniej w rodzinnej pieczy zastępczej, wydane na podstawie orzeczeń o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności, których okres ważności uległ przedłużeniu na podstawie art. 15h ustawy „covidowej” – w zakresie okresu, na jaki przyznano prawo do tych świadczeń, zasiłków albo dodatków, z uwzględnieniem określonego w art. 23 terminu ważności orzeczenia o niepełnosprawności albo orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Przy czym wszczęcie postępowania w sprawie zmiany decyzji, o których mowa w ust. 1, nie wymaga zawiadamiania strony.

Zmiana ustawy o świadczeniach rodzinnych w zakresie świadczeń dla opiekunów osób niepełnosprawnych

Ustawa zmieniająca przyniosła także zmianę do ustawy o świadczeniach rodzinnych w zakresie świadczeń dla opiekunów osób niepełnosprawnych (tj. specjalnego zasiłku opiekuńczego i świadczenia pielęgnacyjnego).

Pierwsza regulacja dotyczy prawa do SZO i ŚP po śmierci osoby wymagającej opieki. I tak:

- w art. 16a po ust. 7 dodaje się ust. 7a w brzmieniu:
 - „W przypadku śmierci osoby wymagającej opieki, osoba sprawująca opiekę zachowuje prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego do ostatniego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpił zgon osoby wymagającej opieki”;
- w art. 17 po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:
 - „W przypadku śmierci osoby wymagającej opieki, osoba sprawująca opiekę zachowuje prawo do świadczenia pielęgnacyjnego do ostatniego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpił zgon osoby wymagającej opieki”.

Oznacza to dla OPS/CUS koniec postępowań o zwrot nienależnie pobranego świadczenia, w sytuacji gdy osoba wymagająca opieki zmarła w trakcie miesiąca, za który już wypłacono świadczenie. Natomiast osobie pobierającej świadczenie gwarantuje się jeszcze jeden miesiąc jego pobierania, co należy uznać za dobre rozwiązanie, zwłaszcza w sytuacji gdy jest to jej jedyne źródło utrzymania.

A tak *à propos* jedyne źródła utrzymania, zwrócić należy uwagę na drugą zmianę – kolejny nowy przepis wprowadzony ustawą zmieniającą – art. 17ba. Zgodnie z tym przepisem osoba otrzymująca specjalny zasiłek opiekuńczy na zasadach określonych w art. 16a ust. 7a albo świadczenie pielęgnacyjne na zasadach określonych w art. 17 ust. 4a (czyli wydłużonego świadczenia po śmierci osoby wymagającej opieki) nie traci prawa odpowiednio do specjalnego zasiłku opiekuńczego albo świadczenia pielęgnacyjnego pomimo podjęcia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej lub ustalenia tej osobie prawa do emerytury, renty, renty rodzinnej z tytułu śmierci małżonka przyznanej w przypadku zbiegu prawa do renty rodzinnej i innego świadczenia emerytalno-rentowego, renty socjalnej, zasiłku stałego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego lub rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego. Wraz z tym przepisem wprowadzono jeszcze dodatkowe regulacje do art. 27 ustawy o świadczeniach rodzinnych (zbieg prawa do świadczeń), zgodnie z którymi w przypadku zbiegu prawa do specjalnego zasiłku opiekuńczego pobieranego na zasadach określonych w art. 16a ust. 7a lub prawa do świadczenia pielęgnacyjnego pobieranego na zasadach określonych w art. 17 ust. 4a z prawem do świadczenia rodzicielskiego lub z prawem dodatku do zasiłku rodzinnego, o którym mowa w art. 10, przepisów ust. 5 nie stosuje się w zakresie tych zbiegów.

Powyższe przepisy wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2024 r. i mają zastosowanie do przypadków, w których śmierć osoby wymagającej opieki nastąpiła od tej daty. W przypadku śmierci osoby wymagającej opieki przed dniem 1 stycznia 2024 r. stosuje się przepisy dotychczasowe (art. 27 ustawy zmieniającej).

Powyższe regulacje nie kończą procesu zmian ustawy o świadczeniach rodzinnych – Sejm pracuje już nad ustawą o świadczeniu wspierającym. Jeśli zostanie uchwalona, to czekają nas duże zmiany tak w zakresie orzekania o niepełnosprawności, jak i w przepisach ustawy o świadczeniach rodzinnych. ■



└ IWONA KLIMOWICZ ┐

Od 1981 r. związana z pomocą społeczną.
Prowadzi liczne szkolenia, m.in. dla
kuratorów i pracowników socjalnych.

Jak unikać błędów przy opracowywaniu strategicznych programów rozwiązywania problemów społecznych

Problemy związane z tworzeniem Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych były już przedmiotem moich artykułów w przeszłości. Jednak ze względu na występującą ostatnio zwiększoną aktywność służb kontrolnych wojewody w tym obszarze, uznać należy za przydatne zebranie najczęściej pojawiających się zastrzeżeń w raportach pokontrolnych i analizę stawianych zarzutów.

Po co strategię?

Dla formalności rozpocząć należy od rozważań dotyczących tego, dlaczego strategię są tworzone.

Po pierwsze – jest to wymóg prawa. Zgodnie z art. 16b ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, gmina i powiat opracowują strategię rozwiązywania problemów społecznych, a samorząd województwa strategię w zakresie polityki społecznej.

Warto przypomnieć zmiany, jakie zostały wprowadzone ostatnio do ustawy o pomocy społecznej, a zawarte są w zapisach art. 16b ust. 3: „Strategia, o której mowa w ust. 1, opracowana przez gminę i powiat określa usługi społeczne w zakresie, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1–14 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych, oraz zadania publiczne, o których mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2023 r. poz. 571), zlecane w trybach, o których mowa w tej ustawie”. Z uzasadnienia ustawy nowelizującej dotyczącego wprowadzenia tego zapisu wynika, że cyt.: „Istotnym obszarem funkcjonowania podmiotów ekonomii społecznej jest sfera usług społecznych. W celu zapewnienia odpowiedniego włączenia podmiotów ekonomii społecznej w realizację usług społecznych w ustawie przewidziano rozwiązania pozwalające lepiej zaplanować ten proces w jednostkach samorządu terytorialnego. Z tego względu w art. 69 pkt 1 ustawy zaproponowano uzupełnienie art. 16b ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm.), regulującego zakres strategii rozwiązywania problemów społecznych. Pierwsza z wprowadzonych zmian (art. 16b ust. 2 pkt 1 zmienianej ustawy) dotyczy jednoznacznego wskazania, że diagnoza sytuacji społecznej będąca częścią strategii powinna obejmować m.in. ocenę potencjału podmiotów ekonomii społecznej w realizacji usług z zakresu, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1–14 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych. Drugim istotnym uzupełnieniem strategii będą informacje o zadaniach publicznych i usługach z zakresu, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1–14 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych, które zleca-

ne będą podmiotom ekonomii społecznej w trybach przewidzianych w ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Dzięki temu współpraca samorządu z podmiotami ekonomii społecznej będzie ujęta w szerszy kontekst działań realizowanych w celu ograniczania problemów społecznych. Jednocześnie zapisy strategii będą także zobowiązaniem samorządu do podjęcia współpracy z sektorem ekonomii społecznej”. Zapisy dotyczące tak potencjału podmiotów ekonomii społecznej, jak i zlecania usług tym podmiotom, powinny zostać uwzględnione w pracach nad strategiami w przyszłości, ponieważ ustawodawca określił obowiązek uwzględnienia nowych wymogów dopiero w dokumentach, które będą tworzone. Takie podejście umożliwia zapisy ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej (art. 79): „Strategie rozwiązywania problemów społecznych oraz strategię w zakresie polityki społecznej opracowane na podstawie przepisów ustawy zmienianej w art. 71, w brzmieniu dotychczasowym, są realizowane przez okres, na który zostały opracowane”. Przy okazji zwracam uwagę na konieczność zachowania dużej czujności w obserwowaniu zmian wprowadzanych do ustawy o pomocy społecznej, gdyż powyższy zapis nie jest pierwszym, który wprowadza istotne zmiany w zapisach ustawy o pomocy społecznej „przy okazji” zmian wprowadzanych do innych aktów prawnych. Czyli strategię rozwiązywania problemów społecznych są opracowywane, bo taki jest nakaz prawny.

Po drugie – dobrze napisana strategia staje się elementem strategicznego planowania i zarządzania. Planowanie strategiczne to świadomy, systematyczny (niekończący się) i ukierunkowany na przyszłość proces ciągłego przygotowywania decyzji o przyszłym poziomie rozwoju danej JST i stopniu zaspokojenia potrzeb ludności. W planowaniu strategicznym określa się długoterminowe cele i wytyczne dla podmiotów zaangażowanych w realizację działań. Dostarcza ono władzom lokalnym podstawy racjonalnego działania. Planowanie pozwala na kontrolę nad rozwojem JST, koordynację i integrację działań podejmowanych przez jednostkę i podmioty powiązane, służących realizacji przyjętych celów, z uwzględnieniem uwarunkowań zewnętrznych (szans i zagrożeń tkwiących w otoczeniu jednostki), wewnętrznych (silnych i słabych stron). Obowiązkowo przy poszanowaniu za-

Zapisy dotyczące tak potencjału podmiotów ekonomii społecznej, jak i zlecania usług tym podmiotom, powinny zostać uwzględnione w pracach nad strategiami w przyszłości, ponieważ ustawodawca określił obowiązek uwzględnienia nowych wymogów dopiero w dokumentach, które będą tworzone.

sady zrównoważonego rozwoju oraz partycypacyjnego modelu zarządzania (współdecydowania). Planowanie strategiczne stanowi użyteczne narzędzie w czasach niepewności co do kierunków procesów społecznych i gospodarczych, które ze względu na globalne powiązania i oddziaływania mogą wpływać nawet na najmniejszą jednostkę samorządową. Planowanie to umożliwia dostosowanie teraźniejszości, by możliwe stało się urzeczywistnienie założeń dotyczących przyszłości lokalnego samorządu. Zarządzanie strategiczne w modelu przyjętym w procesie planowania strategicznego to: „kierowanie rozwojem organizacji w długim czasie, nastawione na wykorzystanie szans i unikanie zagrożeń pojawiających się w otoczeniu”. Jest to również proces tworzenia i wdrażania strategii, które oddziałują na tworzenie (funkcja kreacyjna) oraz dostosowywanie (funkcja adaptacyjna) organizacji do otoczenia i osiągnięcie założonych strategicznych celów. Realizacja zapisów poprawnie opracowanej strategii umożliwia maksymalizację zysków z podejmowanych działań przy minimalizacji nakładów, co staje się szczególnie istotne przy aktualnej, trudnej kondycji wielu samorządów. Trzeci istotny powód tworzenia strategii to korelacja pomiędzy nią a Lokalnymi Planami Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych. Przypomnę – w czerwcu 2022 r. Rada Ministrów przyjęła dokument pod nazwą „Strategia Rozwoju Usług Społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)”. Proces opracowania tego dokumentu trwał długo i rozpoczął się już w 2012 r. od „Ogólnoeuropejskich wytycznych dotyczących przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności”. Podkreślam, że intencją Unii Europejskiej nie jest zamykanie tak DPS-ów, jak i placówek opiekuńczo-wychowawczych, ale przede wszystkim zachowanie podmiotowości człowieka. Szczególnie tego, który jest dotknięty sytuacjami ryzyka społecznego, do jakich należy przede wszystkim brak możliwości samodzielnego zaspokajania własnych potrzeb i możliwości podejmowania decyzji we własnej sprawie. Zgodnie z wytycznymi SRUS, istotą LPDUS jest jego rola planistyczna – ma on wyznaczać kierunek rozwoju usług społecznych, ale również dokonuje się w nim diagnozy potrzeb mieszkańców i analizy zasobów bardzo szeroko rozumianych. Należy podkreślić, że celem Lokalnych Planów jest wyznaczenie kierunków rozwoju usług społecznych na szczeblu lokalnym, zarówno w zakresie koniecznych interwencji, jak i podjęcia działań o charakterze prewencyjnym i profilaktycznym. Przyjmując te zadania LPDUS, widoczne staje się podobieństwo pomiędzy tym dokumentem a Strategią Rozwiązywania

Problemów Społecznych. Refleksja nad korelacją tych dwóch (bardzo ważnych) dokumentów była przedmiotem jednego z moich poprzednich artykułów, dlatego powyższe zapisy traktuję tylko jako przypomnienie tej kwestii.

Uwagi w protokołach kontroli – brak prognozy zmian

Uwagi znajdujące się w protokołach pokontrolnych dotyczą w większości przypadków braku prognozy zmian w Strategiach Rozwiązywania Problemów Społecznych. Pomimo tego, że nie pojawiły się uwagi do diagnozy, przypomnę najpierw krótką definicję diagnozy, a przede wszystkim jej roli w dokumencie strategii. Postaram się również wykazać korelacje, jakie występują pomiędzy diagnozą a brakującą (zdaniem osób kontrolujących) częścią strategii – prognozą zmian.

Diagnoza problemów społecznych (o czym warto pamiętać) – „Diagnoza to nic innego jak sposób dostarczania ludziom wiedzy o nich samych. Diagnozowanie problemów społecznych jest podstawą każdego działania służącego rozwiązywaniu problemów ludzi, a co za tym idzie – lepszemu zaspokajaniu ich potrzeb i poprawie jakości ich życia”. Jak w wielu innych naukach np. medycynie – podobnie jest w przypadku problemów społecznych – bez dobrego rozpoznania trudno o skuteczną receptę na ich rozwiązanie. Obszary wyłonione do diagnozy powinny mieć odbicie w zadaniach powiatu i gminy. Zakres ten podkreśla fakt, że strategia jest dokumentem powiatu/gminy, a nie (jak się często uznaje) powiatowego centrum pomocy rodzinie czy ośrodka pomocy społecznej. Oznacza to, że w diagnozie powinny się znaleźć dane obrazujące sytuację problemów społecznych we wszystkich obszarach problemów społecznych z udziałem wszystkich służb realizujących zadania powiatu/gminy. Ze względu na obszerność – proponuję rozważyć możliwość, aby dokument strategiczny zawierał tylko wnioski i rekomendacje płynące z diagnozy, a całość obszernego materiału diagnostycznego potraktować jako załącznik do strategii.

Prognoza zmian – jest elementem struktury strategii, polega na oszacowaniu rodzaju i skali możliwych do wystąpienia problemów i potrzeb społecznych w określonej perspektywie czasowej. Jest charakterystyką potencjalnego stanu w przyszłości, tj. po wdrożeniu strategii. Retrospektywny charakter diagnozy umożliwia bowiem określenie tendencji, jakie mogą zachodzić w danej sferze, oraz prognoz co do zakresu występowania określonych problemów społecznych

Dobrze napisana strategia staje się elementem strategicznego planowania i zarządzania.

w przyszłości. Przykłady prognoz, które powiat/ gmina powinny uwzględnić w dokumencie to między innymi:

- prognoza liczby i struktury mieszkańców według płci, wieku, stanu cywilnego,
- prognoza mieszkańców według poziomu wykształcenia i aktywności zawodowej,
- prognoza dot. rozmiaru i skutków ubóstwa mieszkańców,
- prognoza liczby oraz struktury osób niepełnosprawnych,
- prognoza istotnych potrzeb społecznych,
- prognoza potrzeb w zakresie zabezpieczenia dzieci w pieczy zastępczej,
- prognoza problemów społecznych kluczowych dla danego powiatu/gminy,
- prognoza wydatków z budżetu powiatu/gminy na sferę społeczną.

Należy podkreślić, że do opracowania prognozy konieczna jest analiza występujących trendów. By takiej analizy dokonać, należy zebrać i opracować dane co najmniej z trzech, a najlepiej z pięciu lat. We współczesnych „pocovidowych” realiach wiele takich analiz napotyka problemy związane z nagłym załamaniem się występujących w latach poprzednich tendencji. Niemniej jednak nie można prognozować zmian na podstawie danych z roku czy dwóch lat. Podobnie jak diagnoza, by analiza w pełni pokazywała skalę występujących na terenie powiatu/gminy zjawisk, konieczne jest odniesienie posiadanych danych do sytuacji w województwie i kraju. Ciekawe opracowanie prognoz zawiera „Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych dla Gminy Miasta Mrągowo na lata 2014–2020”. Poniżej zapisy zwarte w tej strategii.

„Prognoza zawiera informacje o potrzebach, problemach i zasobach danej społeczności lokalnej, które:

- wynikają z analizy danych opisujących stan społeczności lokalnej w ostatnich latach (z diagnozy sytuacji społecznej),
- uwzględniają tendencje rozwojowe właściwe dla danego kraju, regionu oraz owej społeczności,
- dotyczą okresu, w jakim będzie realizowana Strategia, czyli lat 2014–2020”.

Prognoza demograficzna

Prognoza przyrostu naturalnego

Na podstawie „Prognozy dla terenów wiejskich powiatu mrągowskiego na lata 2011–2035” opracowanej przez GUS prognozuje się, że w latach 2014–2020 liczba urodzeń żywych przyjmie trend malejący, a liczba zgonów – trend rosnący. Tym samym przyrost naturalny na terenie miasta Mrągowo będzie ujemny i malejący. W poniższej tabeli zostały zawarte dane, które oparto na prognozach opracowanych przez GUS. Oczywiście jest, że aby założenie wartości zostały osiągnięte, musi zająć wiele czynników. Nikt nie może oczekiwać, że przyjęte prognozy na pewno się sprawdzą. Taki stan rzeczy jest w mojej ocenie tak samo pozytywny, jak i negatywny.

Tab. 1. Prognoza przyrostu naturalnego w mieście Mrągowo do 2020 r.

Lata	Urodzenia	Zgony	Przyrost naturalny
2014	200	204	-5
2015	197	208	-10
2016	194	211	-17
2017	191	213	-23
2018	186	216	-30
2019	181	218	-37
2020	178	222	-44

Źródło: Opracowanie własne na podstawie „Prognozy dla powiatów i miast na prawie powiatu oraz podregionów na lata 2011–2035” opracowanej przez GUS.

Prognoza ludności

Na podstawie prognozy salda migracji i przyrostu naturalnego przyjęto prognozę liczby mieszkańców miasta Mrągowo w latach 2014–2020. Prognozuje się systematyczny spadek liczby mieszkańców miasta w kolejnych latach. Podobnie jak prognoza demograficzna – prognoza liczby ludności oparta jest na prognozie opracowanej przez GUS.

Tab. 2. Prognoza liczby ludności miasta Mrągowo w latach 2014–2020

Lata	Saldo migracji	Przyrost naturalny	Liczba mieszkańców miasta Mrągowo
2014	-24	-5	22198
2015	-18	-10	22170
2016	-15	-17	22139
2017	-9	-23	22107
2018	-4	-30	22073
2019	-2	-37	22034
2020	9	-44	21999

Źródło: Opracowanie własne na podstawie „Prognozy dla powiatów i miast na prawie powiatu oraz podregionów na lata 2011–2035” opracowanej przez GUS.

Prognoza wiekowa mieszkańców

Struktura ludności według wieku będzie ulegać dynamicznym zmianom, praktycznie w całym prognozowanym okresie. Zmiany te są przede wszystkim konsekwencją demograficznego „fallowania”, tj. pojawiania się na przemian wyżów i niżów demograficznych, których efekty nakładają się na siebie z różną siłą w różnych okresach, powodując bardziej widoczne zmiany w proce-

Tab. 3. Prognoza struktury wiekowej mieszkańców miasta Mrągowa do 2020 r.

Grupa wiekowa	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Prognoza liczby ludności wg wieku							
0–4 lata	1165	1163	1154	1142	1125	1104	1083
5–9 lat	1111	1149	1175	1200	1210	1211	1208
10–14 lat	1032	1026	1055	1077	1120	1141	1178
15–19 lat	1228	1167	1106	1081	1039	1028	1026
20–24 lata	1373	1280	1202	1122	1076	1073	1018
25–29 lat	1817	1731	1674	1609	1522	1409	1332
30–34 lata	1740	1844	1845	1861	1768	1709	1638
35–39 lat	1518	1546	1579	1572	1671	1729	1825
40–44 lata	1411	1403	1434	1482	1514	1522	1549
45–49 lat	1348	1340	1333	1308	1308	1361	1359
50–54 lata	1712	1587	1454	1400	1367	1294	1284
55–59 lat	1942	1919	1888	1821	1731	1635	1517
60–64 lata	1549	1626	1687	1736	1782	1825	1807
65–69 lat	1162	1269	1369	1416	1432	1458	1529
70–74 lata	709	695	736	810	920	1051	1148
75–79 lat	663	674	669	650	636	604	592
80–84 lata	423	431	442	470	491	503	511
Powyżej 85	296	320	339	350	361	378	396
Razem	22 198	22 170	22 139	22 107	22 073	22 034	21 999
Prognoza liczby ludności wg ekonomicznych grup wieku							
Ludność w wieku przedprodukcyjnym	3308	3338	3384	3419	3455	3456	3469
Ludność w wieku produkcyjnym	14 088	13 817	13 513	13 256	12 996	12 760	12 548
Ludność w wieku poprodukcyjnym	4802	5016	5242	5432	5623	5819	5982

Źródło: Opracowanie własne na podstawie „Prognozy dla powiatów i miast na prawie powiatu oraz podregionów na lata 2011–2035” opracowanej przez GUS.

sach dzietności i umieralności, natomiast w mniejszym stopniu oddziałują na tę strukturę zmiany w rozmiarach migracji zagranicznych definitywnych, czyli migracji na pobyt stały, a szczególnie emigracji.

Prognoza zmian

Bardzo ważna (i moim zdaniem niezbędna) prognoza to prognoza zmian, czyli opis sytuacji powiatu po zrealizowanie zaplanowanych działań – taki stan idealny. W rezultacie podjętych działań ujętych w „Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych na terenie Gminy Miasta Mrągowa na lata 2014–2020” prze-

widuje się wzrost zaufania mieszkańców do instytucji pomocowych, wzrost aktywności społeczno-gospodarczej mieszkańców miasta oraz zmniejszenia zasięgu występujących na jego terenie problemów społecznych, które zostały szczegółowo scharakteryzowane w rozdziale 3.2. Strategii.

Poniżej tabela pokazująca prognozę zmian, jaką twórcy strategii spodziewają się uzyskać po zrealizowaniu zaplanowanych działań.

Tabela zawiera wszystkie obszary zdiagnozowanych problemów społecznych i pokazuje oczekiwane rezultaty zaplanowanych działań. Prognoza ta jest bardzo

Tab. 4. Prognoza zmian w obszarze problemów społecznych dla miasta Mrągowo

Problem społeczny	Prognoza zmian
Bezrobocie	▪ spadek liczby bezrobotnych, ▪ wzrost liczby miejsc pracy w wyniku powstawania nowych podmiotów gospodarczych, ▪ poprawa dostępu usług świadczonych przez PUP, ▪ aktywizacja osób bezrobotnych zagrożonych wykluczeniem społecznym, ▪ zwiększenie szans osób bezrobotnych na znalezienie zatrudnienia poprzez odpowiednie dostosowanie ich kwalifikacji do wymagań rynku pracy, ▪ wzmocnienie kompetencji i potencjału osób, które ubiegają się o zatrudnienie
Niepełnosprawność	▪ poprawa jakości i dostępności podstawowej opieki zdrowotnej, ▪ powstawanie kolejnych organizacji pozarządowych na rzecz osób niepełnosprawnych, ▪ podniesienie jakości życia osób niepełnosprawnych poprzez likwidację barier architektonicznych i psychologicznych w miejscach publicznych, ▪ wzrost zaangażowania osób niepełnosprawnych w życie społeczne i zawodowe, ▪ zwiększenie zatrudnienia osób z niepełnosprawnością, ▪ zwiększenie szans edukacyjnych dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi
Uzależnienia	▪ zmniejszenie liczby osób dotkniętych uzależnieniami, ▪ łagodzenie skutków społecznych i zawodowych alkoholizmu, ▪ rozwój sieci wspierającej osoby uzależnione i ich rodziny
Ubóstwo	▪ poprawa warunków życia mieszkańców miasta

Źródło: Opracowanie własne na podstawie „Prognozy dla powiatów i miast na prawie powiatu oraz podregionów na lata 2011–2035” opracowanej przez GUS.

użytecznym narzędziem przy tworzeniu raportu ewaluacyjnego. Pozwala na zweryfikowanie, czy działania przyniosły oczekiwany efekt. Należy przy tym zaznaczyć, że nie należy obawiać się sytuacji, w których ten idealny stan nie nastąpił. Mogły wystąpić przyczyny, których zaistnienia twórcy strategii nie byli w stanie przewidzieć w momencie jej tworzenia. Na pewno nikt nie przewidział w swoich dokumentach zamknięcia całego kraju z powodu wirusa, czy tego, że do Polski przybędzie tak dużo uchodźców wojennych z Ukrainy. Należy jednak pamiętać, że uzasadnienia braku albo raczej niewystarczającego efektu zaplanowanych działań należy szukać w czynnikach zewnętrznych albo mylnych lub niewystarczających rekomendacjach zmian w działaniach i wynikach ewaluacji śródkresowej, tak zwanej *on-going*[1]. Przeprowadzenie jej jest obowiązkowe i powinno być zapisane w dokumencie strategicznym. Brak takiej ewaluacji pozbawia realizatorów strategii informacji, czy zaplanowane działania będą w stanie zapewnić osiągnięcie oczekiwanych rezultatów i efektów oraz naraża na ewentualne uwagi osób kontrolujących. Warto rozróżnić te dwa pojęcia (efekty i rezultaty) często używane zamiennie.

Efekty a rezultaty

Pojęcie efektu odnosi się do tego, co zostało wytworzone w wyniku realizacji działania/zadania (efekty

bezpośrednie), a także stanowi skutki przedsięwzięcia dla jego uczestników i dla społeczeństwa (oddziaływanie na otoczenie).

Rezultaty to jeden z rodzajów efektów (bezpośrednie korzyści dla uczestników działania/zadania). Niekiedy słowa „rezultat” i „efekt” są używane zamiennie, co prowadzi do zamieszania pojęciowego.

Dlatego też dla określenia całej grupy zamierzonych skutków działania/zadania zasadne jest używanie słowa „efekty”, rezerwując „rezultaty” dla jednego z rodzajów efektów.

Uwagi do strategii – niewłaściwe określenie wskaźników

Wśród zastrzeżeń pojawiających się w protokołach kontroli służb wojewody były również takie, które odnosiły się do niewłaściwego określenia wskaźników. Zapisy tych zastrzeżeń w większości protokołów wyglądały podobnie – „Strategia zawiera wskaźniki realizacji działań, ale są one sformułowane w sposób niespełniający wymogów wynikających z przepisów. Należy zauważyć, iż zgodnie z art. 16a ust. 2 pkt 3, strategia ma zawierać między innymi określenie *kierunków niezbędnych działań* oraz *wskaźników realizacji działań*. Wykładnia celowa wskazuje, że wskaźniki realizacji działań powinny dotyczyć kierunków niezbędnych działań określonych w strategii. Ze sformułowania *wskaźniki realizacji działań* wynika,

że wskaźniki powinny być przydatne do ustalenia, czy ww. kierunki niezbędnych działań są realizowane, a jeżeli tak – to w jakim stopniu. Ustawa nie zawiera nakazu określania początkowych ani końcowych wartości wskaźników. Wymagane jest natomiast, aby wskaźniki przyczyniały się do ustalenia stopnia realizacji działań. Nie jest to możliwe bez określenia docelowej wartości wskaźnika”.

Tyle protokoły, a co o wskaźnikach mówi literatura przedmiotu? W cytowanym już przeze mnie podręczniku *Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych – Podręcznik metodyczny część praktyczna*, czytamy:

„W odniesieniu do każdego zadania/działania należy określić zestaw wskaźników przewidzianych do osiągnięcia. Wskaźniki są narzędziem niezbędnym do weryfikacji efektywności i celowości realizacji poszczególnych działań/zadań w ramach realizacji SRPS (proces monitoringu, ewaluacji). Umożliwiają dokonanie bieżącej oceny postępów w procesie wdrażania strategii. Warto wyodrębnić zestaw wskaźników ilościowych (policzalnych) i jakościowych (opis zmian jakościowych, które będą miały miejsce już w trakcie lub po zrealizowaniu zadania). Przykłady: liczba seniorów korzystających z zajęć aktywizujących w ramach klubu seniora; liczba nowo powstałych podmiotów ekonomii społecznej w gminie; liczba mieszkańców korzystających z konsultacji prawnych, liczba osób uczestniczących w warsztatach terapii zajęciowej; liczba nowych lub udoskonalonych usług socjalnych; liczba zmodernizowanych publicznych placówek zdrowotnych; liczba wspólnych inicjatyw z zakresu lokalnego rynku pracy”.

W przypadku monitoringu, z uwagi na jego cykliczną powtarzalność, wykorzystuje się z reguły zidentyfikowane lub opracowane w diagnozie wskaźniki, które będą miernikami skali, zakresu czy natężenia problemów społecznych. Użycie wskaźników pozwala na miarę szybką i prostą ich weryfikację. Na przykład skalę bezrobocia możemy monitorować, sprawdzając cyklicznie stopę bezrobocia w naszej gminie czy powiecie. Trzeba pamiętać jednak, że wskaźniki z reguły nie pozwalają na monitorowanie problemów natury jakościowej. Na przykład, jeżeli w diagnozie okazało się, że istotnym problemem społecznym jest

niska jakość świadczonych usług opiekuńczych, w ramach monitoringu powinniśmy co jakiś czas pytać wybrane losowo osoby korzystające z tych usług, czy dostrzegają poprawę ich jakości, wykorzystując do tego ankietę papierową lub telefoniczną.

Wskaźniki oznaczają obserwowalną i mierzalną cechę wybranego przedmiotu lub zjawiska

Do oceny stopnia realizacji celów strategii służyć mogą cztery podstawowe grupy wskaźników:

- **wkładu:** nakłady poniesione na realizację zadania, np. miesięczny koszt prowadzenia placówki, suma przeznaczonych pieniędzy, wartość osobodnia, wartość pracy, urządzeń, pomieszczeń;
- **produktu:** rzeczowe efekty działalności liczone w jednostkach materialnych, wszystko, co zrobiliśmy w ramach realizacji zadania, np. zorganizowane szkolenie dla bezrobotnych, liczna osobogodzin szkolenia, nakład wydanej publikacji, liczba uruchomionych placówek;
- **rezultatu:** bezpośredni skutek dla beneficjentów z wytworzenia naszego produktu, korzyść odniesiona przez beneficjentów bezpośrednio w trakcie i natychmiast po zakończeniu projektu, zdobycie dodatkowej wiedzy czy kompetencji przez przeszkolonych bezrobotnych;
- **oddziaływania:** długofalowy, pośredni efekt wynikający z wpływu naszego projektu na otoczenie, rozległa zmiana na lepsze, jaką spowodowaliśmy, np. podjęcie przez pięciu bezrobotnych pracy dzięki uzyskaniu dodatkowych kwalifikacji.

Z powyższych (i nie tylko) zapisów niestety wynika, że należy się zgodzić z interpretacją osób kontrolujących. Wskaźniki muszą być dookreślone, nawet te jakościowe. W innym przypadku w trakcie realizacji nie macie Państwo na czym się oprzeć, by poddać proces ewaluacji, nie wiecie, czy realizacja zaplanowanych w strategii działań przyczynia się do rozwiązania problemów i zmierza do osiągnięcia zaplanowanych celów. Sama wiedza intuicyjna – niestety – nie jest wystarczająca.

Intencją Unii Europejskiej nie jest zamykanie tak DPS-ów, jak i placówek opiekuńczo-wychowawczych, ale przede wszystkim zachowanie podmiotowości człowieka.

Szczególnie tego, który jest dotknięty sytuacjami ryzyka społecznego, do jakich należy przede wszystkim brak możliwości samodzielnego zaspokajania własnych potrzeb i możliwości podejmowania decyzji we własnej sprawie.

Strategia jest dokumentem powiatu/gminy, a nie
(jak się często uznaje) powiatowego centrum pomocy
rodzinie czy ośrodka pomocy społecznej.

Uwagi do strategii – budżet

Zdecydowanie najwięcej zastrzeżeń dotyczy sposobu zapisu budżetu strategii. Zacytuję tutaj znowu opinię osób kontrolujących – „Zawarte w strategii zapisy dotyczące ram finansowych tak dalece odbiegają od wymagań, że nie pozwalają uznać, że strategia zawiera ten element”. Domyślam się, że z jednej strony dostajecie Państwo bardzo mgliste dane od służb finansowych, które pomimo wieloletnich ram budżetu jak ognia wystrzegają się podawania konkretnych zobowiązań szczególnie w perspektywie np. pięcioletniej. Dodatkowo – gdy poważnie potraktujemy zapis, że strategia jest powiatowa/gminna, a nie PCPR/OPS – ramy tych finansów powinny obejmować wszystkie działania realizowane w budżetach różnych jednostek (np. oświatowych, ochrony zdrowia czy bezpieczeństwa). Ponadto znacząca jest odpowiedź na pytanie – jaka jest relacja pomiędzy strategią powiatu a gminnymi strategiami rozwiązywania problemów społecznych? Z drugiej jednak strony jestem przekonana, że strategia bez budżetu jest tylko wypełnieniem zapisów prawa (a jak widać z uwag – nawet nie) i nie będzie miała wpływu na strategiczne zarządzanie w sferze społecznej. Obawiam się, że i tutaj uznam słuszność zarzutu, chociaż uważam, że nie powinien być on kierowany do Was, tylko do władz powiatu/gminy. Zrozumiała jest trudność w określeniu kwot przeznaczonych na realizację poszczególnych zadań. Można, w mojej ocenie, określić dolny próg zaplanowanych kwot. Byłby on uśrednioną wartością kwot przeznaczanych na realizację podobnych zadań w przeszłości (np. 4 lata w tył) powiększoną o zaplanowany w prognozach długoletnich wskaźnik wzrostu. Warto pamiętać (a może raczej przypomnieć skarbnikom), że zadania będziecie Państwo (a właściwie samorząd będzie) realizować. Należy jednak zauważyć nadmiarowe (w mojej ocenie) wymogi służb wojewody dotyczące konieczności bardzo precyzyjnego planowania budżetu, z uwzględnieniem źródeł finansowania. Oczywiście można założyć, że zaplanowany budżet z jednej strony jest rodzajem prognozy finansowej, która (jak nauczyły nas ostatnie lata) może się zupełnie załamać, z drugiej jest rodzajem zobowiązania tak powiatu, jak i gminy do realizacji zaplanowanych zadań na pewnym poziomie. Zawsze też istnieje możliwość aneksowania dokumentu. Nadal jednak uważam, że oczekiwanie służb wojewody odnośnie do bardzo precyzyjnego

określenia budżetu z podziałem na źródła finansowania pod groźbą nieuznania poprawności uchwały przyjmującej strategię, jest nadmiarowe. Aktualnie jedna z gmin w województwie zachodniopomorskim skierowała do sądu administracyjnego skargę na działania wojewody w tym zakresie. Z dużym zainteresowaniem oczekuję na postanowienie.

Niejednokrotnie podkreślałam, że jestem zwolennikiem oparcia działań w sferze społecznej na dobrze przygotowanych dokumentach strategicznych. W mojej ocenie tak ośrodki pomocy społecznej, jak i powiatowe centra pomocy rodzinie, powinny zawalczyć o to, by jakość tych dokumentów była jak najlepsza, ale tworzenie ich powinno stać się priorytetowym zadaniem dla władz powiatu i gminy. Podkreślę to raz jeszcze: strategia jest dokumentem, na którego podstawie powiat/gmina buduje system rozwiązywania na swoim obszarze problemów społecznych. Powiat/gmina, a nie powiatowe centrum pomocy rodziny czy ośrodek pomocy społecznej. Możemy mieć nadzieję, że wzmożona aktywność kontrolnych służb wojewody w omawianym zakresie może wpłynąć na zmianę postrzegania tak roli dokumentów, jak i jednostek pomocy społecznej w ich tworzeniu. Czego Państwu, a także mieszkańcom, życzę. ■

Przypisy:

1. Ewaluacja *on-going* to badanie przeprowadzone w czasie trwania jakiejś interwencji społecznej: programu, innowacji, zmiany itp. Celem ewaluacji *on-going* jest bieżąca ocena przebiegu interwencji, aktualnych oczekiwań osób lub instytucji nią objętych oraz identyfikacja tych elementów interwencji, które wymagają modyfikacji lub usprawnienia.

Bibliografia:

1. T. Schimanek, *Diagnozowanie problemów społecznych*, Warszawa 2015.
2. *Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych. Podręcznik metodyczny część praktyczna*, Lublin 2021.
3. *Prognoza dla powiatów i miast na prawie powiatu oraz podregionów na lata 2011–2035*, opracowana przez GUS.



┌ **DR KAROLINA DUKAŁA** ┐

Psycholożka sądowa, adiunktka na Wydziale Psychologii na Uniwersytecie SWPS w Katowicach. W swojej pracy naukowej zajmuje się głównie psychologią zeznań świadków, ze szczególnym uwzględnieniem problematyki skuteczności przesłuchań i metod wykrywania kłamstwa.

Psychologiczne formy przesłuchań sprawców i świadków przestępstw

Podejrzany to osoba, wobec której w trakcie postępowania przygotowawczego wydano postanowienie o przedstawieniu zarzutów albo której bez wydania takiego postanowienia postawiono zarzut w związku z rozpoczęciem przesłuchania w charakterze podejrzanego. Mówiąc prościej, jest to osoba, która formalnie jest podejrzewana o popełnienie czynu zabronionego i w związku z tym uzyskuje szczególny status w sprawie, a co za tym idzie – szczególne obowiązki, ale też przywileje.



Przesłuchania podejrzanych w Polsce najczęściej prowadzone są przez organy prowadzące postępowanie przygotowawcze: Policję lub Prokuraturę. W Polsce przyjęło się, że w przypadku spraw trudnych, ważnych lub szczególnych typów podejrzanych przesłuchanie prowadzi prokurator, w sprawach mniejszej wagi zleca obowiązek przeprowadzenia przesłuchania Policji. Zasadniczo celem postępowania przygotowawczego (a więc i przesłuchania podejrzanego) powinno być zdobycie jak największej liczby informacji wyjaśniających okoliczności zdarzenia. Jak pokazują jednak badania Mazur (2011), czasem zdarza się, że celem przesłuchania dla policjantów czy prokuratorów, którzy są pewni winy podejrzanego, staje się tylko uzyskanie przyznania się do winy. Takie podejście rodzi wiele niebezpieczeństw. Aby je zilustrować, warto przywołać słynną sprawę morderstwa Stephanie Crowe.

Sprawa Stephanie Crowe

Stephanie była dwunastoletnią dziewczyną, której zwłoki zostały znalezione w jej domu w pokoju na parterze. Służby przybyłe na miejsce zdarzenia uznały na podstawie śladów, że zabójstwo najprawdopodobniej zostało dokonane pod wpływem silnych emocji. Na tej podstawie postawiono hipotezę, że zabójstwo zostało dokonane przez bliską osobę dla dziewczyny. Potwierdzało to doświadczenie śledczych i statystyki kryminologiczne – zwykle zabójstwo o charakterze emocjonalnym dokonywane jest przez osobę znaną, a nawet bliską. Ponieważ rodzice Stephanie mieli mocne alibi, uwaga śledczych skierowała się na jedyną osobę, która wówczas była w domu: brata Stephanie, czternastoletniego Michaela Crowe. Podczas pierwszego przesłuchania Michael wydawał się rozkojarzony, niepewny i nieobecny, a dodatkowo nie miał alibi. To umocniło przekonania śledczych o jego winie, dlatego zdecydowali się na użycie podstępów w trakcie przesłuchania. Skłamali Michaelowi, że w trakcie przesłuchania stosowany był Voice Stress Analyzer (urządzenie do analizowania głosu, które rzekomo ma wykrywać kłamstwo) i to urządzenie wykazało, że Michael kłamie. Następnie Michael był przesłuchiwany szczególną metodą przesłuchania podejrzanych: naciskową i inwazyjną metodą Reida. Przesłuchanie trwało w sumie trzy dni, przez kilkanaście godzin. Pod jego koniec Michael przyznał się do zabójstwa. Po uzyskaniu przyznania do winy śledczy przestali zwracać uwagę na dowody, które zaprzeczały winie Michaela. Zignorowali fakt, że w pokoju Stephanie znaleziono ślady biologiczne, które nie należały do domowników. Zignorowali to, że Michael nie miał żadnych cech psychologicznych, które uprawdopodobniłyby dokonanie zabójstwa. Zignorowali również to, że dzień przed zabójstwem w sąsiedztwie domu Państwa Crowe zaobserwowano agresywnego włóczęgę, który próbował włamywać się do domów, szukając młodej dziewczyny. Pominęli

Do niedawna jedną z częściej stosowanych w USA i wielu krajach zachodnich metodą przesłuchań podejrzanych była metoda Reida, czasem określana jako DAA (Direct Accusation Approach), metoda „dziewięciu kroków Reida”, a w Polsce nazywana niekiedy metodą FBI.

również fakt, że ten włóczęga miał za sobą długą historię leczenia psychiatrycznego w kierunku schizofrenii oraz kilkanaście wyroków sądowych za różne przestępstwa, w tym molestowanie nieletnich dziewczyn. Ostatecznie to Michael Crowe został skazany i spędził w więzieniu kilka lat, dopóki prawdziwy sprawca zabójstwa, opisany włóczęga, nie został znaleziony i nie udowodniono mu zabójstwa.

Błędy popełniane podczas przesłuchań

Śledczy popełnili w opisanym przypadku błąd konfirmacji (błąd potwierdzania), który polega, najogólniej mówiąc, na ignorowaniu dowodów niespójnych z hipotezą oraz na aktywnym poszukiwaniu i zapamiętywaniu tylko informacji zgodnych z hipotezą. Jest to proces nie do końca uświadomiony – osoby, które popełniają błąd konfirmacji, są przekonane, że postępują racjonalnie i sensownie. Jest to bardzo powszechny w życiu codziennym błąd, bo któż z nas, na przykład, nie ignoruje wszystkich argumentów pokazujących, że ulubiona partia polityczna nie jest idealna? Jednakże w pracy śledczych ten błąd może prowadzić do straszliwych konsekwencji. Postawienie hipotezy o sprawcy już na samym początku postępowania może doprowadzić do pominięcia dowodów czy poszlak, które z hipotezą są sprzeczne. Co więcej, może doprowadzić do kontaminacji śladów, np. poprzez nieświadome sugerowanie świadkom, co widzieli, niestaranne zabezpieczanie np. śladów DNA czy naciskowe przesłuchania niewinnego podejrzanego w celu uzyskania przyznania do winy. W opisanym przypadku Michaela Crowe na skutek tego, że śledczy wytypowali niewinną osobę jako podejrzanego i ich celem w trakcie przesłuchania było uzyskanie przyznania się do winy, niewinna osoba została skazana, a prawdziwy sprawca pozostał przez wiele lat na wolności.

Współpraca z podejrzanym

Jak widać, przesłuchania podejrzanych to ważna i odpowiedzialna czynność procesowa, utrudniana

dotatkowo przez szczególną sytuację podejrzanego. Po pierwsze, taka osoba na ogół nie chce współpracować z wymiarem sprawiedliwości. Jeżeli jest winna, może (i ma do tego prawo) kłamać, oszukiwać, zaciemnić jak najbardziej obraz zdarzenia. Z kolei jeżeli jest niewinna, może ze strachu przed organami procesowymi mylić zdarzenia i fakty i przez to wypadać niewiarygodnie w oczach przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości. Po drugie, w przypadku wielu czynów zabronionych organom procesowym bardzo trudno zdobyć ślady wskazujące na to, co się tak naprawdę wydarzyło, i to podejrzany staje się głównym źródłem informacji, stąd uzyskanie od niego informacji staje się priorytetem w postępowaniu przygotowawczym. Z tego względu istnieje wiele modeli przesłuchań (np. model PEACE), taktyk (np. ukierunkowane na przesłuchania konkretnych typów sprawców, np. stalkingu, molestowania, czynów pedofilnych itd.; Napier 2017), które mają pomóc Policji i Prokuraturze w przesłuchaniach podejrzanych. Do niedawna jedną z częściej stosowanych w USA i wielu krajach zachodnich metodą przesłuchań podejrzanych była metoda Reida, czasem określana jako DAA (Direct Accusation Approach), metoda „dziewięciu kroków Reida”, a w Polsce nazywana niekiedy metodą FBI. Metoda ta powstała prawdopodobnie w latach czterdziestych ubiegłego wieku (choć pierwszy podręcznik powstał w 1967 r.) i za jej twórcę uważany jest John E. Reid, jeden z najbardziej znanych chicagowskich kryminalistyków, twórca również jednej ze skuteczniejszych metod wykorzystywania poligrafu/wariografu w praktyce (tzw. testu Reida, testu pytań kontrolnych, CQT). Celem „dziewięciu kroków Reida” jest uzyskanie przyznania się podejrzanego do winy. Sama metoda ma trzy główne założenia: uzyskanie przyznania się do winy jest niezbędnym celem przesłuchania podejrzanego; podejrzani nie przyznają się do winy przez wiele pierwszych godzin przesłuchania i dlatego przesłuchania powinny być długie i uporczywe; w przesłuchaniu podejrzanego w celu uzyskania informacji powinno się stosować metody, które w codziennym życiu mogą wydawać się nieetyczne (np. podstęp, obwinianie ofiary itd.).

Metoda Reida

Metoda Reida składa się z dziewięciu elementów:

- Bezpośrednia pozytywna konfrontacja, w której podejrzanemu wprost i dobitnie przekazywana jest informacja, że przesłuchujący jest pewien, że to on jest winny i powinien się przyznać do winy;
- Budowanie motywów/tematów. W tym kroku przesłuchujący decyduje, czy ma do czynienia z podejrzanym „emocjonalnym” lub „nieemocjonalnym” i w zależności od tego wybiera jeden z sześciu dostępnych tematów/motywów przestępstwa. Temat/motyw jest tak naprawdę psychologiczną taktyką, której celem jest usprawiedliwienie podejrzanego w jego własnych oczach i zmniejszenie jego poczucia powagi czynu. Ma to sprawić, że chętniej przyzna się do przestępstwa. Na przykład w przypadku podejrzanego o zabójstwo przesłuchujący może rozwijać opowieść, w której przesłuchiwanym dokonał zabójstwa tak naprawdę przypadkiem, w samoobronie, a to ofiara była agresorem i głównym winnym. Co ważne, rozwijany ten motyw może być nieprawdziwy i niespójny z zebranymi dowodami – jego celem jest jedynie zdjęcie winy z podejrzanego w jego własnych oczach. Druga ważna rzecz – w tym etapie podejrzanemu nie powinien na ogół nic mówić, to przesłuchujący snuje opowieść, jak mogło się zdarzyć, by tym samym zaszczerpić w przesłuchiwanym zmniejszenie poczucia winy;
- Postępowanie z zaprzeczeniami;
- Przewycięzanie sprzeciwów;
- Utrzymanie uwagi przesłuchiwanego;
- Radzenie sobie z pasywnym nastrojem.

Te cztery perswazyjne taktyki służą do spowodowania u przesłuchującego znacznego obciążenia poznawczego, przemęczenia i utraty zdolności racjonalnego oglądu sytuacji. Za każdym razem, gdy podejrzanemu próbuje zaprzeczać winie, przesłuchujący przerywa mu i zapewnia, że to nie ma

znaczenia: wszak Prokuratura czy Policja wie, że jest winny. Podejrzanemu przez wiele godzin przesłuchania jest w stanie ciągłego podwyższenia uwagi, zmuszany jest, by odpowiadać na pytania albo słuchać, co mówi przesłuchujący, nie może nawet na kilka chwil odpocząć. To wszystko sprawia, że podejrzanemu traci racjonalny osąd sytuacji, staje się podatny na sugestię i perswazję ze strony przesłuchujących.

- Zaprezentowanie wersji alternatywnych. Ten krok zwykle jest podejmowany przez przesłuchujących po wielu godzinach przesłuchania (lub po wielu przesłuchaniach), kiedy podejrzanemu jest już bardzo zmęczony, ma bardzo silne poczucie izolacji, samotności i wyczerpania poznawczego. Przesłuchujący przedstawia podejrzanemu dwie ostateczne wersje wydarzeń: jedną, w której podejrzanemu ukazany jest w najgorszym możliwym świetle, jako bardzo zły człowiek, i drugą, w której sama waga przestępstwa jest złagodzona, a czyn podejrzanego usprawiedliwiony, a nawet uzasadniony. W obydwu przypadkach to podejrzanemu jest sprawcą i musi wybrać, która z wersji jest „prawdziwa”. Ze względu na szczególny stan psychiczny, w którym się znajduje w trakcie przesłuchania podejrzanemu, zwykle wybiera tę drugą wersję, tym samym przyznając się do winy;
- Ustna relacja przesłuchującego o przebiegu przestępstwa;
- Przekształcenie ustnej relacji w pisemne przyznanie się.

Ważnym elementem metody Reida jest obserwacja niewerbalnego zachowania podejrzanego. Zaleca się na przykład rozróżnianie „prawdomównych” od „kłamliwych” podejrzanych na podstawie prośby o zabranie głosu (kłamca jakoby będzie wiedział, że kłamie, dlatego prosi o pozwolenie na zabranie głosu w trakcie przesłuchania), wyciągnięcia ręki w celu przerwania przesłuchującym (kłamcy mieliby wykonywać takie gesty), wychylania się do przodu

Sławną metaanalizę DePaulo i in. (2003), w której zebrano wyniki badań nad 158 wskazówkami kłamstwa, pokazała, że większość obserwowanych zachowań niewerbalnych nie jest związana z kłamstwem (np. wbrew potocznemu przekonaniu badania pokazują, że gesty ilustrujące, adaptory czy ułożenia nóg itp. nie są skorelowane z kłamaniem).

na krzesła i wiele, wiele innych. Niestety, większość tych porad jest oparta na potocznych przekonaniach i nie ma nic wspólnego z wiedzą opartą na dowodach czy badaniach naukowych. Współcześnie wiadomo, że zachowanie niewerbalne nie jest dobrym wskaźnikiem kłamstwa. Już sławna metaanaliza DePaulo i in. (2003), w której zebrano wyniki badań nad 158 wskazówkami kłamstwa, pokazała, że większość obserwowanych zachowań niewerbalnych nie jest związana z kłamstwem (np. wbrew potocznemu przekonaniu badania pokazują, że gesty ilustrujące adaptory czy ułożenia nóg itp. nie są skorelowane z kłamaniem). Co więcej, nie tylko badania naukowe pokazują na bezużyteczność analizy zachowania niewerbalnego w celu wykrycia kłamstwa. Na przykład w latach 2007–2015 na lotniskach w USA realizowany był „Behavioral detection program”, którego celem było nauczanie służb pracujących na lotniskach analizy zachowania niewerbalnego oraz mikroekspresji w celu wykrywania potencjalnych przemytników czy terrorystów, zarówno w trakcie pobytu na terenie lotniska, jak i podczas przesłuchań. Raport ewaluacyjny tego programu wskazał na jego kompletne fiasko, podsumowując, że wnioskowanie o kłamstwie na podstawie zachowań niewerbalnych prowadziło do licznych błędów i nadużyć, a nawet określono je jako „bezużyteczne, stronnicze i bazujące na śmieciowej nauce” (Cushing 2017).

Wady metody Reida

Zatem metoda Reida nie tylko zawiera błędne informacje dotyczące tego, czy podejrzany kłamie, ale również na podstawie wniosków wyciągniętych na ich podstawie dopuszcza używanie silnego nacisku, perswazji, manipulacji i przymusu ze strony przesłuchującego. Przez psychologiczne działanie siły autorytetu, wywoływanie u podejrzanego poczucia izolacji i osamotnienia, strategię (nierzadko odwołującą się do kłamstwa), minimalizowanie konsekwencji przyznania się oraz maksymalizację konsekwencji nieprzyznania się do winy istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo, że podejrzany faktycznie przyzna się do popełnienia przestępstwa. Nawet jeżeli w istocie jest niewinny. W trakcie metody

Reida przesłuchiwany cały czas zmuszany jest do utrzymania uwagi, słuchania przesłuchujących lub odpowiadania na pytania. Co więcej, nieustannie atakowany jest informacją, że policja/prokuratura wie, że to on jest winny i żadne zapewnienia tego nie zmieniają. Wciąż słyszy opowiedzianą na różne sposoby historię o tym, jak dokonał przestępstwa. To sprawia, że podejrzany jest pod wpływem bardzo silnego pobudzenia organizmu, które przeradza się w obciążenie poznawcze – procesy uwagi, logicznego myślenia, wyciągania wniosków i racjonalnej oceny sytuacji są znacznie ograniczone. W rezultacie w kroku siódmym, gdy przesłuchujący oferuje możliwość ucieczki poprzez wybór „łagodniejszej” wersji przestępstwa, podejrzany ma wysoką skłonność do przyznania się – na ogół dlatego, że chce zakończyć tę psychologiczną torturę.

Metoda Reida ma wielu zwolenników, ale też ogromną rzeszę przeciwników, w tym psychologów sądowych. Ci pierwsi zauważają, że jest skuteczna – w końcu podejrzani przyznają się do winy. Co więcej, aby osoba była przesłuchiwana w charakterze podejrzanego, organy prowadzące postępowanie muszą mieć uzasadnione podejrzenie, że popełnił dany czyn. Innymi słowy, jak już ktoś się staje podejrzanym, to według zwolenników metody Reida najprawdopodobniej może być winny, co oznacza, że stosowanie naciskowej metody przesłuchań jest uzasadnione. Z kolei przeciwnicy metody Reida argumentują, że może i ta metoda jest skuteczna w uzyskiwaniu prawdziwych przyznań do winy, ale też jest skuteczna w uzyskiwaniu fałszywych. Sprawia to, że jest relatywnie wysokie ryzyko skazania niewinnej osoby w konsekwencji zastosowania tej metody, podczas gdy prawdziwy sprawca będzie pozostawał na wolności i popełniał dalsze przestępstwa.

Skuteczność metody Reida

Biorąc pod uwagę te argumenty, powstaje zatem pytanie – jaka jest rzeczywista, udowodniona w niezależnych badaniach naukowych skuteczność metody Reida? Co ciekawe, mimo że ta metoda jest znana od dziesiątek lat, nie doczekała się licznych empirycznych weryfikacji. Naukowcom bardzo trudno prowadzić badania

Przeciwnicy metody Reida argumentują, że może i ta metoda jest skuteczna w uzyskiwaniu prawdziwych przyznań do winy, ale też jest skuteczna w uzyskiwaniu fałszywych.

Klasyczny eksperyment Kassina i Kiechel pokazuje, że: wykorzystanie zaledwie kilku elementów metody Reida powoduje, że ludzie są w stanie przyznać się do czynu, nawet jeżeli go nie popełnili, w dodatku nawet gdy grożą im za to konsekwencje finansowe i ta tendencja do przyznawania się jest większa, jeżeli przesłuchujący stosuje fałszywe dowody (w badaniu zastosowano fałszywe zeznania świadków).

z jej wykorzystaniem z tego względu, że stosowanie tak ogromnego nacisku i psychologicznego stresu w badaniach jest skrajnie nieetyczne. Jednakże istniejące badania pokazują na skuteczność tej metody. Na przykład badania 44 przesłuchań podejrzanych przeprowadzonych w autentycznych sprawach karnych pokazują, że im więcej elementów metody Reida, tym większa szansa na uzyskanie przyznania do winy (King i Snook 2009). Jednakże pozostałe badania terenowe i eksperymentalne pokazują, że choć ma swoje plusy, to w istocie jej stosowanie może być niebezpieczne. Na przykład klasyczny eksperyment Kassina i Kiechel (1996) pokazuje, że: wykorzystanie zaledwie kilku elementów metody Reida powoduje, że ludzie są w stanie przyznać się do czynu, nawet jeżeli go nie popełnili, w dodatku nawet gdy grożą im za to konsekwencje finansowe i ta tendencja do przyznawania się jest większa, jeżeli przesłuchujący stosuje fałszywe dowody (w badaniu zastosowano fałszywe zeznania świadków). Co więcej, metaanaliza badań terenowych i eksperymentalnych nad technikami przesłuchań podejrzanych (Meissner i in. 2014) pokazuje, że wprowadzie zarówno metody przymusowe (np. metoda Reida) jak i „przyjazne” (jak metoda PEACE) są skuteczne w pozyskiwaniu przyznań do winy ogółem, ale metody przymusowe powodują częstsze fałszywe przyznania do winy. Również badania autentycznych spraw sądowych pokazują na niebezpieczeństwo stosowania metody Reida. Na przykład Fundacja Innocent Project, zajmująca się pomocą niesłusznie skazanym, podaje, że na 367 spraw, w których doprowadzono do zwolnienia z wieloletniego więzienia niewinnie oskarżonych, w 28% z nich doszło do fałszywego przyznania do winy, w większości spowodowanego przesłuchaniem z wykorzystaniem technik zawartych w metodzie Reida. Co ważne, skazania osób niewinnych znacznie częściej zdarzają się w przypadku przestępstw z wykorzystaniem przemocy (np. zabójstwa, gwałty: ponad 30%) niż w przypadku przestępstw przeciwko mieniu (12%, np. kradzieże; Silbret, Hollway i Larizadeh 2015). Podane dane dotyczą USA. W Polsce trudno jest znaleźć podobne statystyki, znane są jednak głośne medialne sprawy, gdzie dochodziło do fałszywe-

go przyznania się do winy pod wpływem naciskowego przesłuchania. Jednym ze słynniejszych przykładów jest sprawa Tomasza Komendy, który po pierwszym, psychologicznie naciskowym przesłuchaniu przyznał się do zarzucanych mu czynów. Głośny był również przykład podejrzanego o zabójstwo Ewy Tylman, który przyznał się do zabójstwa pod wpływem wielogodzinnego, wyczerpującego, naciskowego przesłuchania, a który został przez sąd uniewinniony od wszystkich zarzutów.

Efekt konfirmacji

Dodatkowo stosowanie metody Reida może sprzyjać powiększaniu efektu konfirmacji, który zawęża percepcję organów prowadzących postępowanie i w konsekwencji może prowadzić do skazań niewinnych. Dobrze pokazują to badania przeprowadzone przez Kassina, Goldsteina i Savitsky'ego (2003). Osoby badane w ich eksperymencie były podzielone na podejrzanych i przesłuchujących. Podejrzani dzielili się dodatkowo na dalsze dwie grupy: połowa miała za zadanie ukraść sto dolarów z gabinetu (winni) albo go tylko odwiedzić (niewinni). Przesłuchujący też byli podzieleni na dwie grupy: połowa z badanych była przekonana, że przesłuchuje osobę winną, a druga połowa, że przesłuchuje osobę niewinną. Przesłuchania były prowadzone zgodnie z trzema głównymi założeniami metody Reida, opisanymi wcześniej. Następnie przesłuchania były nagrane i oceniane przez niezależnych sędziów kompetentnych. Okazało się, że najbardziej naciskowe i agresywne przesłuchania były prowadzone wtedy, kiedy podejrzany był w istocie niewinny, ale przesłuchujący był przekonany, że przesłuchuje winnego. Co ciekawe, siła nacisku w takiej sytuacji była niemal o połowę większa ($M = 7,2$) niż w przypadku, gdy przesłuchiwanym był naprawdę winny ($M = 5,8$). Na podstawie tego badania można powiedzieć, że najgorsza sytuacja podczas przesłuchania podejrzanego występuje w przypadku niewinnie podejrzanym – wówczas przesłuchujący będzie stosował najbardziej naciskowe i perswazyjne metody przesłuchania.



Przesłuchanie Reida a areszt tymczasowy

Sila psychologicznego oddziaływania przesłuchania Reida jest dodatkowo wzmocniona przez zastosowanie wobec podejrzanego aresztu tymczasowego. W Polsce areszt tymczasowy to najpoważniejszy środek zapobiegawczy, polegający na całkowitym odizolowaniu podejrzanego od świata, mimo że formalnie wciąż jest niewinny. Przez wielu uznawany jest za bardziej dotkliwy niż kara więzienia, ponieważ w trakcie przebywania w areszcie podejrzany nie może ubiegać się o przepustki, utrzymywać kontaktu ze światem zewnętrznym i pozbawiony jest większości praw, które mają już osądzeni więźniowie. Formalnie celem aresztu jest zabezpieczenia prawidłowego toku postępowania przygotowawczego, czyli, mówiąc ogólnie, uniemożliwienie podejrzanemu niszczenia dowodów, mataczenia itd. Teoretycznie areszt może trwać maksymalnie trzy miesiące, jednak na wniosek prokuratora sąd może go przedłużyć. Areszt tymczasowy powinien być stosowany w szczególnych wypadkach (np. gdy istnieje uzasadniona obawa, że podejrzany ucieknie i/lub popełni nowe przestępstwo). W praktyce jednak bywa tak, że areszty tymczasowe są traktowane przez prokuratorów jako „areszty wydobywcze”, których celem jest długie przetrzymanie podejrzanego w izolacji i doprowadzenie do takiego stanu psychicznego, by przyznał się do winy. Jak podaje raport z polskich badań (Pilitowski 2019), w analizowanym przez badaczy

okresie średni czas stosowania tymczasowego aresztowania wynosił 439 dni (rok i dwa miesiące), a najdłuższy ponad 3 lata. Co więcej, zdarza się areszt jest stosowany, mimo że przesłanki do jego zastosowania nie są spełnione. Na przykład głośna medialnie była sprawa mężczyzny podejrzanego o przestępstwa gospodarcze, przetrzymywanego w areszcie dziewięć lat (od 2003 r.) bez postawienia mu zarzutów. Biorąc to wszystko pod uwagę, może się zdarzyć, że całkowita izolacja w areszcie przez wiele miesięcy, połączona z naciskowymi przesłuchaniami z elementami metody Reida doprowadzi do fałszywych przyznań do winy.

Sprawa Einarssonów

Jedną z najgłośniejszych takich przypadków jest sprawa Einarssonów z 1974 r. (dokładny opis sprawy wraz z analizą psychologiczną przesłuchań można znaleźć w książce Gudjonssona, 2018). Sprawa dotyczyła zaginięcia Gudmundur i Geirfinnur Einarsson i została zaklasyfikowana przez śledczych jako zabójstwo, choć zwłok nigdy nie znaleziono. Śledczy wytypowali w tej sprawie pięciu podejrzanych i zastosowali zarówno przesłuchanie z elementami metody Reida, jak i areszt tymczasowy. W wyniku tych działań wszyscy podejrzani przyznali się do podwójnego zabójstwa, choć – jak czas pokazał – wszyscy byli najprawdopodobniej niewinni. Podejrzani byli przetrzymywani w areszcie od 88 do 741 dni i byli przesłuchiwani w sumie 641 razy (od

Okazało się, że najbardziej naciskowe i agresywne przesłuchania były prowadzone wtedy, kiedy podejrzany był w istocie niewinny, ale przesłuchujący był przekonany, że przesłuchuje winnego.

26 do 180 razy na osobę) przez w sumie 976 godzin. W trakcie tego czasu wielokrotnie przyznawali się do winy i wycofywali swoje przyznania, najczęściej po jednej przespanej nocy. Na przykład jeden z podejrzanych, Kristján Vidarsson, zanim się przyznał do morderstwa, był przesłuchiwany 160 razy, w sumie przez 215 godzin, przetrzymywano go w areszcie przez 682 dni, gdzie dwa razy próbował popełnić samobójstwo. Badania psychologiczne w momencie przesłuchania wykazały u większości podejrzanych niski poziom inteligencji, impulsywność i deficyty uwagi (obecnie nazywane ADHD) – cechy silnie powiązane z podatnością na fałszywe przyznania do winy. Nagłośnienie tej i wielu innych spraw doprowadziło do tego, że John E. Reid and Associates (instytut zajmujący się prowadzeniem szkoleń z przesłuchań metodą Reida, założony przez samego Johna E. Reida) obecnie na swojej stronie internetowej zamieszcza liczne obostrzenia dotyczące tego, jakie dobre praktyki powinny towarzyszyć wykorzystaniu metody Reida. Są to m.in. zabezpieczenie podstawowych potrzeb fizjologicznych podejrzanych, nagrywanie całego przesłuchania, unikanie przesłuchań tą metodą osób nieletnich itd. (Buckley 2021).

Istotność sposobu przesłuchań podejrzanego

Na zakończenie warto jeszcze raz podkreślić, że przesłuchanie podejrzanego jest bardzo trudną czynnością procesową. Podejrzany (nieważne, czy faktycznie winny, czy też nie), aby uniknąć odpowiedzialności lub w strachu przed organami postępowania, może kłamać, oszukiwać. Jeżeli jest niewinny, ze strachu może się mylić co do faktów czy zdarzeń, które pamięta i może wypadać niewiarygodnie w trakcie przesłuchania. Dodatkowo podczas postępowania organy prowadzące postępowanie przygotowawcze narażone są na popełnianie błędów konfirmacji, który może w znaczący sposób wpłynąć na przesłuchanie i w rezultacie na całe postępowanie. Dlatego ważne, by w praktyce używane były taktyki i metody, które są skuteczne w pozyskiwaniu informacji od podejrzanego, ale jednocześnie nie zwiększają prawdopodobieństwa fałszywego przyznania do winy. ■

Bibliografia:

1. J.P. Buckley, *False Confessions: The Issues to be Considered*, 2021 [pobrane z: <https://reid.com/resources/investigator-tips/falseconfessions-the-issues-to-be-considered>].
2. T. Cushing, *Confirmed: TSA's Behavioral Detection Program is Useless, Biased, and Based on Junk Science*. Techdirt, 2017 [pobrane z: www.techdirt.com/articles/20170209/10331936675/confirmed-tsas-behavioral-detection-program-is-useless-biased-based-junk-science.shtml].
3. B. M. DePaulo, J.J. Lindsay, B.E. Malone, L. Muhlenbruck, K. Charlton, K., H. Cooper, *Cues to deception*, „Psychological Bulletin” 2023, 129 (1), s. 74–118.
4. G.H. Gudjonsson, *Wiley series in the psychology of crime, policing and law. The psychology of false confessions: Forty years of science and practice*, John Wiley i Sons Ltd. 2018.
5. O. Mazur, *Przesłuchanie podejrzanego w opinii prokuratorów i policjantów*, „Prokuratura i prawo” 2011, 2, s. 121–144.
6. C.A. Meissner, A.D. Redlich, S.W. Michael, J.R. Evans, C.R. Camilletti, S. Bhatt, S. Brandon, *Accusatorial and information-gathering interrogation methods and their effects on true and false confessions: A meta-analytic review*, „Journal of Experimental Criminology” 2014, 10 (4), s. 459–486.
7. M.R. Napier, *Behavior, truth and deception: Applying profiling and analysis to the interview process*, Boca Raton, wyd. 2, FL: CRC Press 2017.
8. S. Kassin, C.C. Goldstein, K. Savitsky, *Behavioral confirmation in the interrogation room: On the dangers of presuming guilt*, „Law and Human Behavior” 2003, 27 (2), s. 187–203.
9. S.M. Kassin, K.L. Kiechel, *The social psychology of false confessions: Compliance, internalization, and confabulation*, „Psychological Science” 2003, 7 (3), s. 125–128.
10. L. King, B. Snook, *Peering inside a Canadian interrogation room: An examination of the Reid model of interrogation, influence tactics, and coercive strategies*, „Criminal Justice and Behavior” 2009, 36 (7), s. 674–694.
11. B. Pilitowski, *Aktualna praktyka stosowania tymczasowego aresztowania w Polsce. Raport z badań empirycznych*, 2019 [pobrane z: https://courtwatch.pl/wp-content/uploads/2019/12/tymczasowe_aresztowania_FCWP.pdf].
12. R. Silbert, J. Hollway, D. Larizadeh, *Criminal Injustice: A Cost Analysis of Wrongful Convictions, Errors, and Failed Prosecutions in California's Criminal Justice System*, „Public Law Research Paper” 2015, nr 16–12 [pobrane z: <https://ssrn.com/abstract=2741863>].

**┌ LEK. MED. BARBARA CZEKAJ ┐**

Specjalista psychiatra, psychoterapeuta z certyfikatem Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Asystent psychodramy Europejskiego Instytutu Psychodramy z siedzibą w Berlinie. Ma ukończone całonocowe szkolenie w zakresie psychoterapii (przy Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie). Podnosi stale swoje kwalifikacje poprzez udział w szkoleniach i konferencjach psychiatrycznych jak i udział w superwizjach własnych.

Fizjologia lęku. Samowiedza i samoświadomość jako przykład narzędzia terapeutycznego – niezbędny słownik pojęć

Fizjologia traktuje o mechanizmach rządzących przebiegiem różnych czynności i funkcji organizmu. Fizjologami nazywani byli kiedyś filozofowie greccy okresu przedsokratejskiego. Czym zatem jest fizjologia lęku? Zbadaniem jego podstaw i sił, które go napędzają.

Lęk zaliczany jest do jednego z najczęściej spotykanych objawów psychopatologicznych. Lęk to wewnętrzny proces związany z uczuciami napięcia i skrępowania, powiązany z wyobrażonym zagrożeniem. Jest wewnętrznym odniesieniem wystąpienia niebezpiecznego zewnętrznego wydarzenia. Może być również określany jako niecelowa mobilizacja organizmu. Oczekiwane działanie – to ochrona przed trudną sytuacją, natomiast najczęściej sam lęk powoduje tę trudną sytuację, sprawiając przy tym wiele dyskomfortu. Lęk nie jest działaniem celowym, a kiedy staje się patologiczny, chory zaczyna cierpieć coraz bardziej. Może dojść do sytuacji, kiedy organizm, podążając za psychiką będącą w ciągłym stanie alarmu, zaczyna odmawiać posłuszeństwa. Sytuacje, kiedy chorego przykrywa lęk, mogą być stanem kwalifikującym do hospitalizacji. W takich sytuacjach największym błędem jest próba przeczekania tego przez chorego bądź chęć pomocy sobie za pomocą leków uspokajających lub alkoholu w dużych ilościach. Jedynym słusznym wyjściem jest udanie się do specjalisty – psychoterapeuty, najlepiej takiego, który pracuje z klientami z zaburzeniami lękowymi i nerwicami, lub psychiatry.

Objawy psychiczne i somatyczne

Poza psychicznymi objawami, lękowi towarzyszy szereg objawów somatycznych, takich jak: kołatanie serca, przyspieszony puls, wyostrome zmysły, potliwość dłoni i suchość w ustach. Psychiczne i somatyczne objawy tworzą zamknięte koło, wzajemnie się napędzają – jedno powoduje drugie. Niezdiagnozowane w odpowiednim momencie mogą sprawić, że zbadanie faktycznego powodu pogorszenia stanu psychofizycznego może być bardzo trudne. Nierzadko klientom towarzyszy nerwica hipochondryczna – wyobrażenie chorób towarzyszących, zagrażających życiu, sprawia, że faktyczny stan zdrowia się pogarsza. Serce w ciągłym przyspieszeniu szybciej się zużywa, napięcie sensoryczne i wyostrome zmysłów powoduje chroniczne przemęczenie. Pomimo początkowego poprawnego stanu zdrowia klient może doświadczyć jego pogorszenia spowodowanego nie chorobami, ale stanem umysłu – lękami. Zdarza się, że klienci najpierw udają się do kardiologa, przekonani, że problemem jest serce, nie umysł.

U podłoża zaburzeń nerwicowych leży lęk. Przymiotnikiem od słowa nerwica – „znerwicowany” często szafuje się w naszym języku. Prawie każdy raz na jakiś czas, aby wytłumaczyć swoje napięcie, używa tego słowa. Nerwica – to termin, który został wprowadzony w XVIII w. Wcześniej była określana inaczej, przyjmowała złowrogie nazwy, jak: cerebropatia sercowo-mózgowa, nerwospazmy, ogólna nadczołość. Często osoby z nerwicą początkowo podejrzewają u siebie problemy sercowe, narzekają na kłopoty ze snem, mówią, że „coś jest z nimi nie tak”. Rozdrażnienie, utrata koncentracji oraz spadek nastroju powodują, że pomimo poczucia dyskomfortu

nie potrafią zrozumieć, co się z nimi dzieje. Część osób podejrzewa się o depresję.

STUDIUM PRZYPADKU 1

Elżbieta, 64-letnia opiekunka do dzieci zaczęła narzekać na dolegliwości sercowe. Zauważyła, że często występuje u niej kołatanie serca, pocą jej się dłonie, ma problemy z płytkim oddechem. Zaniepokojona tym poszła do kardiologa z prośbą o leczenie. Po przebadaniu lekarz stwierdził, że przyczyną nie jest złe ustawienie leków sercowych i zaproponował wizytę u psychoterapeuty. Pani Elżbieta, nieco rozczłuszczona taką diagnozą, po kolejnym tygodniu pogłębiających się dolegliwości postanowiła udać się do wskazanego specjalisty. Okazało się, że przyczyną jest nerwica. Klientka od dłuższego czasu cierpiała na obezwładniające lęki, często czuła bezpodstawną złość i frustrację. Miała wrażenie, że nic jej nie wychodzi oraz że nie jest w stanie dalej wykonywać swojej pracy. Poprosiła o urlop, wiedząc, że być może zakończy się on zwolnieniem. Skupiła się na terapii. Po dodatkowej konsultacji psychiatrycznej zaczęła przyjmować leki nasenne. Połączenie psychoterapii i farmakoterapii przyniosło oczekiwane, pożądane efekty. Po kilku miesiącach Pani Elżbieta wróciła do pracy.

STUDIUM PRZYPADKU 2

36-letnia Aneta trafiła do ośrodka leczenia uzależnień po tym, jak psychiatra skierował ją tam ze wskazaniem na chorobę alkoholową. Aneta od 18. roku życia choruje na nerwicę lękową. Podczas sesji w ten sposób opowiadała o swoim stanie i historii:

„Zaczęło się po maturze. Nie byłam w stanie wyjść z domu, lęk mnie paraliżował, bałam się, a właściwie, cały czas się boję praktycznie wszystkiego. Tłumu, ludzi, ruchu. Na myśl o tym, że będę gdzieś na zewnątrz sama, mam napady paniki. Ktoś bliski musi być ciągle obok mnie, kiedy wychodzę. Wiem, że to nielogiczne, bezpodstawne i tak naprawdę nie mam się czego bać, ale nie potrafię nad tym zapanować”. Kiedy miała 21 lat prowadzący ją psychiatrą powiedział Anecie, że nerwica lękowa chroni ją przed dorastaniem, bo podświadomie cały czas chce zostać małą dziewczynką, córeczką rodziców. Wtedy też depresja zaczęła się pogłębiać. Klientka miała włączone leczenie SSRI. W wieku 35 lat, sama diagnozując u siebie głęboką depresję, udała się do szpitala w poszukiwaniu pomocy. Po miesiącu została przekierowana na leczenie uzależnienia. Nie oponowała przeciw tej diagnozie. Była zrezygowana, ale zgadzała się z tym, że to jest również wielki problem. Podczas początkowych rozmów tak opisywała swój stan: „Jestem zmęczona diagnozowaniem nerwicy lękowej i depresji. Nie wiem, skąd się to wzięło, ale chyba muszę coś zrobić ze swoim picciem”.

Półroczna terapia leczenia uzależnień przyniosła poprawę, jednak Aneta kontynuuje terapię integracyjną, już nie tylko skoncentrowaną na poznawczo-behawioralnej terapii leczenia uzależnienia od alkoholu.

Jak widać, diagnozy nerwicy, depresji czy uzależnień mogą się ze sobą przeplatać. Celem specjalistów jest badanie głównych przyczyn i źródeł problemów klienta.

Globalne spojrzenie na objawy klienta

Patrząc na klienta globalnie, jesteśmy w stanie dostrzec znacznie więcej, niż kiedy będziemy koncentrować się na jednym objawie. Oczywiście jest to trudniejsze, gdyż obecnie specjalizacje robią się coraz węższe. Terapeuta z doświadczeniem i intuicją będzie potrafił znaleźć wspólny mianownik dla wielu problemów, z którymi przychodzi do gabinetu konkretna osoba. Objawy opisywane w książkach i nauka, którą zdobywa się na studiach czy w szkołach psychoterapii jest bazą, sztywną wiedzą, która nabiera wartości dopiero wtedy, kiedy potrafimy jej użyć tak, aby pomóc drugiemu człowiekowi.

Każdy specjalista, czy jest to rzemieślnik, artysta, malarz, prawnik czy psychoterapeuta, korzysta z zestawu narzędzi mających za zadanie pomóc mu w pracy. Narzędziem pracy psychoterapeuty czy specjalisty psychologa, oprócz zestawu testów czy narzędzi psychometrycznych, jest otwarta głowa, chęć poznania drugiego człowieka i zdolność słuchania ze zrozumieniem. Zgodnie ze słowami Carla Rogersa, najważniejszymi cechami dobrego terapeuty są: empatia, akceptacja i autentyczność. Sukces psychoterapii w największym stopniu jest podyktowany relacją terapeutyczną, czyli więzią łączącą terapeuta z klientem.

Czy w takim razie klient jest w stanie sam pracować ze swoimi problemami? Przyglądając się bliżej przykładom klientów z zaburzeniami lękowymi, można jasno stwierdzić, że niezmiernie ważna jest tu relacja klienta, jaką ma ze sobą samym.

Ogólnym pojęciem, które określa stopień, w jakim osoba przychodząca do naszego gabinetu zna siebie samego, jest samowiedza. Podczas rozmowy z klientem, zadając mu pytania odnośnie tego, jaki ma kontakt ze swoimi emocjami i myślami, jakie są

jego przekonania i wartości, czy potrafi je nazwać i zlokalizować, możemy dowiedzieć się więcej na temat jego samowiedzy.

Samowiedza

Samowiedza opiera się ponadto na lustrze społecznym oraz schematach JA. Lustro społeczne, czyli inaczej jaźń odzwierciedlona, jest określeniem psychologicznym i socjologicznym, które kształtuje się poprzez informacje odbierane i asymilowane z otoczenia w stosunku do własnej osoby. Pytaniem, które kształtuje jaźń społeczną, jest pytanie o to, jak inni mnie odbierają. Jeśli np. w towarzystwie jestem uważana za inteligentną, a ja te informacje odbieram, to w mojej samowiedzy będę kobietą inteligentną. Schematy JA – to kolejny budulec samowiedzy. Są to schematy, które powstały w wyniku doświadczeń z przeszłości i kumulują się, tworząc całość, czyli obraz siebie samego. To zbiory informacji z przeszłych sytuacji, w których się znajdowaliśmy i konfrontowaliśmy, które grupując się, tworzą schematy wyobrażeniowe nas samych. Aby do tego mogło dojść, konieczna jest zdolność do introspekcji. Możemy o niej mówić, kiedy dana osoba posiada zdolność do przyglądania się i rozumienia swoich przemyśleń i stanów psychicznych, do analizy własnego wnętrza. Jest to umiejętność, która wydaje się naturalna, jednak u większości ludzi jest bardzo ograniczona lub znikoma. To proces polegający na chęci zrozumienia siebie i umiejętności zatrzymania się, aby zadając samemu sobie pytania, potrafić znaleźć przyczyny swoich zachowań. Umiejętność introspekcji oraz wgląd są kluczowe dla analizy lęku.

Umiejętność introspekcji i wgląd – analiza lęku

Lęk, jak wcześniej mówiliśmy, jest nielogiczny i bezpodstawny. Osoba go doświadczająca, jest często odcięta od swojego wnętrza, będąc obojętna przez wytwory swojego umysłu. Źródłem lęku może być podświadomość – wtedy konieczna jest psychoanaliza.

Wgląd jest terminem używanym zarówno w psychologii, jak i w psychiatrii. Oznacza się nim poziom zrozumienia i stopnia nasilenia własnej choroby oraz jej następstw. Podczas rozmów diagnostycznych jest jedną z najczęściej określanych umiejętności klienta.

Poza psychicznymi objawami, lękowi towarzyszy szereg objawów somatycznych, takich jak: kołatanie serca, przyspieszony puls, wyostrome zmysły, potliwość dłoni i suchość w ustach.

Często osoby z nerwicą początkowo podejrzewają u siebie problemy sercowe, narzekają na kłopoty ze snem, mówią, że „coś jest z nimi nie tak”. Rozdrażnienie, utrata koncentracji oraz spadek nastroju powodują, że pomimo poczucia dyskomfortu nie potrafią zrozumieć, co się z nimi dzieje. Część osób podejrzewa się o depresję.

Osoby z nerwicą przychodzące do gabinetu terapeutycznego rzadko mają wgląd, najczęściej winą obarczając inne problemy. Lęk się kamufluje, „strachem staje się bać”. Badając przyczynowość zdarzeń i ich konsekwencji, możemy powiedzieć, że u podstaw lęku znajduje się brak samoświadomości.

Samoświadomość jest świadomością własnego JA, posiadaniem kontaktu ze swoimi uczuciami, myślami i potrzebami, umiejętnością skupienia uwagi na własnych przekonaniach i wartościach. Samoświadomość siebie tu i teraz pozwala na rozbrojenie niektórych mechanizmów i zachowań kompulsywnych czy automatycznych, co pozwala uzyskać klientowi lepszy wgląd i zapobiec rozwojowi choroby. Samoświadomość można określić jako „posiadanie idei samego siebie”. Czym większa samowiedza i samoświadomość, tym dana osoba będzie miała lepszą zdolność autoprezentacji i szersze pojęcie własnego JA.

Samoświadomość

Autoprezentacja jest zdolnością przekazania tego (poprzez zachowanie werbalne i niewerbalne), kim jesteśmy, jak chcielibyśmy być postrzegani i jak inni powinni nas widzieć. Jest zdolnością, która ogranicza pole szarości w określaniu osoby przez środowisko zewnętrzne, co pozwala na większą stabilność. Zanim nabierze się umiejętności autoprezentacji, trzeba umieć określić się przed samym sobą. Pojęcie własnego JA jest tym, co zawiera nasze JA, czyli to, kim jesteśmy, jak postrzegamy swoje cechy, wartości i przekonania oraz to, kim dla siebie jesteśmy.

STUDIUM PRZYPADKU 3

Krzysztof, lat 29, przyszedł na psychoterapię po miesięcznym pobycie w szpitalu psychiatrycznym. Próby kontroli swoich obaw i nieumiejętność radzenia sobie z życiem sprawiły, że jego życie, pomimo talentów intelektualnych i akademickich, było w rozsypce. Po skończeniu ASP i rozpoczęciu studiów doktoranckich na tej samej uczelni wszystko zdawało się być na dobrym torze. Wkrótce jednak, stopniowo, Krzysztof zaczął odczuwać obawy przed spotkaniami z kolegami.

Nigdy nie był duszą towarzystwa, ale tym razem obawy sprawiły, że przestał wychodzić z domu. Codzienne funkcjonowanie stało się dla niego koszmarem. Wprowadził się do rodziców, którzy nie potrafili zrozumieć, co się z nim dzieje. Po dwóch tygodniach trafił do szpitala. Tam, leczony farmakologicznie, zaczął czuć się lepiej, ale zaraz po wyjściu z instytucji sytuacja znów się pogorszyła.

Zaczął czytać o psychoterapii i postanowił spróbować. Przyszedł do gabinetu i dokładnie opisał, co się z nim działo. Miał już sporą wiedzę na temat swojej choroby, czyli wgląd. Z terapeutą pracował efektywnie, gdyż sam wykonywał dużo pracy, poszerzał samoświadomość, był ciekawy procesu i zmotywowany. Sporą część pracy wykonywał sam w domu. Ćwiczenia i zadania dawały mu konkretne narzędzia, dzięki którym polepszał komunikację z samym sobą. Stało się to jego codzienną porcją przygody i przyjemności. Budował poczucie własnej wartości, a dzięki zdolności do introspekcji potrafił zlokalizować źródła lęku i strachu.

Poczucie własnej wartości

Poczucie własnej wartości można nazwać stanem psychicznym powstałym wskutek uogólnionej oceny dokonanej na własny temat.

Samoocena jest postawą w stosunku do samego siebie, która wpływa na nastrój i zachowanie. Może nam pomóc lub zaszkodzić, w zależności od tego, czy jest niska czy wysoka, za niska, za wysoka. Z kolei u jej podłoża leży samowiedza. Jeżeli poczucie własnej wartości jest zbyt trudne do zbudowania na tym etapie terapii, należy rozpocząć od sprawdzenia/zbadania poczucia tożsamości klienta.

Tożsamość jest tym, czym człowiek jest – wizją samego siebie. Jest zbiorem różnych cech, jak: wygląd, sposób chodzenia, mówienia, zachowywania się, odnajdywania w towarzystwie, bycia sobą – unikatowym i niepowtarzalnym. Każdy z nas ma poczucie tożsamości. Oczywiście jest, że osoby przychodzące do psychologa, zmagające się z lękami, depresją czy

Ogólnym pojęciem, które określa stopień, w jakim osoba przychodząca do naszego gabinetu zna siebie samego, jest samowiedza. Podczas rozmowy z klientem, zadając mu pytania odnośnie tego, jaki ma kontakt ze swoimi emocjami i myślami, jakie są jego przekonania i wartości, czy potrafi je nazwać i zlokalizować, możemy dowiedzieć się więcej na temat jego samowiedzy.

stresem, nie są w stanie określić go dokładnie. Jest ono raczej mdłym pojęciem – „nie od razu Rzym zbudowano”.

STUDIUM PRZYPADKU 4

Wojciech, 46-letni lekarz medycyny, na terapię uczęszcza 2 razy w tygodniu od ponad 2 lat. Nie potrafi pozbyć się lęku spowodowanego trudnymi przeżyciami z dzieciństwa. Jego matka była poświęcona kościołowi, ojciec opuszczał dom, jak często tylko mógł, aby spędzać czas z kochanką. Wojciech nigdy nie miał oparcia w rodzinie, zaczął ten sam wzorzec przenosić do swojego domu. Zamiast spędzać czas z żoną i dzieckiem, wyjeżdżał na konferencje, oddawał się pracy. Terapię traktował jak lek, konieczność, która w jasno sprecyzowany sposób ma mu pomóc. Wojciech odgórnie traktował terapeutę, starając się kontrolować przebieg sesji. Miał lęk przed otwarciem się. Praca nad samoświadomością była bardzo ważnym elementem terapii. Trzeba było uświadomić klientowi, że psychoterapia to nie lek, a efekty zależą w większości od niego samego. Praca nad akceptacją wydarzeń z przeszłości oraz – poprzez konfrontacje, introspekcje i pogłębianie samowiedzy – pomoc w zdobywaniu siły, miały pomóc w zmierzeniu się z powielaniem wzorca ojca z własnego dzieciństwa. Terapia Wojciecha powoli przynosi zmiany w jego funkcjonowaniu. Jest jednak dowodem na to, że nie ma jednego sposobu na udaną terapię, gdyż efekt jest zależny w większości od klienta, jego gotowości i chęci do zmiany.

Dla specjalisty najważniejsza zawsze jest więź terapeutyczna z klientem, budowanie w nim ciekawości siebie samego, tak aby zadania, które otrzymuje, lub pytania zadawane podczas rozmowy rozpały jego wyobraźnię. Kiedy będzie chciał poznać siebie, wtedy możemy powiedzieć o postępach. Psychika ludzka jest bardzo skomplikowaną i delikatną „maszyną”. Psychoterapeuta, niczym neurochirurg, musi potrafić precyzyjnie posługiwać się językiem swojego klienta, tak aby nawiązana relacja pomogła mu zbudować poczucie tożsamości, zacząć

rozwijać samoświadomość i samowiedzę, a następnie budować poczucie własnej wartości. ■

Bibliografia:

1. N. Branden, *6 filarów poczucia własnej wartości*, Feeria 2008.
2. A. Kapusta, *Podmiotowość, jaźń, tożsamość*, „Diametros” 2006, 7, s. 193–198.
3. A. Kasperowicz-Dąbrowiecka, *Diagnozowanie zaburzeń lękowych uogólnionych i napadów lękowych*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej” 2002, t. 2, nr 3.
4. J. Neckar, *Narracyjne ujęcie „ja” na tle innych sposobów jego ujmowania*, [w:] *Tożsamość człowieka*, pod red. A. Gałdowa, Kraków 2000.
5. A. Pilarska, A. Suchańska, *Strukturalne właściwości koncepcji siebie a poczucie tożsamości. Fakty i artefakty w pomiarze spójności i złożoności koncepcji siebie*, „Studia Psychologiczne” 2013, s. 51.
6. K. Rowa, M.M. Antony, *Psychological Treatments for Social Phobia*, „The Canadian Journal of Psychiatry” maj 2005.
7. C. Sehlmeier, S. Schoning, P. Zwitserlood, B. Pfeleiderer, T. Kircher, V. Arolt, C. Kondrad, *Human Fear Conditioning and Extinction in Neuroimaging: A systematic review*, „Plos One” 2009.
8. H. Sęk, *Jakość życia a zdrowie*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1993, 55, Wydział Prawa i Administracji UAM.
9. G.L. Sol, *Expectations regarding psychotherapy*, „The Journal of Nervous and Mental Disease” 1993, 137 (4), s. 353–362.
10. W.Z. Traczyk, A. Trzebski, *Fizjologia człowieka z elementami fizjologii stosowanej i klinicznej. Podręcznik dla studentów medycyny*, PZW 1990.
11. J. Trzebiatowski, *Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych*, „Hygeia Public Health” 2011, 46 (1), s. 25–31.
12. R. Ziemińska, *Samoświadomość i samowiedza z punktu widzenia epistemologii*, „Analiza i Egzystencja” 2008, 7.



┌ MARTYNA CEMBRZYŃSKA ┐

Psycholog, oligofrenopedagog, specjalista terapii psychopedagogicznej dzieci i młodzieży. Absolwentka Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. Ukończone studia podyplomowe na kierunkach: logopedia i oligofrenopedagogika. Specjalizuje się w terapii psychologicznej i pedagogicznej dzieci i młodzieży niepełnosprawnych ruchowo i intelektualnie, ze spektrum autyzmu, depresją, zaburzeniami lękowymi, trudnościami wychowawczymi, nadpobudliwych psychoruchowo. Prowadzi terapię indywidualną oraz zajęcia grupowe

Rodzicielstwo poprzez adopcję. Jak zbudować więź opartą na empatii, wzajemnym szacunku i zrozumieniu

Adopcja wiąże się z ogromną zmianą nie tylko w życiu dziecka, ale również rodziców – jest decyzją otwierającą całkiem nowy rozdział w ich życiu. Rodzice adopcyjni stają przed licznymi wyzwaniami, spośród których najbardziej istotnymi wydają się być między innymi: budowanie więzi z dzieckiem, radzenie sobie z jego przeszłością i przede wszystkim wspieranie dziecka w procesie adaptacji do nowego środowiska rodzinnego.

Relacja rodzic – dziecko:

Pierwsza relacja z najbliższym opiekunem, rodzicem ma decydujący wpływ na rozwój dziecka i jego przyszłe życie. Pierwsze związki z innymi ludźmi (zazwyczaj rodzicami) są dla dziecka najważniejszymi związkami w życiu z kilku powodów:

- decydująco wpływają na rozwój samooceny, poczucia własnej wartości i pewności siebie,
- kreują podwaliny pod tworzenie wszelkich przyszłych związków i relacji z innymi osobami,
- wykształcają schematy zachowań pojawiające się w konkretnych sytuacjach (np. tradycje, przekonania),
- w dużym stopniu kształtują rozwój osobowości dziecka,
- w pierwszych kilkunastu latach życia zapewniają bezpieczeństwo oraz wsparcie i umożliwiają swobodny rozwój fizyczny i psychiczny (Schaffer 2005, s. 122),
- stanowią bazę do powstania przyszłej sieci wsparcia społecznego.

Moment pojawienia się dziecka oraz oczekiwania na jego nadejście jest zazwyczaj dla rodziców czasem ekscytującym, a zarazem pełnym obaw i pytań, które przynajmniej przez pewien czas pozostaną bez odpowiedzi. Sytuacja jest jeszcze bardziej stresująca i niepewna w przypadku rodzin adopcyjnych. „Czy zdoła pokochać mnie tak, jakbym był jego biologicznym rodzicem?”, „W jaki sposób sprawić, żeby było samodzielne?”, „Czy będzie się czuło przy mnie bezpiecznie?”, „W jaki sposób mam z nim rozmawiać i bawić się?”, „Czy będzie z nami szczęśliwe?”, „Czy będziemy potrafili rozwiązywać problemy i się dogadywać?” – to tylko nieliczne z pytań, które przyszli rodzice adopcyjni zadają często sami sobie. Niniejszy artykuł skupiony jest na rodzicielskich obawach związanych z nawiązywaniem oraz podtrzymywaniem relacji i więzi z małym dzieckiem. Jest jednocześnie zbiorem propozycji zaleceń stworzonych w celu ułatwienia rozwiązywania wyżej wymienionych trudności w gabinetach psychologicznych.

Relacja zaspokajająca podstawowe potrzeby psychiczne

Wszelkie zachowanie człowieka wynika z motywacji, a ta wiąże się ściśle z pragnieniem zaspokojenia pojawiających się potrzeb. Pierwsze w kolejności są potrzeby fizyczne, takie jak: głód, pragnienie, sen. Następnie pojawiają się potrzeby psychiczne, które ogólnie można zaklasyfikować do trzech głównych obszarów: potrzeba autonomii, kompetencji i relacji (Steinke-Kalembka 2017). Relacja z rodzicem jako podstawowa relacja w życiu każdego człowieka powinna wspierać zaspokajanie powyższych potrzeb, umożliwiając prawidłowy rozwój osobowości dziecka.

Krótki opis wyżej wyszczególnionych potrzeb:

- **Potrzeba relacji:** tworzenie trwałych i wartościowych więzi, relacji z drugim człowiekiem, pozostawanie w stałym kontakcie z bliskimi i dalszymi ludźmi, przynależność do systemu rodzinnego i określonych grup społecznych.
- **Potrzeba kompetencji:** poczucie sensu własnych działań, poczucie własnej wartości, poczucie bycia istotnym dla siebie samego, innych ludzi i świata.
- **Potrzeba autonomii:** poczucie własnej odrębności, ustanawianie i akceptowanie własnych granic.

W niniejszym artykule podczas tworzenia propozycji programu terapeutycznego odwołano się szczególnie do realizacji wyżej wymienionych potrzeb.

STUDIUM PRZYPADKU

Karolina, 3. r.ż.:

Rodzice Karoliny zgłosili się do psychologa 6 miesięcy po adopcji i przyznaniu praw rodzicielskich. Z powodów fizjologicznych nigdy nie mogli mieć własnych dzieci. Karolina jest jedynaczką, a rodziców biologicznych straciła w wyniku wypadku komunikacyjnego w wieku 18 miesięcy. Nie posiada żadnej bliskiej rodziny. W wieku dwóch lat została oddana pod opiekę rodziny zastępczej. Do wizyty rodziców adopcyjnych skłoniły nawarstwiająca się obawy związane ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem i strach przed popełnieniem błędów, które mogłyby rzutować na ich przyszłe relacje z córką. Dziewczynka jest dzieckiem raczej pogodnym, jednak często towarzyszą jej silne emocje i trudne zachowania. Kilka razy w tygodniu zdarzają jej się ataki hysterii objawiające się krzykiem, płaczem, rzucaniem przedmiotami. Jej reakcje są zazwyczaj niewspółmierne do działającego bodźca. Najbardziej złości się, w sytuacji gdy rodzice narzucają jej swoją wolę (nie może dokończyć zabawy, musi położyć się spać, konieczne jest szybkie ubranie się i wyjście z domu). Karolina wymaga stałej uwagi ze strony rodziców, chce, aby przez cały czas byli w niedalekiej odległości i bawili się z nią. Złością ją sytuacje, w których coś nie idzie po jej myśli, kiedy coś jej się nie udaje. Dziewczynka ma dużą trudność w skupieniu się na jednej zabawie w czasie dłuższym niż 5–7 minut. Porządek dnia uległ znacznemu zachwianiu. Rodzicom bardzo trudno jest ustalić stałe pory posiłków i zasypiania. Karolina zaczęła się buntować podczas ubierania, nie zgadza się na zakładanie ubrań przygotowanych przez mamę. Głównym słowem w repertuarze słownikowym dziewczynki stało się „NIE!”. Rodzice dziecka po pewnym czasie zaczęli być coraz bardziej sfrustrowani i przerażeni powyższą sytuacją.

Podczas systematycznych wizyt u psychologa udało się stworzyć plan terapeutyczny i plan wsparcia dla rodziców, zawierający kilka podstawowych punktów.

Realizowanie potrzeby relacji

Podstawą tworzenia więzi pomiędzy dzieckiem i opiekunem jest bliskość fizyczna oraz kontakt tzw. „twarzą w twarz”. Szczególnie dzieci, które są adoptowane i ich wcześniejsze relacje z różnych względów mogły być wyjałowione z tej bliskości – będą potrzebowały jej najmocniej. Aby rozwijać ciepłą i bezpieczną więź pomiędzy dzieckiem a opiekunem należy zwracać uwagę na kilka istotnych kwestii:

- Reagowanie na sygnały płynące od dziecka – Opiekun powinien w miarę natychmiastowo reagować na płacz oraz zaczepki dziecka. W sytuacji gdy dziecko przejawia złość, smutek czy niezadowolenie, dobrze jest reagować spokojem, kojącym tonem głosu, delikatnym dotykiem (głaskanie dziecka, przytulanie go). Staramy się uczyć rodziców rozpoznawania i kontrolowania własnych stanów emocjonalnych, dzięki czemu zdobędą kompetencje do uspokajania własnych dzieci i tworzenia dla nich tzw. „bezpiecznej bazy”. Tworzenie w relacji z dzieckiem „bezpiecznej bazy” stanowi kluczową rolę w rozwijaniu u niego poczucia bezpieczeństwa oraz chęci do poznawania i eksplorowania świata. Rodzic powinien starać się odnaleźć tzw. złoty środek pomiędzy postawą nadopiekuńczą a brakiem zainteresowania w stosunku do dziecka. Odgrywanie scenek (z użyciem lalki lub bez) w obecności psychologa z dodatkowym omówieniem – reagowanie na trudne emocje u dziecka (złość, płacz, smutek). Przykład: dziecko płacze, jest zdenerwowane – rodzic podchodzi do dziecka, jego twarz i ruchy są spokojne, mówi do dziecka ciepłym, spokojnym tonem, delikatnie dotyka dziecko, bierze je na ręce, przytula.
- Odzwierciedlanie emocji dziecka – w sytuacji gdy dziecko przejawia silne emocje, rodzic nazywa je i tłumaczy, skąd się biorą. Przykład: dziecko płacze, domagając się jedzenia – rodzic podchodzi do dziecka, spokojnie mówi „Jesteś zdenerwowany, ponieważ chce Ci się jeść”, podaje dziecku butelkę, jedzenie.
- Reagowanie uśmiechniętą, rozpromienioną twarzą na widok i zaczepki dziecka – w sytuacji gdy rodzic spogląda na dziecko lub odwraca się w jego stronę, gdy ono go zaczepia, stara się naturalnie i szczerze uśmiechać. Dzięki temu dziecko będzie czuło się ważne, zauważone a jego poczucie własnej wartości wzrośnie.

Ważne punkty tworzenia „bezpiecznej bazy”:

- Unikanie słowa „UWAŻAJ!”, w sytuacji gdy dziecko próbuje nowych rzeczy, angażuje się w nową czynność. Ciągłe zwracanie uwagi na niebezpieczeństwo może wywołać u dziecka postawę lękową

i przeświadczenie, że świat jest niebezpieczny a ono najprawdopodobniej nie poradzi sobie samo w codziennym życiu. Przykład: zamiast „Uważaj, bo się przewrócisz!” warto opisać dziecku sytuację, np. „Pamiętaj, że chodnik jest nierówny”.

- Dążenie do samodzielnego wykonywania czynności przez dziecko poprzez umożliwienie mu popełniania błędów i zachęcania do ponownego spróbowania własnych sił. Przykład: dziecko ma trudność z ubraniem kapci – rodzic spokojnym i ciepłym tonem zachęca je do ponownego spróbowania własnych sił. Nie wyręcza dziecka, a jedynie stara się je zachęcić.
- Wspieranie dziecka w chwilach słabości i niepewności. Zezwalanie na odczuwanie przykrych, silnych emocji i akceptowanie ich.
- Ustalenie czasu, który będzie całkowicie poświęcony dziecku (min. 20 minut dziennie). W tym czasie rodzic podąża za dzieckiem, jest mu całkowicie oddany. Ten moment ustala z dzieckiem wcześniej, tak aby wiedziało, kiedy nastąpi. W tym czasie wyłącza wszelkiego rodzaju urządzenia elektroniczne (np. wyłącza telewizor, odkłada telefon). Czas ten jest niezależny od tego, jak dziecko zachowywało się w ciągu dnia. Celem jest tutaj uświadomienie dziecku, że miłość rodzicielska oraz chęć spędzania z nim czasu jest niezależna od niczego.
- Stworzenie rodzinnych rytuałów (np. rytuał zasypania, rytuał spożywania posiłków). Ważne, aby rytuały te dbały szczególnie o bliskość i kontakt pomiędzy rodzicami a dzieckiem, a mniej odnosiły się do mechanicznego wykonywania określonych czynności.
- Wprowadzanie uważności w życie rodziny – stosowanie metod mindfulness opartych na uważności i akceptacji siebie oraz pozostałych członków rodziny.

Realizowanie potrzeby autonomii

Potrzeba autonomii jest jedną z trzech podstawowych potrzeb psychicznych człowieka. Dbając o jej prawidłowy rozwój, wspieramy proces powstawania osobowości dziecka, jego wewnętrznego JA, które w przyszłości pozwoli mu określać granice pomiędzy tym, czego chce i potrzebuje, a tym, czego chcą i potrzebują inni.

Zalecenia dla rodziców:

- Stworzenie dziecku możliwości do samodzielnego dokonywania wyborów. Od tego momentu matka dziewczynki przygotowywała dwie pary spodni i dwie koszulki, zachęcając córkę do samodzielnego zdecydowania, który zestaw dzisiaj ubierze.
- Unikanie szybkiego odpowiadania za dziecko. Stworzenie mu czasu i przestrzeni na samodzielne przemyślenie pytania i odpowiedź.
- Akceptowanie emocji dziecka, jego preferencji i wyborów w sytuacjach, w których jest to możliwe.

Tworzenie w relacji z dzieckiem „bezpiecznej bazy” stanowi kluczową rolę w rozwijaniu u niego poczucia bezpieczeństwa oraz chęci do poznawania i eksplorowania świata.

Karolina dzięki temu mogła poczuć, że jest kochana niezależnie od tego, jak się czuje. Rodzice dzięki zaakceptowaniu trudnych emocji u dziewczynki zaczęli reagować na nie spokojniej i starają się szukać możliwych przyczyn ich występowania.

Realizowanie potrzeby kompetencji

Dzięki wspieraniu zaspokajania potrzeby kompetencji dziecko rozwija zdrowe poczucie własnej wartości, pewność siebie oraz poczucie przynależności do systemu rodzinnego, bycia równoprawnym i ważnym członkiem rodziny. Uczy się eksperymentować, jest ciekawe świata, nie boi się podejmować nowych zadań, lepiej radzi sobie z porażkami.

Zalecenia dla rodziców:

- Przypominanie dziecku o jego pozytywnych cechach i osiągnięciach (nawet tych najmniejszych). Szczególne zwracanie na to uwagi, w sytuacji gdy dziecko odnosi najmniej sukcesów. Odwoływanie się do takich cech, jak: troskliwość, przyjacielskość, pracowitość, kreatywność, determinacja itp.
- Pokazywanie dziecku własnych błędów i uświadamianie mu, że nikt nie jest idealny. Stworzy to bezpieczną atmosferę w domu rodzinnym i pozwoli na akceptowanie własnych niepowodzeń u dziecka.
- Traktowanie błędów jako nauki na przyszłość. Wyciągnie z nich aspektów pozytywnych. Na przykład „Teraz będziemy już wiedzieli, że piłką powinno się rzucać na podwórku, a nie w domu. Dzięki temu w przyszłości unikniemy stłuczenia wazonu”.
- Docenianie wysiłków dziecka nawet w wykonywaniu tych czynności, które wydają nam się naturalne i oczywiste (np. codzienne obowiązki). Jest to szczególnie ważne w tych czynnościach, których dziecko jeszcze nie zautomatyzowało, które są dla niego trudne, wymagają ciągłego przypominania.
- Wspieranie zainteresowań i pasji dziecka oraz zachęcanie do próbowania sił w nowych aktywnościach. Realizacja własnych zainteresowań jest źródłem motywacji do działania, wspiera kreatywność, samoocenę i radość z życia.
- Unikanie odruchu „naprawiania dziecka”. Akceptowanie go takim, jakie jest. Dzięki temu będzie miało możliwość i chęć do rozwinięcia swojego potencjału w zakresie, który jest dla niego możliwy.
- Unikanie perfekcjonizmu w codziennym życiu. Dotyczy to zarówno aktywności dziecka jak i oceny własnych działań. Ideał jest niemożliwy do osiągnięcia i często odbierany bardzo subiektywnie. Warto zwracać uwagę na potrzeby wszystkich członków rodziny i wspólnie ustalać, co jest dla nas ważne, a z czego możemy zrezygnować.
- Wprowadzanie podziału zadań w domu – ustalenie czynności, które może wykonywać każdy członek rodziny i dzielenie się nimi.

Dzięki wprowadzeniu powyższych zmian w życiu rodziny trudne zachowania Karoliny po pewnym czasie wyciszyły się. Dziewczynka była bardziej skłonna do współpracy. Rzadziej towarzyszyły jej trudne emocje i coraz lepiej potrafiła sobie z nimi radzić.

Bardzo istotnym punktem w procesie terapeutycznym było uświadomienie rodzicom, że powinni dbać również o swój komfort psychiczny, będąc wobec siebie wrażliwymi i akceptującymi. Zniwelowanie presji, którą sobie narzucili pozwoliło na wyciszenie frustracji, poczucia bezradności i niekompetencji w byciu rodzicem.

Podczas prowadzenia procesu terapeutycznego z rodzicami adopcyjnymi warto jest zwrócić szczególną uwagę na wymagania i presję, którą sobie narzucają. Poczucie akceptacji i wsparcia w gabinecie psychologicznym może odegrać kluczową rolę w rozwijaniu nowych kompetencji emocjonalnych i rodzicielskich. Bardzo istotne jest również przedstawienie rodzicom zmian rozwojowych, które mogą i powinny występować w ciągu życia dziecka, a wiążą się jednocześnie z okresami buntu i trudnych zachowań. Dzięki temu możliwe będzie zmniejszenie poczucia winy i obciążenia związanego z trudnym wyzwaniem wychowywania dziecka. ■

Bibliografia:

1. H.R. Schaffer, *Tworzenie związków. Psychologia dziecka*, s. 105–145, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2005.
2. J. Steinke-Kalembka, *Dodaj mi skrzydeł. Jak rozwijać u dzieci motywację wewnętrzną?*, Wydawnictwo SAMO-SEDNO, Warszawa 2017.
3. J. Trempała, *Psychologia rozwoju człowieka*, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2014.
4. A. Faber, E. Mazlish, *Jak mówić, żeby dzieci nas słuchały. Jak słuchać, żeby dzieci do nas mówiły*, Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań 2012.



└ ANNA JAROSZ-BILIŃSKA ┐

Psycholog i oligofrenopedał. Jest autorką książek z zakresu kompetencji społecznych oraz myślenia przyczynowo-skutkowego. Od wielu lat pracuje z dziećmi ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, prowadzi także liczne warsztaty.

Diagnoza i wsparcie dziecka z FASD

FASD (ang. *Fetal Alcohol Spectrum Disorder*) – to spektrum poalkoholowych zaburzeń płodu, do których zalicza się wszelkie zaburzenia wynikające z ekspozycji na alkohol w okresie prenatalnym. Najpoważniejszym z nich jest alkoholowy zespół płodowy (ang. *Fetal Alcohol Syndrome*, FAS). W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 FAS znajdują się pod nazwą Q86.0, a pozostałe zaburzenia neurorozwojowe wynikające z picia alkoholu przez matkę w czasie ciąży mogą być klasyfikowane jako F88.

FASD jest to jednostka chorobowa, w której mamy do czynienia z najcięższą formą wad wrodzonych. Ich pełnoobjawową postać stwierdza się w przypadku potwierdzenia czterech poniższych kryteriów:

- ekspozycja na alkohol w życiu płodowym,
- prenatalny i/lub postprenatalny deficyt w obszarze wzrostu, wagi ciała oraz obwodu głowy,
- uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, które wyraża się jako upośledzenie funkcji fizycznych, intelektualnych i społecznych,
- zespół fizycznych anomalii związanych z deformacjami budowy twarzy, kończyn oraz wadami narządów wewnętrznych.

Do objawów podstawowych wspomnianych anomalii budowy twarzy zaliczamy:

- mały obwód głowy,
- małe szpary oczne,
- płaską twarz,
- krótki, zadarty nos,
- brak rynienki podnosowej,
- brak czerwieni wargowej, szczególnie górnej wargi.

Objawami towarzyszącymi są:

- zmarszczka nakątna,
- zapadnięty grzbiet nosa,
- zniekształcenie małżowin uszu,
- mała żuchwa.

Wszystkie wspomniane anomalie są najbardziej widoczne w okresie wczesnego dzieciństwa, z upływem czasu mogą stawać się coraz mniej zauważalne, nie znaczy to jednak, że FAS zniknął.

W przypadku kiedy nie wszystkie cztery kryteria będą spełnione, możemy mówić o uszkodzeniach diagnozowanych jako:

- pFAS (ang. *Partial FAS*) – częściowy FAS,
- ARND (ang. *Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder*) – neurorozwojowe zaburzenia zależne od alkoholu,
- FARC (ang. *Fetal Alcohol Related Conditions*) – uszkodzenia płodu spowodowane alkoholem,
- ARBD (ang. *Alcohol Related Birth Defects*) – wady wrodzone spowodowane alkoholem.

Profilaktyka i badania przesiewowe

Zgodnie z aktualnymi rekomendacjami zaleca się całkowitą abstynencję od alkoholu przez cały okres ciąży, a w razie potrzeby objęcie klientki wsparciem i poradnictwem. Rekomenduje się także przeprowadzanie wywiadów dotyczących spożywania alkoholu w trakcie ciąży oraz po porodzie.

Lekarze mogą korzystać z ustandaryzowanych narzędzi, takich jak kwestionariusze TWEAK i T-ACE. W przypadku podejrzenia wystąpienia FASD przy udowodnionej ekspozycji na alkohol w trakcie życia płodowego powinno się kierować klientów do poradni specjalistycznych.

Standardy diagnostyczne FASD

Najczęstszymi i najbardziej rozpowszechnionymi standardami diagnozy FASD należą: Institute of Medicine/IOM, 4-Digit Code oraz Canadian Guidelines.

Poniżej przedstawiono charakterystykę poszczególnych standardów diagnostycznych uwzględniającą cztery obszary: dysmorfie twarzy, zaburzenia wzrostu, uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego oraz udowodnioną ekspozycję na alkohol w życiu płodowym. Kryteria diagnostyczne dotyczące dysmorfii twarzy (zwięźnione szpary powiekowe, spłycona lub brak rynienki podnosowej, zwięźniona lub brak górnej czerwieni wargowej). W Polsce korzysta się przede wszystkim z waszyngtońskiego 4-stopniowego kwestionariusza diagnostycznego opracowanego przez zespół prof. S. Astley. Narzędzie to jest u nas dostępne od 2012 r. i zakłada wielospecjalistyczną współpracę, w której istotnym elementem są badania neurorozwojowe i neuropsychologiczne. Nacisk kładziony na wielospecjalistyczną współpracę wynika także z tego, iż prawidłowa diagnoza bywa często trudnym wyzwaniem. Powodem są cechy dysmorficzne, które mogą przypominać inne zespoły wrodzone i genetyczne.

Wielospecjalistyczna współpraca podczas diagnozy

Zaburzenia dotyczące dziecka z FAS można podzielić na pierwotne – wynikające z uszkodzenia mózgu na etapie prenatalnym oraz wtórne – pojawiające się na późniejszym etapie na skutek niewłaściwej opieki lub nieadekwatnego rozpoznania.

Do zaburzeń pierwotnych można zaliczyć:

- deficyty w zakresie myślenia przyczynowo-skutkowego oraz abstrakcyjnego,
- obniżone możliwości intelektualne – często diagnozuje się niepełnosprawność intelektualną,
- trudności z zapamiętywaniem,
- zaburzenia funkcjonowania zmysłów – słuch, wzrok, węch, smak oraz dotyk mogą wykazywać zwiększoną lub zmniejszoną wrażliwość na bodźce.

Zaburzenia wtórne mogą dotyczyć:

- sztywności zachowań,
- trudności w codziennym funkcjonowaniu przejawiającej się agresją lub nadmiernym wycofaniem,
- niskiej samooceny,
- trudności w szkole,
- depresji oraz innych zaburzeń psychicznych,
- skłonności do nadużywania alkoholu.

Oprócz wspomnianych zaburzeń, dzieci z FAS – jak każde inne – posiadają swoje mocne strony, które należy rozwijać. Mogą przejawiać się one:

- spontanicznością,
- dobrą pamięcią wzrokową,
- bogatą wyobraźnią i słownictwem, dzięki którym potrafią tworzyć ciekawe opowiadania,
- miłością i troską w stosunku do ludzi i zwierząt,
- zdolnościami w obszarze muzyki, plastyki oraz tańca.

Tab. 1. Kryteria diagnostyczne dotyczące dysmorfii twarzy (zwężone szpary powiekowe, spłycona lub brak rynienki podnosowej, zmniejszona lub brak górnej czerwieni wargowej)

	Kryteria IOM Amerykańskiego Instytutu Medycyny	4-Digit Code – kryteria waszyngtońskie	Canadian Guidelines – system kanadyjski
FAS	≥ 2 z 3 cech	wszystkie 3 cechy	wszystkie 3 cechy
pFAS	≥ 2 z 3 cech	≥ 2 z 3 cech	≥ 2 z 3 cech
ARND	nieistotne	nieistotne	nieistotne

Tab. 2. Kryteria diagnostyczne dotyczące zaburzeń wzrostu

	Kryteria IOM Amerykańskiego Instytutu Medycyny	4-Digit Code – kryteria waszyngtońskie	Canadian Guidelines – system kanadyjski
FAS	długość/masa ciała ≤ 10 centyla	długość/masa ciała ≤ 10 centyla	długość/masa ciała ≤ 10 centyla lub masa ciała/wzrost ≤ 10 centyla
pFAS	długość/masa ciała ≤ 10 centyla	nieistotne	nieistotne
ARND	nieistotne	nieistotne	nieistotne

Tab. 3. Kryteria diagnostyczne dotyczące OUN

	Kryteria IOM Amerykańskiego Instytutu Medycyny	4-Digit Code – kryteria waszyngtońskie	Canadian Guidelines – system kanadyjski
FAS	≥ 1 z: • zmiany strukturalne mózgu lub • obwód głowy ≤ 10 centyla	≥ 1 z: • zmiany strukturalne, • twarde oznaki neurologiczne lub • dysfunkcje w ≥ 3 obszarach	dysfunkcje w ≥ 3 obszarach: • zmiany struktury mózgu, • twarde i miękkie oznaki neurologiczne, • deficyty w zakresie: percepcji, komunikacji, osiągnięć szkolnych, pamięci, funkcji wykonawczych, myślenia abstrakcyjnego, deficyty koncentracji/hiperaktywność, zachowań adaptacyjnych, kompetencji społecznych
pFAS	≥ 1 z: • zmiany strukturalne mózgu lub • obwód głowy ≤ 10 centyla lub • zaburzenia zachowania/poznawcze	≥ 1 z: • zmiany strukturalne, • twarde oznaki neurologiczne lub • dysfunkcje w ≥ 3 obszarach	dysfunkcje w ≥ 3 obszarach: • zmiany struktury mózgu, • twarde i miękkie oznaki neurologiczne, • deficyty w zakresie: percepcji, komunikacji, osiągnięć szkolnych, pamięci, funkcji wykonawczych, myślenia abstrakcyjnego, deficyty koncentracji/hiperaktywność, zachowań adaptacyjnych, kompetencji społecznych
ARND	≥ 1 z: • zmiany strukturalne mózgu lub • obwód głowy ≤ 10 centyla lub • zaburzenia zachowania/poznawcze (których nie można wytłumaczyć wpływem genetyki rodziny czy środowiska)	≥ 1 z: • zmiany strukturalne, • twarde oznaki neurologiczne lub • dysfunkcje w ≥ 3 obszarach	dysfunkcje w ≥ 3 obszarach: • zmiany struktury mózgu, • twarde i miękkie oznaki neurologiczne, • deficyty w zakresie: poznawczym, komunikacji, osiągnięć szkolnych, pamięci funkcji wykonawczych, myślenia abstrakcyjnego, deficyty koncentracji/hiperaktywność, zachowań adaptacyjnych, kompetencji społecznych

Tab. 4. Kryteria diagnostyczne dotyczące ekspozycji na alkohol

	Kryteria IOM Amerykańskiego Instytutu Medycyny	4-Digit Code – kryteria waszyngtońskie	Canadian Guidelines – system kanadyjski
FAS	potwierdzona lub niepotwierdzona	potwierdzona lub niepotwierdzona	potwierdzona lub niepotwierdzona
pFAS	potwierdzona lub niepotwierdzona	potwierdzona	potwierdzona
ARND	potwierdzona	potwierdzona	potwierdzona

Źródło: P. Riley, M. Alejandra, K. Earren, *Fetal Alcohol Spectrum Disorders: An Overview*, „Neuropsychology Review” 2011, 21(2), s. 73–80.

Tab. 5. Przykładowy wynik (3444) potwierdzający diagnozę FAS za pomocą 4-stopniowego kwestionariusza diagnostycznego 4-Doigit Diagnostic Code

Opóźnienie wzrostu	Cechy dysmorficzne twarzy	Uszkodzenie OUN	Pkt	Wzrost	Twarz	OUN	Alkohol	Prenatalna ekspozycja na alkohol	Pkt
Brak	Brak	Mało prawdopodobne	1					Brak ryzyka	1
Nieznaczące	Dyskretne	Możliwe	3					Ryzyko nieznanne	2
Umiarkowane	Umiarkowane	Prawdopodobne	3	X				Ryzyko prawdopodobne	3
Wyraźne	Wyraźne	Poważne	4		X	X	X	Ryzyko wysokie	4

Tab. 6. FAS a inne zespoły przebiegające z malformacjami

Zespoły przebiegające z malformacjami przypominającymi FAS	Cechy wspólne z FAS	Cechy odmienne od FAS
Zespół Aarskoga (dysplazja twarzowo-genitalna)	Szeroko rozstawione oczy, mały zadarty nos, szerokie philtrum i hipoplazja środkowej części twarzy	Twarz okrągła, wdowi szpic, antymongoidalne ustawienie szpar powiekowych, przodopochylenie nozdrzy, szerokie stopy z „bulwiastymi” paluchami
Blepharophimosis syndrome (BPES)	Krótkie szpary powiekowe i ptoza	Odwrócona zmarszczka nakątna, telekantus
Zespół Kornelii DeLange	Wydłużona i spłaszczona rynienka podnosowa, płaska nasada nosa, wgłębienie nasady nosa, przodopochylenie nozdrzy, mikrocefalia	Zrośnięte brwi, długie rzęsy, opadające kąciaki ust, mikromelia (upośledzenie rozwoju kończyn)
Zespół Dubowitza	Zmarszczki nakątne, ptoza, krótkie szpary powiekowe, mikrocefalia	Szeroki czubek nosa, klinodaktylia
Fetal anticonvulsant syndrome	Hipoplazja środkowej części twarzy, zmarszczki nakątne, wydłużona rynienka podnosowa, cienka górna czerwień wargowa	Półkolista górna warga, wysokie czoło
Maternal PKU effects	Zmarszczki nakątne, krótkie szpary powiekowe, długa słabo wykształcona rynienka podnosowa, mikrocefalia	Uwydatniona gładzizna, mały zadarty nos, okrągła twarz
Zespół Noonan	Obniżona nasada nosa, zmarszczki nakątne, szeroko rozstawione oczy, wydłużona rynienka podnosowa	Szerokie wargi, skośne szpary powiekowe, dobrze wykształcone philtrum
Embriopatia toluenowa	Krótkie szpary powiekowe, hipoplazja środkowej części twarzy, mikrocefalia, wygładzona rynienka podnosowa, cienka górna warga	Anomalie małżowin usznych

Źródło: M. Klecka, M. Janas-Kozik, I. Krupka-Matuszczyk, *Rozwój diagnostyki poalkoholowego spektrum zaburzeń rozwojowych – przegląd narzędzi diagnostycznych*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2010, 10(4), s. 298–302.

Wskazówki do pracy z dzieckiem z FASD w szkole

Dzieci ze zdiagnozowanym FASD wymagają objęcia wielospecjalistyczną i kompleksową opieką, która zapewni im optymalny rozwój. Poniżej przedstawiono propozycje strategii postępowania z uczniem, które pozwolą lepiej zrozumieć jego deficyty, a także odpowiednio zaplanować działania na terenie szkoły. Wskazówki te można wykorzystać także w pracy terapeutycznej w gabinetach specjalistycznych oraz w ośrodkach opiekuńczo-wychowawczych.

Otoczenie

Jeśli rozpoczynamy pracę z dzieckiem z FASD, należy odpowiednio się przygotować, starając się stworzyć mu odpowiednie warunki, które będą sprzyjały prawidłowemu funkcjonowaniu, np.: jeśli chodzi o otoczenie do pracy z dzieckiem z FASD:

- zwrócić uwagę na to, aby wystrój klasy był w miarę możliwości minimalistyczny (bez kolorowych tablic i przedmiotów mogących prowadzić do rozproszenia uwagi),

- dbać o to, aby uczeń miał porządek na ławce i korzystał tylko z tych przedmiotów, które są niezbędne na danej lekcji,
- wyznaczyć specjalną przestrzeń do nauki sprzyjającą skupieniu uwagi.

Rutyna

Pracując z dzieckiem z FASD, należy wziąć pod uwagę także jego skłonność do trzymania się schematów, a co za tym idzie – niechęć do wszelkich zmian, bowiem nieprzewidziane mogą wywoływać lęk. W tym celu można:

- stworzyć plan, do którego będzie mieć dostęp zarówno uczeń, jak i nauczyciel,
- w miarę możliwości powinno uprzedzać się o zmianach w planie (np. zmiana sali, zastępstwo, wycieczka).

Pamięć

Dzieci z FASD często potrafią odtworzyć wydarzenia, które miały miejsce już jakiś czas temu, ale bardzo często nie potrafią powiedzieć, co jadły na śniadanie albo co zostało dzisiaj zadane. Jest to związane z zaburzeniem procesów przetwarzania i odtwarzania informacji. Takie sytuacje bywają dla nich bardzo frustrujące. Charakterystyczne są także deficyty związane z umiejętnością przywoływania informacji w określonej kolejności (np. nazwy pór roku, miesiące czy liter alfabetu). Uczniowie z FASD wykazują się lepszą pamięcią wzrokową niż słuchową. Wspieranie procesu zapamiętywania może odbywać się poprzez:

- dzielenie materiału na mniejsze partie,
- upewnienie się, że dziecko zapamiętało aktualne zagadnienia, zanim przejdziemy do następnych,
- nawet zapamiętane zagadnienia warto co jakiś czas powtarzać,
- do przedstawienia poszczególnych tematów należy używać konkretnych przykładów, które są łatwiejsze do przyswojenia niż pojęcia abstrakcyjne,
- przekazywanie pojęć w sposób wizualny,
- stosowanie gier pamięciowych, krzyżówek, rebusów,
- metoda czytania globalnego,
- zadawanie pytań zamkniętych zamiast otwartych.

Zaburzenia mowy i rozumienia wypowiedzi innych osób

Powszechnym zjawiskiem u dzieci z FASD jest opóźniony rozwój mowy oraz zrozumienia wypowiedzi innych osób. Trudności dotyczą także nieadekwatnego do wieku słownictwa, prawidłowej konstrukcji gramatycznej oraz artykulacji. Deficyty zauważalne są także w obszarach: rozróżniania, definiowania, segregowania oraz selekcjonowania. Kiedy zauważymy takie trudności u dziecka, z którym pracujemy, możemy:

- upraszczać materiał oraz w miarę możliwości przedstawiać go w sposób wizualny,
- formułować komunikaty w sposób jasny i prosty, bez używania metafor, ironii, sarkazmu, abstrakcyjnego humoru,

- dzielić zadania do wykonania na etapy, unikając złożonych poleceń,
- dostosowywać zakres słownictwa do możliwości dziecka.

Trudności w czytaniu i pisaniu

Problemy w czytaniu wynikają z trudności połączenia dźwięku i symbolu, można je jednak zniwelować za pomocą odpowiednio dobranych materiałów czytelnicych. Dzieci z FASD często nie potrafią także zorganizować swoich myśli tak, aby tworzyły one sekwencje. Do typowych trudności można zaliczyć nie tylko wypowiedzi pisemne, ale także literowanie wyrazów oraz używanie wielkich liter. Do strategii mogących rozwijać umiejętności językowe można zaliczyć:

- rozwijanie umiejętności grafomotorycznych za pomocą metody „Dobrego Startu” już na etapie przedszkola,
- korzystanie z zakładki okienkowej, która ułatwia skupienie uwagi na konkretnym fragmencie podręcznika/zeszytu,
- wypisywanie, pogrubianie czy drukowanie najważniejszych definicji,
- odpowiednie kategoryzowanie i prezentowanie grupy słów pozwalających na poszerzenie zasobu pojęć oraz rozwijanie ich zrozumienia.

Ograniczenia sprawności fizycznej

Problemy dzieci z FASD mogą dotyczyć nadwagi, męczliwości oraz podatności na różnego rodzaju urazy sportowe, tj.: zwichnięcia, skręcenia, przeciążenia. Z uwagi na słabszy rozwój fizyczny można odciążyć dziecko w czynnościach szkolnych poprzez:

- zmniejszenie ilości materiału wymagającego przepisywania,
- zgodę na nagrywanie wypowiedzi lub kopiowanie notatek,
- wydłużenie czasu na czynności związane z pisaniem,
- zwolnienie tempa dyktowania.

Myślenie matematyczne

W FASD obserwuje się często problemy dotyczące myślenia matematycznego oraz jego zastosowania w codziennym życiu. W rezultacie może to prowadzić do trudności w posługiwaniu się pieniędzmi, a także określaniem oraz planowaniem czasu. U wielu osób umiejętności matematyczne rozwijają się nieharmonijnie lub z opóźnieniem objawiającym się liczeniem na konkretach w wieku nastoletnim czy nieopanowaniem nauki mnożenia i dzielenia. Strategie pozwalające na rozwijanie myślenia matematycznego:

- zapewnienie dziecku możliwości korzystania z liczydeł, liczmanów, kalkulatora czy palców,
- grupowanie zagadnień unikające mieszania ze sobą różnych problemów matematycznych,
- korzystanie z programów multimedialnych,
- praktyczne zastosowanie wiedzy, np. tworzenie listy zakupów, obliczanie reszty itp.

Nauki ścisłe

Niektórym dzieciom z FASD trudno jest wnioskować czy posługiwać się sprzętem laboratoryjnym, ale to właśnie praktyczna forma zajęć może przyczynić się do łatwiejszego przyswajania przez nie materiału. Kluczem do sukcesu w kontekście nauki przedmiotów ścisłych może być:

- wprowadzanie jak największej liczby eksperymentów ułatwiających naukę na konkretach,
- rozwijanie rozumienia słownictwa naukowego w kontekście życia codziennego,
- zgodna na poszukiwanie własnej drogi prowadzącej do rozwiązania danego problemu,
- zaopatrzenie uczniów w odpowiedni materiał zawierający tabele i ilustracje,
- sprawdzanie znajomości zasad posługiwania się sprzętem.

Muzyka i plastyka

Przedmioty artystyczne, takie jak muzyka czy plastyka, są istotne dla dziecka z FASD. To często właśnie na nich może zaprezentować swoje umiejętności oraz zyskać aprobatę ze strony rówieśników. Zarówno muzyka, plastyka, jak i taniec mogą służyć jako forma wyrażenia emocji czy też komunikacji. Sposoby postępowania z dzieckiem w kontekście przedmiotów artystycznych:

- należy dać dziecku możliwość wyrażania emocji poprzez sztukę,
- dobrze jest zachęcać dziecko do pracy w grupie, np. w ramach przedstawienia teatralnego, które jednocześnie może przekazywać możliwe do wykorzystania wzorce zachowań,
- warto uaktywniać wszystkie zmysły ucznia oraz łączyć koncepcję projektów z realnym światem.

Zaburzenia myślenia przyczynowo-skutkowego

Dzieci, o których mowa, często działają na zasadzie schematu: bodziec – działanie, nie analizując możliwych następstw. Codzienne funkcjonowanie dodatkowo utrudnia im fakt, że łatwo zapominają o tym, czego się nauczyły. Wspomniany problem może dotyczyć również norm obowiązujących w grupie rówieśniczej, co prowadzi do podejmowania często niewłaściwych decyzji. Do strategii postępowania w przypadku deficytów myślenia przyczynowo-skutkowego zaliczamy m.in.:

- rozmowy mające na celu poznanie sposobu myślenia dziecka,
- wyciąganie konsekwencji natychmiast po nieprawidłowym zachowaniu,
- korzystanie z pomocy, takiej jak historyjki obrazkowe, dla wskazania przyczyn i skutków zaistniałych sytuacji,
- próbę przewidzenia problemu i rozwiązania go zanim nastąpi.

Zaburzenia funkcjonowania społecznego

Powszechną cechą u dzieci z FASD jest pewna niedojrzałość w stosunku do rówieśników, dlatego często na swoich kompanów wybierają młodsze od siebie dzieci. Zależy im na akceptacji, są opiekuńczy i przyjacielscy, chociaż zdarza się, że zbyt szybko się spoufalają lub „popisują”. Bywa też tak, że wykazują objawy nadpobudliwości psychoruchowej. Brak umiejętności czekania oraz błędne rozumienie niektórych sytuacji może powodować rosnącą frustrację czy wybuchy agresji. Chcąc pracować nad deficytami w obszarze umiejętności społecznych, należy:

- podawać dziecku jak najczęściej wskazówki dotyczące prawidłowego zachowania,
- opracować plany postępowania w przypadku napotkania trudnej sytuacji lub radzenia sobie z trudnymi emocjami,
- zachęcać do brania udziału w życiu klasowym,
- nauczyć, jak wyrażać emocje,
- często przypominać o obowiązujących normach,
- rozmawiać z dzieckiem i upewniać się, że w sposób właściwy zinterpretował daną sytuację społeczną.

Szacuje się, że średnio 0,08 do 1,0 na tysiąc żywo urodzonych dzieci w Europie to osoby ze spektrum FASD. W Polsce mówi się o 9 tysiącach takich dzieci rocznie. Mimo że jest to liczna grupa, która co roku trafia do placówek oświatowych, to jednak nadal niewiele się o niej mówi. Niezwykle ważna dla tych dzieci jest wczesna diagnoza, która pozwoli objąć je odpowiednią opieką w placówkach oświatowych oraz skonstruować programy interwencji oraz programy edukacyjno-terapeutyczne. Istotne jest także zwiększanie wśród nauczycieli i specjalistów świadomości na temat funkcjonowania dzieci z FASD. ■

Bibliografia:

1. K. Liszcz, *Dziecko z FAS w szkole i w domu*, Kraków 2011.
2. P. Riley, M. Alejandra, K. Earren, *Fetal Alcohol Spectrum Disorders: An Overview*, „Neuropsychology Review” 2011, 21 (2), s. 73–80.
3. M. Klecka, M. Janas-Kozik, I. Krupka-Matuszczyk, *Rozwój diagnostyki poalkoholowego spektrum zaburzeń rozwojowych – przegląd narzędzi diagnostycznych*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2010, 10 (4), s. 298–302.
4. I. Palicka, R. Śmigiel, K. Pesz, M. Janas-Kozik, M. Klecka, *Diagnostyka FASD według 4-cyfrowego Kwestionariusza Diagnostycznego S. Astley – znaczenie badania neuropsychologicznego*, „Standardy Medyczne/Pediatría” 2016. t. 13, s. 112–116.



Pomagamy wychować dziecko, aby było
szczęśliwe w dorosłym życiu.

**Jedyny magazyn psychologiczny
dla dzieci w wieku 5-11 lat**

Dowiedz się więcej:

www.malecharaktery.pl

DORADCA
W POMOCY SPOŁECZNEJ