

13

Interwencje zorientowane na cel w kontekście pomocy psychologicznej

Doświadczenia z testowania
modelu wsparcia usamodzielniania
młodych z zaburzeniami
psychicznymi *Moja sprawa!*

Marta Karbowa-Płowens

**Interwencje zorientowane na cel
w kontekście pomocy psychologicznej**

Marta Karbowa-Płowens

Interwencje zorientowane na cel w kontekście pomocy psychologicznej

**Doświadczenia z testowania modelu wsparcia
usamodzielniania młodych z zaburzeniami
psychicznymi *Moja sprawa!***



Poznań 2022

WPiK Open Access 13

Copyright by:
Marta Karbowa-Plowens

Copyright by:
Wydawnictwo Rys

Redaktor naukowy WPiK Open Access:
dr hab. Aleksandra Piłarska, prof. UAM

Recenzja:
prof. APS dr. hab. Paweł Bronowski

Koncepcja okładki:
Wydział Psychologii i Kognitywistyki UAM

Korekta i redakcja:
Sebastian Surendra

Wydanie I
Poznań 2022



ISBN 978-83-67287-49-4

DOI 10.48226/978-83-67287-49-4

Wydanie:



Wydawnictwo Rys
ul. Kolejowa 41
62-070 Dąbrówka
tel. 600 44 55 80

e-mail: tomasz.paluszynski@wydawnictworys.com
www.wydawnictworys.com

Spis treści

Wprowadzenie	7
Rozdział 1.	
Prezentacja modelu	13
Kluczowe komponenty modelu	13
Pula pacjentów objętych opieką w projekcie.....	22
Diagnoza i narzędzia diagnostyczne.....	26
Projektowanie ścieżki leczenia	40
Rozdział 2.	
Interwencje zorientowane na cel w kontekście pomocy psychologicznej.....	43
Ustalenia definicyjne.....	44
Cele a praktyka kliniczna.....	58
Funkcje formułowania celów w modelu.....	64
Wyznaczniki procesu planowania celów leczenia	70
Wytyczne istotne w procesie ustalania celów leczenia.....	77
Możliwe sytuacje trudne	90
Potencjalne negatywne aspekty stosowania interwencji zorientowanych na cel	102
Czynniki wpływające na skuteczność oddziaływań podejmowanych przez zespół zintegrowanej opieki	107
Zakończenie	115
Bibliografia	117

Wprowadzenie

Współcześnie w procesie udzielania pomocy psychologicznej, niezależnie od jej zakresu i formy, wyznaczanie celów stanowi zazwyczaj istotny element kontraktu zawieranego z pacjentem/klientem¹. Kontrakt to swoista umowa zawierana pomiędzy klientem a terapeutą, która zwykle obejmuje ustalenie celu i efektu zmiany (Cierpiałkowska, Czabała, 2016). Wczesne praktyki psychoterapeutyczne wywodzące się z psychoanalizy podkreślały, że wyleczenie polega na uświadomieniu sobie tego, co było nieświadome (McWilliams, 2012), stąd niewiele uwagi poświęcano tam eksplorowaniu świadomie artykułowanym przez pacjenta celom terapii (Di Malta, Oddli, Cooper, 2019). Wraz z rozwojem poznawczych i behawioralnych nurtów psychoterapii, w których ustalenie celu i dążenie do jego realizacji są kluczowe, psychologiczne interwencje zorientowane na cel oraz współdziałanie pacjenta w ich formułowaniu zyskały status dość powszechnej zasady w pracy psychologa, psychoterapeuty (DeFife, Hilsenroth, 2011; Di Malta i in., 2019). Współdziałanie ten obejmuje zarówno wyznaczanie celów leczenia, strategii realizacji, jak i oceny osiągniętych efektów. Nie można jednak przyjąć, że klinicyści o odmiennych orientacjach będą w tym samym stopniu kładli akcent na cele w swojej praktyce. Dirmaier i in. (2006, za: Michalak, Grosse Holtforth, 2006) dokonali analizy dokumentacji 1192 hospitalizowanych pacjentów poddanych psychoterapii. Odnotowali wiele zbieżności w zakresie kategorii celów leczenia wyznaczanych przez terapeutów różnych modalności. Znaleźli też znaczące różnice. Behawioralnie zorientowani terapeuci częściej formułowali cele odnoszące się do redukcji symptomów, aspektów poznawczych, umiejętności społecznych, behawioralnych czynników ryzyka i radzenia sobie ze stresem, w odróżnieniu od terapeutów pracujących psychoanalitycznie, którzy częściej nawiązywali w treści celów do konfliktów intrapsychicznych oraz relacji terapeutycznej. Podobne prawidłowości zaobserwowano w prezentowanym tutaj projekcie, szczególnie w początkowej fazie jego wdrażania. Projekt realizowali

¹ W monografii zamiennie stosowane będą określenia *pacjent* i *klient* na określenie osoby szukającej pomocy oraz *terapeuta* i *psycholog* w odniesieniu do osoby udzielającej pomocy.

psychologowie szkolący się lub pracujący już w konkretnym nurcie psychotherapeutycznym (systemowym, psychodynamicznym, poznawczo-behawioralnym), jednak wszyscy w równym stopniu zachęceni byli do wykorzystywania w swojej pracy interwencji zorientowanych na osiągnięcie celów, które nie są osadzone w żadnym konkretnym paradygmacie. Wydaje się, że nawet w niedyrektywnych i nastawionych na swobodną eksplorację modelach terapii mamy do czynienia z niejawnymi celami (*implicite goals*), nawet jeśli brzmieć by one miały dość enigmatycznie, gdyby je zwerbalizować, jak np. chciałbym lepiej poznać i zrozumieć siebie (Law, 2018). Jedyna różnica w przypadku interwencji zorientowanych na cele jest taka, że cele są tutaj jawnie, wprost sformułowane (*explicit goals*). Stanowią efekt bezpośredniej współpracy klienta i terapeuty.

Badania sugerują, że właściwie określone cele, wyznaczone we współpracy z pacjentem, zwiększają efektywność podejmowanych wobec niego oddziaływań oraz wspierają proces budowania oraz umacniania przymierza terapeutycznego (zob. przegląd w: Rose, Smith, 2018). Dotyczy to różnych zaburzeń oraz różnych rodzajów i form terapii. Wskazać można zarówno teoretyczne (Bordin, 1979, za: Cierpiałkowska, 2017), jak i empiryczne (Tryon, Birch, Verkuilen, 2018) argumenty za tym, że takie komponenty pracującego przymierza terapeutycznego jak współuczestnictwo klienta w uzgodnieniu ważniejszych celów terapii oraz ważniejszych zadań koniecznych do ich osiągnięcia wpływają pozytywnie na skuteczność psychoterapii, w tym również na motywację do wytrwania w leczeniu. Trzeba nadmienić, że zależnie od podejścia terapeutycznego poziom porozumienia między klientem a terapeutą odnośnie do trzech wskazanych przez Bordina (1994, za: Cierpiałkowska, 2017) elementów przymierza (którymi są więź, poziom uzgodnionych celów i stopień akceptacji zadań ważnych dla postępów terapii) traktowany jest odmiennie, a tym samym ich wpływ na efektywność terapii będzie różny zależnie od preferowanego przez terapeuta podejścia. W prezentowanym tutaj podejściu ustalanie celów terapii, odbywające się w procesie negocjacji z pacjentem, stanowiło ważne narzędzie pracy. W tym kontekście można je uznać za jeden z czynników determinujących powodzenie leczenia, tj. element istotny dla wystąpienia u pacjenta procesów i mechanizmów intrapsychicznych i/lub behawioralnych prowadzących do zmiany. Jednocześnie, choć

kontraktowanie celów wydaje się oczywistym aspektem procesu leczenia, specjaliści, szczególnie początkujący, nie zawsze wiedzą, w jaki sposób efektywnie formułować cele. Co ciekawe, niewiele opracowań empirycznych ukazuje formułowanie celów z perspektywy specjalistów (Schöttke, Trame, Sembill, 2014), choć ich udział w tym procesie jest równie istotny, co wkład samego pacjenta.

Niniejsza publikacja przedstawi wnioski z doświadczeń psychologów wykorzystujących interwencje zorientowane na cele w ramach projektu *Testowanie modelu wsparcia usamodzielniania młodych z zaburzeniami psychicznymi* Moja sprawa!² Praca z pacjentami obejmowała okres od lutego 2019 r. do maja 2021 r. Model opiera się na założeniach podejścia *collaborative care* (CC), obejmującego zintegrowane działania medyczne, psychologiczne i społeczne, dopasowane do pacjenta, realizowane w sposób ciągły, w miejscu najbardziej dla niego dogodnym (najlepiej blisko miejsca jego zamieszkania). Składa się z szeregu komponentów, z których jednym jest systematyczna ocena psychiatryczna oraz proaktywne (z zaangażowaniem i świadomym udziałem pacjenta) monitorowanie (i ewentualne modyfikowanie) indywidualnych ścieżek terapeutycznych, jak również ocena efektywności całości procesu terapeutycznego za pomocą standaryzowanych skal. Projekt oferował nie tylko współpracę z zespołem zintegrowanej opieki (ZZO). Zasadniczy skład zespołu to: lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz POZ), manager pacjenta (MP), psychiatra. Inni specjaliści włączani byli do współpracy, jeśli zachodziła taka potrzeba, np.: pracownik zatrudnienia wspomaganego, konsultant do spraw społecz-

² Model testowano w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego, Oś Priorytetowa IV Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, Działanie 4.1. Innowacje społeczne. Projekt realizowany był przez Stowarzyszenie Na Tak w partnerstwie z Fundacją CISZUM, Nova-med Bodak i wspólnicy sp. j., Centermed sp. z o.o., Asoft sp. z o.o., Miastem Poznań – Miejskim Ośrodkiem Pomocy Rodzinie. Głównym celem projektu była poprawa jakości działań w obszarze zdrowia psychicznego osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w wieku 15–29 lat. Idea przyświecająca projektowi zakładała integrację i ścisłą współpracę pomiędzy sektorami zdrowia a pomocą społeczną, wykorzystanie potencjału istniejącej siatki relacji między lekarzem pierwszego kontaktu a pacjentem oraz dopasowanie działań pomocowych do indywidualnych potrzeb pacjenta. Więcej informacji o projekcie znajduje się na stronie www.ciszum.pl w zakładce *Projekty*.

nych. Projekt oferował także uczestnikom udział w grupach wsparcia oraz warsztaty psychoedukacyjne. Monografia nie traktuje o całości tych oddziaływań, opisanie których przekraczałoby jej ramy. Skupia się na pracy ZZO, a w szczególności managera pacjenta, którego rola w formułowaniu celów leczenia była wiodąca. Termin *manager* nie jest może najszcześniejszym określeniem w kontekście udzielania pomocy psychologicznej, przywodzi bowiem na myśl zarządzanie i kierowanie, charakterystyczne dla pracy w przedsiębiorstwie lub organizacji. Autorki projektu zachowały jednak oryginalny zwrot i z tego powodu nie został on przetłumaczony na inny również w niniejszej publikacji. W monografii pojawia się zamiennie określenie *leczenie* oraz *terapia*, które oznacza wszelkiego rodzaju oddziaływania podejmowane względem pacjenta, niekiedy bardziej o charakterze psychoedukacyjnym czy wspierającym rozwój, a mniej natury terapeutycznej w ścisłym tego słowa znaczeniu, tj. prowadzącej np. do trwałej zmiany w funkcjonowaniu osobowości.

W niniejszym opracowaniu często pojawiają się zalecenia dla osób pracujących w oparciu o założenia prezentowanego tutaj modelu w konkretnych warunkach. Należy jednak podkreślić, że nie są to zalecenia uniwersalne, gotowe do wdrożenia w każdym innym kontekście pracy psychologa, niezależnie od jego specyfiki. W tym sensie publikacja nie promuje jedyne go słusznego sposobu pracy w oparciu o cele, niezależnie od kontekstu, w jakim pracują poszczególni specjaliści z obszaru ochrony zdrowia czy podejścia psychoterapeutycznego. Główną jej intencją jest zobrazowanie tego, jak może wyglądać planowanie interwencji zorientowane na cele oraz z jakimi przeszkodami przyszło mierzyć się psychologom i pacjentom w tym procesie. W tym sensie może stanowić inspirację dla osób, które w swojej pracy pomocowej uwzględniają cele i kierują się nimi w swoich interwencjach. Z uwagi na to, że wdrażanie modelu nie było częścią projektu badawczego, prezentowane obserwacje nie mają charakteru empirycznego. Gromadzono co prawda dane ilościowe, jednak ze względu na spore braki danych oraz wprowadzane na bieżąco modyfikacje w zakresie sposobu ich zbierania, analizy na nich przeprowadzone nie byłyby miarodajne. Z tej przyczyny prezentowane refleksje opierają się głównie na danych jakościowych: wpisach z *rejestr*u pacjenta (RP; elektroniczna karta pacjenta), danych z omówień prowadzonych ścieżek leczenia dokonywanych podczas

superwizji nazywanych *case review* (CR) oraz opisów przypadków przygotowanych przez managerów pacjenta.

Rozdział pierwszy wprowadzi czytelnika w specyfikę modelu, zapoznając go z głównymi jego założeniami, opisem ról pełnionych przez poszczególnych specjalistów, modelem diagnozy i zastosowanymi testami oraz z najważniejszymi narzędziami wykorzystywanymi w pracy specjalistów. Rozdział drugi dotyczy opisu sposobów wykorzystania celów w procesie udzielania pomocy pacjentom. Rozpoczyna go krótkie wprowadzenie teoretyczne, zawierające najważniejsze terminologiczne ustalenia oraz charakterystykę celów. Następnie przedstawiono działania wspomagające osiągnięcie celów przez pacjentów w modelu, ze wskazaniem na funkcje celów, wytyczne towarzyszące pracy na celach oraz możliwe sytuacje trudne. Rozdział kończy opis listy czynników sprzyjających wdrażaniu interwencji opartych na celach lub utrudniających ją, z uwzględnieniem specyfiki projektu.

Rozdział 1.

Prezentacja modelu³

Collaborative care to specyficzny sposób myślenia o opiece zdrowotnej i jej praktykowaniu. Przez ostatnie lata powstało wiele modeli i definicji zintegrowanej opieki medycznej, niemniej we wszystkich tych modelach można dostrzec cechy wspólne. Należą do nich integracja kompetencji specjalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego (psycholog, psychiatra, pielęgniarki, terapeuci itp.), podstawowej opieki zdrowotnej i aktywizacji społeczno-zawodowej, a także koncentracja na leczeniu osoby jako całości oraz uwzględnienie rodziny i otoczenia pacjenta. W ciągu ostatnich dwudziestu lat opublikowano niemal setkę badań wskazujących na dużą skuteczność podejścia *collaborative care*, szczególnie w przypadku leczenia depresji, ale również innych częściej występujących zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń lękowych, zespołu stresu pourazowego, choroby afektywnej dwubiegunowej czy uzależnień oraz chorób współistniejących, takich jak choroby serca, cukrzyca i nowotwory, a więc wszędzie tam, gdzie wymagana jest długoterminowa i systematyczna kontrola stanu zdrowia pacjentów. Badania te jasno pokazują, że wdrożenie zasad zintegrowanej opieki prowadzi do osiągania lepszych rezultatów przez pacjentów, większego zadowolenia pacjentów i specjalistów z postępów w terapii, a w dalszej perspektywie również do poprawy funkcjonowania, w tym obniżenia kosztów całego systemu opieki zdrowotnej.

Kluczowe komponenty modelu

Wyróżnia się pięć kluczowych komponentów zintegrowanej opieki zdrowotnej (zob. ramka 1). Aby działanie zespołu zintegrowanej opieki

³ Niniejszy rozdział powstał częściowo na etapie konkursu (zob. przypis 2), a częściowo na etapie przedstawiania efektów ewaluacji zrealizowanego już projektu. Stanowi część materiałów przekazanych Ministerstwu Funduszy i Polityki Regionalnej. Autorka publikacji uzyskała zgodę Ministerstwa na przedruk materiałów w niniejszej publikacji. Współautorką części dotyczącej komponentów modelu jest Magdalena Nowojska (Fundacja CISZUM).

było efektywne, wszystkie te komponenty muszą zostać poprawnie wdrożone i muszą współwystępować. Zostaną one kolejno omówione.

Ramka 1

Kluczowe komponenty modelu zintegrowanej opieki zdrowotnej

1. Ścisła współpraca zespołu realizującego jedną ścieżkę terapeutyczną pacjenta.
2. Pula pacjentów objęta proaktywną opieką zespołu.
3. Ukierunkowanie na cel w oparciu o mierzalne/obserwowalne dane.
4. Wykorzystanie form terapeutycznych o potwierdzonej naukowo skuteczności.
5. Odpowiedzialność zespołu za uzyskiwane wyniki.

Źródło: opracowanie własne.

Komponent 1. Ścisła współpraca zespołu realizującego jedną ścieżkę terapeutyczną. Pierwszym kluczowym komponentem *collaborative care* jest opieka zespołowa skoncentrowana na pacjencie, co w praktyce oznacza ścisłą współpracę członków zespołu zintegrowanej opieki realizującego jedną ścieżkę terapeutyczną pacjenta. Pacjent stanowi centralną część zespołu, jako że jest on głównym odbiorcą usług i oddziaływań specjalistów. Można powiedzieć, że zespół zawiązuje się z powodu i dla dobra pacjenta. Zatem to indywidualne potrzeby i prawa pacjenta wyznaczają zakres oferowanych usług i kierunek ich koordynacji w systemie zintegrowanej opieki. Zespół dysponuje dużymi możliwościami, jeśli chodzi o włączanie do planu leczenia różnych zasobów i specjalistów, czy to z obszaru medycyny, czy pomocy społecznej. Każdy pacjent jest traktowany indywidualnie, a zespół uruchamia usługi, których dostarczenie usprawni i zoptymalizuje proces terapeutyczny i przyczyni się do realizacji wyznaczonego dla konkretnego pacjenta celu. Istotne jest tutaj, by wszelkie wysiłki poszczególnych członków zespołu były zbieżne i realizowały jedną wspólnie ustaloną i zaakceptowaną ścieżkę leczenia pacjenta, nawet jeśli każda z osób odpowiedzialna jest bezpośrednio jedynie za pewną jej część.

Postawienie pacjenta w centrum uwagi oznacza również konieczność motywowania go do aktywnego współdziałania z zespołem. Szczere zaangażowanie pacjenta jest bowiem podstawowym warunkiem powodzenia procesu leczenia w każdych warunkach. W tradycyjnym podejściu pacjent jest raczej stroną bierną, która po prostu poddaje się leczeniu. W przypadku przedstawianej tu idei opieki zintegrowanej pacjent jest aktywnym uczestnikiem procesu zdrowienia mającym wpływ na jego kierunek czy tempo, wnosi również swoje kompetencje i zasoby. Dowiedziono, że zaangażowanie pacjenta psychiatrycznego w leczenie wydłuża okresy remisji i zmniejsza liczbę nawrotów.

Sercem modelu jest zatem specjalnie utworzony zespół realizujący postulat *collaborative care*, bowiem idea zintegrowanej opieki nie ma szans ziścić się bez udziału osób, które będą ją stosować w swej codziennej praktyce. W przypadku omawianego modelu zespół to złożona ze specjalistów grupa, której wszyscy członkowie zgodnie i w porozumieniu realizują jeden wspólny plan terapeutyczny obejmujący nie tylko samego pacjenta, ale również – o ile to konieczne – jego najbliższe otoczenie.

W skład zespołu wchodzi pacjent, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz psychiatra, psycholog w roli managera pacjenta, a czasem także pracownik socjalny oraz inni specjaliści (psychoterapeuta, pielęgniarka psychiatryczna, terapeuta uzależnień, interwent kryzysowy czy specjaliści, których zadaniem jest w głównej mierze aktywizacja zawodowa pacjenta), dobierani w zależności od aktualnych potrzeb pacjenta. Dzięki takiemu składowi zespół – zwany zespołem zintegrowanej opieki środowiskowej – dysponuje pełnym wachlarzem kompetencji oraz narzędzi, które niezbędne są do skutecznej realizacji biopsychospołecznego planu terapeutycznego. Istotną cechą zespołu zintegrowanej opieki jest to, iż przyjmuje on jeden spójny sposób widzenia potrzeb i celów pacjenta, będący wypadkową perspektyw poszczególnych jego członków.

W modelu zintegrowanej opieki pacjent traktowany jest jako aktywny uczestnik w procesie zdrowienia i usamodzielniania się i jest (często też wraz ze swoją rodziną lub opiekunami prawnymi) integralną częścią zespołu. Potrzeby i prawa pacjenta wyznaczają zakres i kierunek koordynacji usług, zarówno medycznych, jak i społecznych. Zaangażowanie pacjenta w swoje własne zdrowienie znacznie podnosi

uzyskiwane efekty. Wzmacnianie odpowiedzialności pacjenta odbywa się m.in. poprzez współdziałanie pacjenta w tworzeniu planu leczenia i wyborze otrzymywanego wsparcia z obszaru społecznego i medycznego, edukowanie pacjenta w zakresie symptomów choroby oraz zastosowanych form leczenia, wypracowanie planu zapobiegającego nawrotom oraz aktywizowanie pacjenta przy pomocy krótkich form wsparcia psychologicznego.

Warto podkreślić rolę managera pacjenta w testowanym modelu. Istnieje różnica między koordynacją opieki a zarządzaniem ścieżką pacjenta. Najczęściej termin koordynacja opisuje niekliniczne, ale ważne funkcje, takie jak skierowanie pacjenta do specjalisty, dostarczanie informacji, logistyczną pomoc dla określonych pacjentów. Wielu pacjentów wymaga bardziej intensywnego klinicznego podejścia oprócz otrzymania logistycznego i informacyjnego wsparcia. Rolą managera pacjenta jest zarówno koordynacja informacyjno-logistyczna usług, jak i działania kliniczne, takie jak monitorowanie efektów leczenia czy wspieranie samodzielności pacjenta (zastosowanie krótkich form behawioralno-poznawczych oddziaływań). Granica między koordynacją opieki a zarządzaniem opieką jest niewyraźna, dlatego każdy manager pacjenta musi rozważyć, jak i w jakim zakresie dla poszczególnych grup pacjentów najbardziej efektywnie i skutecznie może dostarczać oba rodzaje usług. Manager pacjenta znajduje się w sercu zespołu zintegrowanej opieki, zapewniając całościową koordynację zadań zespołu, dbając o efektywną komunikację i wymianę informacji pomiędzy członkami zespołu i działając jako wiodąca osoba kontaktowa dla pacjenta. Manager pacjenta jest odpowiedzialny za dwa kluczowe typy zadań: (a) wsparcie dla realizacji zasad opieki zintegrowanej poprzez działania zarządcze, które pomagają zespołowi śledzić i koordynować działania podejmowane na rzecz pacjenta; (b) zapewnienie krótkich form psychoterapeutycznych w środowisku podstawowej opieki zdrowotnej.

Rola lekarza psychiatry w modelu zintegrowanym różni się od tradycyjnego sposobu wykonywania zawodu psychiatry i może przyjąć kilka form, włączając w to konsultacje medyczne, wspieranie funkcjonowania zespołu oraz dzielenie się wiedzą merytoryczną z pozostałymi członkami zespołu. Konsultant psychiatra może, ale nie musi, pracować w tym samym miejscu, co zespół. Niezależnie od tego, gdzie fizycznie znajduje się miejsce pracy konsultanta, ma on do odegrania kluczową rolę w modelu.

Warto zaznaczyć, że konsultant psychiatra nie musi mieć bezpośredniego kontaktu z pacjentem, żeby mieć znaczący wpływ na pracę zespołu. W takich okolicznościach psychiatra polega na pozostałych członkach zespołu (lekarz POZ, psycholog, pracownik socjalny) w uzyskaniu potrzebnych informacji koniecznych do wydania zaleceń co do postępowania terapeutycznego. Aby jednak było to możliwe, konieczne jest spełnienie kilku bazowych warunków. Jednym z nich jest regularny i odbywający się w oparciu o wystandardyzowane procedury i narzędzia przegląd puli aktywnych pacjentów znajdujących się w rejestrze danego managera. W najbardziej typowej dla modelu sytuacji konsultacje odbywają się regularnie raz na tydzień i uczestniczą w nich manager pacjenta oraz konsultant psychiatra; opcjonalnie może też dołączyć lekarz POZ oraz konsultant ds. społecznych, gdy zaistnieje taka konieczność.

W modelu zintegrowanej opieki lekarz POZ ściśle współpracuje z innymi członkami zespołu w celu zapewnienia najlepszej możliwej opieki dla pacjenta, zgodnej z jego potrzebami, obecnymi uwarunkowaniami kulturowo-środowiskowymi oraz możliwościami psychospołecznymi i odgrywa istotną rolę na każdym etapie ścieżki leczenia pacjenta. Jedną z ważniejszych ról lekarza POZ jest najpierw zidentyfikowanie a następnie zaangażowanie pacjenta w proces leczenia i zachęcenie pacjenta do przyjęcia aktywnej postawy w tym procesie. Jest też tą osobą, która wprowadza pacjenta w tajniki opieki zintegrowanej, tj. przedstawia koncepcję i omawia pokrótce role wszystkich członków zespołu – wyjaśnienie, na czym polega leczenie zintegrowane oraz jak działa program, jest konieczne, gdyż pacjenci nie są przyzwyczajeni do tego, że mogą otrzymać profesjonalne wsparcie w obszarze zdrowia psychicznego już w poradni ogólnozdrowotnej. Mogą też nie wiedzieć nic o sposobie pracy w modelu zintegrowanym, gdyż jest to w Polsce rzecz niespotykana. Takie wyjaśnienie wraz z zaprezentowaniem zespołu, oprócz oczywistej wartości informacyjnej, powinno też przyczynić się do zwiększenia poczucia bezpieczeństwa u pacjenta oraz zwiększyć jego zaufanie. W idealnych warunkach, gdy lekarz orientuje się, iż dla danego pacjenta wsparcie w obszarze zdrowia psychicznego jest konieczne, już w trakcie wizyty dochodzi do tzw. płynnego przekazania pacjenta managerowi pacjenta, płynnego, tj. gdy może dojść do spotkania twarzą w twarz pacjenta z managerem pacjenta. Ma to olbrzymie znaczenie dla zaangażowania pacjenta w proces leczenia i minimalizuje

ryzyko nieskorzystania przez pacjenta z pomocy. W sytuacji, gdy manager pacjenta nie może w danej chwili odbyć zapoznawczego spotkania, lekarz POZ dąży do tego, aby w trakcie trwania wizyty pacjent poznał imię i nazwisko managera pacjenta i umawia pacjenta na wizytę w najszybszym możliwym terminie. Zapewnione jest w ten sposób proaktywne podejście do pacjenta. Kolejnym ważnym zadaniem lekarza jest udział w tworzeniu wstępnej diagnozy. Do głównych zadań lekarza należą również kwestie związane z farmakoterapią oraz edukacja pacjenta w zakresie zażywanych leków i ich skutków ubocznych. Jedną z głównych korzyści dla lekarza w pracy w systemie zintegrowanej opieki jest fakt, iż ma on stały dostęp do konsultacji psychiatrycznych w zakresie zarządzania farmakoterapią pacjenta.

Kolejnym członkiem zespołu jest konsultant do spraw społecznych. Jego zadania można podzielić na dwie kategorie. Pierwsza to funkcja scalania modelu – obejmuje aspekt koordynacji dotyczący interdyscyplinarnego zaangażowania, tj. włączania specjalistycznych i naturalnych źródeł wsparcia w ścieżkę pacjenta i organizowania ich działań wokół wspólnego celu, uzgodnionego z pacjentem lub osobą w kryzysie i skoncentrowanego na jej potrzebach. Konsultant ds. społecznych koordynuje działania pozaterapeutyczne – organizuje oparcie społeczne w obszarze relacji społecznych, edukacji, zatrudnienia. Druga funkcja związana jest z wykorzystaniem specjalistycznej wiedzy i uprawnień zawodowych na rzecz określonych zadań w każdym z modułów modelu, tj.: (a) udziela wsparcia pacjentowi w trudnych sytuacjach życiowych; (b) udziela świadczeń w ramach zespołu szybkiego reagowania; tu jego szczególnym zasobem są uprawnienia do pozyskiwania bieżących informacji oraz interweniowania w środowisku kontaktowym, pozwalające na podjęcie działań w sytuacjach kryzysowych w odpowiednim czasie i miejscu; ma też wiedzę o zasobach społeczności oraz o usługach, które są dostępne i odpowiednie do zainteresowania osoby w kryzysie; (c) wspomaga realizowanie niektórych celów związanych z modułem wchodzenia w dorosłość; może bezpośrednio wspomagać samego pacjenta w poszerzaniu jego umiejętności korzystania z różnych form oparcia społecznego albo być łącznikiem między specjalistami czy osobami ze środowiska kontaktowego, które wspierają proces usamodzielniania pacjenta; może również instruować w zakresie najodpowiedniejszych dla danego pacjenta form wsparcia.

Komponent 2. Pula pacjentów objęta proaktywną opieką zespołu. Drugim kluczowym założeniem podejścia *collaborative care* jest to, że zespół zintegrowanej opieki odpowiada za udzielanie pomocy oraz poziom osiągniętych efektów i stopień realizacji celów w całej puli pacjentów będących pod jego opieką. To wymaga, by zespół skupiał swoje wysiłki na tych osobach czy grupach osób, których stan zdrowia się nie poprawia, które nie angażują się w dostateczny sposób w proces zdrowienia – na przykład nie stawiają się na umówione spotkania – oraz tych, które zagrożone są całkowitym zaniechaniem leczenia. Istotną cechą tych wysiłków jest proaktywność członków zespołu, rozumiana jako aktywne wyszukiwanie pacjentów z wymienionych grup ryzyka oraz przejmowanie inicjatywy, zabieganie o kontakt z pacjentem i zachęcanie go do kontynuacji leczenia zawsze wtedy, gdy pacjent traci motywację, co wśród osób z zaburzeniami psychicznymi jest nader częstym zjawiskiem. W takiej sytuacji zespół wykorzystuje niestandardowe w tradycyjnym podejściu metody, jak np. wizyty domowe, rozmowy telefoniczne czy pocztę elektroniczną, a także szybko łączy pacjentów z zasobami specjalistycznymi lub środowiskowymi, którymi dysponuje, a których użycie może przyczynić się do poprawy zdrowia czy funkcjonowania pacjenta. W zarządzaniu zdrowiem puli pacjentów liczy się bowiem wczesne i efektywne reagowanie na problemy – inaczej niż w tradycyjnym podejściu, gdzie lekarz czeka, aż pacjent sam zjawi się z problemem w gabinecie. Proaktywna opieka zespołu gwarantuje, że żaden z pacjentów potrzebujących pomocy czy specjalnych oddziaływań nie zostaje niezauważony, a działania lecznicze i pomocowe mogą być racjonalnie dopasowywane do grup pacjentów z podobnymi problemami.

Komponent 3. Ukierunkowanie na cel w oparciu o mierzalne/obserwowalne dane. Ukierunkowanie na cel i zespołowe dążenie do jego realizacji jest kolejnym kluczowym komponentem modelu opartego na *collaborative care*. Dla każdego pacjenta – i przy jego aktywnym udziale – zespół wyznacza cel, rozumiany zarówno jako cel osobisty pacjenta, czyli poprawę jego funkcjonowania w środowisku, jak i polepszenie jego wyników klinicznych, a ostatecznie ustąpienie/remisję objawów. Tak zdefiniowany cel staje się celem całego zespołu i wszyscy członkowie stają się odpowiedzialni za jego realizację.

Aby osiągnąć założony cel, zespół musi wiedzieć, że zmierza do niego najkrótszą drogą i z wykorzystaniem najbardziej skutecznych technik. Do oceny tego procesu służą wystandaryzowane narzędzia diagnostyczne w formie kwestionariuszy, pozwalające na uzyskanie miarodajnych i porównywalnych danych. Na ich podstawie zespół monitoruje i ewaluuje realizację ścieżki terapeutycznej z uwzględnieniem dynamicznie zmieniającej się sytuacji pacjenta.

Rutynowe i systematyczne pomiary, których wyniki gromadzone są w rejestrze pacjentów, pozwalają zorientować się zespołowi, czy i jaki postęp już się dokonał. Można też dzięki nim określić, w jakich obszarach doszło do poprawy, a jakie wymagają większej uwagi. Ostatecznie też brak postępu (czy jego niezadowalające tempo) powinno zmusić zespół do rewizji i modyfikacji tych dotychczasowych działań, które okazały się nieskuteczne w procesie dążenia do celu, a być może również do całkowitego przededefiniowania tego celu czy ścieżki. Zaletą stosowania mierzalnych danych z punktu widzenia pacjenta jest to, iż lepiej rozumie on proces diagnostyczny, zasadność wdrożonego leczenia i może sam ocenić swoje postępy w realizacji celu w oparciu o obiektywne przesłanki.

Szczególnie ważnym zadaniem, którego realizację umożliwi prowadzenie rejestru pacjentów, jest monitorowanie procesu ich leczenia. Pomocne w tym są zarówno uwagi specjalisty, jak i wskaźniki liczbowe, które zapewniają solidną podstawę dla szacowania efektów udzielanej pomocy. Ewaluacja efektów odbywa się dwutorowo: (a) pomiar nasilenia objawów negatywnych (ustępowanie symptomów zaburzeń) oraz (b) obserwacja pozytywnych zmian w życiu pacjenta.

Należy mieć na uwadze, że stosowanie narzędzi musi być podporządkowane zadaniu, jakim jest efektywna realizacja planu terapeutycznego prowadzącego do wyzdrowienia czy ustąpienia objawów u pacjenta, a nie tylko gromadzeniu danych statystycznych, oraz to, że użycie kwestionariuszy nie zastępuje oceny klinicznej dokonywanej przez specjalistów, gdyż pozyskane z nich dane nie przedstawiają całego obrazu klinicznego pacjenta.

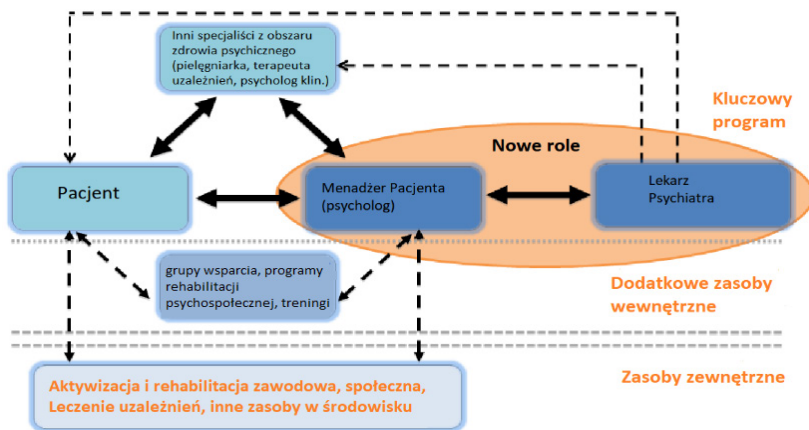
Komponent 4. Wykorzystanie form terapeutycznych o potwierdzonej naukowo skuteczności. Kolejnym istotnym komponentem *collaborative care* jest wykorzystanie form terapeutycznych i medycznych,

których skuteczność w leczeniu danego zaburzenia została potwierdzona w badaniach naukowych. Zaliczyć tu można zarówno stosowanie odpowiednio dobranej farmakoterapii, jak i oddziaływań psychoterapeutycznych, które sprawdzają się w warunkach, w jakich aktualnie prowadzony jest pacjent. Zaleca się stosowanie podejść opartych na dowodach, w tym krótkoterminowych form pomocy psychologicznej, takich jak aktywacja behawioralna, dialog motywujący, trening umiejętności tolerowania dystresu, terapia skoncentrowana na rozwiązaniach itd. Managerowie pacjenta odbyli szkolenie ze wskazanych metod i stanowiły one ich główne narzędzia w bezpośredniej pracy z pacjentami. Oprócz tego stosowali techniki motywujące i zwiększające zaangażowanie pacjenta w realizację planu leczenia. Wplatali również elementy poradnictwa psychologicznego lub koncentrowali się na wsparciu psychologicznym, jeśli akurat te formy pomocy najlepiej służyły osiągnięciu przez pacjenta i zespół założonego celu. Do projektu trafiały bowiem osoby z różnymi zaburzeniami psychicznymi, jak również osoby zdrowe, doświadczające przejściowych trudności i problemów. Jak nadmieniono wcześniej, w ramach projektu mogli zaproponować pacjentom także udział w grupie wsparcia, warsztaty psychoedukacyjne lub współpracę z pracownikiem zatrudnienia wspomaganego, zależnie od potrzeb. W przypadku zaburzeń osobowości przede wszystkim zaleca się stosowanie psychoterapii o potwierdzonej naukowo skuteczności, w tym: terapię dialektyczną, terapię opartą na mentalizacji czy terapię w nurcie psychodynamicznym. Samo stosowanie założeń *collaborative care*, a w zasadzie zawartej w nich i omawianej tu idei proaktywnej opieki zespołowej ma potwierdzoną naukowo skuteczność.

Komponent 5. Odpowiedzialność zespołu za uzyskiwane wyniki.

Odpowiedzialność zespołu za uzyskiwane wyniki leczenia pacjentów, a co za tym idzie dbałość o podnoszenie jakości świadczonych pacjentom usług, jak i o rozwój własny. Jak już zostało wspomniane, uwaga zespołu skierowana jest m.in. na pulę pacjentów. Systematyczne badanie osiąganych przez nią postępów oraz porównywanie postępów osiąganych przez różne zespoły może stanowić podstawę oceny jakości i zakresu oferowanych usług. Pozwala też zidentyfikować najskuteczniejsze formy oddziaływań wypracowane przez dany zespół, a w rezultacie doprowadzić do ich usprawnienia, lepszego dostosowania czy też

całkowitej zmiany podejścia w całym systemie zintegrowanej opieki. Odpowiedzialność zespołu za osiągnięte wyniki skłania członków zespołu do podnoszenia jakości usług poprzez usprawnianie procedur i wzajemną edukację oraz usprawnienia w obszarze komunikacji w zespole.



Rysunek 1. Zasoby testowanego modelu.

Źródło: Nowojcka (2021; przedruk za zgodą autorki).

Rysunek 1 pokazuje, jakimi zasobami dysponuje model i jak powinna wyglądać komunikacja i współpraca specjalistów. Sercem modelu jest zespół, którego trzon stanowi diada manager pacjenta i lekarz psychiatra. Linia ciągła oznacza kontakt intensywny i częsty, przerywana rzadszy, w razie potrzeby. Model tworzy nowe role, które mają zapewnić integrację oddziaływań oraz możliwość objęcia aktywną opieką większej liczby pacjentów i ich rodzin.

Pula pacjentów objętych opieką w projekcie

Pierwotnie proponowany model miał być odpowiedzią na potrzeby młodych osób w wieku 15–29 lat doświadczających zaburzeń psychicz-

nych. Po pierwszej ewaluacji cząstkowej wiek uczestników rozszerzono do 35 lat. W toku testowania modelu okazało się, że poziom rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych oraz stopień ich zaawansowania w populacji osób w wieku 15–35 lat są niedoszacowane. Większa niż przewidywana wyjściowo liczba osób młodych boryka się z poważnymi zaburzeniami funkcjonowania psychicznego, przejawiającymi się nie tylko trudnościami w nauce/pracy czy adekwatnym wypełnianiu ról społecznych, ale też często silnymi objawami (lęk, stany depresyjne, zachowania autoagresywne i agresywne), które wręcz uniemożliwiają codzienne funkcjonowanie, tym samym zaburzając rozwój młodej osoby. Skala i głębokość trudności w funkcjonowaniu psychicznym pacjentów zdecydowanie potwierdza słuszność założenia o konieczności wczesnej interwencji i profilaktyki zdrowia psychicznego wśród osób młodych. Testowanie modelu wykazało jednak, że istnieje konieczność stworzenia szerokiej dostępności usług psychoterapii długoterminowej (indywidualnej i rodzinnej), które będą finansowane w ramach ubezpieczenia (lub niskokosztowe), ponieważ większości młodych pacjentów i ich rodzin nie stać na finansowanie usług psychoterapii długoterminowej.

Dominującym rozpoznaniem (według DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013a) były zaburzenia związane ze stresem ($n = 113$), w tym szczególnie zaburzenia adaptacyjne. W drugiej kolejności zaburzenia lękowe ($n = 60$) i zaburzenia osobowości, z naciskiem na osobowość nieprawidłowo kształtującą się ($n = 59$)⁴. Następnie zaburzenia depresyjne ($n = 42$). Niemała grupa (20%) wykazywała cechy zaburzeń osobowości (zob. rysunek 2).

Tabela 1 zawiera szczegółową demograficzną charakterystykę uczestników projektu. Poza płcią, wiekiem, wykształceniem i stanem cywilnym zbierano informacje na temat sposobu zamieszkiwania oraz sytuacji na rynku pracy, zakładając, że dane te wskazują pośrednio na stopień usamodzielnienia młodych dorosłych, którzy zgłosili się do projektu.

⁴ Należy podkreślić, że pacjentom przypisywane było często więcej niż jedno rozpoznanie ($n = 116$ dwa rozpoznania; $n = 22$ trzy rozpoznania; $n = 7$ cztery rozpoznania).

Tabela 1

Charakterystyka demograficzna uczestników projektu (N = 310)

Zmienne społeczno-demograficzne		<i>n</i>	%^a
Płeć	Kobiety	203	65,5
	Mężczyźni	107	34,5
Wiek	15–18	52	16,8
	19–24	150	48,4
	25–35	100	32,3
Wykształcenie	Podstawowe	12	3,9
	Gimnazjalne	42	13,5
	Ponadgimnazjalne	117	37,7
	Policealne	46	14,8
	Wyższe	81	26,1
Stan cywilny	Panna/kawaler	190	61,3
	W związku	115	37,1
	Inny: rozwód; wdowieństwo	2	0,6

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie.

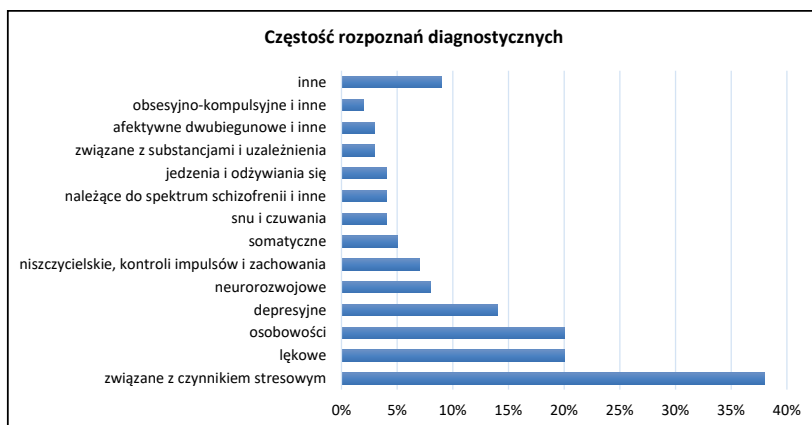
Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony.

Sposób zamieszkiwania ^b	Samodzielnie (bez innych osób)	40	12,9
	Z rodzicami	90	29
	Z rodzeństwem lub innymi krewnymi	12	3,9
	Z partnerem/partnerką	50	16,1
	Z dziećmi małoletnimi	2	0,6
	Z rodzicami i z rodzeństwem lub innymi krewnymi	46	14,8
	Z partnerem/partnerką i z dziećmi małoletnimi	10	3,2
	Z rodzicami i z partnerem/partnerką	5	1,6
	Inna sytuacja	44	14,2
Sytuacja na rynku pracy	Uczeń/uczennica lub student/ka	145	46,8
	Niezatrudniony/a	65	21
	Pracująca/y	62	20
	Własna działalność gospodarcza	2	0,6

Adnotacja. ^a Niekiedy procent nie sumuje się do 100% z powodu braków danych.

^b U 157 osób (50,6%) zamieszkiwanie z innymi osobami nie jest spowodowane koniecznością korzystania uczestnika projektu z opieki i/lub pomocy innych osób w codziennym życiu; u 20 osób (6,5%) jest to spowodowane ww. koniecznością; u 120 osób (38,7%) nie wskazano.

Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 2. Rozpoznania diagnostyczne ($N = 298$; braki danych = 22).

Źródło: opracowanie własne.

Diagnoza i narzędzia diagnostyczne

Sukces pomocy i wsparcia w zintegrowanym systemie opieki zależy przede wszystkim od doboru odpowiednich rodzajów interwencji, co z kolei wymaga rzetelnej i trafnej diagnozy. W przypadku, gdy w pomoc zaangażowanych jest kilka podmiotów, niezwykle istotne jest wzajemne ich skomunikowanie i ujednoczenie diagnozy. Ujednoczenie diagnozy, w szerokim tego słowa znaczeniu (a więc nie tylko diagnozy stanu psychicznego jednostki), oznacza, że wszystkie osoby zaangażowane w pomoc podobnie rozumieją problem pacjenta oraz specyfikę jego sytuacji, posługują się zrozumiętymi dla wszystkich kategoriami pojęciowymi i dysponują możliwością wglądu w informacje gromadzone przez inne osoby. Przy obecnym modelu obejmowania opieką specjaliści często nie mają ze sobą kontaktu, z wyjątkiem tych sytuacji, gdy w sposób działania danej instytucji wpisany jest model pomocy interdyscyplinarnej. Samo to nie jest jednak gwarantem efektywnej współpracy.

Trafna diagnoza to nie tylko określenie natury trudności pacjenta i wskazanie prawdopodobnych wyjaśnień jego problemu/problemów.

Trafna diagnoza pozwala jasno określić cel, ponieważ wskazuje na priorytetowe obszary potencjalnych oddziaływań. Podzielanie wspólnego celu uznaje się za jedną z reguł, której przestrzeganie zwiększa szanse powodzenia pracy zespołu opieki (Mitchell i in., 2012). Przy tym ważne jest, aby cel ten był czytelnie wyartykułowany i zrozumiały dla wszystkich członków ZZO.

Ramka 2

Wybrane reguły pracy zespołowej w systemie zintegrowanej opieki

1. Podzielany przez wszystkich cel.
2. Efektywna komunikacja.
3. Projektowanie planu leczenia oraz ewaluacja efektywności w oparciu o mierzalne efekty.
4. Ciągłe monitorowanie procesu pomocy.

Źródło: opracowanie własne.

Ramka 2 przedstawia wybrane reguły pracy zespołowej, które uznaje się za istotne dla powodzenia podejmowanych działań w systemie zintegrowanej opieki. Z badań empirycznych wynika, że poza takimi czynnikami, jak podzielenie klarownej wizji pracy, posiadanie komplementarnych kompetencji czy umiejętności komunikacji interpersonalnej kluczowe jest rejestrowanie efektów udzielanej pomocy, a także zapewnienie odpowiedniego systemu komunikacji pomiędzy współpracującymi osobami (Nancarrow i in., 2013). Monitorowanie progresu w procesie pomagania i wspierania wymaga udostępnienia narzędzi, za pomocą których mierzone będą postępy w realizacji celów (Mitchell i in., 2012). Zapewni to informacje zwrotne na temat efektywności pracy specjalistów. Równoległe konieczne jest stworzenie kanałów swobodnej komunikacji pomiędzy nimi, dających możliwość rzetelnej i całościowej wymiany informacji.

Główne założenia proponowanego systemu diagnozy. Mając na uwadze przyjęte założenia pracy zespołowej w systemie zintegro-

wanej opieki, w projekcie zaimplementowano model diagnozy oparty na następujących założeniach ogólnych, które szczegółowo przedstawiono poniżej:

- wstępna diagnoza formułowana w zespole;
- diagnoza rozłożona w czasie;
- diagnoza wieloaspektowa i całościowa;
- wychwytywanie wczesnych oznak zaburzeń;
- różnicowanie dystresu od zaburzeń psychicznych;
- wykorzystywanie sprawdzonych metod diagnostycznych.

Wstępna diagnoza formułowana w zespole. Wstępna diagnoza jest wysiłkiem zespołowym, a informacje potrzebne do jej skonstruowania pochodzą nie tylko z oceny stanu zdrowia pacjenta dokonanej przez lekarza, ale także z danych gromadzonych za pomocą wystandaryzowanych narzędzi diagnostycznych, tj. testów wypełnionych przez pacjenta (panel przesiewowy), informacji uzyskanych od managera pacjenta i w niektórych przypadkach od konsultanta ds. społecznych (np. wywiad rodzinny, środowiskowy) czy też od konsultanta psychiatrycznego, z informacji pochodzących z bezpośredniego badania pacjenta (lekarz POZ) oraz z przeprowadzonego z nim wywiadu. W ten sposób cały zespół pracuje nad ostateczną diagnozą, w oparciu o którą podejmowane są decyzje co do zakresu i kierunku działań terapeutycznych.

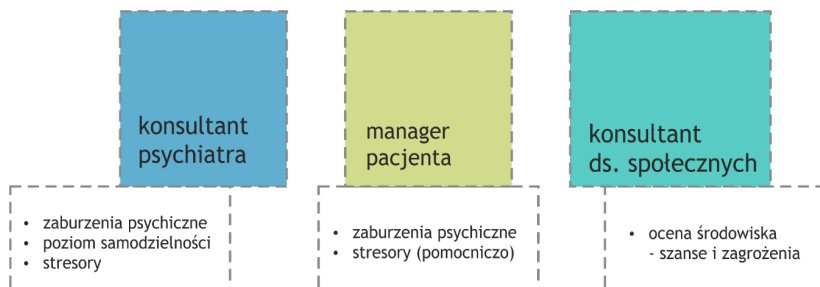
Diagnoza rozłożona w czasie. W tradycyjnym systemie diagnozy wstępna ewaluacja czy konsultacja ogranicza się zazwyczaj do jednego lub kilku spotkań. Postępowanie to ma doprowadzić do szybkiej diagnozy i sformułowania planu dalszego postępowania. W nowym systemie przyjęto, że ocena stanu psychicznego pacjenta może potrwać nawet kilka miesięcy. Zidentyfikowanie niektórych osiowych objawów zaburzeń psychicznych wymaga uwzględnienia czynnika czasu, w jakim objawy się utrzymują. Jest to możliwe dzięki monitorowaniu objawów w sposób ciągły (przy każdym spotkaniu) lub interwałowy (podczas wybranych spotkań), w perspektywie czasu. Zwróćmy jeszcze uwagę, że proces ten nie może oczywiście przeciągnąć się w czasie w sposób niekontrolowany, gdyż stoi to w sprzeczności z normami etycznymi, z interesem pacjenta, który oczekuje szybkiej pomocy, oraz z ekonomicznością postępowania (Sęk, 2001).

Założono, że na początkowym etapie manager pacjenta przeprowadza tzw. diagnozę wstępną, mającą charakter przesiewowy. Na jej podstawie dokonuje wyboru kolejnych narzędzi diagnostycznych, które pozwalają weryfikować wstępnie sformułowane hipotezy. Równolegle monitoruje obecność i nasilenie objawów stwierdzonych wcześniej. Diagnoza wstępna pozwala podjąć pierwsze interwencje, które mają na celu wsparcie pacjenta i/lub poprawę jego stanu (taka diagnoza stanowi więc przykład równoległej realizacji celów selekcyjnych i interwencyjnych). Kolejne kroki diagnostyczne dostarczają nowych przesłanek w rozpoznaniu. W ten sposób dochodzi do wyklarowania się diagnozy, co jest bazą dla sformułowania i wdrożenia planu leczenia.

Działania te pozwalają zachować większą otwartość względem napływających danych diagnostycznych, redukując ryzyko błędu konfirmacji hipotez oraz błędu przedwczesnego domknięcia⁵. Są to błędy poznawcze, które mogą skutkować podjęciem nietrafnych decyzji (Baillargeon, 2011; Croskerry, 2003; zob. też: Słysz, 2014).

Diagnoza wieloaspektowa i całościowa. Głównym przedmiotem diagnozy były wybrane zaburzenia psychiczne oraz poziom samodzielności nastolatków i młodych dorosłych. Z uwagi na to, iż cały model zakłada współpracę ze środowiskiem pacjenta, nie można pominąć oceny tego elementu. Przyjęto, że jeśli wyniki wstępnej diagnozy dokonanej przez managera pacjenta wskażą na niski poziom samodzielności, włącza on do współpracy konsultanta do spraw społecznych. Jego rolą jest przeprowadzenie pogłębionego wywiadu środowiskowego, który dostarczy informacji na temat zasobów środowiska oraz występujących w nim zagrożeń. Po stronie managera pozostaje natomiast zidentyfikowanie stresorów, na działanie których narażona jest osoba wymagająca pomocy. Rysunek 3 wskazuje, za jaki obszar diagnozy odpowiadają poszczególni specjaliści w modelu.

⁵ Błąd konfirmacji hipotez to „przecenianie informacji, które potwierdzają nasz pogląd lub przekonanie oraz jednoczesne ignorowanie bądź niezauważanie sprzecznych z nimi danych. Prowadzi to do poszukiwania danych, które raczej potwierdzają diagnozę, niż jej zaprzeczają, mogąc ją obalić” (Słysz, 2014, s. 62). Błąd przedwczesnego domknięcia to „przedwczesne kończenie procesu podejmowania decyzji, akceptowania diagnozy przed jej pełną weryfikacją. Konsekwencje tego błędu są zawarte w maksymie: «Kiedy diagnoza jest postawiona, ustaje myślenie»” (Słysz, 2014, s. 63).



Rysunek 3. Powiązanie obszarów diagnozy z osobami zaangażowanymi w proces diagnostyczny.

Źródło: opracowanie własne.

Poprzez uwzględnienie informacji o zasobach środowiskowych i jednostkowych – poziom samodzielności (diagnoza pozytywna) obok informacji o objawach, mechanizmach i przyczynach zaburzeń (diagnoza negatywna), realizowany jest postulat diagnozy całościowej (Sęk, 2001). Tym samym dodatkowo uwzględniony zostaje problem ochrony, promocji zdrowia i prewencji trzeciego stopnia (zapobieganie skutkom przebytej choroby oraz przeciwdziałanie jej nawrotom).

Wychwytywanie wczesnych oznak zaburzeń. Korzystając z danych opracowanych przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA, 2013b), przyjęto, że objawy fizyczne, wskazujące na choroby organizmu są często pierwszymi oznakami dystresu lub zaburzeń psychicznych. Z badań Kroenke i Mangelsdorffa (1989) wynika, że przyczyną pogorszenia zdrowia bardzo często są problemy psychiczne, a nie choroba fizyczna. Przykładowo wskazuje się, że za bóle w klatce piersiowej, zmęczenie, zawroty głowy, bóle głowy, bóle pleców odpowiedzialne są często czynniki psychospołeczne lub podkreśla się wpływ dystresu na pojawienie się tych symptomów, bez wyraźnej medycznej/biologicznej przyczyny. Zaobserwowano związek między wystąpieniem objawów fizycznych a prawdopodobieństwem pojawienia się choroby psychicznej – zależność jest taka, że im więcej objawów u pacjenta stwierdzimy, tym większe prawdopodobieństwo zdiagnozo-

wania zaburzenia psychicznego (Kroenke i in., 1994). Przypomnijmy, że w ZZO pierwszą osobą, która kontaktuje się z pacjentem, jest lekarz POZ, któremu pacjenci zgłaszają objawy natury somatycznej i który tym samym ma możliwość wczesnego zidentyfikowania problemu. Część z metod, które wykorzystywano na etapie diagnozy przesiewowej, bazuje na takich nietypowych wskaźnikach behawioralnych. Tak pomyślany sposób postępowania, wykorzystujący metody pomiaru objawów behawioralnych, umożliwia wykrycie wczesnych oznak zaburzeń, które nierzadko są niespecyficzne i mogą zostać pominięte jako tymczasowe, przemijające pogorszenie samopoczucia i stanu zdrowia.

Należy pamiętać, że badanie przesiewowe nie jest tym samym co test diagnostyczny, który zakłada diagnozę konkretnego zaburzenia (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2005). Stosuje się je w celu wyodrębnienia osób, które mogą z pewnym prawdopodobieństwem, ale nie muszą, cierpieć na dane zaburzenie. Pozytywny wynik takiego badania sugeruje konieczność poddania się dalszym badaniom diagnostycznym, aby ostatecznie potwierdzić lub odrzucić występowanie zaburzenia.

Różnicowanie dystresu od zaburzeń psychicznych. W grupie docelowej projektu znaleźli się zarówno adolescenty, jak i młodzi dorośli. Szczególnie w tej pierwszej podgrupie, tj. osób w wieku 15–19 lat, z uwagi na charakter fazy rozwoju, pojawiają się uzasadnione wątpliwości diagnostyczne. Kluczowe pytanie dotyczy tego, w którym momencie kryzys rozwojowy, który przypada na okres adolescencji i przejawia się m.in. zaburzeniami poczucia tożsamości, posiadaniem niejasnego systemu wartości i czasowymi dekompensacjami, jest normą, a kiedy staje się patologią i wymaga pomocy psychiatryczno-psychoterapeutycznej (Wilk, 2014). Przyjmuje się, że głębokość, intensywność i czas trwania objawów uznawanych za diagnostyczne pełnią tutaj kluczową funkcję różnicującą.

Podobnie rzecz ma się z różnicowaniem pomiędzy normatywną a patologiczną reakcją na stres. Dziesiąta rewizja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10; World Health Organization [WHO], 1992/1997) wskazuje następujący podział reakcji na stres:

- ostra reakcja na stres – jest to przejściowe zaburzenie, które rozwija się w odpowiedzi na wyjątkowo silny stres fizyczny lub psychiczny

ny u osoby, która nie wykazuje innego zaburzenia psychicznego; zaburzenie to ustępuje w ciągu kilku godzin lub dni;

- zaburzenie stresowe pourazowe (odpowiednik zespołu stresu pourazowego w klasyfikacji DSM-5; APA, 2013a) – jest to opóźniona lub przedłużona reakcja na wydarzenie czy sytuację stresową (krótką lub długotrwałą) o wyjątkowo zagrażającym (życiu czy zdrowiu) lub katastroficznym charakterze, która mogłaby wywołać niezwykle ciężkie przeżycia nieomal u każdego;
- zaburzenia adaptacyjne – są to stany napięcia, niepokoju, przygnębienia (*distress*) i rozstroju emocjonalnego (*disturbance*), które powstają w okresie adaptacji do znaczących zmian życiowych lub do stresującego wydarzenia życiowego i zazwyczaj utrudniają społeczne przystosowanie i efektywne działanie; stresor w tym wypadku nie ma wyjątkowej siły; objawy zawierają elementy depresji, lęku, fobii, zaburzenia nerwicowego, somatyzacyjnego lub zaburzenia zachowania;
- inne reakcje na ciężki stres.

Pomijając dokładną analizę wymienionych zaburzeń, warto zaznaczyć, że ich objawy częściowo pokrywają się. W tym przypadku diagnozę różnicują forma stresora, siła i rodzaj odpowiedzi na stres oraz długość trwania reakcji. Dlatego też wszystkie te elementy należy monitorować i brać pod uwagę, formułując diagnozę.

W związku z tym poza opisem specyficznych i niespecyficznych symptomów kluczowe dla diagnozy jest śledzenie momentu pojawienia się i wygaszenia niepokojących objawów, zwracanie uwagi na współwystępowanie ich z określonymi zdarzeniami życiowymi lub odnotowanie, że pojawiają się pomimo względnego braku zewnętrznych stresorów, oraz określenie długości ich trwania.

Wykorzystywanie sprawdzonych narzędzi diagnostycznych.

Przyjęto, że do diagnozy zostaną wykorzystane wystandaryzowane metody testowe o potwierdzonych właściwościach psychometrycznych. Dopuszczono również wykorzystanie narzędzi, które wymagają adaptacji do warunków polskich (określenia norm dla polskiej populacji, a dokładniej dla grupy docelowej, która objęta będzie opieką). Modyfikacja ta ma kluczowe znaczenie szczególnie wtedy, gdy na rynku polskim stosuje się testy opracowane za granicą (Hornowska, 2001).

Ramka 3

Definicja klinimetrii

Zapoczątkowana przez Einsteina (1983 r.) i Asplunda (1987 r.), oznacza pomiar zjawisk klinicznych występujących u pacjenta. Jest to specyficzna dziedzina wiedzy medycznej skupiająca się na konstrukcji i ocenie wskaźników klinicznych, używająca licznych specyficznych metod blisko spokrewnionych ze strategią psychometrii i taksonomii.

Źródło: Wilmonska-Pietruszyńska, Bilski (2013, s. 9).

Co zyskujemy dzięki zastosowaniu kwestionariuszy? Uwzględnienie danych ilościowych pozwala na dokonywanie porównań interindywidualnych (porównanie pacjenta z grupą odniesienia) oraz intraindywidualnych (pacjent jest sam dla siebie punktem odniesienia, co umożliwi śledzenie zmian w zakresie objawów na linii czasu). Zastosowane tutaj podejście to klinimetria (*clinimetrics*; zob. ramka 3).

Model procesu diagnozy. Realizacja wymienionych założeń odnośnie do procesu diagnozy pacjenta zakłada wdrożenie określonego modelu współpracy specjalistów oraz stworzenie komputerowo obsługiwanego rejestru pacjentów, który będzie platformą dla przepływu informacji.

W proponowanym modelu współpracy specjalistów w zakresie diagnozy przyjmuje się, że wszystkie osoby – począwszy od pacjenta, poprzez specjalistów systemu opieki, na osobach i instytucjach ze środowiska skończywszy – zaangażowane są, intencjonalnie lub nieintencjonalnie, w proces dostarczania przesłanek diagnostycznych. Rodzaj wykorzystywanych przez poszczególne podmioty narzędzi diagnostycznych przedstawia rysunek 4. Rozchodzące się od pacjenta okręgi, które częściowo na siebie nachodzą, ilustrują z jednej strony stopień zaangażowania specjalistów w proces diagnozy (im dalej od pacjenta, tym mniejszy poziom zaangażowania), z drugiej zaś przedstawiają współpracę i dopełnianie się różnych perspektyw, tworząc zwartą całość.

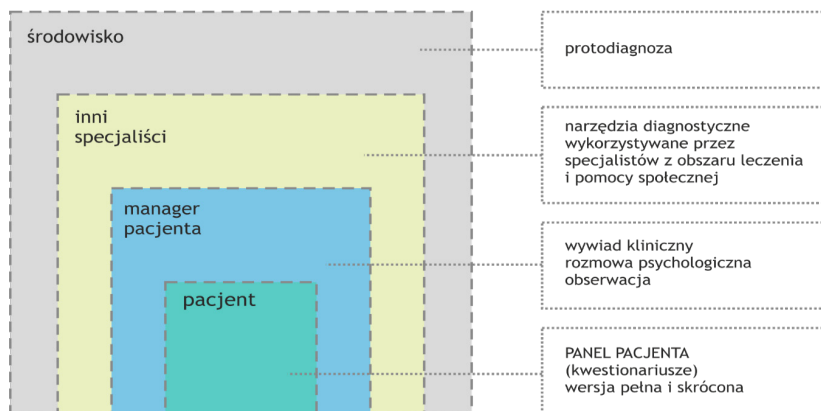
W modelu, o którym mowa, swoje odzwierciedlenie znajduje również cykliczny charakter diagnozy. Wspomniano już o tym, że począt-

kowo stawiane hipotezy diagnostyczne podlegają weryfikacji, której rezultatem może być niepotwierdzenie danej hipotezy i postawienie nowej. Proces ten może powtórzyć się parokrotnie przed postawieniem ostatecznego rozpoznania. Manager pacjenta jest w centrum tego procesu, ponieważ kontaktuje się ze wszystkimi stronami.

Osoby z otoczenia pacjenta, które niejednokrotnie jako pierwsze zauważają zaistniały problem, formułują protodiagnozę. Kowalik i Brzeziński (1991) definiują ją jako:

proces poznawczy zachodzący w społeczeństwie, który ma na celu wyodrębnienie spośród jego członków tych, którzy nie są w stanie poprawnie regulować własnych stosunków z otoczeniem i którzy w wyniku tego wstępnego rozpoznania trafiają do odpowiednich specjalistów [...], aby podjęto wobec nich specjalne postępowanie (diagnozę i terapię). Problem widziany z perspektywy społecznej zostaje najczęściej określony na podstawie naturalistycznej obserwacji pacjenta w poszczególnych kontekstach społecznych. (s. 241)

ŹRÓDŁA DANYCH DIAGNOSTYCZNYCH



Rysunek 4. Źródła danych diagnostycznych.

Źródło: opracowanie własne.

Wszyscy specjaliści zaangażowani w proces leczenia dysponują właściwymi dla ich dziedziny procedurami i narzędziami diagnostycznymi. Regulowane jest to przez wytyczne specyficzne dla danego zawodu, dlatego nie będą one tutaj szczegółowo opisywane.

Sposób postępowania managera pacjenta w sytuacji diagnostycznej wymaga natomiast szerszego omówienia, ponieważ to on ma bezpośredni kontakt z pacjentem. Będący psychologiem manager korzysta z powszechnie używanych w praktyce diagnostycznej metod zarówno klinicznych, jak i nieklinicznych. W związku z tym dokonuje obserwacji, przeprowadza rozmowę psychologiczną, wywiad kliniczny itd. I wreszcie, wykorzystuje pomiar kwestionariuszowy, a więc samoopis dokonywany przez pacjenta. Dane pozyskane z kwestionariuszy i wybrane dane uzyskane innymi metodami wprowadzane do komputerowo obsługiwanego rejestru pacjenta.

Głównym przedmiotem diagnozy są objawy kliniczne oraz poziom samodzielności nastolatków i młodych dorosłych. Z uwagi na to, iż cały model zakładał współpracę ze środowiskiem pacjenta, nie sposób pominąć oceny tego elementu. Przyjęto, że jeśli wyniki wstępnej diagnozy dokonanej przez managera wskażą na niski poziom samodzielności, włącza on do współpracy konsultanta ds. społecznych. Jego rolę w aspekcie diagnostycznym jest przeprowadzenie pogłębionego wywiadu środowiskowego, który dostarczy informacji na temat zasobów środowiska oraz występujących w nim zagrożeń. Po stronie managera pozostaje natomiast zidentyfikowanie stresorów, na działanie których narażona jest osoba wymagająca pomocy oraz zasobów radzenia sobie, jakimi dysponuje. Jeśli zachodzi taka konieczność, manager pacjenta komunikuje się ze środowiskiem kontaktowym pacjenta, aby uzupełnić dane z wywiadu.

Poprzez uwzględnienie informacji o zasobach środowiskowych i jednostkowych (diagnoza pozytywna) obok informacji o objawach, mechanizmach i przyczynach zaburzeń (diagnoza negatywna), realizowany jest postulat diagnozy całościowej (Sęk, 2001). Tym samym dodatkowo uwzględniony zostaje problem ochrony, promocji zdrowia i prewencji trzeciego stopnia (zapobieganie skutkom przebytej choroby oraz przeciwdziałanie jej nawrotom).

Manager pacjenta korzysta z testów diagnostycznych wprowadzonych do rejestru pacjenta, przy czym ich liczba powinna być dosto-

sowana do możliwości czasowych pracy managera pacjenta. Pacjent wypełnia testy w domu, przed spotkaniem lub w jego trakcie. Warto wskazać, że uzupełnianie testów, jeśli nie odbywa się poza spotkaniami, skraca automatycznie czas przeznaczony na omówienie innych spraw z pacjentem. Trzeba mieć też na uwadze ewentualną frustrację części pacjentów, którzy wyrażają niezadowolenie z takiej formy monitorowania postępów. Zaleca się wówczas dostosowanie częstotliwości stosowania testów do indywidualnego przypadku, to znaczy redukcję ilości pomiarów powtarzanych, przy zachowaniu użyteczności testowania, tj. wyniki powinny dawać możliwość monitorowania zmian. Ponadto narzędzia powinny być dopasowane do odbiorców, tj. do ich wieku, możliwości rozumienia pytań itd. Optymalnie jest, gdy manager dysponuje: (a) minimum jedną skalą służącą pomiarowi nasilenia objawów negatywnych (przekrojowy kwestionariusz) oraz (b) minimum jedną skalą pozwalającą zaobserwować pozytywne zmiany w społecznym życiu pacjenta (np. *World Health Organization Disability Assessment Schedule*, WHODAS 2.0, wersja skrócona) i stosuje je raz w miesiącu. W przypadku krótkich ścieżek (tj. do 10 spotkań) wystarczy pomiar na wejściu i na wyjściu oraz ewentualnie jeden pomiar śródk okresowy, jeśli manager uzna to za użyteczne.

Wykorzystanie funkcjonalności rejestru pacjenta. Rejestr pacjenta to nowatorskie rozwiązanie, które zawiera w sobie elementy elektronicznej karty pacjenta, platformy komunikacji pomiędzy członkami zespołu zintegrowanej opieki oraz narzędzia monitorowania procesu leczenia. Jest on dostępny zarówno dla specjalistów pracujących z pacjentem bezpośrednio, jak i pośrednio, tj. superwizorów.

Do rejestru pacjenta wprowadzono szereg skal diagnostycznych, które w modelu diagnozy uznano za istotne dla ustalenia planu pomocy – mowa tu o objawach zaburzeń psychicznych oraz poziomie samodzielności. Nacisk położono na wykorzystanie narzędzi przesiewowych, rekomendowanych przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. Początkowo managerowie pacjenta instruowani byli, aby obowiązkowo wykonać: test przesiewowy, ocenę natężenia objawów lęku i depresji, test WHODAS 2.0 (oceniający poziom samodzielności) oraz test osobowości. Dodatkowo mogli skorzystać z innych skal, zależnie od wyników testu przesiewowego. Zalecano pomiary powtórne, regularnie

co tydzień, w celu monitorowania natężenia kluczowych dla danego pacjenta objawów. Z czasem zredukowano ilość obowiązkowych skal oraz zmniejszono częstotliwość ich stosowania ze względu na czasochłonność i zmęczenie pacjentów. Ponadto z analizy danych z rejestru pacjenta wynika, że wskaźniki ilościowe nie zawsze trafnie oddają sytuację pacjenta na zakończenie ścieżki leczenia. Niekiedy pomiar ilościowy nie wskazuje na pożądaną zmianę, jednak sam pacjent podaje, że uzyskał satysfakcjonującą go poprawę samopoczucia i funkcjonowania. Niemniej w raportowanym odcinku czasu odczuwał nasilenie symptomów. Jeśli chodzi o ewaluację efektów podejmowanych oddziaływań, doświadczenia z testowaniem modelu jasno pokazały, że obok rezultatów ilościowych należy ustalać również jakościowe mierniki zmiany (tj. obok wyników testów wskazujących na zmiany kliniczne, monitorować istotne zmiany zachodzące w życiu pacjenta, nie zawsze poddające się pomiarowi). Ramka 4 zawiera zestawienie najczęściej stosowanych testów.

Ramka 4

Testy najczęściej stosowane w projekcie

1. **Test przekrojowy** – kwestionariusz do samooceny pozwala na ocenę obszarów zdrowia psychicznego istotnych z punktu widzenia diagnozy psychiatrycznej; pomaga klinicystom w zidentyfikowaniu obszarów wymagających dalszej diagnozy, które mogą okazać się istotne z punktu widzenia indywidualnego planu leczenia lub prognozowania; dodatkowo, pomiar tym narzędziem można wykorzystać do śledzenia zmian w nasileniu objawów u danej osoby wraz z upływem czasu; wersja dla dorosłych składa się z 23 pytań, które pozwalają ocenić 13 obszarów (domen), w tym: depresję, złość, manię, symptomy somatyczne, myśli samobójcze, psychozy, zaburzenia snu, pamięć, powtarzające się myśli i zachowania, dysocjację, funkcjonowanie osobowości, używanie substancji; każda pozycja odnosi się do stopnia nasilenia (lub częstości występowania) specyficznych objawów, które dokuczały danej osobie w ciągu ostatnich 2 tygodni;
2. **Skala lęku** – to skala do samooceny nasilenia objawów lękowych; przy każdej pozycji osoba (lub klinicysta) ma za zadanie ocenić nasilenie objawów depresji, których doświadczyła w ciągu ostatnich 7 dni;
3. **Skala depresji** – to skala, która służy do samooceny ciężkości objawów depresyjnych; przy każdej pozycji osoba (lub klinicysta) ma za zadanie ocenić nasilenie objawów depresji, których doświadczyła w ciągu ostatnich 7 dni;
4. **Wymiary osobowości** – pomiar patologicznych cech-domen osobowości na pięciu dymensjach: negatywny afekt, izolacja, antagonizm, rozhamowanie, psychotyzm;
5. **WHODAS 2.0** (wersja skrócona) – dokonywana za jej pomocą ocena niepełnosprawności odnosi się do następujących odnosi się do następujących sześciu obszarów/domen funkcjonowania: rozumienie i komunikowanie się, poruszanie się, samoobsługa, radzenie sobie w kontaktach z ludźmi, aktywność życiowa (tj. utrzymanie domu, praca i/lub obowiązki szkolne) oraz udział w społeczności; każda pozycja samoopisowej skróconej wersji WHODAS 2.0 wymaga od danej osoby oceny stopnia trudności w wykonywaniu czynności w poszczególnych obszarach funkcjonowania, jakich doświadczyła ona w ciągu ostatnich 30 dni.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: APA *Online Assessment Measures* (2013b).

Funkcje stosowania testów w modelu:

- najbardziej oczywistą jest monitorowanie zmian (progres/regres); śledzenie postępów w leczeniu pozwala na: (a) dostosowanie planu leczenia do aktualnego stanu pacjenta oraz szybkiej jego modyfikacji w razie konieczności; (b) priorytetyzację pacjentów, tj. osoby, które nie wykazują postępu lub ich stan się pogarsza, konsultowane są w pierwszej kolejności podczas *case review*; (c) uruchomienie systemu wczesnego alarmowania m.in. w funkcji zapobiegania przedwczesnego wypadnięcia z systemu opieki; (d) prognozowanie trajektorii dalszego przebiegu leczenia;
- wypełnione testy pomagają również w uzupełnieniu rozmowy diagnostycznej podczas konsultacji; dzięki omawianiu wyników testów ujawnione zostają często ważne dla pacjenta obszary, które łatwiej jest mu wnieść w rozmowie przy okazji omawiania testu; w przypadku pacjentów o niższej zdolności do autorefleksji lub bardziej wycofanych stanowią one użyteczny punkt wyjścia do rozmowy, umożliwiając uzyskanie większej ilości danych.

W tym miejscu warto wskazać na różnice w podejściu do wykorzystywania testów przez poszczególnych managerów pacjenta. Nastawienie to wahało się od bardzo pozytywnego do relatywnie negatywnego. Poniżej przytoczono kilka wypowiedzi, które ilustrują to zróżnicowanie.

Wypowiedź 1:

Wykorzystywałam je zarówno dla własnej informacji i możliwości porównania progresu/regresu, jak również w pracy z pacjentem. Sprawdzały się one w pracy z różnymi typami pacjenta. W przypadku pacjentów mało wglądowych i wycofanych stanowiły one doskonały punkt zaczepienia – umożliwiały uzyskanie większej ilości danych i niejako „odblokowywały” niektóre osoby i pozwalały im na większą refleksyjność. Testy były także świetnym sposobem monitorowania postępu bądź jego braku i uświadamiania tych zmian pacjentom – zwłaszcza porównania wyników testów z początku z późniejszymi pomiarami. Wspomagałam się testami również w przypadku rozważania włączenia farmakologicznego i konsultacji psychiatrycznej. Także w pracy z pacjentami trudnymi testy pomagały szerzej i obiektywniej spojrzeć na zastosowane techniki i ogólny

stan pacjenta. Często pogarszające się wyniki mimo włożonej pracy były dla mnie dodatkową sugestią, że być może potrzebne są dłuższe działania terapeutyczne.

Wypowiedź 2:

Raczej nie używałam testów w celu oceny progresu/regresu – testy dot. depresji/złości/lęku nie były konkretne, dla wielu pacjentów trudne do odpowiedzi i demotywuujące. Wywiad dawał o wiele lepszy wgląd w obecną sytuację pacjenta. Niektóre testy – diagnoz specyficznych (np. lęku społecznego, objawów psychosomatycznych) – czasem dostarczały pacjentowi wglądu w zmianę. Ogólnie – często testy stanowiły dla pacjentów niemiły obowiązek do spełnienia, wypełnianie przedłużało się, zapominali, natomiast wypełnianie ich na spotkaniach zabierało czas ze spotkania (szczególnie osobom, które bardzo skrupulatnie starały się odpowiedzieć na pytania).

Wypowiedź 3:

Testy okazały się pomocne głównie w sprawdzaniu, czy coś nie jest przy rozmowach pomijane, jakiś wątek nieporuszony. Zdarzało się, że dzięki omawianiu testów wychodził jakiś ważny dla klienta obszar do dalszej rozmowy, który łatwiej było mu podjąć przy omawianiu testu niż samodzielnie.

Projektowanie ścieżki leczenia

Na zakończenie kilka słów o projektowaniu ścieżki leczenia w oparciu o założenia proponowanego modelu. Projektując ścieżkę leczenia, manager pacjenta powinien uwzględniać nadrzędną zasadę, jaką jest stawianie pacjenta w centrum uwagi, która wymaga elastycznego podejścia do planowanych interwencji. Oznacza to, że jeśli obrany sposób postępowania nie przynosi efektów, należy wprowadzić adekwatne zmiany. Ramka 5 zawiera listę zasad, których uwzględnienie jest pomocne w procesie projektowania ścieżki leczenia.

Ramka 5

Zasady projektowania ścieżki leczenia

1. Dopasowanie oddziaływań do wyznaczonych celów leczenia.
2. Dopasowanie interwencji do możliwości i zasobów pacjenta.
3. Zaplanowanie, kto i na jakim etapie współpracuje z pacjentem na rzecz określonego celu.
4. Określenie harmonogramu realizacji.
5. Na etapie zawierania kontraktu należy wyjaśnić pacjentowi, jak widzimy jego plan leczenia/usamodzielnienia itd., oraz uwzględnić informacje zwrotne od niego.
6. Elastyczność w doborze settingu: (a) dopasowywanych celów (w nich zawarte są potrzeby pacjenta); (b) zasobów pacjenta, również tych środowiskowych, stresorów, które oddziałują na pacjenta; warto zakontraktować możliwość modyfikacji settingu zależnie od postępów w leczeniu; dopuszczalny, a niekiedy wskazany jest kontakt telefoniczny lub mailowy.

Źródło: opracowanie własne.

Poniżej zaprezentowano przykładowe schematy ilustrujące ścieżki leczenia dopasowane w toku diagnozy i rozmowy z pacjentem do zidentyfikowanych obszarów jego trudności (zob. rysunki 5 i 6). Obszary, które okazały się diagnostycznie istotne, wyznaczały rodzaj celów leczenia, do których manager pacjenta proponował najwłaściwsze interwencje oraz planował kolejność ich wdrażania w czasowej perspektywie trwania ścieżki.

Mężczyzna, 24 lata, bezrobotny; wysokie natężenie objawów lękowych i depresyjnych

DIAGNOZA

Skrajnie duży problem w obszarach:

1. uczenie się i stosowanie wiedzy
2. praca, dbanie o finanse
3. kontakty z innymi ludźmi
4. dbanie o swoje zdrowie
5. wypełnianie codziennych obowiązków

PLAN LECZENIA (negocjowany z pacjentem):

- 1, 2 – ZATRUDNIENIE WSPOMAGANE w celu znalezienia pracy
- 3 – GRUPA WSPARCIA; TERAPIA SKONCENTROWANA NA ROZWIĄZANIU PROBLEMU w celu nauki umiejętności komunikowania się w relacjach społecznych
- 4 – PSYCHOEDUKACJA
- 5 – AKTYWIZACJA BEHAWIORALNA w celu śledzenia dziennika aktywności

Kolejność wdrażania interwencji: terapia skoncentrowana na rozwiązaniu problemu w połączeniu z psychoedukacją; po około 2–3 miesiącach grupa wsparcia (ze względu na brak gotowości pacjenta); po 6 miesiącach współpraca z zatrudnieniem wspomaganym; od początku realizacji ścieżki przez cały czas, równoległe prowadzenie dziennika aktywności.

Rysunek 5. Przykład 1.

Źródło: opracowanie własne.

Kobieta, 24 lata, studiuje; diagnoza schizofrenii paranoidalnej

DIAGNOZA

Skrajnie duży problem w obszarach:

1. relacje z innymi ludźmi, a szczególnie lęk w kontaktach z obcymi i trudności w nawiązywaniu nowych znajomości
2. aktywności życiowe – praca

PLAN LECZENIA (negocjowany z pacjentką):

- 1 – TERAPIA SKONCENTROWANA NA ROZWIĄZANIU PROBLEMU – nauka radzenia sobie z lękiem podczas sytuacji społecznych; rozwijanie umiejętności społecznych w zakresie nawiązywania i podtrzymywania relacji społecznych; GRUPA WSPARCIA dająca możliwość nawiązania nowych znajomości we wspierającej, bezpiecznej atmosferze
- 2 – ZATRUDNIENIE WSPOMAGANE – pomoc w przygotowaniu CV i aplikowaniu o pracę

Kolejność wdrażania interwencji: terapia skoncentrowana na rozwiązaniu problemu i grupa wsparcia wdrażane równoległe; po 2 miesiącach zatrudnienie wspomagane.

Rysunek 6. Przykład 2.

Źródło: opracowanie własne.

Rozdział 2.

Interwencje zorientowane na cel w kontekście pomocy psychologicznej

Jak wspomniano, kluczowym elementem sposobu pracy managera pacjenta jest odnoszenie się do wyznaczonych celów leczenia. Cele te powinny uwzględniać nie tylko psychospołeczną diagnozę pacjenta, ale również określone przez niego obszary funkcjonowania, w których chciałby uzyskać pożądaną zmianę. Wyznaczone cele determinują projektowanie ścieżki leczenia.

Przyjęto, że podstawowym warunkiem udanego procesu leczenia prowadzonego przez zespół zintegrowanej opieki jest jasne określenie celów, które są zrozumiałe dla pacjenta oraz wszystkich osób zaangażowanych w pomoc. Z perspektywy pacjenta oznacza to, że zostaje on zaproszony do współpracy już na wstępnym etapie (faza konsultacji) i staje się aktywnym uczestnikiem w procesie leczenia. Z perspektywy zespołu prowadzącego leczenie oznacza to, że wszyscy jego członkowie znają i rozumieją, jakie cele są istotne dla konkretnego pacjenta. Wiedzę taką przekazuje manager pacjenta, choć można przyjąć, że sam pacjent staje się źródłem takich informacji, jeśli rozumie i pamięta określone na wstępie procesu cele leczenia (zakłada to zinternalizowanie celów przez pacjenta). Ostateczna lista celów jest wypadkową potrzeb i możliwości pacjenta oraz diagnostycznej oceny managera i całego zespołu.

Pragnę w tym miejscu podkreślić, iż projekt miał testowy charakter, tzn. że po raz pierwszy wdrażano na gruncie polskim model zintegrowanej opieki w takim kształcie, jak przedstawiono to w rozdziale pierwszym. Nie tylko członkowie ZZO zetknęli się z nowym sposobem pracy z pacjentem, do którego musieli dostosować swoje dotychczasowe nawyki, praktyki, zdobytą dotąd wiedzę i umiejętności. Również osoby szkolące personel oraz monitorujące wdrażanie modelu (tj. superwizorzy) stanęły przed niemałym wyzwaniem. Warto podkreślić, że żadna z tych osób nie stosowała wcześniej modelu w praktyce. Była to więc *terra incognita* dla wszystkich osób zaangażowanych w realizację projektu. Tym samym wiele rozwiązań dotyczących wdrażania wyj-

ściowych założeń powstawało w toku gromadzonych przez wszystkich doświadczeń. Dotyczy to również pracy na celach, która jest przedmiotem niniejszej publikacji. Oznacza to, że teoretyczna podbudowa dla proponowanych rozwiązań przedstawiona w kolejnym punkcie tylko do pewnego stopnia kierowała działaniami na wejściu. Nierzadko uzasadnienie pojawiało się później, będąc próbą nadania przyjętym rozwiązaniom teoretycznego sensu post factum. Wiele działań miało intuicyjny charakter, będąc wypadkową teoretycznych założeń przyjętych przez autorki projektu oraz praktycznych wskazań wynikających bezpośrednio ze współpracy personelu z pacjentami i ich otoczeniem kontaktowym oraz ze współpracy wewnątrzszkolowej.

Ustalenia definicyjne

Prezentowane tutaj podejście określić można jako transteoretyczne i transdyscyplinarne, a zatem czerpiące z teorii opartych na różnych założeniach i wywodzących się z różnych obszarów wiedzy, nie tylko psychologicznej. Głównym kryterium odwołania się do danej teorii było kryterium użyteczności w świetle opisywanego modelu leczenia.

Podobnie jak w przypadku innych psychologicznych zagadnień w literaturze brak zgody co do definicji pojęcia celu. Niekiedy autorzy zajmujący się tematyką celów w psychologii czy psychoterapii nie podejmują nawet próby zdefiniowania tego terminu, odwołując się do bardziej intuicyjnego sposobu jego rozumienia. Jak podają Cooper i Law (2018), rozwój teorii i badań obejmujących zagadnienie celów w poradnictwie i psychoterapii jest efektem interakcji na styku kilku dyscyplin, z których największy wpływ miały: psychologia zachowań i procesów motywacyjnych zorientowanych na cel, filozofia – szczególnie zagadnienie sprawczości podmiotu; prawno-etyczne aspekty medycyny, a zwłaszcza kwestia świadomej zgody. Z jednej strony praktycy testowali i rozwijali te zagadnienia w ramach stosowania i upowszechniania praktyk zorientowanych na cele w obszarze terapii. Z drugiej strony prowadzono badania w poszukiwaniu czynników wpływających na efektywność terapii, zarówno tych uniwersalnych, jak i tych specyficznych dla danej modalności, co wiązało się z koniecznością pomiaru i monitorowania celów w terapii.

W niniejszym opracowaniu przyjęto następujące definicje celu oraz innych terminów z nim związanych (za: Austin, Vancouver, 1996; Cooper, Law, 2018; Di Malta i in., 2019):

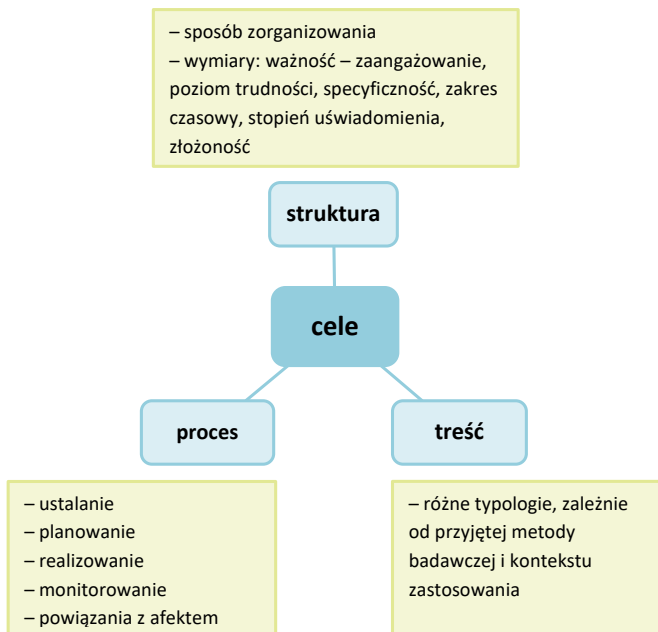
1. *Cel (goal)* – wewnętrzna reprezentacja pożądanego stanu przyszłego (Austin, Vancouver, 1996); subiektywnie pożądanym przez jednostkę stanem końcowym, do którego zmierza ona poprzez określoną aktywność (Kruglanski, Kopetz, 2009, za: Di Malta i in., 2019); poznawcza reprezentacja jakiegoś obiektu w przyszłości, do którego jednostka dąży lub którego unika (Elliot, Niesta, 2009, za: Cooper, Law, 2018); we wszystkich tych definicjach cel jest fenomenem mentalnym, który prowadzi do określonych zachowań, ale nie jest z nimi tożsamy; zawsze zorientowany jest na jakiś obiekt, tj. zdarzenie, doświadczenie, końcowy stan rzeczy, specyficzną właściwość; ma wartość motywacyjną, skojarzony jest z afektem; dotyczy przyszłości; jest czymś, do czego podmiot aspiruje; w porównaniu do innych pokrewnych pojęć, takich jak np. dążenie czy potrzeba, zawsze ma specyficzny, konkretny i jasno określony obiekt i zakłada przejście do czynu.
2. *Cele leczenia (treatment goals)* – pożądanym przez jednostkę stanem końcowym, które ma ona nadzieję osiągnąć dzięki terapii (Michalak, Grosse Holtfort, 2006); w niniejszym opracowaniu przyjęto następującą definicję celu leczenia: pożądanym stanem rzeczy, do którego zmierza jednostka w procesie leczenia, świadomie przez nią wyartykułowany.
3. *Praktyki zorientowane na cel (goal oriented practices)* – te terapeutyczne interwencje, w których cele leczenia pacjenta stają się głównym przedmiotem zainteresowania terapeuty (Cooper, Law, 2018).
4. *Dyskusja o celach lub metakomunikacja na temat celów (goal-discussion)* – współpraca terapeuty i pacjenta w obszarze celów, które pragnie osiągnąć poprzez udział w terapii (Papayianni, Cooper, 2018, za: Di Malta i in., 2019).
5. *Ustalanie celów (goal-setting)* – proces identyfikowania i formułowania celów, zwykle mający miejsce na wstępie terapii; może podlegać renegocjacji w toku jej trwania (Cooper, Law, 2018).
6. *Monitorowanie celów (goal-monitoring)* – postęp w osiągnięciu celów podlega monitorowaniu, niekiedy z wykorzystaniem specyficznych

narzędzi i metod pomiaru (Cox, Klinger, 2011, za: Di Malta i in., 2019).

7. *Terapia zorientowana na cele, w której cele zostają jasno sformułowane* – te rodzaje terapii, w których ustalanie celów, ich monitorowanie i dyskusowanie o nich z klientem stanowią centralny element (*goal-oriented therapy*), jednocześnie cele zostają jasno wyartykułowane (*goal-based formulations*).
8. *Porozumienie co do celów w terapii (goal-agreement)* – stopień zgody pomiędzy terapeutą a klientem w rozumieniu celów terapii (Cooper, Law, 2018).

Porządkującą ramą odniesienia dla analizy zagadnienia celów w psychologii jest propozycja Austina i Vancouver (1996), którzy proponują opisywanie ich z trzech perspektyw: struktury, procesu i zawartości (treści; zob. rysunek 7). Autorzy dokonują swojej analizy, odwołując się do teorii poznawczych, osobowościowych i motywacyjnych.

Omawiając strukturalne właściwości celów, autorzy odnoszą się do sposobu ich zorganizowania i różnicujących je wymiarów oraz właściwości. Wskazują, że dominującą konceptualizacją, jeśli chodzi o organizację celów, czyli wzajemne relacje w przypadku występowania kilku celów, jest hierarchiczność. Alternatywne konceptualizacje, zakładające np. istnienie struktury w formie sieci lub rozgałęziających się ścieżek, nie zyskały jak dotąd na popularności i niewiele jest badań im poświęconych.



Rysunek 7. Trzy perspektywy analizy celów.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Austin, Vancouver (1996).

Hierarchiczny model celów szczegółowo opisał Cooper (2018). Hierarchia w tym ujęciu rozciąga się od celów wyższego rzędu o życiowym znaczeniu do bardziej konkretnych, doraźnych celów. Realizacja celów niższego rzędu zapewnia narzędzia do realizacji celów wyższego rzędu, które są tutaj centralnym punktem odniesienia. Zilustrujmy to przykładem. Jeśli najwyżej w hierarchii lokuje się poczucie bliskości i łączności z innymi ludźmi, wówczas zadbanie o istniejące relacje z przyjaciółmi i nawiązanie długoterminowej relacji będą środkami to zapewnienia sobie tego poczucia. Aby to osiągnąć, jednostka dążyć będzie do poznania nowych osób. W związku z tym planuje dołączyć do klubu fotograficznego. Równocześnie kontakty z przyjaciółmi mogą realizować inny nadrzędny cel, a mianowicie zapewnienie sobie odpowiedniego poziomu stymulacji i rozrywki. Jeśli realizacja tego

samego celu niższego rzędu zapewnia jednocześnie realizację kilku celów wyższego rzędu, mówimy o *multifinalności*. Jeśli natomiast jeden cel wyższego rzędu realizowany jest dzięki kilku celom niższego rzędu, mówimy o *ekwifinalności*. Z klinicznego punktu widzenia model ten pozwala zrozumieć, co przyczynia się do powstawania i podtrzymywania trudności w funkcjonowaniu jednostki. Cooper (2018) wskazuje dwa rodzaje niespójności w obrębie hierarchii: wertykalną i horyzontalną. Niespójność horyzontalna w obrębie celów przybiera trzy formy według Riedgiera (2007, za: Cooper, 2018): interferencja, facylitacja oraz niezależność (zob. rysunek 8). Niezależność wymienionych dymensji sprawia, że dwa cele mogą jednocześnie interferować i wspomagać nawzajem swoją realizację. Spójność wertykalna (*vertical coherence*) określa na ile cele cząstkowe przybliżają jednostkę do głównego celu, ze względu na który są one realizowane. Innymi słowy, ludzie nie zawsze stosują efektywne strategie urzeczywistniania upragnionej przez siebie wizji przyszłości. Jest to efektem np.: (a) braku wyuczenia się efektywnych strategii; (b) stosowania strategii, które w przeszłości były skuteczne, lecz obecnie są niedopasowane do nowego kontekstu i przez to nieefektywne lub (c) osoba pozostaje nieświadoma swoich celów wyższego rzędu, stąd niemożliwe jest ich efektywne osiągnięcie.



Rysunek 8. Horyzontalne relacje między celami wraz z przykładami.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Cooper (2018).

Cele długoterminowe, abstrakcyjne, ważne (wewnętrzne) są rodzajem celów wyższego rzędu, stąd ich realizacja prowadzi do wyższego poczucia dobrostanu niż realizacja celów lokujących się niżej w indywidualnej hierarchii osoby, które są krótkoterminowe, konkretne i mniej istotne. W tym ujęciu wszelkie oddziaływania psychoterapeutyczne, niezależnie od modalności, łączy poszukiwanie optymalnych dla danej osoby dróg aktualizacji jej celów wyższego rzędu. Wieść one mogą przez wspieranie pacjentów w: (a) poszerzaniu wglądu i akceptacji dla rozpoznanych celów; (b) uświadamianiu istniejących sprzeczności między celami, refleksji nad nimi i rozwiązaniu ich; (c) uczeniu bardziej efektywnych sposobów realizacji celów.

W odniesieniu do charakterystyki celów Austin i Vancouver (1996) wymieniają sześć istotnych, pozostających we wzajemnych zależnościach wymiarów: ważność–zaangażowanie, poziom trudności, specyficzność–reprezentacja, zakres czasowy, stopień uświadomienia, połączenie–złożoność.

Ważność celu przez różnych autorów rozpatrywana jest w kategoriach jego atrakcyjności, intensywności, walencji lub znaczenia dla podmiotu. Postuluje się, że im bardziej istotny cel, tym bardziej priorytetowy staje się na tle innych celów oraz tym większe zaangażowanie jednostki w jego realizację. Zatem jest ona skłonna poświęcić więcej czasu na podejmowanie wysiłków zmierzających do jego osiągnięcia niż w przypadku celu mniejszej wagi. Relatywna istotność celu może zmieniać się dynamicznie na przestrzeni czasu.

Kolejny istotny wymiar to poziom trudności, czyli szacowane przez jednostkę szanse na osiągnięcie celu, tj. określenie niezbędnego do tego poziomu wiedzy i umiejętności. Za Fordem (1992, za: Austin, Vancouver, 1996) wskazać można dwa rodzaje przekonań, istotnych dla szacowania poziomu trudności celu. Są to: przekonania dotyczące kontekstu (*context beliefs*), czyli tego, na ile można kontrolować czynniki tkwiące w otoczeniu w kontekście realizacji celu, oraz przekonania dotyczące własnych możliwości (*capability beliefs*), czyli poczucia własnej skuteczności w zakresie osiągania wyznaczonych celów.

Stopień specyficzności celu określa, na ile cel jest konkretny (najczęściej ma wówczas naturę ilościową), a na ile jest on bardziej abstrakcyjny i ogólny (wówczas ma raczej charakter jakościowy).

Zakres czasowy wyznacza, jak dalece w przyszłość sięga dany cel. Ludzie mogą wyznaczyć sobie cele do wdrożenia w życie „tu i teraz” (np. zrobić zakupy) oraz takie, które wybiegają daleko w przyszłość i stanowią punkt odniesienia, do którego dążą przez całe swoje życie (np. być uczciwą osobą). Wyniki badań pokazują, że ta właściwość celu wiąże się z jego trudnością w taki sposób, że im mniej czasu mamy na realizację celu, tym większy jest stopień jego trudności.

Następny wymiar opisuje stopień uświadomienia danego celu. Zakłada się, że cele, do których zmierzamy, nie zawsze dostępne są świadomemu przetwarzaniu i choć nie realizujemy ich intencjonalnie, mogą motywować nas do działania. Choć wciąż pozostaje to dyskusyjnym zagadnieniem, teoretycy i badacze zorientowani poznawczo lub zajmujący się poznaniem społecznym uznają nieuświadomione lub automatyczne dążenie do celów za zjawisko powszechne. Przyjmują oni, że w trakcie świadomego dążenia do osiągnięcia wybranego celu niezbędne jest zrealizowanie wielu podcelów (*subgoals*), których aktywacja (a dokładniej aktywacja ich poznawczych reprezentacji) nie wymaga zazwyczaj świadomego przetwarzania i zachodzić może równolegle (tzn. aktywowanych może być kilka celów częściowych).

Inną dymensją opisującą cele jest powiązanie–złożoność. Wymiar ten opisuje ilość powiązań danego celu z innymi celami, podcelami i zachowaniami. Warto wspomnieć, że wraz ze wzrostem złożoności struktury celów rośnie ryzyko konfliktu między celami (por. interferencja celów), np. konflikt między studiowaniem a budowaniem relacji z rówieśnikami lub między pracą a wypoczynkiem.

O ile perspektywa strukturalna jest statycznym spojrzeniem na system celów, o tyle perspektywa procesualna ujmuje jego dynamiczne i funkcjonalne aspekty. Z perspektywy procesualnej autorzy wymieniają: ustanawianie celów, planowanie, zmierzanie do celu i monitorowanie. Podkreślają również rolę afektu.

Ustanawianie celów zakłada podjęcie przez jednostkę decyzji co do treści celu oraz zdefiniowania podstawowych jego właściwości. Źródła tej decyzji mogą być wewnętrzne (*internal*), zewnętrzne (*external*) lub stanowić ich wypadkową (*joint*). Cel pochodzenia zewnętrznego zostaje nam przypisany z zewnątrz, np. przez instytucję taką jak szkoła lub przez grupę społeczną taką jak rodzina. Istotne jest, w jaki sposób jednostka zreinterpretuje ów cel oraz w jakim stopniu go zaakceptuje

(poziom akceptacji rozciąga się od uległości, przez identyfikację do internalizacji), co będzie rzutować na poziom jej zaangażowania (najwyższy w przypadku internalizacji). Cel pochodzenia wewnętrznego zostaje wyznaczony przez samą jednostkę. Cel ustanawiany na drodze interakcji wpływów zewnętrznych i procesów wewnętrznych wydaje się najtrafniej odnosić do modelu formułowania celów zastosowanego w opisywanym projekcie, ponieważ cele każdorazowo negocjowane były w dialogu terapeuta–klient.

Planowanie to ustalanie, za pomocą jakich alternatywnych behawioralnych dróg można dany cel osiągnąć (np. opracowywanie konkretnych strategii działania). Uwzględnia ustalanie kolejności działań w przypadku kilku celów oraz rozważania na temat możliwych rewizji lub zmian nieosiągniętych celów w zgodzie z celami wyższego rzędu lub w zależności od napływających informacji zwrotnych.

Zmierzanie do celu, czyli przejście do działania, może być poprzedzone planowaniem, ale nie jest to warunek niezbędny. Zdarza się, że działanie jest bezpośrednim rezultatem informacji zwrotnych napływających z otoczenia i nie zakłada wówczas automatycznych czy świadomych odniesień do wcześniej sformułowanego planu.

Monitorowanie umożliwia rewizję celu lub zmianę strategii działania na bazie oceny postępów w realizacji. Dążenie do wyznaczonego celu może oczywiście generować błędy lub porażki. Sposób, w jaki jednostka poszukuje wyjaśnień, przyczyn oraz metod ich minimalizowania, ma również znaczenie dla całości omawianego tutaj procesu.

Kolejne zagadnienie dotyczące celów obejmuje powiązania z afektem. Rola afektu w funkcjonowaniu systemu celów jest szeroko opisywana w teoretycznych opracowaniach oraz udokumentowana badaniami. Aktualizacja celów wiąże się z przeżywaniem przez ludzi pozytywnych i negatywnych stanów afektywnych na kilka sposobów (Austin, Vancouver, 1996; Cooper, 2018). Sama świadomość, że zmierzamy do jakiegoś celu i posiadamy ważny i znaczący dla nas powód do działania, sprzyja naszemu dobrostanowi i wzbudza pozytywne emocje. Ponadto pozytywne emocje pojawiają się, gdy jesteśmy przekonani, że istotne dla nas cele są możliwe do osiągnięcia, mamy subiektywne poczucie czynienia postępów w tym zakresie (niezależnie od obiektywnego stanu rzeczy), szczególnie gdy odbywa się to w tempie wyższym niż oczekiwane i towarzyszy temu stan „*flow*” oraz gdy osiągamy upragniony

stan docelowy. Zależności między wskazanymi aspektami aktualizacji celów a doświadczaniem pozytywnego afektu nie są bezwzględne. Moderowane są one przez rodzaj celu, do którego zmierza jednostka.

Zawartość treściowa odnosi się do klasyfikacji celów z perspektywy stanów czy rezultatów, do których jednostka zmierza lub których unika. W literaturze przedmiotu opisano co najmniej kilka typologii celów (za: Austin, Vancouver, 1996; Cooper, 2018; Ford, 1992):

- kariera zawodowa, rodzina, czas wolny, cele społeczne, rozwój osobisty, cele materialne (Winell, 1987, za: Austin, Vancouver, 1996);
- cele dotyczące jednostki oraz cele dotyczące relacji jednostka–otoczenie (Ford, Nichols, 1987, za: Austin, Vancouver, 1996); analiza tej typologii, prowadzi do spostrzeżenia, że głównym wkładem jej autorów jest dokonanie integracji zawartości treściowej celów w dwuczęściową strukturę, którą można odnieść do obszarów życiowych interesujących psychologa; poniżej przytoczona jest kompletna typologia:
 - cele dotyczące jednostki:
 - afektywne: pobudzenie, spokój, zadowolenie, doznania cielesne;
 - poznawcze: badanie w celu zaspokojenia ciekawości, docho-
 - dzenie do wiedzy o czymś, uprawianie twórczości umysłowej,
 - utrzymywanie pozytywnej samooceny; subiektywnej harmonii:
 - integralność (doświadczenie uczucia harmonii lub zespolenia
 - z ludźmi, naturą lub mocą), transcendentność (doznawanie
 - uczucia doskonałego lub nadzwyczajnego funkcjonowania);
 - cele dotyczące relacji jednostka–otoczenie:
 - podporządkowanie stosunków społecznych własnym interesom:
 - doświadczenie własnej indywidualności, samostanowienie,
 - poczucie wyższości w porównaniu z innymi, otrzymywanie
 - dóbr (materialnych i społecznego poparcia); integracja po-
 - przez relacje społeczne: przynależność, społeczne obowiązki
 - (wypełnianie własnych moralnych i społecznych zobowiązań),
 - sprawiedliwość, udostępnianie dóbr (dostarczanie innym dóbr
 - materialnych i poparcia społecznego); zadaniowe: mistrzostwo,
 - oryginalność, zorganizowanie (sprawna i skuteczna realizacja
 - codziennych zadań);
- w obszarze psychoterapii wypracowano następujący przykładowy podział celów: cele interpersonalne, cele obejmujące radzenie sobie

z problemami i symptomami, rozwój osobisty, dobrostan i funkcjonowanie, wątki egzystencjalne (Grosse Holtforth, Grawe, 2002):

- radzenie sobie z problemami i symptomami:
symptomy depresyjne, symptomy dotyczące samouszkodzeń i tendencji samobójczych, lęk, obsesyjne myśli/kompulsywne zachowania, radzenie sobie z traumą, nadużywanie substancji, zaburzenia odżywiania, sen, seksualność, radzenie sobie z problemami somatycznymi, trudności dotyczące wybranego obszaru życia/stres, przyjmowanie leków;
 - cele interpersonalne:
aktualne związki, aktualne relacje rodzinne, rodzina pochodzenia, inne relacje, samotność i żałoba, asertywność i kwestie granic, bliskość i intymność;
 - dobrostan i funkcjonowanie:
ćwiczenia i aktywność; zdolność do wypoczynku i spokój, dobrostan;
 - wątki egzystencjalne:
autorefleksja i przyszłość; poszukiwanie sensu życia;
 - rozwój osobisty:
stosunek do samego siebie, pragnienia i marzenia, odpowiedzialność i samokontrola, regulacja emocji;
- odwołując się do powyższego podziału, Rupani i in. (2014, za: Cooper, 2018) w grupie osób młodych będących w terapii wyodrębnili cztery istotne kategorie celów: wątki specyficzne, rozwój osobisty, wątki emocjonalne, wątki interpersonalne; z kolei Jacob i in. (2016, za: Cooper, 2018) w grupie dzieci i osób młodych pozostających w terapii zidentyfikowali trzy kategorie celów: specyficzne trudności, rozwój osobisty, cele dotyczące niezależności.

Typologia celów w testowanym modelu. Poniżej zaprezentowano listę kategorii celów wraz z przykładami, która jest efektem jakościowej analizy celów wpisywanych przez managera do karty pacjenta w rejestrze pacjenta. Pogrupowano je roboczo w kilka kategorii. W tym sensie lista ta stanowi wewnątrznie wypracowaną typologię celów, jaką posługiwano się w projekcie. Jak widać, są one w większości sformułowane na poziomie fenomenologiczno-behawioralnym i różnią się między sobą stopniem ogólności czy głębokością oddziaływania na funkcjonowanie pacjenta.

Odwołują się do procesów intrapsychicznych (jak regulacja emocji, rozwijanie wglądu we własne emocje, wzbudzenie i/lub podtrzymywanie motywacji czy większa akceptacja siebie), interpersonalnych (poprawa relacji, nawiązanie relacji), lub dotyczą kwestii bardziej pragmatycznych (jak ustabilizowanie sytuacji finansowej, monitorowanie farmakoterapii, znalezienie pracy, samodzielne poruszanie się po mieście).

Przykładowe grupy celów:

1. Relacje społeczne (np. rodzinne, romantyczne, rówieśnicze, interpersonalne w szerszym znaczeniu):
 - zwiększenie poczucia pewności siebie i swobody w kontaktach z mężczyznami;
 - nauka asertywnej postawy wobec innych ludzi (jak rozpoznawać granice w relacji i ich przestrzegać);
 - nauka umiejętności wyrażania złości w relacjach w adekwatny sposób;
 - nauka sposobów komunikacji z innymi oraz nawiązywania znajomości;
 - rozwijanie zaufania wobec ludzi;
 - budowanie umiejętności wchodzenia w relacje;
 - zbudowanie motywacji do wchodzenia w kontakt z innymi osobami;
 - nawiązanie znaczącej i satysfakcjonującej relacji intymnej.
2. Kompetencje samoregulacyjne:
 - wypracowanie bardziej adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem w pracy;
 - nauka sposobów radzenia sobie z napadami paniki w szkole;
 - nauka sposobów adekwatnego panowania nad agresywnymi impulsami, skutkującymi werbalnymi i/lub fizycznymi atakami agresji wobec innych ludzi;
 - wypracowanie bardziej adekwatnych do sytuacji i skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem i lękiem w relacjach interpersonalnych;
 - znalezienie sposobów radzenia sobie z emocjami/napięciem innych niż samookaleczanie się;
 - nauka radzenia sobie z emocjami: gniewu, złości, smutku, żalu, zazdrości itd.;

- nauka rozumienia i akceptowania przeżywanych emocji;
 - nauka sposobów radzenia sobie z napięciem seksualnym;
 - zwiększenie umiejętności rozpoznawania wczesnych sygnałów zmęczenia bądź obniżonego nastroju i adekwatnego reagowania na nie, zanim dojdzie do eskalacji ich nasilenia.
3. Kompetencje samoopieki (rozwijanie i utrwalanie czynności samoobsługowych, nawyków higienicznych i zdrowotnych):
- regularność w przyjmowaniu przepisanych leków;
 - monitorowanie farmakoterapii;
 - stworzenie planu zapobiegania nawrotom epizodów depresyjnych;
 - wzrost wiedzy i świadomości dotyczącej przebiegu depresji i powracania do zdrowia;
 - dbanie o własne zdrowie oraz poszukiwanie wsparcia medycznego (np. wizyta u dietetyka, konsultacja neurologiczna itd.);
 - monitorowanie wagi i stanu zdrowia (regularne badania).
4. Usamodzielnienie się:
- nauka umiejętności gospodarowania finansami (planowanie wydatków z uwzględnieniem zobowiązań i zadłużenia);
 - ustabilizowanie sytuacji finansowej;
 - nauka planowania harmonogramu dnia (jak planować dzień i realizować ten plan);
 - nauka wyznaczania i dążenia do celów;
 - nauka sposobów podejmowania decyzji i radzenia sobie z ich konsekwencjami;
 - wsparcie w realizacji planów związanych z edukacją i zatrudnieniem, tj. pomoc w znalezieniu i utrzymaniu zatrudnienia, podniesienie kwalifikacji zawodowych itd.;
 - zrealizowanie stażu lub praktyk zawodowych;
 - znalezienie pracy na stałe;
 - rozpoczęcie i/lub kontynuowanie studiów.
5. Budowanie i/lub podtrzymywanie motywacji:
- motywowanie do podjęcia psychoterapii długoterminowej;
 - wzmacnianie motywacji do uczestnictwa w projekcie;
 - motywowanie do podjęcia terapii grupowej na oddziale szpitalnym;
 - motywowanie do regularnego przyjmowania leków;

- motywowanie do uczestnictwa w grupie wsparcia lub warsztatach psychoedukacyjnych;
- motywowanie do realizacji obowiązku szkolnego.

6. Inne:

- aktywizacja w zakresie spędzania wolnego czasu;
- rozwój pasji i zainteresowań;
- większa akceptacja swojego ciała i mniej krytyczny stosunek do siebie i swojej cielesności, bez potrzeby ciągłego porównywania się z innymi ludźmi;
- zmniejszenie nasilenia zamartwiania się poprzez nauczenie się technik poznawczych;
- praca nad trudnościami poznawczymi: skupianie się, zapamiętywanie (w kontekście pracy, nauki szkolnej itd.).

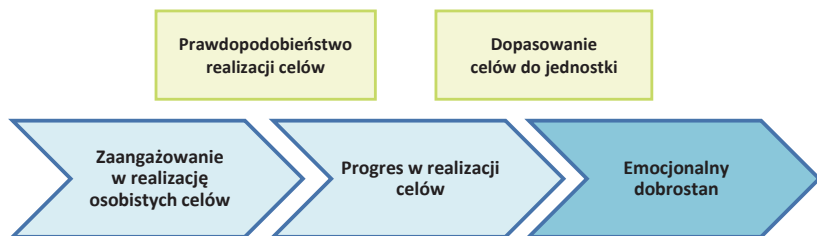
Na zakończenie teoretycznych rozważań warto jeszcze przytoczyć *teleonomiczny model subiektywnego dobrostanu* (*teleonomic model of subjective well-being*) opracowany przez Burnstein i Meier (2002, za: Michalak, Grosse Holtforth, 2006), który integruje powyższe rozważania. W tym ujęciu zaangażowanie w realizację celów oraz subiektywnie szacowane prawdopodobieństwo ich realizacji stanowią dystalne przyczyny dobrostanu. W skrócie: im bardziej identyfikuję się ze swoimi celami i odczuwam motywację do ich osiągnięcia, a przy tym moja życiowa sytuacja sprzyja ich realizacji, tym większa szansa, że faktycznie je osiągnę. Progres ten i związany z nim dobrostan zależne są oczywiście od szeregu innych czynników poza warunkami życiowymi danej osoby. Progres ten będzie tym mniejszy, im bardziej cele są: wewnętrznie skonfliktowane lub niezintegrowane; abstrakcyjne i niejasno zdefiniowane; w przeważającej mierze zorientowane na unikanie; nieakceptowane przez otoczenie społeczne jednostki. Model zakłada również, że skuteczne osiągnięcie celów przyczynia się do wzrostu poczucia dobrostanu i szczęścia szczególnie wtedy, gdy cele dopasowane są do jednostki (*goal fit*), tj.:

- są relatywnie spójne z niejawnymi, ukrytymi motywami wskazującymi na emocjonalną preferencję jednostki (zob. np. McClelland, Koestner, Weinberger, 1989); np. jednostka będzie przeżywać mniejszy poziom satysfakcji, realizując świadomą, jawną motywację, jaką jest dążenie do sukcesu zawodowego, w sytuacji gdy jej ukrytą motywacją jest pragnienie afiliacji z innymi; nawet jeśli

w trakcie podążania ku ważnym celom pojawiają się przeszkody lub wymagany będzie wzmoczony wysiłek, jednostka będzie bardziej skłonna zainwestować swoje emocjonalne zasoby i wytrwać w wyznaczonym planie działania, jeśli realizuje bliskie jej cele; potwierdza to metaanaliza badań przeprowadzona przez Koestnera z zespołem (Koestner, Lekes, Powers, Chicoine, 2002);

- są zintegrowane z systemem wartości, tzn. człowiek świadomie akceptuje wartości leżące u podstaw określonych zachowań, mają one dla niego osobistą ważność i znaczenie, a dążenie do nich samo w sobie jest satysfakcjonujące i nagradzające; jeśli natomiast człowiek działa pod wpływem zewnętrznych nagród (np. by uzyskać podziw lub aprobatę otoczenia) lub wewnętrznej presji (np. z poczucia winy lub wstydu), powiemy, że cele, do których zmierza, nie są spójne z jego Ja;
- dominują cele wewnętrzne; jak wynika z badań podłużnych przeprowadzonych przez Cohena i Cohena (1996, 2001, za: Michałak, Grosse Holtforth, 2006) na 700 osobach badanych, jakimi były dzieci i adolescenty, w przypadku gdy dominujące w ich hierarchii były cele materialistyczne i hedonistyczne, rosło ryzyko diagnozy zaburzeń z osi I i II (według klasyfikacji DSM-III; APA, 1980) w późniejszym wieku; tak więc treść celów determinuje nie tylko poziom subiektywnego dobrostanu, ale również w dalszej perspektywie zdrowie psychiczne i rozwój psychopatologii.

Rysunek 9 graficznie pokazuje, że poza zaangażowaniem w realizację osobistych celów oraz progresem w ich realizacji do emocjonalnego dobrostanu przyczyniają się powiązane z nimi prawdopodobieństwo realizacji celów oraz ich dopasowanie do jednostki.



Rysunek 9. Zmodyfikowany teleonomiczny model subiektywnego dobrostanu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Michalak, Grosse Holtfort (2006).

Cele a praktyka kliniczna

W tym miejscu warto postawić pytanie o to, czy użyteczne jest formułowanie celów w terapii, niezależnie od tego, czy przybiera ono bardziej sformalizowany charakter (jako niezbędny element proceduralny postępowania terapeuty), czy zostaje bardziej nieformalnie wplecione w sposób pracy psychologa, przyświecając jego interwencjom niejako w tle innych działań? Badania dowodzą, że kiedy dzieci bądź dorośli zachęceni są do wyznaczania sobie celów, rośnie szansa ich realizacji (Locke, Latham, 2002). Mówiąc prosto, jeśli wiemy, dokąd zmierzamy, to z większym prawdopodobieństwem tam dotrzemy. Wpływa to również pozytywnie na dobrostan (Aked, 2008, za: Cooper, 2018). Jak można wyjaśnić te pozytywne efekty? Locke i Latham (2002) wskazują po pierwsze, że koncentracja na celu generalnie sprawia, że ludzie skupiają swoją uwagę i działania na aktywnościach związanych z celem, nie „trwoniąc” jej tym samym na inne czynności. Po drugie, posiadanie celu ma walor energetyzowania do działania. Po trzecie, ludzie są wówczas bardziej wytrwali w swoich działaniach. Po czwarte, mogą doświadczać pozytywnego pobudzenia i przy okazji poszerzyć swoją wiedzę o nowych zadaniach i strategiach działania. Jak widać, samo posiadanie celu pełni ważne motywacyjne i regulacyjne funkcje. Z kolei dane empiryczne gromadzone w obszarze badań nad celami w kontekście psychoterapii sugerują, że proces formułowania celów w terapii przy-

nosi również wiele korzyści. Charakterystyki celu wpływają w podobny sposób na proces terapeutyczny, ponieważ zmniejszają lub zwiększają motywację do angażowania się w leczenie oraz osiąganie ustalonych, pożądaných zmian. Niektórzy autorzy sugerują, że jest to szczególnie użyteczne, gdy psycholog pracuje krótkoterminowo i ma do dyspozycji ograniczone zasoby (Cooper, 2018). Metaanaliza 19 badań obejmująca łącznie 2260 osób uczęszczających na psychoterapię, przeprowadzona przez Tryon i Winograd (2011), ujawniła istotny związek między poziomem uzgodnienia celów leczenia oraz poziomem współpracy terapeuta–klient na rzecz tych celów a uzyskiwanymi efektami leczenia.

W odniesieniu do znaczenia celów dla praktyki klinicznej szczególnie często w opracowaniach na ten temat zwraca się uwagę na następujące treściowe i formalne aspekty celów: ważność (*importance*); czy są one wewnętrzne (*intrinsic*), czy zewnętrzne (*extrinsic*); zorientowane na unikanie (*avoidance oriented*) czy zbliżanie się do (*approach oriented*); stopień ich specyficzności (np. Cooper, 2018; Ramnerö, Törneke, 2015). Charakterystyki te wpływają na wielkość motywacji do leczenia. Zostaną one szczegółowo przedstawione poniżej, ponieważ wykazują udokumentowane badaniami związki z dobrostanem człowieka (zob. przegląd badań w: Skarżyńska, 2004) oraz bezpośrednio z efektami psychoterapii (Cooper, 2018). Co istotne, uzgodnione cele leczenia stanowią również element przymierza terapeutycznego (por. Bordin, 1994, za: Cierpiałkowska, 2017).

Ważność celu. Najogólniej rzecz biorąc, cele, które człowiek chce osiągnąć, mogą różnić się między sobą stopniem ważności. Znajdziemy wśród nich rzeczy niezwykle istotne, np. „być dobrą matką”, jak również cele rzec by można blahe, w rodzaju „posprzątać zagracony garaż”. Jak wskazano wcześniej, z ważnością celu blisko łączy się pojęcie jego atrakcyjności, znaczenia, dostępności poznawczej czy poziom zaangażowania w realizację. Ta ostatnia właściwość generuje i wzmacnia określone emocje, tzn. im bardziej jesteśmy zaangażowani w realizację jakiegoś celu, np. bardzo zależy nam na rozwijaniu kompetencji zawodowych w ramach specjalistycznych szkoleń, aby jak najlepiej wykonywać pracę pielęgniarki, tym lepiej czujemy się, gdy sądzimy, że cel ten jest na wyciągnięcie ręki, tj. możliwy dla nas do osiągnięcia. Jednocześnie tym większe będzie nasze przygnębienie w sytuacji, gdy

dostrzeżemy swoje niepowodzenie, np. widząc zły wynik na egzaminie sprawdzającym stan naszej wiedzy. Dodajmy jeszcze, że ważność celu jest pojęciem pokrewnym do pojęcia rdzennych projektów osobistych (*core projects*). Niemniej należy odróżnić ważność celów od ich rdzenności (*core-ness*). Rdzenne cele to te najbardziej stabilne, trwałe, bez których nasze życie traci sens. Ważne cele to te, które są dla nas istotne, priorytetowe w danym momencie i w tym sensie podlegają one zmianom w czasie.

Jedną z koncepcji, która wyraźnie podkreśla rolę zbieżności pomiędzy własnymi potrzebami, zainteresowaniami, wartościami a wyznaczanymi przez nie celami, jest teoria zgodności z ja (*self-concordance*) Sheldona i Elliota (1999, za: Gasiul, 2013). Cele zgodne z „ja”, a więc harmonijne z potrzebami, sprzyjają integracji, podnoszą poczucie sprawczości, przynoszą więcej satysfakcji i dobre samopoczucie w porównaniu do celów niezharmonizowanych z „ja”, które pochodzą z zewnątrz. Te drugie odczuwane mogą być jako przymus narzucony przez otoczenie i prowadzić do dezintegracji i niepokoju. Tym samym istotniejsze od spełnienia obiektywnych kryteriów braku choroby lub kryteriów zdrowia psychicznego jest osobiste znaczenie, jakie klient nadaje wyznaczonym przez siebie celom i osiągniętej zmianie. Po raz kolejny zaakcentowana jest tutaj ważność uważnej eksploracji obszarów życia mających osobiste znaczenie dla klienta i poszukiwania współgrających z nimi celów terapii. Wyniki dwóch longitudinalnych badań wskazują na długotrwały pozytywny wpływ celów zgodnych z Ja na poczucie dobrostanu (Sheldon, Elliot, 1999; Sheldon, Houser-Marko, 2001).

Cele wewnętrzne vs. zewnętrzne. W powszechnie znanej na gruncie współczesnej psychologii motywacji teorii autodeterminacji Deciego i Ryana (2000) pojęcie potrzeb wykorzystywane jest do zrozumienia funkcjonowania człowieka. W tym ujęciu wyróżnia się trzy główne, powszechne i niezbywalne potrzeby: autonomii, kompetencji i relacji z innymi. Koncepcja ta zakłada, że rozwój i osiąganie zadowolenia z życia poprzez zaspakajanie wszystkich tych podstawowych, uniwersalnych psychologicznych potrzeb wiąże się z optymalnym określeniem celów przez jednostkę (Deci, Ryan, 2000; Kasser, Ryan, 1996). Cele (wartości) wewnętrzne obejmują afiliację, rozwój osobisty, poczucie

wspólnoty, a więc skłaniają ludzi do angażowania się w aktywności, które z dużym prawdopodobieństwem będą zaspokajać wymienione potrzeby i w związku z tym będą korzystne dla ich dobrostanu psychicznego (Ryan, Deci, 2000; Skarżyńska, 2004). Cele (wartości) zewnętrzne, do których zalicza się kumulowanie dóbr materialnych, sławę, pozytywny wizerunek własnej osoby, są skoncentrowane na porównaniach z innymi oraz trosce o zewnętrzne atrybuty poczucia własnej wartości. Wiążą się z poszukiwaniem zewnętrznej aprobaty i nagród (Kasser, Ryan, 1996). W związku z tym motywują do angażowania się w działania, których efekty często frustrują podstawowe ludzkie potrzeby, choć pozwalają uzyskać efekt chwilowego zadowolenia. Liczne badania na temat związków między różnymi rodzajami celów życiowych a dobrostanem psychicznym zgodnie pokazują, że osoby skoncentrowane na realizacji wartości zewnętrznych cechuje niższy poziom samorealizacji, mniejsza witalność, niższe zadowolenie z życia, rzadziej doświadczają one pozytywnego afektu, a częściej wyższego poziomu lęku i objawów depresji, są bardziej narcystyczne i skarżą się na więcej problemów, także natury fizycznej, aniżeli osoby zorientowane na wartości wewnętrzne (Sheldon, Kasser, 1998; Skarżyńska, 2004). Tylko aktualizacja celów wewnętrznych przynosi jednostce korzyści (Sheldon, Kasser, 1998).

Dążenie do vs. unikanie. Cele zorientowane na dążenie nakierowane są na pozytywny, pożądany rezultat czy stan, a regulacja działań jednostki zapośredniczona przez tak zdefiniowane cele popycha podmiot naprzód, w kierunku do wybranego obiektu (Elliot, Church, 2002). Cele zorientowane na unikanie prowadzą do koncentracji na negatywnych, niepożądanych stanach czy rezultatach. Główną motywacją człowieka jest wówczas odsuwanie się lub utrzymanie dystansu od nich. Tę dychotomię w obrębie rodzaju celów odnieść można do występującego w teorii ukierunkowań regulacyjnych ja Higginsa (1997) podziału strategii samoregulacji na promocyjną i prewencyjną. Wówczas cele zorientowane na dążenie do widzieć można jako związane z promocyjnym ukierunkowaniem regulacyjnym, w którym jednostka jest szczególnie wrażliwa na obecność lub brak pozytywów. Sukcesem jest wówczas osiągnięcie stanu pozytywnego, czyli zredukowanie rozbieżności między stanem aktualnym a pożądanym. Odwrotnie w przypadku celów

zorientowanych na unikanie – jednostka jest szczególnie wrażliwa na obecność lub brak negatywów, a sukcesem jest dla niej uniknięcie stanu negatywnego, czyli zredukowanie rozbieżności między stanem aktualnym a tym, którego się obawia. Omawiane tu rozróżnienie ma praktyczne znaczenie dla przebiegu terapii. Szereg badań wskazuje na związek między wskazywanymi przez klientów celami unikania a większą symptomatologią (zob. przegląd w: Tryon, 2018). Jak pokazują badania, regulacja oparta na celach unikania skutkuje m.in. niższym poziomem przystosowania i mniejszym poczuciem dobrostanu, a bezpośrednio w kontekście terapii prowadzi do mniejszych postępów w leczeniu oraz mniejszego zadowolenia z terapii (Elliot, Church, 2002). Dlaczego tak się dzieje? Odpowiedź na to pytanie znajduje się w tabeli 2.

Tabela 2

Cele zorientowane na działanie a cele zorientowane na unikanie – porównanie

Kryterium porównawcze celów	Opis kryterium
Stan docelowy	W przypadku celów zorientowanych na unikanie zwykle nie można jasno wskazać końcowego stanu, który jednostka chciałaby uzyskać. Przykładowo łatwiej rozpoznać, czy osiągnęło się upragniony rezultat w przypadku celu, który brzmi „chciałbym mieć więcej przyjaciół”, niż gdy zdefiniowany jest on jako „chciałbym być mniej samotny”. Ponadto w przypadku unikania niepożądany stan końcowy zazwyczaj nie daje się całkowicie wyeliminować, stąd co do zasady trudniej go osiągnąć. Dla przykładu mogę chcieć unikać porażek, ale prędzej czy później jakaś stanie się moim udziałem.
Narzędzia osiągnięcia celu	Zdecydowanie trudniej jasno określić środki, za pomocą których można osiągnąć cel zorientowany na unikanie. Na przykład trudno określić, jakimi sposobami zagwarantuję sobie mniejszą samotność, ponieważ dróg dojścia do celu w tym wypadku jest wiele. Kiedy zmierzam do czegoś, np. chciałabym schudnąć 5 kg, łatwiej przygotować konkretny plan działania.
Poczucie skuteczności	Dążąc do celu, zapewniam sobie szansę na osiągnięcie czegoś, co da mi zwrotnie poczucie, że działam skutecznie i jestem osobą zdolną osiągać to, czego pragnę. Kiedy staram się unikać czegoś, nie tylko nie doświadczę poczucia skuteczności, ale ryzykuję, że skończę w poczuciu bycia tchórzem, który nie potrafi się z niczym zmierzyć.
Rodzaj treści aktywowanych w umyśle i powiązanych z nimi uczuć	Nieustanne myślenie o tym, czego chcemy uniknąć, powoduje, że w umyśle aktywują się negatywne treści, które nabierają na znaczeniu, np. próbując uniknąć porażek, musimy ciągle pamiętać o sytuacjach, w których je ponieśliśmy. Inaczej w przypadku pozytywnych celów – myślenie o nich wzbudza optymizm i nadzieję. Co więcej, badania sugerują, że unikanie negatywnych celów częściej generuje silne, różnorodne, skonfliktowane uczucia.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Cooper (2018).

Specyficzność vs. ogólność. Wymiar ten rozciąga się od celów, które są sformułowane możliwie najbardziej precyzyjnie i specyficznie do celów niejasnych, mgliście sformułowanych (Cooper, 2018). Mówiąc inaczej, chodzi o to, czy cel jest konkretny, czy abstrakcyjny. Konkretność celu oznacza, że określone zachowanie występujące w odpowiedzi na specyficzny kontekst pozwala uzyskać określoną, namacalną nagrodę. Idzie ona zwykle w parze z prostotą (*simplicity*), czyli cel jest wyraźny i można go osiągnąć jedynie wybranymi sposobami, np. „chodzenie do siłowni dwa razy w tygodniu”. Abstrakcyjność oznacza, że cel jest bardziej globalny i ogólny, wykraczający poza konkretny rodzaj sytuacji, odnoszący się do rozmaitych kontekstów. Abstrakcyjny cel, np. „być bardziej szczęśliwym”, odznacza się zwykle złożonością (*complexity*), a więc można go osiągnąć różnymi drogami, Empirycznie dowiedziono, że ludzie robią większe postępy, gdy cele są specyficzne i proste (Locke, Latham, 2002; Sheeran, Webb, 2012, za: Cooper, 2018). Z punktu widzenia dobrostanu większe znaczenie ma jednak to, czy dany cel jest dla nas ważny. Jak się okazuje, ważne cele mają często abstrakcyjną postać, np. „chciałbym być osobą, która jest kochana przez innych”, „chciałabym wieść godne życie”, „chciałabym być użyteczny dla innych”. Tak więc zasadniczo, ustanawiając cele, należy mieć na względzie oba te wymiary.

Funkcje formułowania celów w modelu

W świetle przytoczonych przesłanek teoretycznych i danych empirycznych przyznanie ustalonym celom leczenia statusu ważnej determinanty powodzenia prowadzonych ścieżek terapeutycznych nie wymaga w zasadzie zbyt wielu dodatkowych wyjaśnień. Regulacyjna i motywacyjna funkcja celów została już szczegółowo omówiona. Poniżej przedstawiono powody, dla których zidentyfikowanie celów przy znaczącym współdziałaniu pacjenta na wczesnym etapie współpracy stało się priorytetem podczas planowania ścieżek leczenia w projekcie. Priorytetem, o który troszczył się nie tylko manager pacjenta wraz z pozostałymi członkami zespołu, ale również zasadniczą kwestią omawianą podczas cyklicznie prowadzonych *case review*, w których uczestniczyli wszyscy członkowie zespołu. W rejestrze pacjenta

znajdowało się miejsce specjalnie przeznaczone do wpisania celu i projektowanej ścieżki leczenia (tj. wskazanie rodzaju interwencji i harmonogramu realizacji poszczególnych jej etapów). Początkowo managerowie omijali tę rubrykę lub uzupełniali ją rzadko, niechętnie też poruszając tę kwestię podczas przeglądu puli pacjentów. Z czasem wykazywali coraz większą systematyczność w uzupełnianiu wpisów, zachowując czujność w sytuacjach, w których występowała trudność w ustaleniu z pacjentem celów w fazie konsultacji. Przypisać to można małemu doświadczeniu zawodowemu managerów, z czym wiąże się brak treningu w formułowaniu celów terapii i skłonność do odraczania tego zadania lub przyspieszania jego przebiegu. To jednak nie wyjaśnia wszystkiego i nie dotyczyło wszystkich managerów w równym stopniu. Niekiedy trudność ta dotyczyła pracy jedynie z wybranymi klientami. Jaka może być zatem inna przyczyna swoistego oporu przed ustalaniem celów, który przybierał niekiedy formę zapominania lub odkładania na później? Z obserwacji supervisorów wynika, że ustalanie celów to umiejętność wymagająca szerokiego zakresu kompetencji ze strony psychologa, często sporego wysiłku poznawczego. O jakich kompetencjach tutaj mowa? Najogólniej rzecz ujmując, jest to złożenie miękkich umiejętności komunikacyjnych (takich jak aktywne słuchanie, odzwierciedlanie itd.) z umiejętnością wykorzystywania wiedzy o wskaźnikach zdrowia czy szeroko pojętego dobrostanu człowieka, w tym znajomość prawidłowości rozwojowych. Oznacza to zdolność przekładania tej wiedzy na język zrozumiały i dopasowany do odbiorcy. Oddli ze współpracownikami zbadali, jakimi strategiami posługują się doświadczeni psychoterapeuci w trakcie dochodzenia do porozumienia z klientem w kwestii celów terapii w początkowym jej etapie (Oddli, McLeod, Reichelt, Rønnestad, 2014). Jak się okazało, rzadko używali oni słowa cel w rozmowie z klientami, stymulując ich raczej na różne sposoby do refleksji nad tym, co chcieliby osiągnąć poprzez udział w terapii. Zachęcali pacjentów do przemyśleń dotyczących własnej przyszłości, przyglądania się możliwym barierom w osiągnięciu zmian czy dzielenia się swoimi oczekiwaniami odnośnie do terapii.

Przechodząc do zagadnienia funkcji celów: najogólniej rzecz biorąc, planowanie terapii z uwzględnieniem formułowania celów ma dwojakie znaczenie: (a) cele terapeutyczne stanowią kryterium rezultatów, zwiększając jakość podejmowanych interwencji i umożliwiając prowadzenie

badań nad efektywnością terapii; (b) formułowanie celów i dążenie do porozumienia odnośnie do celów pomiędzy terapeutą a pacjentem samo w sobie ma terapeutyczny potencjał (Grosse Holtforth, Wyss, Schulte, Trachsel, Michalak, 2009).

Niewątpliwie współdziałal pacjenta w określaniu celów terapii oraz pośrednio, w projektowaniu ścieżki terapeutycznej, zwiększa jego podmiotowość i poczucie sprawczości. Poczucie podmiotowości analizować można na różne sposoby. Jedną z propozycji, autorstwa Pacherie (2008, za: Gasiul, 2013), wyodrębnia kilka ważnych jego wymiarów: poczucie intencjonalności (podmiot jest przyczyną danego działania), poczucie inicjatywności (ja inicjuję dane działanie), poczucie kontroli (kontroluję przebieg zainicjowanego działania). W innym ujęciu, zaproponowanym przez Bandurę (2008, za: Gasiul, 2013), wyróżnia się: intencjonalność, dalekosiężne przewidywanie, samoregulację oraz autorefleksyjność. Zapraszanie pacjentów do aktywnej partycypacji w określaniu celów terapii wzmacnia „ja” podmiotowe, które uczestniczy w kreowaniu intencjonalnych działań, pozwala jednostce przejmować kontrolę nad własnym życiem i dokonywać autonomicznych wyborów. Poczucie, że jest się aktywnym podmiotem, zdolnym do wpływania na własne życie prowadzi do wzrostu nadziei, poczucia osobistej siły i poczucia własnej wartości (Mackrill, 2010). Nadzieja na lepszą przyszłość oraz wiara w to, że osobiste cele i zamierzenia uda się zrealizować, wskazywane są jako dwa ważne wymiary zdrowienia. Zdrowienie rozumiane jest jako subiektywnie doświadczany proces zmiany postaw, wartości i uczuć, który umożliwia prowadzenie satysfakcjonującego życia pomimo ograniczeń wynikających z zaburzenia (Anthony, 1993, za: Sawicka, Bronowski, 2016). Warto przy okazji nadmienić, że poczucie zdrowienia (*recovery process*) i umacnianie (*empowerment*) to dwa kluczowe pojęcia opisujące istotę współczesnych programów wsparcia dla osób chorujących psychicznie bazujących na środowiskowym modelu leczenia, zapoczątkowanym w latach 80. XX w. (Sawicka, Bronowski, 2016). Umacnianie zakłada przywrócenie tym osobom poczucia podmiotowości oraz sprawczości poprzez wspieranie ich zdolności do samodzielnego podejmowania decyzji czy dokonywania ważnych wyborów życiowych. W wymiarze społecznym umacnianie zmniejsza prawdopodobieństwo pozostawania w roli wiecznego pacjenta – nadmiernie zależnego i biernie przyjmującego oddziaływania

z zewnątrz. Położenie akcentu na sprawczość pacjenta wprowadza inny sposób widzenia jego roli – bardziej jako współautora zmiany, mniej jako konsumenta usługi terapeutycznej (Czabała, 2006).

Należy zatem wystrzegać się narzucania pacjentowi celów, co może być pokusą dla psychologa, zważywszy, że jego wizja leczenia pozostaje w bliskim związku z założeniami danej szkoły psychoterapeutycznej. Podobnie niewskazane jest sugerowanie klientowi celów, które będą niezgodne z jego potrzebami. Za przykład posłużyć może jeden z pacjentów cierpiący na epilepsję, który nie informował potencjalnych pracodawców o swojej chorobie, znajdując często zatrudnienie w zawodach, które stanowiły zagrożenie dla jego życia i/lub zdrowia, np. praca na wysokości na budowie. W toku współpracy z managerem nie udało się co prawda wypracować większej szczerości pacjenta w kontaktach z pracodawcami, ale skoncentrował się on z powodzeniem na znalezieniu zatrudnienia w bardziej bezpiecznym dla siebie i innych środowisku pracy. Zmiana ta nie była może wystarczająca z perspektywy kryteriów oceny przyjętych przez managera, ale sam pacjent był nią usatysfakcjonowany i uznać można to za istotną poprawę, biorąc pod uwagę przypisane mu rozpoznanie (pacjent otrzymał diagnozę narcystycznego zaburzenia osobowości).

Umacniająca dla klienta może być także otwartość, z jaką terapeuta traktuje wyrażane przez niego marzenia, nadzieje, plany. W podejściu bazującym na celach punktem wyjścia jest to, czego pragnie osoba poszukująca pomocy. Nie oznacza to wszak, że terapeuta nie żywi (bardziej lub mniej uświadomionych) osobistych nadziei i przekonań na poprawę u klienta w określonym kierunku, np. może sądzić, że najlepsze dla niego będzie, jeśli zaakceptuje siebie takim, jaki jest, podczas gdy klient pragnie po prostu pozbyć się cierpienia (Cooper, 2018). Otwarta dyskusja o tym, dokąd ostatecznie zmierzać będzie leczenie, czyni proces ustalania celów bardziej transparentnym, ponieważ obie strony aktywnie w niej partycypują, a jawnie dyskutowane cele umożliwiają pacjentowi wyrażenie świadomej zgody na udział (Cooper, 2018; Grosse Holtfroth, Michałak, 2012). Dodatkowo wzmacnia to sojusz terapeutyczny – klient czuje się rozumiany i szanowany, co powoduje wzrost zaufania i szczerości wobec terapeuty.

Podkreśla się również wagę nadziei, jaka pojawia się często już w momencie wyartykułowania celu oraz wartość pogłębionego wglądu

w to, co dla człowieka ważne w życiu – jest on pierwszym krokiem na drodze do samorealizacji (Cooper, 2018; Mackrill, 2011). Udział nadziei w wyznaczaniu motywacji celowościowych, a więc tych powstających z udziałem podmiotu, znalazł swoje miejsce w rozważaniach Reykowskiego (1975, za: Jarymowicz, 2008) na temat determinant wielkości motywacji do określonego działania. Wymienia on trzy czynniki: (a) wielkość napięcia motywacyjnego (wynika ono z dostrzeżenia przez podmiot rozbieżności między stanem faktycznym a standardami); (b) wartość gratyfikacyjna określonego celu; (c) stopień subiektywnego prawdopodobieństwa sukcesu w jego realizacji. Ten ostatni to właśnie wielkość nadziei wynikająca z naszej oceny szans realizacji celu. Jak pisze Jarymowicz (2008, s. 82), niezależnie do tego, na ile ocena ta bliska jest realiom, „przewidywanie zawsze zawiera pewien element wiary: ufności w to, że się uda”. Autorka dokonuje również ważnego spostrzeżenia na temat mocy regulacyjnej wartości i ideałów (będących podstawą dookreślania celów), nad którymi człowiek nie dokonuje świadomego namysłu. Sądzi, że bez zrozumienia wyznawanych wartości, nadania im osobistego znaczenia nie mają one większego wpływu na funkcjonowanie człowieka i rozwój osobowości.

Argumentem zupełnie innej kategorii, jednak nie mniej istotnym, jest fakt, że pracę na celach preferuje spory odsetek pacjentów. Z badań wynika, że 8 na 10 osób chciałoby, aby terapia miała ustalony specyficzny cel (Cooper, Norcross, 2015, za: Cooper, Law, 2018). Co ciekawe, tylko 4 na 10 specjalistów z obszaru zdrowia psychicznego podziela tę preferencję.

Wypracowanie w dialogu z pacjentem realistycznych celów zwiększa również szanse na ustanowienie bardziej realistycznych oczekiwań względem leczenia, co wiąże się z bardziej pozytywnymi rezultatami (Di Malta i in., 2019). Oczekiwania względem terapii stanowią bowiem ważny predyktor jej powodzenia (DeFife, Hilsenroth, 2011). W związku z tym w dialogu powinno znaleźć się miejsce na omówienie rozmaitych obaw i przekonań na temat terapii, z którymi pacjenci rozpoczynają leczenie. Beneficjentami projektu były często osoby, które dotychczas nie korzystały z pomocy psychologicznej, psychiatrycznej i/lub społecznej. Ponadto część z nich stanowili nastolatki. Osoby z obu tych grup zgłaszały niekiedy wątpliwości w kwestii „normalności” prezentowanych objawów. Przydatny był wówczas zabieg polegający

na zapewnieniu, że doświadczenia klienta nie są czymś „nienormalnym” oraz otwartym komunikowaniem przez managera pacjenta wiary w możliwość powodzenia terapii (DeFife, Hilsenroth, 2011). Wielokrotnie przynosiło to pacjentom ulgę i przywracało nadzieję na uzyskanie poprawy.

Kolejną sygnalizowaną już istotną funkcją planowania celów i odwoływania się do nich podczas prowadzenia ścieżek pacjentów jest wpływ na opracowanie strategii leczenia. Znając cele i ich hierarchię, można przystąpić do zastanawiania się nad sposobami ich realizacji, które każdorazowo zostają indywidualnie dopasowane do przypadku. Ma to szczególne znaczenie, gdy w pomoc zaangażowanych jest kilku specjalistów. W tym sensie cele stanowią niezbędny drogowskaz – pozwalają managerowi oraz wszystkim członkom zespołu szybko zorientować się, co jest w danym momencie priorytetem, a co stanowi działanie do zrealizowania w późniejszym czasie. Klarowny staje się pożądaný kierunek i rodzaj oddziaływań oraz zakres ról. Z doświadczeń projektowych wynika, że w zespołach interdyscyplinarnych, w których pojawiają się nowe role (w tym wypadku manager pacjenta), dochodzić może do dublowania się oddziaływań. Przykładowo za część zadań standardowo realizowanych przez pracowników zatrudnienia wspomaganego odpowiadał manager pacjenta. Podczas pierwszej ewaluacji częściowej zauważono, że bez precyzyjnego wskazania powodu, dla którego manager włącza pracownika zatrudnienia wspomaganego w ścieżkę leczenia danego klienta, nie może się odbywać ich efektywna współpraca. Manager pacjenta musi każdorazowo wskazać rodzaj i zakres zgłaszanego zapotrzebowania na usługi innych osób współpracujących z klientem, inaczej będą oni pracować zgodnie ze zwyczajowym trybem, nawet jeśli część działań jest już realizowana przez innego członka zespołu.

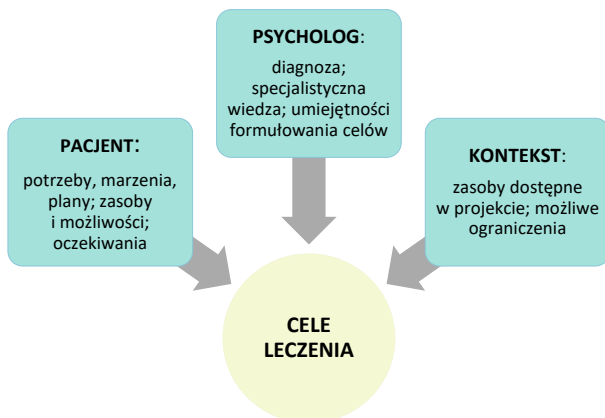
Inną ważną funkcją celów jest możliwość monitorowania postępów leczenia lub dokonanie analizy przeszkód w jego przebiegu. Tylko w sytuacji, kiedy cele są jasno określone, widoczne staje się, czy pacjent podejmuje wysiłek zmierzający do ich realizacji, czy z określonych przyczyn nie wdraża działań w zaplanowanym kierunku. Do celów, które stanowią element kontraktu zawieranego z pacjentem, można jawnie odwołać się w dowolnym momencie, aby wspólnie omówić, co takiego dzieje się w procesie leczenia, że nie prowadzi on do pozytywnych,

oczekiwanych zmian. Daje to swobodę omówienia procesu i wspólne odkrywanie, gdzie leży potencjalna przyczyna, np. czy jest nią brak motywacji pacjenta, czy może jego trudna sytuacja finansowa lub rodzinna, która uniemożliwia regularne uczestniczenie w spotkaniach itd.

Odwoływanie się do jasno określonych celów leczenia ułatwiało także systematyczny przegląd listy aktywnych pacjentów w rejestrze, umożliwiając zespołowi posortowanie pacjentów według wagi problemów oraz wyłonienie tych, którzy mogą potrzebować więcej uwagi, niezależnie od poziomu ich bieżącego zaangażowania w proces terapeutyczny. Biorąc pod uwagę taki czynnik jak długość leczenia, ważne było zidentyfikowanie tych pacjentów, którzy już od jakiegoś czasu korzystali z zasobów systemu opieki zintegrowanej, nie wykazując większego zaangażowania albo tych, którzy być może osiągnęli już maksymalne korzyści. Dzięki takiemu podejściu możliwe jest przekierowanie zasobów leczniczych i opiekuńczych na innych, bardziej potrzebujących pacjentów lub zintensyfikowanie działań mających na celu przywrócenie kontaktu z pacjentami zagrożonymi wypadnięciem, którzy wymagają bardziej proaktywnego podejścia ze strony zespołu.

Wyznaczniki procesu planowania celów leczenia

W niniejszym opracowaniu wielokrotnie przywoływany jest postulat negocjowania celów w dialogu z pacjentem. Co należy przez to rozumieć? Negocjowanie oznacza, że pacjent wnosi ważne dla siebie marzenia, plany, potrzeby, nadzieje, ale również swoje możliwości, zasoby i oczekiwania względem leczenia. Manager pacjenta wnosi psychospołeczną diagnozę, posiadaną wiedzę specjalistyczną oraz swoje umiejętności formułowania celów. Całość toczy się w specyficznym kontekście, a zatem w trosce o powodzenie procesu leczenia manager pacjenta musi uwzględnić również dostępne mu zasoby, a także praktyczne możliwości, które ograniczają niekiedy jego pole działania. Zestawienie wyznaczników procesu ustalania celów leczenia uwzględniających wkład pacjenta, pomagającego mu specjalisty oraz kontekstu, w którym przebiega ich współpraca, znajduje się na rysunku 10.



Rysunek 10. Podstawowe wyznaczniki w procesie ustalania celów leczenia.

Źródło: opracowanie własne.

Michalak i Grosse Hotlforth (2006) wymieniają dodatkowo kilka innych czynników kluczowych dla wyboru celów leczenia: teoretyczna orientacja terapeuty; wiek, płeć, motywacja i oczekiwania pacjenta; setting terapeutyczny; ilość sesji refundowanych w ramach lokalnego dostawcy usług zdrowotnych.

Wypadkowa trzech wskazanych źródeł warunkujących ostateczny kształt celu/celów leczenia daje wachlarz możliwości, jeśli chodzi o planowanie oddziaływań. Wyodrębniono kilka typów ścieżek w ramach indywidualnego planu leczenia i wsparcia w usamodzielnianiu realizowanych przez ZZO: profilaktyczna, leczenia, prewencji/rehabilitacji, środowiskowa (Bobrowska, 2021), w zależności od dominującego rodzaju celu (zob. tabela 3). Cele kliniczne nawiązują do raportowanych przez pacjenta objawów, a cele społeczne odnoszą się do różnych wymiarów usamodzielnienia i społecznego funkcjonowania pacjenta. Jednocześnie trzeba zaznaczyć, że w praktyce najczęściej realizowano ścieżkę leczenia⁶ lub środowiskową. Ścieżką środowiskową określano sposób rekrutacji

⁶ Dotąd w opracowaniu pojawiało się określenie *ścieżka leczenia* bez odwołania do podziału na typy ścieżek i zbiorczo oznaczało ono różne ich rodzaje. Dalej używane będzie również w tym szerokim znaczeniu.

pacjentów do projektu, który nie rozpoczynał się kontaktu z lekarzem POZ. Szczególnie często pacjenci docierali tą drogą w sytuacji, gdy obostrzenia pandemiczne uniemożliwiały bezpośredni kontakt z lekarzami POZ, a wizyty ograniczały się jedynie do telekonsultacji.

Tabela 3

Typy ścieżek z odpowiadającymi im kryteriami i celami

Typ ścieżki	Kryteria	Cele
Profilaktyczna	<ul style="list-style-type: none"> – Brak umiarkowanego poziomu wyników na skalach klinicznych. – WHODAS: min. 1 obszar funkcjonowania, w którym wskazano znaczący lub skrajnie duży problem lub 2–3 obszary z oszacowaniem nieznaczny lub umiarkowany, w tym minimum 1 obszar umiarkowany problem. 	Wystarczy uzgodnić 1 cel społeczny.
Leczenia	<ul style="list-style-type: none"> – Umiarkowany poziomu wyników na skalach klinicznych. 	Wśród celów min. 1 cel kliniczny.
Prewencji/rehabilitacji	<ul style="list-style-type: none"> – Zakończenie etapu leczenia – osiągnięcie założonego celu i 30% poprawy klinicznej. – Dla osób korzystających z ochrony zdrowia psychicznego poza modelem. 	Zapobieganie nawrotom: 1 cel kliniczny (utrzymanie stałego poziomu wyników w skalach klinicznych) + 1 cel społeczny z zakresu zapobiegania nawrotom.
Środowiskowa	<ul style="list-style-type: none"> – Umiarkowany poziomu wyników na skalach klinicznych + ochrona zdrowia psychicznego poza modelem (np. NFZ/psychoterapia) – na podstawie wywiadu. 	Wystarczy uzgodnić 1 cel społeczny.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Bobrowska (2021).

Inny podział ścieżek opierał się na kryterium czasu. „Ścieżki długie” obejmowały powyżej 10 spotkań, „ścieżki krótkie” zamykały się maksymalnie w 10 spotkaniach. Długość trwania ścieżki w sposób oczywisty wyznaczała rodzaj planowanych celów. Dłuższe ścieżki uwzględniały bardziej wielotorowe oddziaływania oraz cele o bardziej psychologicznym lub psychospołecznym charakterze. W przypadku krótkich ścieżek cele najczęściej miały charakter motywacyjny, np. motywowanie do psychoterapii długoterminowej lub udziału w grupie psychoedukacyjnej, niekiedy dotyczyły krótkoterminowego wsparcia w kryzysie. Kwalifikacja do rodzaju ścieżki zdeterminowana była po pierwsze oceną poziomu zaburzeń funkcjonowania klienta. Przy tym warto przypomnieć, że od jednej trzeciej do połowy klientów nie spełnia nozologicznych kryteriów żadnego zaburzenia psychicznego (Cooper, 2010, za: Tarnowska, Filipiak, 2015), a jednak poszukują oni pomocy psychologicznej, zorientowanej bardziej na rozwiązywanie aktualnych problemów życiowych, które są źródłem cierpienia. Po drugie, w nawiązaniu do kryterium stawiania pacjenta w centrum uwagi wybór długości i częstotliwości trwania ścieżki, a tym samym możliwych do zrealizowania w tym czasie celów, podyktowany był deklarowaną przez klienta motywacją do pracy o określonym horyzoncie czasowym. Zatem, nawet jeśli manager pacjenta dostrzegał potrzebę pogłębionej pracy z klientem, ale nie spotykało się to z jego gotowością, wówczas wiodące były potrzeby klienta. Przy tym manager informował go o ograniczeniach tego rodzaju współpracy, wskazując, co jest możliwe do zrealizowania w danych ramach czasowych, a co je przekracza. Zdarzało się również, że klient zainteresowany był długoterminową psychoterapią, której projekt nie oferował. Zadaniem psychologa w obu wymienionych sytuacjach było zadbanie o to, aby decyzja o skorzystaniu z pomocy była efektem świadomej zgody klienta. Zakładało to rzetelne poinformowanie go o tym, co w warunkach, jakie zapewniał projekt, jest możliwe do zrealizowania i gdzie ewentualnie może poszukiwać innych form pomocy, bardziej odpowiadających jego potrzebom i oczekiwaniom. Oba sposoby podziału ścieżek były użyteczne dla managera pacjenta, stanowiąc ramę organizującą sprawną komunikację między nim a innymi specjalistami bądź superwizorami.

Wyznaczanie optymalnego kierunku pracy terapeutycznej musi uwzględniać perspektywę klienta. Tarnowska i Filipiak (2015) wskazują

na kilka udokumentowanych w literaturze czynników znaczących dla planowania postępowania diagnostycznego w warunkach ambulatoryjnego ośrodka psychoterapii. Przełożyć je można na wytyczne dla managera pacjenta, którego rola diagnostyczna i wynikająca z tego zdolność rekomendowania optymalnie dopasowanych do klienta interwencji jest kluczowa w modelu. Interwencje zorientowane na cel nie określają, jaki konkretnie model terapii jest wskazany (Law, 2018). Wyznaczają jedynie kierunek oddziaływań, punkt docelowy, do którego potencjalnie prowadzą różne alternatywne drogi. Nie ulega jednak wątpliwości, że pewne interwencje są bardziej odpowiednie w danych okolicznościach i lepiej niż inne przeciwdziałają określonym trudnościom. Badania zdają się potwierdzać to spostrzeżenie (Roth, Fonagy, 2013, za: Tarnowska, Filipiak, 2015). Czynniki opisane przez Tarnowską i Filipiak (2015) warunkują nie tylko dobór interwencji, ale również krok poprzedzający, czyli odpowiedź na pytania: co zmieniać i po co? W tym sensie ich znajomość wspomagać może managera pacjenta już na wczesnym etapie konsultacyjnym, kiedy dialoguje on z pacjentem na temat tego, co ten chciałby uzyskać w ramach poszukiwanej pomocy.

Pierwszy czynnik, jaki wymieniają autorki, to poziom zaburzeń funkcjonowania, jakich doświadcza klient. Jeśli chodzi o dobór interwencji do rodzaju zaburzenia, na uwagę zasługuje kilka rekomendacji opartych na badaniach. Wynika z nich, że największą skuteczność w redukowaniu objawów zaburzeń lękowych, a także współwystępujących często z nimi (na poziomie ok. 60%) objawów zaburzeń depresyjnych są podejścia poznawcze i poznawczo-behawioralne. Trzeba dodać, że psychoterapia poznawczo-behawioralna skutecznie redukuje wskazane objawy, jednak nie leczy ich osobowościowych przyczyn, dla których zalecane jest stosowanie interwencji długoterminowych, bazujących się na silnym przymierzu terapeutycznym między klientem a terapeutą. Z kolei w przypadku zaburzeń depresyjnych nie można wskazać żadnej konkretnej procedury, która wykazywałaby większą skuteczność niż inne. W przypadku osób niecierpiących na żadne zaburzenie psychiczne, które zgłaszały rozmaite problemy natury psychologicznej, rekomendowane są mediacje, treningi, warsztaty, poradnictwo, psychoedukacja czy psychoterapia oparta na interwencjach służących modyfikacji określonych zachowań i właściwości psychicznych na bardziej pożądane. Zasadniczo umożliwia to coraz

lepsze radzenie sobie z życiowym stresem oraz rozwijanie kompetencji społecznych i/lub osobistych.

Drugim wskazywanym przez autorki czynnikiem jest sposób doświadczania problemu przez klienta. Niezależnie od tego, czy osoba zainteresowana pomocą w ramach projektu cierpiała na zaburzenia psychiczne, czy nie, ważne było zidentyfikowanie natury zgłaszanego przez nią problemu. Zarówno w przypadku trudności natury psychologicznej, jak i dla utrudniającego funkcjonowanie problemu życiowego manager pacjenta podejmował się współpracy, ponieważ dysponował odpowiednimi do tego zasobami, np. współpracą z pracownikiem socjalnym. Podstawową sprawą było jasne uwzględnienie w kontrakcie z klientem rodzaju podejmowanych interwencji, w tym rzecz jasna takie sformułowanie celu, które nie pozostawia wątpliwości co do zakresu i charakteru możliwych do uzyskania w ten sposób zmian.

Trzeci czynnik to wiedza o zasobach i poziomie dobrostanu klienta. W centrum zainteresowania psychologa leżeć powinny nie tylko negatywne aspekty funkcjonowania osoby, ale również posiadane przez nią zasoby i poziom dobrostanu. Badania dowodzą, że oddziaływania bazujące na zasobach klienta i rozwijaniu jego mocnych stron działają na zasadzie kapitalizacji, tj. klienci dobrze funkcjonujący poznawczo odniosą większe korzyści z terapii poznawczej, a klienci dobrze funkcjonujący w relacjach społecznych skorzystają bardziej, gdy wezmą udział w psychoterapii interpersonalnej. Co więcej, wyższy poziom zasobów „wiąże się ze zwiększonym prawdopodobieństwem, że krótsza i mniej intensywna interwencja doprowadzi do stabilnej pozytywnej zmiany w obszarze zdrowia psychicznego klienta” (Tarnowska, Filipiak, 2015, s. 259).

Kolejny, czwarty czynnik, względnie niezależny od rodzaju i poziomu przejawianych zaburzeń, a wpływający na efekt podejmowanych interwencji, to poziom reaktancji klienta, czyli „negatywna reakcja klienta na sytuacje interpretowane przezeń jako zagrażające jego osobistej wolności i autonomii” (Tarnowska, Filipiak, 2015, s. 259). W odróżnieniu od oporu reaktancja „uwzględnia możliwe zewnętrzne wobec osoby źródła jej niechęci do współpracy” (Tarnowska, Filipiak, 2015, s. 259). Ujmowana jest jako względnie stabilna dyspozycja osobowościowa lub sytuacyjnie wzbudzony stan. Zgodnie z wynikami badań wobec klientów o wysokim poziomie reaktancji jako cechy warto

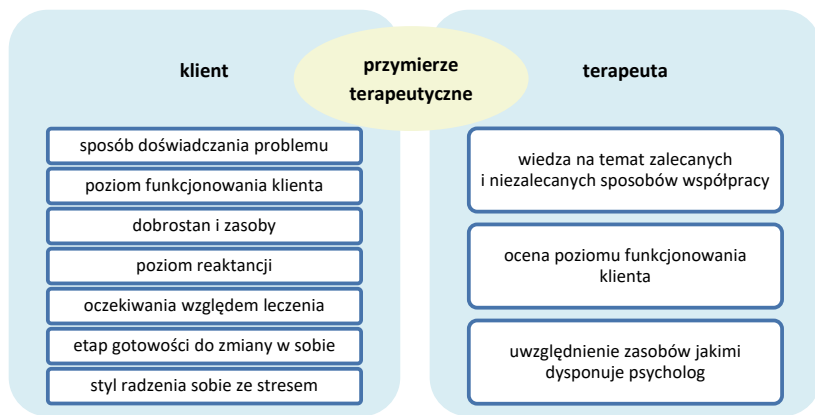
stosować interwencje niedyrektywne oraz paradoksalne. Co ciekawe, zastosowanie tych ostatnich wobec osób o niskim poziomie osobowościowej reakcji powodować może utratę korzyści wypracowanych w toku interwencji tuż po jej zakończeniu.

Piąty czynnik odnosi się do różnic indywidualnych w radzeniu sobie ze stresem. Jak dowodzą badania, jeśli u danej osoby dominuje jeden ze stylów radzenia sobie ze stresem (internalizacja lub eksternalizacja), osiągnięta przez nią zmiana będzie tym większa, im bardziej stosowane interwencje dopasowane będą do strategii, za pomocą których najczęściej radzi ona sobie z sytuacjami stresującymi. Najskuteczniejsze w przypadku internalizacji przejawiającej się np. wycofaniem społecznym, nadmierną kontrolą emocji lub intelektualizacją będą interwencje prowadzące do pogłębiania wglądu. Natomiast w przypadku strategii nastawionych na eksternalizację, czyli np. obwinianie innych za własne trudności, agresja lub odwracanie uwagi poprzez poszukiwanie stymulacji, najefektywniejsze będą interwencje ukierunkowane na radzenie sobie z objawami oraz budowanie specyficznych kompetencji. Analogicznie będzie od strony procesu wyznaczania celów, które mogą być albo bardziej wglądowe, albo bardziej rozwijające kompetencje i zdolność do samoregulacji.

Ostatnim, szóstym czynnikiem, istotnym w dobieraniu celów i interwencji do określonych właściwości klienta jest gotowość do zmiany w sobie. Jak dowodzą badania, adekwatny dobór interwencji do etapu gotowości na zmianę zapobiegać może przedwczesnej rezygnacji klienta z udziału w interwencji (Brogan, Prochaska, Prochaska, 1999, za: Tarnowska, Filipiak, 2015). W praktyce oznaczało to, że managerowie pacjentów mogli wyznaczyć ten sam cel w przypadku dwóch różnych młodych osób, które np. chciały „wrócić na studia”, jednak dostosowali do nich różne interwencje, uwzględniając występujące różnice w postawie względem deklarowanego problemu. Jedna z tych osób spostrzegła bowiem swoją sytuację jako nieznacznie niekorzystną, czerpiąc dumę i satysfakcję ze swojego buntowniczego nastawienia – niestudiowanie spostrzegła bowiem jako wyraz swojej niezależności i autonomii. Powiedzielibyśmy, że osoba ta była w fazie prekontemplacji, a więc przeceniała argumenty przeciwko oraz nie doceniała argumentów za wprowadzeniem zmian. Zastanowienia wymagało więc, czy cel określony jako „powrót na studia” jest dobrym celem, czy nie warto go przeformułować np. na „rozważanie za i przeciw powrotu na studiach”.

Ewentualnie dołączyć go jako cel cząstkowy, poprzedzający realizację głównego, pierwotnie sformułowanego celu.

Podsumowanie wyznaczników procesu ustalania celów zawiera rysunek 11. Dodatkowo umieszczono tam omawiane wcześniej przymierze terapeutyczne, bez którego proces ten ma małe szanse powodzenia.



Rysunek 11. Wyznaczniki procesu ustalania celów.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Tarnowska, Filipiak (2015).

Wytyczne istotne w procesie ustalania celów leczenia⁷

Wytyczna 1. Negocjowanie celów. Wielu autorów wskazuje na znaczenie współpracy pomiędzy klientem a terapeutą w zakresie ustalania celów terapii (*collaborative goal-setting*; zob. przegląd w: Tryon, 2018), zwracając przy okazji uwagę na to, że uzgodnione cele terapii wzmacniają motywację do leczenia.

Postulat negocjowania celów brzmi na pozór banalnie, jednak w praktyce stanowi często niemałe wyzwanie. Jednym z nich jest za-

⁷ Wytyczne opisane w tym punkcie zostały opisane w raporcie ewaluacyjnym przekazanym Ministerstwu Funduszy i Polityki Regionalnej. Autorka publikacji uzyskała zgodę Ministerstwa na przedruk materiałów w niniejszej publikacji.

chowanie neutralności i pozostawienie pacjentowi autonomii w podjęciu decyzji o wyborze celu, przy jednoczesnym zachowaniu spójności z paradygmatem i zawartą w nim definicją zdrowia czy też pożądaną zmiany. Emiliussen i Wagoner (2013) podkreślają, że nawet wówczas, gdy terapeuta pragnie pozostać neutralnym, wątpliwe jest, aby klient zachował prawdziwą autonomię. Część pacjentów ustawia terapeutę w roli autorytetu, traktując wszelkie jego komentarze i wypowiedzi jako zalecenia, do których należy się dostosować. Autorzy wskazują, że przed terapeutą stoi złożone zadanie nawigowania pomiędzy zachowaniem neutralności a uwzględnieniem zaleceń wynikających z posiadanej wiedzy eksperckiej. Powinien on stworzyć nieoceniające środowisko, zachować elastyczność, otwarty umysł i tolerancję wobec niejednoznaczności. Prawdopodobnie nie da się osiągnąć całkowitej neutralności i proces ustalania celów zawsze do pewnego stopnia pozostaje pod wpływem ukrytych założeń i przekonań terapeuty (Keenan, 2010; Tjeltveit, 1999, za: Emiliussen, Wagoner, 2013), wynikających bądź z przyjmowanych przez niego założeń paradygmatycznych, bądź z jego osobistych wartości.

Inny problem polegał na trudności w wyartykułowaniu celów, nawet gdy pacjenci byli zmotywowani do leczenia. Posiadanie celów życiowych i rozmowy o nich są prawdopodobnie powszechnym doświadczeniem wszystkich ludzi, a działania zorientowane na cel odróżniają nas od innych gatunków (Ramnerö, Törneke, 2015). Jednak pytania w rodzaju „co chciałbyś uzyskać dzięki terapii?” lub „jakiej zmiany oczekujesz?” niejednokrotnie wprawiają pacjentów w zakłopotanie bądź wzbudzają niepokój. Tym bardziej, gdy pytamy o cele nadające życiu kierunek i sens. Managerowie pacjentów mogli wspomóc pacjentów, posługując się listą ważnych obszarów życiowych oraz wspólnie analizując odpowiedzi, jakich udzielili w teście WHODAS 2.0 (wersja skrócona). Skala WHODAS 2.0 daje możliwość szybkiego wglądu w ważne sfery psychospołecznego funkcjonowania. Jest to jednak spojrzenie „z lotu ptaka”, gdzie możemy ogólnie zorientować się, w jakich obszarach pacjent ma trudności, jednak nie dowiemy się, na czym konkretnie one polegają. Aby uzyskać bardziej szczegółowe informacje, należy zaprosić pacjenta do rozmowy na ten temat. Ramka 6 zawiera wskazówki, w jaki sposób można taką rozmowę przeprowadzić i na co zwrócić uwagę.

Negocjowanie celów oznacza także, że wstępnie określone cele mogą zostać zmodyfikowane, dookreślone lub poszerzone w trakcie leczenia. Mogą ulec zmianie zależnie od pogłębienia diagnozy funkcjonalnej dokonywanej na bieżąco przez managera pacjenta, np. początkowo z pacjentem ustalono dwa cele: (a) cel psychologiczny: nauka radzenia sobie ze złością, w tym obniżenie impulsywności, praca nad zachowaniami autoagresywnymi oraz agresją fizyczną wobec innych osób; (b) cel aktywizacji zawodowej w kontekście usamodzielniania się oraz budowania niezależności finansowej. W toku realizacji planu leczenia ustalono wraz z pacjentem dwa nowe cele: (c) wzmacnianie asertywności pacjenta wobec wymagań rodzicielskich; (d) wzrost poczucia samoskuteczności i sprawstwa, ponieważ te dwie kwestie zaczęły jawić się jako kluczowe dla postępów leczenia.

Ramka 6

Wskazówki dotyczące dialogowania z pacjentem na temat celów w terapii

Przedstaw pacjentowi przykładową listę różnych dziedzin życia powiązanych z osobistymi wartościami:

- zdrowie psychiczne i fizyczne
- rodzina
- przyjaciele
- relacje intymne
- społeczność
- praca
- edukacja, nauka, wiedza
- czas wolny i zabawa
- bycie rodzicem, dziadkiem itp.
- duchowość
- muzyka, sztuka, kreatywność.

Źródło: <https://emocje.pro/aktywizacja-behawioralna-depresja-wartosci-flow/>

Poproś pacjenta o wskazanie, w których obszarach doświadcza braku, z którego obszaru nie jest wystarczająco zadowolony lub który obszar jest źródłem jego cierpienia. Zapytaj, które obszary życia są dla niego ważne lub były ważne w przeszłości, nawet jeśli obecnie nie czuje on z nimi łączności. Zachowaj uważność na to, czy są to faktycznie osobiste cele pacjenta czy oczekiwania np. innych osób z jego otoczenia. Możecie uporządkować wskazane obszary od najbardziej do najmniej istotnych (stopień ważności, np. na skali 1–10), a następnie określić, w jakim stopniu pacjent realizuje obecnie daną wartość w swoim życiu (stopień realizacji, np. na skali 1–10).

Powyższe oszacowania mogą być punktem wyjścia do rozmowy o tym, nad czym pacjent chciałby pracować. Pozwoli to ustalić, jakie cele włączyć w jego ścieżkę leczenia. Rozmowę taką można przeprowadzić również bez sugerowanych oszacowań, w bardziej swobodny sposób. Użyteczne natomiast jest, aby niezależnie od tego, w jaki sposób rozmowa taka zostanie przeprowadzona, jej efektem była lista kilku (niezbyt wielu) ważnych obszarów życia pacjenta, w których pragnie on wprowadzić pożądaną zmianę.

Źródło: opracowanie własne.

Interesującego wglądu w to, jak pacjenci rozumieją i spostrzegają współpracę na rzecz ustalenia celu leczenia, dostarczają badania pacjentów z cukrzycą (Morris, Carlyle, Elston Lafata, 2016). W wywiadach podkreślali oni przede wszystkim, że taka współpraca przebiega w kontekście troskliwej relacji z lekarzem, którego spostrzegają jako zainteresowanego ich stanem, empatycznego, wrażliwego na ich potrzeby, a nie tylko mechanicznie leczącego ich chorobę. Atmosfera zaufania i poczucie zaopiekowania, które płyną z takiej relacji, otwierają przestrzeń do dialogu, umożliwiając: wzajemne słuchanie siebie i uczenie się od siebie nawzajem, dzielenie się pomysłami, zgodę odnośnie do dającego się zmierzyć efektu leczenia oraz wsparcie w osiągnięciu celów. Badanie opinii na temat sytuacji osób chorujących psychicznie wyrażanych przez samych chorych pokazuje m.in., że doskwiera im brak poczucia partnerstwa w relacjach personel–pacjent: „Często jest nieufność w relacji terapeuta–klient, powinien być lepszy kontakt między psychologiem a pacjentem, powinna być możliwość negocjacji różnych spraw z psychologiem i lekarzem, lekarz powinien pytać, czy taka pomoc odpowiada, czy taka pomoc jest wystarczająca” (Bronowski, 2017, s. 74–75).

Odnosząc te obserwacje do pacjentów przyjmowanych w ramach omawianego projektu, warto podkreślić, że managerowie pacjenta wykazywali dbałość o to, aby etap formułowania celów przebiegał tak długo, jak wymagał tego indywidualny przypadek. Na etap konsultacji przeznaczano zwykle ok. 3–5 spotkań, jeśli jednak w tym czasie nie udało się ustalić celów, managerowie nieznacznie wydłużali okres konsultacji. Wszystko to w trosce o nawiązanie kontaktu z pacjentem i zapewnienie życzliwej atmosfery leczenia.

Wytuczna 2. Reguła SMART. Użyteczne jest kierowanie się regułą SMART. Jest to powszechnie znana metoda wspomagająca definiowanie celów, stosowana w obszarze zarządzania projektami i organizacjami (Walczak, 2014). Dopiero prawidłowo sformułowany cel zwiększa prawdopodobieństwo jego osiągnięcia. Tworzenie celów metodą SMART stwarza pacjentowi okazję do refleksji i analizy tego, co chciałby osiągnąć w procesie leczenia. Warto spisać te ustalenia z pacjentem, szczególnie jeśli mamy wątpliwość, czy wszystko zapamięta, zwłaszcza jeśli celów jest kilka, a ścieżka leczenia jest „długą ścieżką”. W ramce

7 zaprezentowano szczegółowo poszczególne elementy składające się na regułę SMART w kontekście jej zastosowania w modelu.

Ramka 7

Reguła SMART

S – czyli **Sprecyzowany, Szczegółowy**; należy dążyć do ukonkretnienia celu; jeśli cel zostaje określony na dużym poziomie ogólności, np. „poprawa w relacjach z ludźmi”, „być bardziej szczęśliwym” zmniejsza to znacząco szanse na jego realizację oraz utrudnia monitorowanie postępów; co do zasady wskazany jest cel bardziej specyficzny, konkretny i prosty np. „chcę mieć odpowiedzieć na zaczepki kolegi w szkole, zamiast płakać”, w odróżnieniu od niejasnego, abstrakcyjnego i złożonego celu w rodzaju: „chcę być bardziej asertywna”; niemniej uwzględnici należy relatywną ważność celów oraz ich bliskość względem celu wyższego rzędu w hierarchii celów; najbardziej optymalny będzie zatem cel specyficzny, relatywnie bliski celowi wyższego rzędu, np. „chciałabym ujawniać więcej informacji o sobie bliskim przyjaciołom” lub „chciałbym odmawiać innym, kiedy jestem zmęczony w sposób, który nie zrani ich uczuć”.

M – czyli **Mierzalny**; zoperacjonalizuj cele, odpowiadając wspólnie z pacjentem na pytanie: po czym poznasz, że dany cel został osiągnięty?; poszukajcie konkretnych, dających się łatwo zaobserwować lub zmierzyć testem wskaźników osiągnięcia celu, np. miernikiem sukcesu w obszarze rozwoju umiejętności inicjowania kontaktów społecznych może być to, że pacjent wykona dwa telefony do przyjaciela w ciągu tygodnia i/lub zmniejszenie natężenia lęku, co będzie widoczne w pomiarze skalą lęku jako znaczący spadek wyniku; określając wskaźniki zmiany warto również formułować je w kategoriach pozytywnych, a nie wyłącznie negatywnych, tj. redukcji objawów, niepożądanych zachowań czy doświadczeń; przykładowo dla celu terapeutycznego o brzmieniu: „nauka sposobów panowania nad agresją i autoagresją” negatywnymi wskaźnikami są: mniej agresji werbalnej oraz fizycznej wobec członków rodziny i znajomych, rzadsze epizody samookaleczeń, zadrapań na przedramionach, mniej uderzania pięścią w stół lub w ścianę; pozytywnymi wskaźnikami byłyby: więcej prób wyciszenia się za pomocą spaceru lub słuchania muzyki w chwilach wzburzenia; podejmowanie prób rozmowy z przyjaciółką przez telefon w sytuacji pojawienia się impulsów do samookaleczenia się.

Ciąg dalszy ramki na następnej stronie.

Ciąg dalszy ramki z poprzedniej strony.

A – czyli **Atrakcyjny, Wewnętrzny**; chodzi tutaj o ważność celu z perspektywy pacjenta; na ile określony cel wpisuje się w jego system wartości, nadaje jego życiu sens i znaczenie, stanowi wyzwanie, którego realizacja wiązać się będzie z wewnętrznymi nagrodami; realizacja takiego celu daje nam poczucie satysfakcji oraz zwiększa szacunek do samego siebie; kluczem do powodzenia procesu leczenia było wyznaczenie celów zgodnych z Ja pacjenta, harmonijnych z jego potrzebami, osobistymi wartościami itd., a więc takich, które uznaje bądź uznaje za własne; szczególną uwagę objęte były tutaj nastolatki oraz osoby zależne od otoczenia (niezależnie od przyczyny), ponieważ mogą być one podatne na sugestie czynione z zewnątrz; bardzo ważne było więc zbadanie, kto zgłasza problem – pacjent czy jego otoczenie oraz ostrożność w „podsuwaniu” przez menedżera pacjenta własnych pomysłów na cele; ważność celu można zweryfikować poprzez pytanie: po co w ogóle chcę osiągnąć taki cel? oraz jakie zyski i straty wiązać się będą z jego zrealizowaniem bądź niezrealizowaniem; przy tym warto pamiętać, że im ważniejszy cel, tym silniejsza afektywna reakcja wiąże się z jego osiągnięciem (pozytywny afekt) oraz nieosiągnięciem (negatywny afekt); gdy cele bazują na wartościach zwiększa się prawdopodobieństwo ich zrealizowania.

R – czyli **Realistyczny**; cel powinien być możliwy do osiągnięcia, biorąc pod uwagę zasoby własne i zewnętrzne, jakimi dysponuje pacjent (np. czas, finanse, stan zdrowia, sieć wsparcia itd.); zbyt trudny do zrealizowania cel może skutkować zniechęceniem i spadkiem starań, ponieważ wydawać się będzie poza naszym zasięgiem; badania pokazują, że nawet jeśli cel nie został osiągnięty lub gdy nie widać postępów w jego osiąganiu, ludzie czują się lepiej, jeśli wierzą, że mogą być w tym skuteczni oraz że posiadają wpływ, wsparcie i możliwość pracy na jego rzecz.

T – czyli **Terminowy**; określenie daty, do jakiej chcemy zrealizować dany cel zwiększa mobilizację do działania i pozwala uniknąć pułapki odkładania go na później; jest to też warunek skutecznego monitorowania postępów (w tym podjęcie działań korygujących); wyznaczony termin powinien być oczywiście realistyczny.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Cooper (2018); Doran (1981); Walczak (2014).

Wytyczna 3. Inne reguły. Reguła SMART jest użyteczna jako punkt wyjścia. Niemniej warto kierować się także opisanymi szeroko w literaturze przedmiotu innymi wymiarami, które różnicują cele i mogą okazać się ważne w pracy z pacjentami (Cooper, 2018).

Zorientowany na dążenie do. Użyteczne i wskazane jest, aby cele formułować w kategoriach dążenia do stanu pożądanego (do czego pozytywnego klient zmierza) niż w kategoriach unikania stanu niepożądanego (czego negatywnego klient chciałby uniknąć). Pacjenci na pierwszych spotkaniach wnosili niekiedy cele sformułowane w kategoriach unikania, zwykle odnoszące się bezpośrednio do przeszkadzających im symptomów, od których chcieli się wyzwolić, np. „mniej lęku, mniej smutku, brak stresu”. Redukcja uciążliwych objawów ma oczywiście sens i stanowi element każdej terapii, jednak problematyczne jest, gdy cele terapeutyczne mają wyłącznie charakter unikania. Znając wady koncentracji na celach negatywnych, rolą managera pacjenta było podjęcie próby przeformułowania ich na cele pozytywne, aby wspólnie wyjść poza usuwanie nieprzyjemnych stanów, myśli, emocji, doświadczeń. Przykładowo cel „chcę mniej bać się wystąpień publicznych na studiach” przeformułować można na „rozwijanie umiejętności opanowywania lęku podczas wystąpień publicznych”. Mamy tutaj również element psychoedukacji, w którym przy okazji podkreślamy, że pewien poziom stresu lub lęku podczas wystąpień publicznych jest dość naturalnym elementem takich sytuacji, niemożliwym do całkowitego uniknięcia przez większość ludzi. Możemy odbyć rozmowę na ten temat z pacjentem, akcentując mobilizujące aspekty doświadczania optymalnego poziomu pobudzenia (stresu), czy też opisać jego wpływ na przebieg procesów poznawczych i motywacyjnych.

Synergiczny z innymi celami. Wielość możliwych celów powodować może niespójność między nimi. Trzeba rozważyć, czy dany cel wspomaga realizację innych celów terapeutycznych, a przynajmniej nie stoi z nimi w sprzeczności bądź nie jest szkodliwy. Przykładem potencjalnego konfliktu celów mogą być dwa następujące stwierdzenia klienta: „chciałbym zachować niezależność i utrzymać dystans w relacji” i „pragnę być bliżej z moją partnerką” (Mackrill, 2011). Przykładem celu szkodliwego z perspektywy całości funkcjonowania podmiotu może być poszukiwanie silnych doznań, niezależnie od ryzyka, lub obsesyjne dążenie do odchudzania się. Jak wynika z badań, konflikty

w obrębie celów wiążą się z wyższymi wskaźnikami symptomatologii, gorszym funkcjonowaniem oraz niższym poziomem satysfakcji z życia (Cooper, 2018).

W sprzecznych celach życiowych pacjenta tkwi również terapeutyczny potencjał. Jak sądzi Mackrill (2011), kiedy ludzie są zawstyżeni lub postrzegają jako swoją słabość fakt, że ich życiowe dążenia są wewnętrznie niespójne, terapeutyczną wartość może mieć zwiększenie akceptacji dla istnienia takiego konfliktu celów. Innym celem w tym kontekście może być zrozumienie i nadanie sensu deklarowanej sprzeczności lub poszukiwanie sposobu na takie zorganizowanie życia pacjentowi, które uwzględnia istniejący w nim konflikt dążeń zamiast go wykluczać.

Dopasowany do czasowego wymiaru trwania terapii. Z punktu widzenia terapii ważne jest odróżnienie celów życiowych (*life goals*) od celów terapeutycznych (*therapeutic goals*; Mackrill, 2011). Te pierwsze należą do kategorii celów dystalnych, zorientowanych na odległą przyszłość i stanowią odpowiedź na pytanie, co generalnie chcielibyśmy osiągnąć w życiu. Te drugie, proksymalne, określają, co konkretnie chcielibyśmy osiągnąć w terapii o ograniczonym czasie trwania. Praktyczny wymiar przebiegu leczenia stanowi istotne uwarunkowanie wyboru rodzaju celów możliwych do osiągnięcia.

Zbieżny z celami nieuświadomionymi. Ten postulat może być trudny do spełnienia, szczególnie w warunkach pracy krótkoterminowej, właściwej opisywanemu projektowi. Niemniej niektórzy autorzy (np. Cooper, 2018) podkreślają, że już samo zaangażowanie klienta w rozmowę o celach terapeutycznych może sprawić, że zda on sobie sprawę z nieuświadomionych celów, jakie kierują jego działaniami. Co ważne, dzięki temu może lepiej zrozumieć siebie i zaakceptować swoje dążenia oraz zyskać większą kontrolę nad swoim życiem. Jeśli wiemy, jakie cele nami kierują, możemy z większą swobodą zdecydować, czy na pewno są one dla nas ważne, a jeśli tak, to określić, jak do nich dążyć, aby uczynić nasze życie bardziej satysfakcjonującym. Innymi słowy, świadoma refleksja nad hierarchią osobistych celów otwiera przed nami możliwość jej rekonfiguracji i optymalizacji.

Wytuczna 4. Mały cel. Na początek warto wybrać tzw. mały cel, którego realizacja względnie szybko przyczyni się do poczucia sukcesu u pacjenta. Jak podaje literatura, realistyczny, relatywnie łatwy do osią-

gnięcia cel ma walor wzmacniania pacjenta w podjętej ścieżce terapeutycznej, motywowania go do dalszej pracy, daje poczucie sprawstwa oraz osobistej satysfakcji (zob. przegląd w: Di Malta i in., 2019). Poczucie własnej skuteczności jest niezwykle istotnym czynnikiem regulującym funkcjonowanie człowieka: „w istotny sposób decyduje o podjęciu określonego działania, wysiłku wkładanym w jego wykonanie, wytrwałości, uczuciach towarzyszących czynnościom celowym, radzeniu sobie z przeszkodami oraz o mobilizowaniu zasobów wewnętrznych do sprostaniam wymaganiom sytuacyjnym” (Niewiadomska, Chwaszcz, 2010, s. 52). Badania pokazują, że poczucie własnej skuteczności sprzyja osiągnięciu celów. Im bardziej jesteśmy pewni, że potrafimy dobrze wykonać jakieś zadanie, tym bardziej prawdopodobne jest, że odniesiemy sukces. Niemniej podaje się również, że cel musi stanowić jakiś rodzaj wyzwania, aby człowiek był skłonny podjąć wysiłek jego urzeczywistnienia. Wynika z tego, że konieczne jest wzięcie pod uwagę zarówno stopnia trudności celu, jak i realnej szansy na jego osiągnięcie.

Warto przypomnieć, że poza faktycznymi wskaźnikami postępu istotne znaczenie ma subiektywne poczucie jednostki, która sama ocenia, na ile satysfakcjonujące są jej postępy. Aby zminimalizować ryzyko pojawienia się odczuć wewnętrznej presji, jaka może u niektórych osób wystąpić z tej prostej przyczyny, że cel pojawił się na horyzoncie, warto poszukiwać wraz z klientem równowagi między jego ambicjami a jego gotowością i umiejętnością tolerowania porażki (por. Di Malta i in., 2019).

Wytyczna 5. Hierarchizowanie celów. Ponieważ celów może być kilka i nie wszystkie będą możliwe do zrealizowania w tym samym czasie, należy ustalić hierarchię celów, tzn.: (a) określić, które z nich są priorytetowe i/lub najważniejsze dla pacjenta; (b) które wymagają, aby wcześniej inne cele zostały zrealizowane; (c) które z przyczyn organizacyjnych (np. termin uruchomienia grupy wsparcia lub grupy warsztatowej) lub innych, nie są możliwe do zrealizowania w pierwszej kolejności i niezbędne jest ich odłożenie na później.

Przestrzega się przed wytyczaniem zbyt wielu celów, ponieważ skutkować to może brakiem odpowiedniego skupienia na realizacji danego celu i rozproszeniem działań w wielu kierunkach (Law, Jacob, 2015). Zaleca się sformułowanie maksymalnie około trzech celów i porangowanie ich względem stopnia ważności.

Wytyczna 6. Plan działania. Użyteczne jest ustalenie harmonogramu realizacji ścieżki leczenia. Warto jak najdokładniej określić moment w czasie, w którym wdrażane będą działania na rzecz danego celu. Jeśli tylko to możliwe, warto wskazać, ile mniej więcej sesji będzie przeznaczonych na pracę daną metodą lub jak długo potrwa określona interwencja, np. oddziaływanie z udziałem pracownika socjalnego. Nie oznacza to oczywiście bezwzględnej konieczności sztywnego trzymania się planu, a raczej operowanie wspólną ramą odniesienia, elastycznie modyfikowaną zależnie od okoliczności.

Wytyczna 7. Roboczy model problemu pacjenta. Pomocne jest sformułowanie roboczego modelu problemu pacjenta, który można omówić na etapie konsultacji. W dalszej pracy obraz problemu pacjenta może ulec zmianie, może zostać uzupełniony o nowe informacje itd. Jednak już ten sformułowany na wstępie obraz problematyki pacjenta, przedyskutowany z nim, pozwala upewnić się, czy obie strony, tj. pacjent i psycholog, rozumieją go podobnie, co zwiększa szanse na powodzenie leczenia. Zachęca bowiem pacjenta do autorefleksji, zwiększa jego samowiedzę oraz uruchamia ego obserwujące. Ten ostatni termin odnosi się do specyficznej funkcji psychiki, jaką jest zdolność do obserwowania i dystansowania się wobec własnych treści psychicznych. Zdolność taka nie zawsze jest w pełni rozwinięta u pacjentów zgłaszających się po pomoc psychologiczną, dlatego warto ją wzmacniać i rozwijać m.in. poprzez nazywanie myśli, uczuć i stanów pacjenta, łączenie ich ze zdarzeniami i zachowaniami oraz wskazywanie na związki przyczynowo-skutkowe między nimi. Toruje to drogę do umiejętności patrzenia na siebie i swoje reakcje z perspektywy zewnętrznego obserwatora. Rozmowa na temat problemu pacjenta, która w bardziej systematyczny sposób porządkuje jego trudności, oddziela symptomy od przyczyn oraz wskazuje na możliwe konsekwencje doświadczanych problemów, sprzyja także wypracowaniu świadomego i nieświadomego przymierza terapeutycznego. Kluczowe jest, aby w takiej rozmowie unikać żargonu psychologicznego i specjalistycznych terminów na rzecz przystępnego, dopasowanego do odbiorcy języka.

Pamiętając o postulacie pracy na celach zdefiniowanych pozytywnie, należy przejść od zgłaszanego problemu do celów. Law i Jacob (2015, s. 13) wskazują, jaki sposób zadawania pytań można ułatwić ten zabieg:

„Jak chciałbyś, aby wyglądało Twoje życie, kiedy Twoja depresja minie?” lub „Kiedy już zaprzestasz wdawania się w kłótnie i w bójki z rówieśnikami, w jaki sposób chciałbyś się zachowywać w kontaktach z nimi?”.

Ramka 8 przedstawia przykładowy roboczy model problemu pacjenta, który jako swoje trudności zgłasza zaniedbywanie codziennych obowiązków, izolację oraz brak pracy. W toku diagnozy ustalono, że pacjent doświadcza również wysokiego poziomu lęku w codziennym funkcjonowaniu oraz obniżonego nastroju, szczególnie pod koniec dnia.

Ramka 8

Przykładowy roboczy model problemu pacjenta

wysoki poziom lęku → trudności w obszarze komunikacji z innymi → ilość i jakość relacji społecznych oraz trudności w znalezieniu pracy → depresyjny nastrój → zaniedbywanie obowiązków, izolacja

W tym przykładzie punkt startu do pracy z pacjentem może być dwojaki. Po pierwsze, można wyjść od tego, co uznajemy za pierwotną przyczynę zgłaszanych przez pacjenta trudności, tj. lęku przekładającego się na problemy w komunikowaniu się z ludźmi (pacjent zwykle milczy lub trudno skupić mu się na treści rozmowy z powodu wysokiego poziomu napięcia). Wybraną metodą pracy może być wówczas terapia skoncentrowana na rozwiązaniu problemu, która ma za zadanie wypracowanie z pacjentem sposobów redukcji lęku w sytuacjach społecznych oraz rozwój umiejętności prowadzenia rozmowy. Po drugie, można rozpocząć od zgłaszanych objawów, tj. zaniedbywania codziennych obowiązków i izolacji. Korzystając z metody aktywizacji behawioralnej, można pracować nad bardziej regularnym wypełnianiem codziennych obowiązków i zmniejszeniem się wycofania pacjenta. Wycho-dzenie z izolacji społecznej można wpisać w plan aktywizacji, zaczynając od zachęcania pacjenta do kontaktów z osobami, które dobrze zna i w towarzystwie których doświadcza jedynie niewielkiego napięcia. Pozwoli mu to doświadczyć większej pewności siebie w kontaktach. W obu przypadkach działania na rzecz znalezienia pracy odkładamy na późniejszy etap, uznając ten problem za wtórny wobec wskazanych wyżej trudności.

Źródło: opracowanie własne.

Wytyczna 8. Internalizacja celów. Istotne jest, aby manager pacjenta pamiętał o ustalonych celach. Zdarza się, że pacjenci zapominają o zakontraktowanych celach. Sprzyjać temu mogą bieżące zdarzenia, które są źródłem napięcia i dyskomfortu pacjenta, co powoduje, że pragnie on wnieść taki materiał na spotkanie, nawet jeśli nie odnosi się on bezpośrednio do pracy na wyznaczonych celach. Zdarza się także, że pacjenci wnoszą materiał bardziej genetyczny, dotyczący historii ich życia, unikając w ten sposób pracy nad bieżącymi trudnościami. Rolą managera jest oczywiście wspierać pacjentów, kiedy tego potrzebują. Niemniej ważne jest, aby manager kierował pracą na ustalone cele, jeśli tylko psychofizyczny stan pacjenta oraz jego sytuacja życiowa na to pozwalają. Kierowanie procesem leczenia przez managera pacjenta zapobiega również zamianie pracy na krótkoterminowych celach w psychoterapię długoterminową.

Wytyczna 9. Wspierający *feedback*. Ta wytyczna nakazuje brać pod uwagę konieczność udzielania pacjentowi informacji zwrotnych na temat czynionych przez niego postępów. Chodzi o to, aby wzmacniać poczucie pacjenta, że skutecznie zmierza naprzód we właściwym kierunku (Cooper, 2018).

Wytyczna 10. Dostosowanie pracy na celach do gotowości pacjenta. Cooper (2018) sądzi, że praktyki zorientowane na cel mogą okazać się mniej pomocne w przedintencjonalnej fazie działania. Duża niepewność odnośnie do tego, co chciałoby się osiągnąć dzięki terapii, skutkować może doświadczeniem ich jako nieadekwatnych, przedwczesnych lub odwracających uwagę od odkrywania głębszych, ale jednocześnie bardziej znaczących pragnień.

Badania pokazują, że część pacjentów potrzebuje czasu, aby móc w pełni skorzystać z pracy na celach. Bardzo ważne jest upewnianie się, że cele współgrają z tym, jak pacjent spostrzega swój problem i swoją sytuację, szczególnie jeśli znajduje się on we wstępnej fazie gotowości do zmiany.

W ramce 9 zaprezentowano podsumowanie głównych zasad współpracy na rzecz ustanawiania celów w terapii.

Ramka 9

Główne zasady współpracy na rzecz ustanawiania celów w terapii

1. Poświęć czas na sklaryfikowanie problemu, z którym zgłasza się pacjent.
2. Oceń motywację pacjenta do pracy nad zmianą i jego nastawienie do interwencji zorientowanych na cel.
3. Zidentyfikuj cele krótko- i długoterminowe, pochodzące z różnych obszarów funkcjonowania pacjenta.
4. Zdefiniuj cele zgodnie z wytycznymi, tj. wewnętrzne, specyficzne, zorientowane na dążenie do stanu pozytywnego itd.
5. Zauważaj konflikty w obrębie celów.
6. Zaplanuj metodę oceny postępów leczenia w czasie.
7. Dokonuj regularnego monitorowania progresu w obrębie realizacji wyznaczonych celów; wspomagaj pacjenta w refleksji nad tym, co utrudnia mu osiągnięcie danego celu oraz jak może wyeliminować przeszkody i zrobić większe postępy.
8. Zauważaj pozytywne zmiany.
9. Identyfikuj i wskazuj na obszary wymagające dalszych zmian.
10. Porównuj i zestawiaj obecne funkcjonowanie pacjenta z przeszłym.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Cooper (2018); DeFife, Hilsenroth (2011).

Możliwe sytuacje trudne

W tym punkcie przedstawione zostaną problemy, na jakie najczęściej napotykali managerowie pacjenta, próbując opierać swoje interwencje na ustalonych celach leczenia pacjenta.

Brak celów. Jak wspomniano, zdarza się, że pacjent nie potrafi sprecyzować celów leczenia. Jest to sytuacja, w której pomimo rozmowy i wsparcia managera nie udaje się odpowiedzieć na pytanie o to, co pacjent chciałby osiągnąć poprzez współpracę z nim.

Osoby poszukujące pomocy u psychologa lub psychoterapeuty różnie określają zgłaszane trudności oraz cele leczenia. Niektórzy jasno przedstawiają obraz swoich problemów oraz tego, co chcieliby zmienić w swoim funkcjonowaniu lub w swoim życiu. Inni zdają sobie sprawę

z własnego cierpienia, opisują przeszkadzające im objawy, nie potrafią jednak określić jakiej zmiany oczekivaliby po ukończeniu ścieżki leczenia. Bywa, że leczenie rozpoczynają w stanie totalnej bezsilności, w którym przyszłość jest niewyraźna, a na horyzoncie nie widnieje żaden cel. W grupie osób zgłaszających się do projektu były też takie, które zostały skierowane przez osoby trzecie: kuratora, rodziców itd., często bez żadnego pomysłu na to, co właściwie chciałyby uzyskać. Biorąc pod uwagę charakterystykę grupy docelowej projektu, w skład której weszły osoby będące w okresie adolescencji, nie jest zaskoczeniem, że z przyczyn rozwojowych w tej grupie rozwój orientacji przyszłościowej i kreowanie preferowanej wizji własnego życia są szczególnego rodzaju wyzwaniem. Rolą managera było niejednokrotnie uważne i wspierające towarzyszenie młodzieży w zbudowaniu obrazu przyszłości, bez wywierania presji na szybkie jego sprecyzowanie. Wówczas w ścieżkę leczenia jako cel można „wpisać” pracę nad doprecyzowaniem celów. Warto uczynić to jawnym i bezpośrednim przedmiotem dialogu i współpracy.

Mackrill (2011) stoi na stanowisku, że nawet jeśli klient deklaruje brak celów i sam siebie przeżywa jako pozbawionego jakiegokolwiek celu, opis jego życia zwykle ujawnia, że takie cele istnieją – wystarczy spojrzeć na to, co pacjent robi w swoim życiu, a czego w nim unika, co lubi, a czego nie. Cele mogą być też ukryte w prezentowanych symptomach. Dokonywane przez pacjenta wybory wyraźnie wskazują na obecność niejawnych celów życiowych, a rolę terapeuty można wówczas sprowadzić w pierwszej kolejności do wydobycia ich na jaw, aby pacjent stał się ich bardziej świadom. Możliwe, że dojdzie wówczas do przekonania, że te ukryte cele mimowolnie kierowały jego życiem, prowadząc go w niechcianym kierunku. Otwiera to możliwość określenia nowych, bardziej preferowanych celów.

Na rolę formułowania celów w terapii spojrzeć można nie tylko od strony praktycznej, jako narzędzia zwiększającego efektywność podejmowanych interwencji, lecz również od strony sposobu doświadczania ich przez pacjenta. Podczas formułowania celów i zadań terapeutycznych pacjent zachęcany jest do innego niż dotychczas spojrzenia na siebie i swoje życie (Mackrill, 2010). Dla części osób pytanie o cele terapii jest pierwszą okazją do namysłu nad swoim życiem i próbą określenia pożądanej wizji swojej przyszłości.

Kolejną problematyczną kwestią w kontekście omawianego zagadnienia może stać się pochopność podejmowania decyzji. Z badań nad powiązaniem afektu z myśleniem wiemy, że pobudzenie systemu afektywnego wywołuje holistyczną mobilizację podmiotu, w tym myślenia, które w tych warunkach toczy się szybko (Jarymowicz, 2008). Takie przyspieszenie myślenia usprawnia funkcjonowanie człowieka jedynie wówczas, gdy posiada on algorytm rozwiązania danego problemu. Gdyby potraktować pytanie o cel, jakie manager pacjenta stawia klientowi na wstępie, jako poznawczy problem do rozwiązania, towarzyszące temu wzbudzenie afektu, np. niepokoju w sytuacji, gdy nie ma się gotowej odpowiedzi, może okazać się emocjonalnie zbyt obciążające. Jeśli dołożymy do tego możliwy stan pobudzenia wynikający z doświadczanych trudności, które przywiodły klienta na leczenie, zobaczymy, jak wymagające jest stojące przed nim zadanie. Odpowiedź sformułowana w takich warunkach, sterowana w większym stopniu systemem afektywnym niż refleksyjnym, pojawi się być może szybko, ale niekoniecznie współgrać będzie z wewnętrznymi, samodzielnie dookreślonymi potrzebami i wartościami klienta. Refleksyjność wymaga czasu i wysiłku, stąd jak wspomniano, managerowie starali się nie wywierać presji na klientach. Niekiedy było to trudne do uniknięcia, ponieważ etapu konsultacyjnego nie można było przeprowadzać w nieskończoność. Dotyczyło to szczególnie okresów pracy, w których managerowie pacjenta przeciążeni byli liczbą prowadzonych ścieżek, a pacjentów oczekujących na przyjęcie przybywało.

Niejasny cel. Cel wskazywany przez klienta może nie być jednoznacznie i czytelnie określony. Zadaniem psychologa jest wówczas pomóc klientowi uczynić go tak konkretnym, jak tylko to możliwe w tej sytuacji (Dryden, 2018). Przykład niejasnego celu to: „być bardziej niezależnym od innych”; „mieć bardziej satysfakcjonujące relacje z ludźmi”. Brak klarowności celu wprowadza niepewność, dokąd zmierzają obie strony we wspólnej podróży, jaką jest terapia, co osłabia przymierze terapeutyczne, a sama współpraca może okazać się bardziej czasochłonna i mniej skuteczna (Law, 2018).

W zrozumieniu, dlaczego pacjent może nie być w stanie nazwać interesującego go celu lub wskazuje cel niejasny, pomocne może być odwołanie się do wspomnianego uprzednio zagadnienia podmiotowości

i możliwych jej ograniczeń. Jarymowicz (2008, s. 11–12) w obszernym opracowaniu na ten temat pisze:

Z psychologicznego punktu widzenia podmiotowość nie jest człowiekowi dana [...]. Podmiotowość osiąga więc u poszczególnych ludzi mniejszy lub większy stopień dojrzałości [...] Podstawowym warunkiem koniecznym przezwyciężenia ograniczeń na drodze do formowania się własnej podmiotowości jest zdolność do autorefleksji – nie jest to jednak warunek wystarczający: potrzebna jest jeszcze wola wykorzystywania tej zdolności.

Wynika z tego, że ludzie różnią się zdolnością do autorefleksji, co pociąga za sobą różnice w zakresie zdolności do sprecyzowania celów leczenia, szczególnie na jego starcie. Pomocna w tym miejscu może być reguła SMART i pobudzanie pacjenta do refleksji nad osobistymi wartościami, potrzebami, marzeniami czy planami na życie.

Brak porozumienia co do celów terapii. W praktyce terapeuta i pacjent nie zawsze dochodzą do pełnego porozumienia co do celów terapii oraz sposobów ich osiągnięcia (Swift, Callahan, 2009), a mimo to rozpoczynają współpracę. Wystąpienie takiej jakościowej różnicy perspektyw w spostrzeganiu celów prowadzi często do poczucia frustracji u obu stron i niezadowolenia ze współpracy, co w konsekwencji rodzi ryzyko przedwczesnego zakończenia leczenia przez pacjenta.

Przykładem ilustrującym może być sytuacja, w której zależny emocjonalnie i finansowo od rodziny klient pragnie skoncentrować się na znalezieniu pracy, a manager pacjenta uważa, że priorytetem jest wzmocnienie autonomii pacjenta w podejmowaniu decyzji. Z perspektywy managera dotychczasowy brak sukcesów w poszukiwaniu i utrzymaniu pracy przez klienta wynikać może z jego niezdolności do samodzielnego decydowania o sobie. Wywiad ujawnił bowiem, że pełnoletni klient (l. 28) wszystkie swoje wybory konsultuje z rodzicami. Rodzice deklarują, że chcieliby, aby syn znalazł zatrudnienie. W rzeczywistości jednak czerpią korzyści z jego stałej obecności w domu, tj. syn opiekuje się młodszym rodzeństwem, przygotowuje posiłki itd. i w związku z tym nie wspierają go w jego dążeniu do znalezienia pracy. Klient może nie dostrzegać tego problemu i pragnie skoncentrować się na szukaniu zatrudnienia, choć w tej sytuacji staje się to niemożliwe.

Systematyczna dyskusja nad ustaleniem rozsądnych celów leczenia, na które zgodzą się obie strony, często stanowi początek przymierza terapeutycznego (Gabbard, 2011). Brak takiego porozumienia siłą rzeczy utrudnia zawiązanie się takiego sojuszu. Co więcej, terapeuta może nie zgodzić się na prowadzenie ścieżki pacjenta, jeśli nie ma wewnętrznej zgody na wyznaczane przez niego cele i ocenia je jako nieadekwatne i nieterapeutyczne.

Dryden (2018) wymienia kilka możliwych sytuacji, w których terapeuta dążyć może do dalszego negocjowania i dookreślenia celów, które podaje klient: cel nierealistyczny, dotyczący osób trzecich, niebezpieczny. Jak podaje Mackrill (2011), cel może być nierealistyczny na dwa sposoby: (a) cel jest niemożliwy do osiągnięcia przez wszystkich ludzi, np. „oczekiwanie, że życie będzie całkowicie pozbawione cierpienia i przykrych uczuć” lub cel jest niemożliwy do zrealizowania przez daną osobę, np. gdy ktoś z diagnozą znacznej niepełnosprawności intelektualnej pragnie ukończyć wyższe studia z fizyki; (b) celu nie da się osiągnąć, ponieważ pozostaje poza możliwościami wpływu pacjenta, np. „rozwiązać problem uzależnienia od substancji psychoaktywnych partnera”. W pierwszej sytuacji terapeutyczny cel sprowadzić by można do uzmysłowienia pacjentowi, że nie da się uniknąć bólu i przykrości w życiu, a następnie pomocy mu w zaadaptowaniu się do życia w tej nowej rzeczywistości. W drugiej sytuacji, wspólna eksploracja możliwych sposobów wpłynięcia na partnera doprowadzi prawdopodobnie pacjenta do konkluzji, że jest to obszar poza jego kontrolą. Celem terapeutycznym będzie wówczas to, czy i jak pacjent może wieść satysfakcjonujące go życie, pozostając bezradnym wobec problemów bliskiej osoby. Inną kategorią nierealistycznego celu będzie taki cel, którego nie da się zrealizować ze względu na brak oferty w specyficznym kontekście udzielania pomocy, np. rodzice domagają się diagnozy dziecka pod kątem zespołu nadpobudliwości ruchowej z deficytem uwagi (ADHD), a projekt nie oferuje takich usług. Cel stanowiący zagrożenie to np. dążenie do dalszej utraty wagi przez osobę z diagnozą anoreksji (Law, Jacob, 2015). Z oczywistych względów nie może on zostać zaakceptowany przez terapeuta i zakontraktowany jako cel terapeutyczny.

Cele tego rodzaju nie powinny być lekceważone i pomijane (Law, Jacob, 2015). Niosą one potencjał pobudzenia pacjenta do dyskusji i uważnej renegocjacji celów. Poszukiwanie motywów stojących za wyjściowo sformułowanym celem, odkrywa zwykle wspólne pole do dalszej

eksploracji, możliwe do zaakceptowania przez obie strony. Pomocny w uzyskaniu dystansu do wytyczonych przez pacjenta zagrażających lub nierealistycznych celów jest mentalny zabieg wyobrażenia sobie jak zareagowałby, gdyby ktoś z jego przyjaciół wyznaczył sobie taki właśnie cel. Innym sposobem jest zapytanie o to, co zmieni się, kiedy klient osiągnie swój cel, np. „Co się poprawi, jeśli schudniesz kolejne 10 kg?”.

Brak wiary pacjenta w możliwości zrealizowania wyznaczonych celów. Odrębny problem stanowi sytuacja podważania przez klienta możliwości zrealizowania wskazanych przez siebie celów. Należy w tej sytuacji rozważyć, czy pacjent już na tym etapie sabotuje proces leczenia i nie podjąwszy starań odrzuca możliwość poprawy swojej sytuacji, czy faktycznie istnieją osobowościowe lub sytuacyjne przesłanki ku temu, aby wytyczone cele nie zostały osiągnięte. W pierwszym przypadku nie rekomenduje się kontynuowania ścieżki bez omówienia przypadku na *case review*. W drugim przypadku zachęca się do zweryfikowania celów lub omówienia potencjalnych przeszkód i możliwych dróg ich rozwiązywania. W tym kontekście warto odwołać się do wspomnianej już roli poczucia własnej skuteczności dla regulacji zachowań oraz rodzajów motywacji (które zostaną scharakteryzowane poniżej).

Brak motywacji do leczenia. Nie jest zaskoczeniem, że nie wszystkie osoby zgłaszające się po pomoc były w równym stopniu zmotywowane do pracy nad swoimi trudnościami. Co więcej, udział w terapii jest trudnym i angażującym procesem, który nie może obyć się bez emocjonalnej i czasowej inwestycji, na co nie wszyscy klienci są gotowi. Brak motywacji lub słaba motywacja to okoliczności niesprzyjające efektywnej terapii. Co więcej, w takich warunkach klient może stosunkowo szybko zrezygnować z udziału w niej.

Co motywuje ludzi do poszukiwania pomocy u specjalisty? Najczęściej spostrzeżenie, że w ich życiu zaszła jakaś negatywna zmiana. Bez względu na to, jaką postać przybierze (psychopatologicznego symptomu czy doskwierającego problemu życiowego), motywacyjnie oznacza nieakceptowany stan rozbieżności z psychologicznymi potrzebami danej osoby (Grawe, 2004). Doświadczenie jej jako odbiegającej od normy, patologicznej i wymagającej poprawy, w połączeniu z towarzyszącym temu poczuciem bezsilności stanowi impuls do poszukiwania pomo-

cy (Grosse Holtforth i in., 2009). Stopień motywacji do skorzystania z pomocy specjalistów w projekcie był zróżnicowany. Determinowały go różnorodne doświadczenia pacjentów: (a) odczuwane cierpienie; (b) nadzieja na ulgę; (c) strach przed zmianą; (d) pragnienie nawiązania relacji terapeutycznej (Schulte, Eifert, 2002, za: Grosse Holtforth, Michalak, 2012). Prototypem idealnej motywacji do leczenia byłaby motywacja autonomiczna, którą Grosse Holtforth i Michalak (2012, s. 443) definiują jako „stopień, w jakim pacjent przeżywa swój udział w terapii jako dobrowolny wybór, pochodzący całkowicie od niego”.

Wśród pacjentów zgłaszających się po pomoc w ramach projektu znaleźli się również tacy, których motywacja daleka była od wspomnianego ideału motywacji autonomicznej. Część z nich została skierowana na leczenie przez osoby trzecie, część z powodu uprzednich doświadczeń lub osobistych przekonań nie miała nadziei na poprawę swojej sytuacji i nie wierzyła w żadną pomoc. Pewna grupa świadomie lub nieświadomie czerpała zyski z choroby (materialne, tj. finansowe świadczenia lub psychologiczne np. zyskiwanie uwagi, wsparcia lub opieki innych).

Praca z klientem niezmotywowanym to zjawisko wielokrotnie opisywane w piśmiennictwie polskim, dlatego nie będzie tutaj szczegółowo przedstawiane. Krótko tylko wspomnę, że w ramach przezwycięzania tej wyjściowej trudności we współpracy z pacjentem managerowie pacjenta mogli skorzystać z metody dialogu motywującego, jak również ze wszystkich przytaczanych w literaturze strategii prowadzenia rozmowy z klientem niezmotywowanym. Jeśli to nie przyniosło oczekiwanych rezultatów lub pacjent odmówił dalszej rozmowy na ten temat, zalecano zakończenie spotkań na tym etapie. Unikano także podejścia określonego przez Gabbarda „agresywną sprzedażą” (2011, s. 55), tj. próby przekonania o konieczności pomocy w przypadku pacjenta mającego duże wątpliwości czy w ogóle rozpoczynać korzystanie z pomocy. W każdym przypadku nadrzędna pozostawała zasada dobrowolności udziału, która wyznaczała granicę dla aktywnego motywowania pacjenta do podjęcia i/lub kontynuowania leczenia. Kompleksowe wsparcie udzielane przez specjalistów może przynieść oczekiwane rezultaty tylko wówczas, gdy pacjent wykazuje niezbędne minimum motywacji i ma potrzebę zaangażowania się w zmianę swojej sytuacji.

Odwołując się do referowanej już teorii autodeterminacji, wskazać można cztery style regulacyjne wyznaczające poziom odczuwanego sa-

mostanowienia, które dalej wpływa na poziom i rodzaj motywacji (Deci, Ryan, 1991, 2000; Vallerand, Bissonnette, 1992, za: Wojtowicz, 2014). Rozciągają się one na kontinuum, którego jeden kraniec wyznacza brak motywacji a drugi motywacja wewnętrzna. O ile braku motywacji nie trzeba wyjaśniać i łatwo zrozumieć, jak wpływa on na proces leczenia, o tyle pozostałe typy motywacji, choć mniej oczywiste, również mogą stanowić przeszkodę w przebiegu leczenia. Najsłabiej osobiście zdeterminowaną formą motywacji jest wymieniana już motywacja zewnętrzna, kiedy to aktywność człowieka wynika z chęci uniknięcia negatywnych konsekwencji (np. kary) lub uzyskania nagrody (np. aprobaty otoczenia). Podejmowane działania nie są akceptowane przez jednostkę, są jedynie wynikiem presji płynącej ze środowiska. Motywacja introjektowana odnosi się do podejmowania działań ze względu na presję wewnętrzną, np. aby zredukować lęk, poczucie winy lub wstydu, osiągnąć samozadowolenie. W przypadku identyfikacji człowiek przyswaja dane zachowanie, identyfikuje się z nim (stanowi ono część *self*), ceni je i akceptuje, co skutkuje odczuwaniem możliwości wyboru i poczuciem autonomii. Nadal jednak dana aktywność podejmowana jest bardziej ze względu na jej użyteczność i traktowana jako środek do celu niż cel sam w sobie. O regulacji zintegrowanej mówimy wówczas, gdy człowiek podejmuje dane zachowanie chętnie, intuicyjnie, jest ono w harmonii z całościowym poczuciem *self*, zasymilowane z tożsamością i osobistymi wartościami. Jednak w odróżnieniu od motywacji wewnętrznej wybierana aktywność jest osobiście ważna ze względu na ceniony wynik, pod kątem dopasowania do celów jednostki. Tymczasem motywacja wewnętrzna oznacza zainteresowanie aktywnością samą w sobie, która podejmowana jest dla przyjemności i satysfakcji, bez poczucia konieczności czy pod wpływem nacisku. Kiedy więc managerowie pacjenta orientowali się w toku badania i poznawania pacjenta, w którym miejscu na opisanym kontinuum lokuje się jego motywacja, mogli wówczas lepiej oszacować prawdopodobieństwo autentycznego zaangażowania się w leczenie oraz ryzyko przerwania leczenia w konkretnym przypadku.

Doniesienia z badań sugerują, że motywacji do leczenia nie da się opisać w kategoriach trwałej charakterystyki pacjenta (Simon, 2003). Zmienia się ona dynamicznie. Zaobserwowano istotne korelacje między początkową, jak i ogólną motywacją a wynikiem leczenia. Z tego

powodu adekwatna ocena motywacji pacjenta, zarówno wyjściowej, jak i na różnych etapach realizacji ścieżki stanowiła standardową procedurę w pracy managerów pacjenta. Wraz ze zdobywanym doświadczeniem managerowie dostrzegali znaczenie analizy i oceny motywacji oraz gotowości pacjenta do współpracy. Stopniowo rozwijali swoje umiejętności bardziej realistycznego określania możliwości zmiany u osoby poszukującej pomocy. Nabywali zdolność różnicowania tego, co jest trudnością po ich stronie w pracy z daną osobą, a co wynika z uwarunkowań tkwiących po stronie pacjenta lub w jego otoczeniu.

Z wypowiedzi managera pacjenta:

Praca psychologiczna może odbywać się do jakiegoś momentu, a w którymś momencie warunki codziennego życia danej osoby jednak odgrywają tak dużą rolę, że nie da się wszystkiego załatwić tą pracą psychologiczną; i to na pewno była duża lekcja dla mnie; jeżeli oferuje się możliwości wsparcia z każdej możliwej strony, a projekt oferował wszystko, co możliwe, a osoba dalej z tego nie korzysta, to niewiele więcej da się zrobić i pod tym względem, pomogło mi to zaakceptować, że nie każdej osobie da się pomóc.

Wypowiedź ta dobrze ilustruje że poza wiedzą, jaką posiada psycholog, np. o transteoretycznym modelu zmiany Prochaski i DiClemente (1982) czy istnieniu różnych rodzajów motywacji w teorii autodeterminacji Deciego i Ryana (Ryan, Deci, 2008), kluczowe dla trafnej oceny motywacji pacjenta i jego gotowości do zmiany jest pokonywanie osobistych ograniczeń psychologa i konfrontowanie się z własnymi przekonaniem oraz oczekiwaniami odnośnie do wykonywanego zawodu. W przypadku części młodych psychologów pracujących w projekcie refleksja, że osoby zgłaszające się po pomoc nie zawsze potrafią lub chcą z niej skorzystać (co wzbudzać może poczucie bezsilności, bezradności i frustracji), była ważnym odkryciem. Przejmowanie inicjatywy w zakańczaniu tych ścieżek, które nie przynosiły efektów lub zauważanie przeszkód, które uniemożliwiają pracę stricte psychologiczną – to umiejętności, które managerowie rozwijali wraz z przyrostem doświadczeń.

Brak motywacji i gotowości do pracy na celach. Wspomniano już, że część pacjentów może mieć negatywny stosunek do praktyk zorientowanych na cele, co oznacza, że potrzebować będą więcej dialogu i kooperacji z terapeutą, aby wypracować bardziej pozytywną postawę, która sprzyjać będzie efektywności takiego modelu współpracy.

Wstępne badania dowodzą, że pacjenci doświadczający większej ilości nasilonych objawów mają bardziej negatywny stosunek do praktyk zorientowanych na cele (Di Malta i in., 2019). Choć doniesienia te należy traktować z ostrożnością i z pewnością wymagają one dalszej empirycznej eksploracji, zarysowują możliwą trudność z aplikowaniem podejścia opartego na celach jako użytecznego w grupie pacjentów z poważniejszą psychopatologią czy z ostrzejszymi symptomami. Nakazują ostrożność po stronie terapeuty, który powinien rozważyć, czy je stosować, a jeśli tak, powinien dokładnie wyjaśnić pacjentowi ich sens.

Inną kategorią braku motywacji do leczenia jest brak zainteresowania formą pomocy oferowaną przez managera pacjenta, np. pacjentka poszukiwała wsparcia w obszarze zatrudnienia, nie wykazując gotowości do analizy psychologicznych przyczyn trudności w tym obszarze, co utrudniało podejmowanie skutecznych interwencji (przewaga instrumentalnego stosunku do otrzymywanej pomocy). W przebiegu terapii warto rozpatrywać motywację w zależności od tego, co jest wiodącym celem pacjenta: osiągnięcie zmiany czy uzyskanie pomocy lub oddanie się w opiekę (Simon, 2003). Kiedy nadrzędnym dążeniem człowieka jest chęć uzyskania ulgi objawowej, będzie on poszukiwał w ramach terapii przede wszystkim wsparcia i opieki ze strony życzliwego terapeuty, wykazując mniejszą motywację do lepszego zrozumienia siebie oraz mniejszą gotowość do zaakceptowania możliwych skutków zmiany, np. w postaci przejściowego nasilenia objawów lub braku poprawy.

Monitorowanie celów staje się emocjonalną trudnością dla pacjenta. Monitorowanie postępów pozwala określić, na ile pacjent czuje, że przybliży się do realizacji założonych celów i choć wiemy, że z założenia wspiera to proces leczenia, niekiedy samo w sobie staje się przeszkodą. W tej grupie wyróżnić możemy dwa typy sytuacji: pacjent przeżywa monitorowanie postępów jako „rozliczanie go” z pracy lub przyglądanie się realizacji celów ujawnia połowiczne postępy lub ich brak, co demotywuje do dalszego działania i rodzi poczucie dezorienta-

cji bądź przytłoczenia. Ma to szczególne znaczenie w kontekście wskazywanej już roli afektu i poczucia własnej skuteczności. Negatywny afekt i niskie poczucie własnej skuteczności hamują wysiłki podmiotu na rzecz realizacji celów. Tak więc śledzenie poziomu zmian dawać może dwojakiego rodzaju efekty: (a) błędnego koła, kiedy zniechęcona brakiem postępów osoba przestaje się starać i rezygnuje z działania; (b) pozytywnej pętli sprzężeń zwrotnych, kiedy człowiek czuje przyływ mobilizacji do działania, ponieważ zauważa swoje sukcesy.

Kiedy monitorowanie progressu w realizacji celów przeżywane jest przez pacjenta jako „rozliczanie go” z rezultatów, warto otwarcie porozmawiać z pacjentem o tym, jak odbiera ten proces i co mogłoby ułatwić mu spojrzenie na to z innej perspektywy.

Gdy monitorowanie progressu ukazuje brak subiektywnie oczekiwanych postępów, co wprawia pacjenta w poczucie, że źle współpracuje i nie radzi sobie w terapii, obniżając jego morale (Cooper, 2018; Di Malta i in., 2019), od psychoterapeuty wymagany jest szczególny rodzaj wrażliwości na tego typu sytuacje i dopasowanie do nich swoich komentarzy. Głównie po to, aby wspierać pacjenta. Przydatne jest podkreślanie pozytywnych zmian zachodzących w innych obszarach życia pacjenta lub strategia małych celów (zob. *Wytyczna 3. Inne reguły*).

Law (2018, s. 174) wskazuje, że w trakcie rozmowy o możliwych przyczynach braku postępów przydatne okazuje się uwzględnienie czterech wzajemnie powiązanych czynników:

- zewnętrzny kontekst (Czy coś szczególnego wydarzyło się w ciągu minionego tygodnia, w szkole lub w domu, co mogło wpłynąć na to, jak sprawy się teraz mają?);
- przymierze terapeutyczne (Czy jest coś, co moglibyśmy zrobić inaczej podczas dzisiejszej sesji, co pozwoliłoby Ci ruszyć naprzód? lub Czy cele, które wytyczyliśmy na początku, są nadal tym, nad czym chciałabyś pracować?);
- modalność terapeutyczna (Czy sposób, w jaki dotąd pracowaliśmy, jest według Ciebie wciąż pomocny, czy może masz jakieś przemyślenia na temat tego, co byłoby bardziej użyteczne dla Ciebie?);
- gotowość klienta do zmiany (Czy w tym momencie czujesz, że jesteś w stanie wprowadzić taką zmianę? lub Czy teraz jest najlepszy moment na to, abyś wprowadzała taką zmianę w swoim życiu?).

Brak zmiany objawowej pomimo zrealizowania celów. Pacjent zrealizował wstępnie określone cele, ale jego samopoczucie nie uległo poprawie. W tej sytuacji do wyboru była jedna z dwóch dróg: ponowne zakontraktowanie się na nowe cele i kontynuowanie współpracy po omówieniu przyczyn braku poprawy samopoczucia lub zmiana formy pomocy za zgodą pacjenta, np. przekierowanie do innej instytucji specjalistycznej, skierowanie na terapię długoterminową, na oddział dzienny itd.

Interwencje oparte na celach w przypadku osób z diagnozą zaburzenia osobowości. Szczególnym wyzwaniem była praca na celach w przypadku osób z zaburzeniami osobowości, szczególnie zaburzeniem osobowości *borderline*. Managerowie pacjenta zwracali po pierwsze uwagę na trudność w określeniu celów w tej grupie.

Częstokroć formułowane były one na dużym poziomie ogólności np. „poprawa relacji z ludźmi”, z wyraźnym oporem po stronie pacjentów przed doprecyzowaniem. Podczas *case review* okazywało się wówczas, że managerowie pacjenta nie zbudowali sobie obrazu interpersonalnych relacji pacjenta pomimo odbycia kilku lub nawet kilkunastu spotkań z nim. Posiadali szczątkową, mglistą wiedzę o tym, jakie interakcje zachodzą w tych relacjach, niekiedy nie potrafiąc wskazać, z kim i w jakich relacjach pacjent jest. Zdarzało się, że podczas omówienia przypadku towarzyszył temu mniej lub bardziej jawny opór managera pacjenta przed udzielaniem superwizorom odpowiedzi na pytanie o wiodący cel leczenia.

Kolejna trudność polegała na słabej współpracy pacjentów na rzecz ustalonych celów terapeutycznych. Nie stosowali się oni do zaleceń, odkładając ich realizację w czasie (np. ustalona wizyta u psychiatry lub innego specjalisty czy regularne obecności na zajęciach warsztatowych). Jeśli pomimo zachęcania pacjenta do wcielania w życie zaleceń ZZO pacjent konsekwentnie unikał stosowania się do nich, rozważano zakontraktowanie warunków przerwania ścieżki przez managera pacjenta, np. trzy nieobecności z rzędu lub brak skontaktowania się ze wskazanym specjalistą, np. pracownikiem ZW lub neurologiem w ciągu trzech tygodni oznaczały zakończenie współpracy przez managera. Ponadto w takich problematycznych sytuacjach omawianie pracy na celach z metapoziomu, ze wskazaniem na towarzyszące temu trudności,

było formą podsumowania współpracy. Intencją podsumowania było pokazanie pacjentom na przykładzie tych trudności we współpracy z psychologiem, na czym prawdopodobnie polega ich zasadniczy problem i że prawdopodobnie wymaga on długoterminowej psychoterapii. W tym sensie rozmowy kończące prowadzoną ścieżkę leczenia były formą motywowania pacjentów do dalszej pracy terapeutycznej poza projektem, z jednoczesnym przygotowaniem ich na konsultacyjne rozmowy z nowym terapeutą. Przypomnijmy, że projekt nie oferował psychoterapii długoterminowej.

Potencjalne negatywne aspekty stosowania interwencji zorientowanych na cel

Przedstawiona powyżej panorama problemów nie jest wyczerpująca. W tym punkcie ukazano inne potencjalne przeszkody i ograniczenia wymieniane w literaturze dotyczącej interwencji zorientowanych na cele stosowanych w obszarze psychoterapii i w poradnictwie psychologicznym (Cooper, Law, 2018).

Jednym z zarzutów, jakie stawia się takim interwencjom, jest ich powierzchowność. Pogląd ten, formułowany najczęściej przez zwolenników tzw. psychologii głębi (a więc koncepcji wywodzących się z psychoanalizy), zakłada, że to co jest świadomie deklarowane przez pacjenta (tym bardziej na wstępie terapii), może mieć niewiele wspólnego z jego autentycznymi, nieświadomymi pragnieniami i potrzebami, często ocenianymi. Idąc dalej tym tropem, pacjenci mogą nie ujawniać terapeutce swoich destrukcyjnych i nieakceptowanych impulsów. Tym samym niektóre istotne aspekty funkcjonowania nie znajdują odzwierciedlenia na poziomie formułowanych celów. Co więcej, to, czego pacjenci pragną na nieświadomym poziomie, np. otrzymywać podziw i specjalne traktowanie od innych, niekoniecznie jest tym, czego potrzebują, aby ich życie stało się lepsze. Wydaje się, że proces terapeutyczny, który tego nie uwzględni, będzie działać na szkodę jednostki. Skoro ludzie mogą nie wiedzieć, jakie są ich cele, można przewrotnie zapytać, czy pytanie o nie w ogóle ma sens. Z kolei z perspektywy ujęć humanistycznych, kładących nacisk na rozwój prawdziwego *self*

i samoakceptacji, skupienie na osiągnięciu jakiegoś konkretnego stanu zamiast autentycznym byciem tu i teraz, spostrzega się jako zjawisko terapeutycznie niepożądane.

Podnieść można także kwestię zmienności celów. Im bardziej świadomi swoich celów stają się pacjenci, tym większe ryzyko, że wstępnie określone cele staną się barierą dla terapeutycznego rozwoju, a nie jego katalizatorem.

Częściowym potwierdzeniem zarysowanej krytyki są doświadczenia samych pacjentów. Najciekawszym i jak dotąd najbardziej wyczerpującym opracowaniem na temat tego, jak pacjenci spostrzegają i doświadczają interwencji zorientowanych na cel w ramach oddziaływań psychoterapeutycznych, są wyniki badań przeprowadzonych niedawno przez Di Maltę, Oddli i Coopera (2019). Wykorzystując mieszane metody badawcze (ilościowe oraz jakościowe – półstrukturyzowane wywiady), przebadali 22 osoby uczestniczące w terapii integracyjnej. Tabela 4 zawiera wyodrębnione metodą analizy tematycznej obszary i tematy odnoszące się do zidentyfikowanych przez uczestników badania pozytywnych i negatywnych aspektów interwencji zorientowanych na cele.

Tabela 4

Wady i zalety interwencji zorientowanych na cele z perspektywy pacjentów

Obszar	Główny temat
1. Pomocne aspekty interwencji zorientowanych na cele	<p>Wspomaganie pacjenta w przejściu od intencji do działania:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zwiększają introspekcję i prowadzą do większej świadomości siebie oraz swoich trudności. – Posiadanie celów pozwala lepiej zrozumieć własne trudności, czyniąc je łatwiejszymi do rozwiązania lub podzielenia się z kimś. – Dzięki celom pojawia się kierunek działania, który zwiększa motywację, ułatwia działania i ekspresję własnych potrzeb. – Cele dostarczają przewidywalnej struktury, która daje poczucie bezpieczeństwa i komfortu. – Podział dużych celów na mniejsze kroki uwalnia od presji i przyspiesza pojawienie się poczucia sukcesu. – Monitorowanie postępów zwrótnie motywuje do dalszego działania, zwiększając tym samym tempo zachodzenia zmian.

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie.

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony.

2. Wyzwania wiążące się z interwencjami zorientowanymi na cel	<p>Utrudniona świadomość i rozpoznanie intencji oraz kroków do podjęcia:</p> <ul style="list-style-type: none">– Określanie celów jawi się jako demotywuujące i pozbawione sensu z uwagi na przytłaczającą ilość trudności lub nadmierną identyfikację z nimi.– Niepewność towarzysząca pacjentom na początku terapii (ze względu na niejasne oczekiwania odnośnie do leczenia lub niewielki wgląd), utrudnia im wskazanie celów.– Wyrażanie problemów w języku celów jest niezgodne z dotychczasowym sposobem doświadczania siebie i świata pacjenta.– Praktyki zorientowane na cel odbierane są przez pacjentów jako mechaniczne podejście do ich problemów; czują wtedy brak zrozumienia, a ich problemy wydają się być umniejszone i potraktowane jako coś, co jest proste i wystarczy „wykreślić to z listy rzeczy do zrobienia”.– Zaangażowanie pacjenta w leczenie wzbudzone przez sformułowanie celów zwiększało lęk przed porażką.– Cele ustalane na wstępie leczenia z czasem mogą stracić na znaczeniu i aktualności.– Zmieniające się uczucia dotyczące spostrzeganych różnic w dokonywanych postępach na przestrzeni czasu (np. raz jest progres, innym razem go nie ma) mogą być dezorientujące.
---	--

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie.

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony.

3. Aspekty interwencji zorientowanych na cel, które zwiększały poczucie sensu, osobistej inwencji i postępu	Znaczenie i efektywność praktyk zorientowanych na cel jako zależne od klienta, terapeuty oraz czynników dotyczących samego leczenia: <ul style="list-style-type: none">– Znaczenie posiadanych przez klienta oczekiwań i sposobów radzenia sobie z nimi.– Wspierające i dostosowane do potrzeb klienta interwencje podejmowane przez terapeutę.– Ogólna atmosfera współpracy, elastyczna struktura i dostateczna ilość czasu przeznaczanego na oddziaływanie.– Dialog i współpraca w trakcie formułowania celów doświadczane były jako wspierające pracę na celach.
---	--

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Di Malta i in. (2019).

Reasumując, różne rodzaje celów (np. zbyt trudne, określone w kategoriach unikania, skonfliktowane z innym potrzebami lub nieuświadomione) oraz uruchamianie podczas ich formułowania psychologiczne procesy (np. demotywowanie się pod wpływem przewidywanego braku postępów czy lęk przed porażką) stanowiącą mogą barierę w przebiegu leczenia. Pokazuje to także rosnąca liczba badań na ten temat (Oddli i in., 2014).

Ogólna rekomendacja, jaką można w tym miejscu sformułować, odwołując się do badań Oddli i współpracowników (2014), jest taka, aby uwzględniać pełną złożoność wyzwań, jakie pojawiają się w momencie wypracowywania porozumienia dotyczącego celów terapii. Najistotniejsza jest pogłębiona i dopasowana do tempa danego klienta eksploracja tego, co prawdziwie chciałby zyskać dzięki terapii, z akcentem na posiadane przez niego zasoby, niekoniecznie zaś sztywne trzymanie się procedury zakładającej ustalenie konkretnego celu lub zestawu celów na etapie konsultacyjnym, tj. w ciągu 3–5 spotkań. Kluczowe jest, aby psycholog prowadzący leczenie pacjenta podjął świadomą, przemyślaną decyzję i rozumiał, z jakiego powodu przesuwa nieco w czasie etap jasnego nazwania celów. Choć wybrani

autorzy zalecają formułowanie celów na wczesnym etapie (np. DeFife, Hilsenroth, 2011; Tryon, Winograd, 2011), wydaje się, że ważniejsze od szybkiego ich sformułowania jest takie postępowanie terapeuty, które daje klientowi poczucie, że terapia ma sens i znaczenie z punktu widzenia oczekiwanej przez niego wizji własnej przyszłości. Całość powinna odbywać się przy pełnym poszanowaniu towarzyszącej temu ambiwalencji, a nawet oporu przed wprowadzaniem zmian.

Czynniki wpływające na skuteczność oddziaływań podejmowanych przez zespół zintegrowanej opieki

Na zakończenie w zarysie zaprezentowano czynniki, które okazały się istotne dla skuteczności podejmowanych interwencji w warunkach projektowych, a nie zostały ujęte powyżej. Wyodrębnienie czynników jest efektem ewaluacji projektu⁸, która uwzględniła dane ilościowe (wyniki testów monitorujących zmiany w poziomie natężenia objawów klinicznych u pacjentów oraz stopień ich usamodzielnienia) oraz jakościowe – analiza opisów przypadków sporządzonych przez managerów pacjenta (udane i nieudane ścieżki leczenia); analiza wywiadów z członkami zespołu zintegrowanej opieki, którzy dzielili się swoimi doświadczeniami z prowadzonych ścieżek leczenia; analiza wpisów z rejestru pacjenta, w których katalogowano prowadzone ścieżki leczenia (zwłaszcza pod kątem wskazywanych celów oraz metod ich realizacji); analiza refleksji zespołu superwizującego specjalistów współpracujących bezpośrednio z pacjentem (szczególnie managerów pacjenta) w ramach cotygodniowych *case review*.

Prawidłowo zastosowane interwencje zorientowane na cel same w sobie nie gwarantują powodzenia leczenia, mogą jedynie wspomagać jego przebieg. Opis czynników podzielono na dwie grupy: (a) niespecyficzne, tj. niezależnie od rodzaju zastosowanej interwencji, oraz (b) specyficzne, tj. powiązane z rodzajem interwencji.

⁸ Ewaluacja powstała na zlecenie Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej i stanowi część materiałów przekazanych Ministerstwu w ramach rozliczenia projektu (zob. przypis 2). Raport z ewaluacji przekazano Ministerstwu. Autorka publikacji uzyskała zgodę Ministerstwa na przedruk części raportu w niniejszej publikacji.

Do niespecyficzných czynników zwiększających szanse na skuteczność podejmowanych interwencji zaliczyć można:

- elastyczność managerów w doborze settingu; w początkowym etapie pracy według założeń modelu managerowie pacjenta ustalali wyłącznie tradycyjne settingi, tj. spotkania raz w tygodniu; były one do końca trwania projektu preferowane przez managerów ($n = 136$); długość spotkań inna niż 45 min proponowana była niewielkiemu odsetkowi pacjentów; większą różnorodność zaobserwowano w zakresie planowanej ilości spotkań, szczególnie po wprowadzeniu funkcji managera środowiskowego, który z założenia miał odbywać do 10 spotkań (tzw. krótka ścieżka); z czasem pewnej grupie pacjentów proponowane były spotkania z częstotliwością raz na dwa tygodnie ($n = 15$) lub inną ($n = 63$);
- planowanie kolejności podejmowanych działań, np. ustabilizowanie rodzinnej lub mieszkaniowej sytuacji pacjenta przed podjęciem pracy psychologicznej; elastyczność członków ZZO, szczególnie managera pacjenta, którego rola jest tutaj wiodąca, a nie działanie według odgórnie przyjętego algorytmu postępowania;
- uwzględnienie w kontrakcie z pacjentem konieczności hospitalizacji na wypadek samookaleczeń, prób samobójczych i innych zachowań zagrażających życiu lub zdrowiu pacjenta;
- sprawnie przebiegająca współpraca zespołu zintegrowanej opieki; wszyscy członkowie zgodnie i w porozumieniu realizują jeden wspólny plan terapeutyczny obejmujący nie tylko samego pacjenta, ale również – o ile to konieczne – jego najbliższe otoczenie;
- nawiązanie przymierza terapeutycznego z managerem; gwarantowało to, że nawet w sytuacji przerwania ścieżki, pacjenci powracali do projektu po przerwie;
- identyfikowanie barier w realizacji zaplanowanej ścieżki po stronie pacjenta i dawanie im priorytetu na spotkaniach;
- stosowanie się do zaleceń specjalistów przez pacjenta, np. regularne przyjmowanie leków, zgłaszanie się do instytucji, fundacji, umawianie zaleconych wizyt lekarskich (np. u neurologa, diabetologa) itd.;
- dostępność psychologa – managerowie pacjenta w wybranych sytuacjach dawali pacjentom możliwość kontaktu telefonicznego poza wyznaczonymi godzinami spotkań; większość pacjentów z takiej możliwości nie skorzystała, jednak wydaje się, że świadomość do-

stępnosci managera była pomocna i wspierała proces zdrowienia i/ lub usamodzielniania;

- dostępność innych podmiotów do współpracy z pacjentem, np. możliwość przekierowania do Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego działającego na terenie Poznania, z którym nawiązano współpracę; umożliwiała to „płynne” przekazanie pacjenta, który nie musiał długo czekać na wizytę u kolejnego specjalisty;
- wsparcie klientów w uzyskaniu dostępu do zróżnicowanych form wsparcia dzięki pomocy managera pacjenta; z wypowiedzi managerów pacjenta:

to przynosiło ulgę (pacjentom), że nie muszą załatwiać wielu rzeczy i szukać na własną rękę; często też nie wiedzieliby, jak to zrobić; mogli przeze mnie, czyli managera, uzyskać dostęp do danych specjalistów; wiedzieli też, że ja jestem mniej więcej na bieżąco, co tam się dzieje u nich, jeżeli chodzi o pracę, leki itd.; spotykałam się z takim pozytywnym odbiorem; pacjent może poczuć się bezpiecznie i skupić się na procesie;

- holistyczność podejmowanych oddziaływań; z wypowiedzi psychiatry:

pacjenci z projektu często pochodzili z rodzin dysfunkcyjnych, ich życie to często taki dryf [...]; w momencie, gdy dostają wsparcie z różnych stron, mogą się tego chwycić i próbować wrócić do lepszego życia; dostają w jednym miejscu ewentualnie lek, terapię, możliwość pracy, warsztat, który daje im umiejętności radzenia sobie z różnymi rzeczami, ewentualnie wsparcie w grupie – to daje siłę, żeby móc wrócić do życia; myślę, że największą siłą jest to, że [pacjenci] dostają wsparcie z różnych stron i dzięki temu nie czują się osamotnieni w walce o lepsze samopoczucie; wtedy jest zdecydowanie łatwiej o to walczyć, gdy nie mają poczucia, że są w tym sami, zagubieni w tym, czego często nie rozumieją;

- możliwość skorzystania z tzw. programów sygnaturowych w projekcie, zaadresowanych zarówno do pacjentów, jak i do osób z ich środowisk kontaktowych, tj. rodziny, partnerów, pracodawców itd. (Bobrowska, 2021); programy miały formę warsztatów psycho-

edukacyjnych oraz grup wsparcia; nadrzędną ideą programów było wspieranie osób cierpiących na zaburzenia psychiczne w procesie adaptacji do życia i uczestniczenia w społeczeństwie w sytuacji choroby; szczególnie istotne było objęcie wsparciem najbliższych, ponieważ bezpośrednio dla nich sytuacja choroby członka rodziny również wymaga adaptacji do nowej, trudnej sytuacji; przy tym niezbędne jest zapobieganie wykluczeniu społecznemu pacjentów poprzez promowanie w społeczeństwie spojrzenia na zaburzenia psychiczne wolnego od uprzedzeń, stereotypów czy fałszywych przekonań; cele programów sygnaturowych realizowano przy udziale osób, które doświadczyły problemów i trudności podobnych do tych, które są udziałem adresatów programów – eksperci przez doświadczenie; wspomniane osoby prowadziły zajęcia we współpracy ze specjalistami, tworząc w ten sposób interdyscyplinarne zespoły.

Do niespecyficznych czynników zmniejszających szanse na skuteczność podejmowanych interwencji zaliczyć można czynniki wewnętrzne i zewnętrzne. Czynniki wewnętrzne obejmują:

- bierna postawa pacjenta wobec zgłaszanych trudności; brak poczucia sprawczości i wpływu na swoją sytuację; unikanie brania odpowiedzialności za proces;
- słabo rozwinięta samoświadomość w zakresie rozpoznawania emocji i łączenia ich z bieżącymi sytuacjami w życiu pacjenta; niska zdolność do autorefleksji;
- brak akceptacji diagnozy przez pacjenta i/lub jego otoczenie; wiązać się to może z chęcią uniknięcia wskazywanych w literaturze „kosztów psychologicznych wynikających z diagnozy psychiatrycznej i stygmatyzacji, które pojmuję się jako konsekwencję dysonansu między wyobrażonym stanem idealnym a realiami” (Soroka, Słotwiński, Pawęzka, Urbańska, 2020, s. 5);
- częste nieobecności pacjenta, co przerywa ciągłość i regularność oddziaływań; sprzyjać temu może zdalna forma spotkań lub wspomniany wyżej brak motywacji pacjenta; część pacjentów rezygnowała z powodu ustąpienia objawów, część pacjentów zniechęcała się pod wpływem pogorszenia się ich samopoczucia;
- zatajanie informacji; niekorzystanie ze wskazówek i pomijanie zaleceń managera i zespołu prowadzącego leczenie;
- finansowa i/lub emocjonalna zależność od rodziny;

- uprzednie negatywne doświadczenia korzystania z pomocy psychologicznej i/lub psychiatrycznej skutkujące niechęcią, nieufnością i oporem;
- w dotychczasowej historii: groźby samobójcze, próby samobójcze, zrywanie kontaktu z psychoterapeutami, tendencje autoagresywne itd.; wskazuje to na niski poziom umiejętności radzenia sobie z sytuacjami stresowymi, niezdolność do kontrolowania działań impulsywnych, skłonność do wybuchów emocjonalnych; stanowi to czynnik ryzyka tym bardziej, im wcześniej wystąpiły tego rodzaju zachowania;
 - rekomendacja: W ścieżce leczenia w takich przypadkach jako jeden z ważnych celów należy uczynić naukę zastępowania impulsywnych, szkodliwych zachowań, bardziej adaptacyjnymi.
- aktualne kryzysy suicydalne, nasilone myśli samobójcze;
- w historii życia: przemoc, inne traumatyczne doświadczenia; długa historia leczenia psychiatrycznego i/lub psychologicznego;
- diagnoza uzależnienia;
 - rekomendacja: Jeśli pacjent jest już pod opieką terapeuty uzależnień, warto być z nim w kontakcie, szczególnie jeśli mamy wątpliwości co do jego prawdomówności. Jeśli pacjent nie korzysta z żadnej formy pomocy w leczeniu uzależnień, należy przekierować go na terapię uzależnień i uczynić to warunkiem przyjęcia.
- pacjent czerpie wtórne korzyści z podtrzymywania objawów i/lub braku samodzielności.

W większości sytuacji wymienione czynniki wewnętrzne nie wykluczają powodzenia procesu udzielania pomocy pacjentowi pod warunkiem, że zespół zintegrowanej opieki, a w szczególności manager pacjenta, ma tego świadomość i podejmuje odpowiednie działania nakierowane na zminimalizowanie wpływu danego czynnika ryzyka. Najczęściej odbywało się to poprzez ustanawianie danej przeszkody jako jednego z częściowych celów leczenia, np. nieregularne przyjmowanie leków kontraktowane było jako cel „dbałość o regularne przyjmowanie zaleconej farmakoterapii”; jeśli brak sieci wsparcia uniemożliwiał efektywność części podejmowanych działań, w kontrakcie dodawano jako cel „nawiązanie relacji interpersonalnych z rówieśnikami, w miejscu pracy” itd.

Niespecyficzne czynniki zewnętrzne zmniejszające szanse na skuteczność podejmowanych interwencji obejmują:

- liczne stresory oddziałujące na pacjenta w momencie przyjmowania do projektu, np. trudna sytuacja bytowa – niskie zarobki, brak pracy, wysokie zobowiązania finansowe (długi), trudności urzędowe, wstrzymana wypłata alimentów, lokalizacja miejsca zamieszkania utrudniająca dostęp do komunikacji miejskiej czy infrastruktury handlowo-usługowej, trudne warunki mieszkaniowe, niepewna sytuacja mieszkaniowa; sytuacja rodzinna – przemoc, konflikty, uzależnienia;
- brak sieci wsparcia społecznego lub jest ona ograniczona; brak tego zasobu w powiązaniu z licznymi stresorami stanowi poważny czynnik ryzyka niezrealizowania planu leczenia;
 - rekomendacja: Jeśli zidentyfikowano liczne stresory w połączeniu z niskimi zasobami, niezabezpieczonymi podstawowymi potrzebami życiowymi lub zagrożeniami bytowymi, w pierwszej kolejności należy dążyć do ustabilizowania sytuacji pacjenta, często z pomocą konsultanta ds. społecznych.
- wtórne korzyści, jakie otoczenie pacjenta (np. rodzina) czerpie z podtrzymywania objawów i/lub braku samodzielności pacjenta;
- negatywne nastawienie otoczenia do procesu leczenia i/lub działań pacjenta na rzecz usamodzielnienia; np. ze względu na ww. wtórne korzyści;
 - rekomendacja: Psychoedukacja bliskich pacjenta; budowanie dystansu pacjenta wobec negatywnych opinii osób bliskich.
- próby nadmiernej lub nieadekwatnej ingerencji otoczenia w przebieg procesu leczenia pacjenta, np. matka pacjenta próbowała wpływać na proces terapeutyczny, domagała się udziału w spotkaniach psychologa z pełnoletnim synem, podważała kompetencje managera pacjenta dotyczące umiejętności pracy z osobami z diagnozą Alkoholowego Zespołu Płodowego;
 - rekomendacja: Psychoedukowanie rodziców odnośnie do granic ich udziału w terapii ich dziecka, podkreślanie potrzeby usamodzielniania się i rozwijania samoświadomości po stronie dziecka; proponowanie warsztatów dla bliskich.
- brak zaangażowania rodziców pacjenta lub jest ono tylko częściowe; w sytuacji, gdy rodzina nie była zmotywowana do zaangażowania się w ten proces, a jej udział był niezbędny, zmniejszyła się sku-

teczność oddziaływań; np. brak proponowanej zmiany w postawie wobec syna, tj. wprowadzenie jasnych zasad, akceptacja ograniczeń i zmiana sposobu komunikacji uniemożliwiły realizację celów zawodowych pacjenta;

- wielokrotna zmiana psychologa prowadzącego, co może utrudniać nawiązanie z pacjentem relacji opartej na poczuciu bezpieczeństwa;
- sytuacja epidemiologiczna w kraju utrudniała podejmowanie skutecznych działań w zakresie aktywizacji zawodowej oraz zastosowanie innych form integracji społecznej, jak np. uruchomienie zajęć w formie grupowej.

Czynniki specyficzne dla korzystania z farmakoterapii to:

- przekonania pacjentów, że będą musieli przyjmować leki do końca życia, lęk przed uzależnieniem, obawa, że po ich zastosowaniu „nie będą sobą”;
- brak krytycyzmu wobec symptomów, np. psychotycznych, epileptycznych;
- niekorzystne doświadczenia z kontaktu z poprzednimi psychiatrami i wynikająca z tego niechęć do kontaktu z kolejnym specjalistą⁹;
- w przypadku zmiany dotychczasowej farmakoterapii, zaleconej np. przez neurologa spoza projektu, u pacjentów może powstać obawa, że neurolog nie zaakceptuje tej zmiany i nakaże powrót do poprzednich leków;
- psychiatra prowadzący poza projektem, z którym manager pacjenta nie nawiązał kontaktu.

Czynniki specyficzne dla korzystania z pomocy konsultanta ds. społecznych to:

- przeciążenie pracą konsultanta ds. społecznych;
- opory managera przed włączeniem konsultanta ds. społecznych w ścieżkę leczenia, szczególnie w sytuacji zgłoszenia przemyśli, z obawy przed zmniejszeniem poziomu zaufania pacjenta i jego rodziny do managera pacjenta.

⁹ Powyższe czynniki przyczyniają się do tego, że pacjent samodzielnie, bez konsultacji z psychiatrą odstawia leki lub przyjmuje je nieregularnie. Wymagane są wówczas psychoedukacja i motywowanie pacjentów. Wspierającą rolę w tym zakresie odgrywały w projekcie warsztaty psychoedukacyjne.

Czynniki specyficzne dla korzystania z pomocy zatrudnienia wspomaganego to:

- brak rozumienia specyfiki niepełnosprawności pacjentów przez pracodawców lub innych specjalistów spoza projektu; z wypowiedzi pracownika zatrudnienia wspomaganego:
jakiegoś rodzaju dysonans między tym, jacy są i kim są nasi klienci, i tym, jak osoby ich traktują; miałam możliwość obserwowania z boku, np. na badaniach medycyny pracy, jak klient był traktowany, dosłownie jak dziecko... miałam przed sobą dorosłego mężczyznę, który potrzebuje informacji, być może szerzej niż inna osoba, bo po prostu wolniej przetworzy to, co się powie, ale jednak dorosły mężczyzna, który przyszedł jako petent załatwić swoją sprawę;
- brak wdrażania zaleceń pracownika zatrudnienia wspomaganego przez pracodawcę, np. pomimo ustaleń brak wyznaczenia pracownika odpowiedzialnego za nadzór pacjenta z niepełnosprawnością intelektualną, który ze względu na swoje deficyty wymagał takiego nadzoru.

Zakończenie

Współcześnie trudno już wyobrazić sobie etyczną i efektywną pomoc psychologiczną bez sformułowania celu. W niniejszej publikacji zaprezentowano możliwy sposób planowania i wdrażania interwencji zorientowanych na cele w warunkach udzielania kompleksowej pomocy osobom młodym cierpiącym na zaburzenia psychiczne lub zmagającym się z objawami bądź problemami rozwojowymi, które utrudniają funkcjonowanie i są źródłem dyskomfortu. Ukazano niektóre z wyzwań związanych z wdrażaniem interwencji nastawionych na osiąganie wyznaczonych celów przez pacjenta, jakie pojawić się mogą po stronie psychologa, zespołu prowadzącego leczenie oraz samego pacjenta poszukującego pomocy i/lub wsparcia.

Niezbędne jest dopasowanie sposobu implementowania interwencji zorientowanych na cele do zdefiniowanej gotowości pacjenta – zarówno gotowości do wprowadzenia zmian w sobie i/lub swoim życiu, jak i gotowości do proponowanego przez terapeutę sposobu pracy z uwzględnieniem celów. Wymaga to indywidualnego podejścia do każdego przypadku oraz szczególnej wrażliwości na możliwe zagrożenia. Stanowi również mentalne wyzwanie dla psychologa, który kieruje procesem leczenia wielu pacjentów równolegle i każdorazowo musi pamiętać o wytyczonych z daną osobą celach leczenia.

Interwencje zorientowane na cel mają jasno określony punkt dojścia, na który pacjent wyraził zgodę na wstępie leczenia. Jednakże błędem byłoby myślenie o nich jako o czymś sztywnym, niepodlegającym zmianom (Cooper, 2018). Nadmierne skupienie psychologa na wstępnie określonych celach pociągać może za sobą trudność w ich modyfikacji, jeśli takie byłyby potrzeby pacjenta, oraz może prowadzić do karania go za porażki. Mija się to z główną ideą omawianego podejścia, które scharakteryzować można jako złożone, uwarunkowane wieloma czynnikami, pełne niuansów wspólne przedsięwzięcie terapeuty oraz pacjenta. Wyznaczone cele nie są czymś, co trzeba egzekwować, nie zważając na okoliczności i potencjalne koszty, a raczej polem do obopólnej eksploracji. Mogą się płynnie zmieniać, nawet wielokrotnie w trakcie leczenia, wskazując zawsze na preferowany przez pacjenta kierunek zmian. Teoretycznie i empirycznie uzasadnione jest, aby interwencje

zorientowane na cel wprowadzać w elastyczny sposób, ze znaczącym współudziałem pacjenta w trakcie całego procesu leczenia (Cooper, 2018; Michalak, Grosse Holtfort, 2006).

Podsumowując, interwencje nakierowane na ustalone cele leczenia nie stanowią odrębnego modelu terapeutycznego (Law, Jacob, 2015). Reprezentują specyficzną postawę psychologa, który współpracuje z pacjentem na rzecz osobiście ważnych dla niego celów, stosując rozmaite oddziaływania i interwencje, które prowadzą go do ich urzeczywistnienia.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013b). *Online Assessment Measures*. Pobrane z: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/educational-resources/assessment-measures>.
- Austin, J. T., Vancouver, J. B. (1996). Goal constructs in psychology: Structure, process, and content. *Psychological Bulletin*, 120, 338–375.
- Baillargeon, N. (2011). *Krótki kurs samoobrony intelektualnej*. Pruszków: MiND.
- Bobrowska, I. (2021). *Typy ścieżek z odpowiadającymi im kryteriami i celami*. Niepublikowane materiały wewnętrzne, Fundacja CISZUM, Poznań.
- Bronowski, P. (2017). Czynniki wpływające na proces zdrowienia w opinii osób chorujących psychicznie, ich rodzin i terapeutów. W: D. Danielewicz, J. Rola (red.), *Stare dylematy i nowe wyzwania w psychoterapii* (s. 69–86). Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Cierpiałkowska, L. (2017). Sojusz terapeutyczny w psychoterapii zaburzeń osobowości. W: D. Danielewicz, J. Rola (red.), *Stare dylematy i nowe wyzwania w psychoterapii* (s. 207–224). Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Cierpiałkowska, L., Czabała, J. C. (2016). Psychoterapia indywidualna i grupowa. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 607–638). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cooper, M. (2018). The psychology of goals: A practice-friendly review. W: M. Cooper, D. Law (red.), *Working with goals in counselling and psychotherapy* (s. 35–71). Oxford: Oxford University.
- Cooper, M., Law, D. (2018). Introduction. W: M. Cooper, D. Law (red.), *Working with goals in counselling and psychotherapy* (s. 1–14). Oxford: Oxford University.
- Crosskerry, P. (2003). The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Academic Medicine*, 78, 775–780.
- Czabała, J. C. (2006). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Deci, E. L., Ryan, R. M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. W: R. A. Dienstbier (red.), *Nebraska Symposium on Motivation, 1990: Perspectives on motivation* (s. 237–288). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Deci, E. L., Ryan, R. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, 11*, 227–268.
- DeFife, J. A., Hilsenroth, M. J. (2011). Starting off on the right foot: Common factor elements in early psychotherapy process. *Journal of Psychotherapy Integration, 21*, 172–191.
- Di Malta, G., Oddli, H. W., Cooper, M. (2019). From intention to action: A mixed methods study of clients’ experiences of goal-oriented practices. *Journal of Clinical Psychology, 75*, 1–20.
- Doran, G. T. (1981). There’s a S.M.A.R.T. way to write management’s goals and objectives. *Management Review, 70*, 35–36.
- Dryden, W. (2018). From problems to goals: Identifying ‘good’ goals in psychotherapy and counselling. W: M. Cooper, D. Law (red.), *Working with goals in counselling and psychotherapy* (s. 139–160). Oxford: Oxford University.
- Elliot, A. J., Church, M. A. (2002). Client articulated avoidance goals in the therapy context. *Journal of Counseling Psychology, 49*, 243–254.
- Emiliussen, J., Wagoner, B. (2013). Setting goals in psychotherapy: A phenomenological study of conflicts in the position of the therapist. *Psychology and Society, 5*, 16–36.
- Ford, M. E. (1992). *Motivating humans: Goals, emotions, and personal agency beliefs*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gabbard, G. (2011). *Długoterminowa psychoterapia psychodynamiczna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gasiul, H. (2013). Wybrane sposoby interpretacji procesów wolicjonalnych i wolności woli we współczesnej psychologii. Realizacja motywów ja jako podstawa rozwoju dyspozycji wolicjonalnych. *Filozofia Chrześcijańska, 10*, 23–45.
- Grawe, K. (2004). *Psychological therapy*. Seattle, WA: Hogrefe Huber.
- Grosse Holtforth, M., Grawe, K. (2002). Bern inventory or treatment goals: Part 1: Development and first application of a taxonomy of treatment goal themes. *Psychotherapy Research, 12*, 79–99.
- Grosse Holtforth, M., Michalak, J. (2012). Motivation in psychotherapy. W: R. M. Ryan (red.), *The Oxford handbook of human motivation* (s. 441–462). New York: Oxford University Press.
- Grosse Holtforth, M., Wyss, T., Schulte, D., Trachsel, M., Michalak, J. (2009). Some like it specific: The difference between treatment goals of anxious

- and depressed patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 279–290.
- Higgins, E. T. (1997). Beyond pleasure and pain. *American Psychologist*, 52, 1280–1300.
- Hornowska, E. (2001). *Testy psychologiczne. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Jarymowicz, M. (2008). *Psychologiczne podstawy podmiotowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kasser, T., Ryan, R. M. (1996). Further examining the american dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 280–287.
- Keenan, E. K. (2010). Navigating the ethical terrain of spiritually focused psychotherapy goals: multiple worldviews, affective triggers, and personal practices. *Smith College Studies in Social Work*, 80, 228–247.
- Koestner, R., Lekes, N., Powers, T. A., Chicoine, E. (2002). Attaining personal goals: Self-concordance plus implementation intentions equals success. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 231–244.
- Kowalik, S., Brzeziński, J. (1991). Protodiagnoza kliniczna. W: H. Sęk (red.), *Spoleczna psychologia kliniczna* (s. 240–254). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kroenke, K., Mangelsdorff, A. D. (1989). Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *American Journal of Medicine*, 86, 262–266.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Linzer, M., Hahn, S. R., DeGruy, F. V. (1994). Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Archives of Family Medicine*, 3, 774–779.
- Law, D. (2018). Goal-oriented practice. W: M. Cooper, D. Law (red.), *Working with goals in counselling and psychotherapy* (s. 161–180). Oxford: Oxford University.
- Law, D., Jacob, J. (2015). *Goals and goal based outcomes (GBOs): Some useful information*. London: CAMHS Press.
- Locke, E. A., Latham, G. P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation – A 35-year odyssey. *American Psychologist*, 57, 705–717.
- Mackrill, T. (2010). Goal consensus and collaboration in psychotherapy: An existential rationale. *Journal of Humanistic Psychology*, 50, 96–107.
- Mackrill, T. (2011). Differentiating life goals and therapeutic goals. *British Journal of Guidance and Counselling*, 39, 25–39.
- McClelland, D. C., Koestner, R., Weinberger, J. (1989). How do self-attributed and implicit motives differ? *Psychological Review*, 96, 690–702.

- McWilliams, N. (2012). *Opracowanie przypadku w psychoanalizie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Michalak, J., Grosse Holtforth, M. G. (2006). Where do we go from here? The goal perspective in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 13*, 346–365.
- Mitchell, P., Wynia, M., Golden, R., McNellis, B., Okun, S., Webb, C. E., Rohrbach, V., Von Kohorn, I. (2012). *Core principles & values of effective team-based health care*. Discussion Paper, Institute of Medicine, Washington, DC. Pobrane z: <https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/VSRT-Team-Based-Care-Principles-Values.pdf>.
- Morris, H. L., Carlyle, K. E., Elston Lafata, J. (2016). Adding the patient's voice to our understanding of collaborative goal setting: How do patients with diabetes define collaborative goal setting? *Chronic Illness, 12*, 261–271.
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health, 10*, 11–19.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2005, styczeń). Alcoholic liver disease. *Alcohol Alert, 64*. Pobrane z: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa64/AA64.pdf>.
- Niewiadomska, I., Chwaszcz, J. (2010). *Jak skutecznie zapobiegać karierze przestępczej*. Lublin: Drukarnia TEKST.
- Nowojska, M. (2021). *Zasoby testowanego modelu*. Niepublikowane materiały wewnętrzne, Fundacja CISZUM, Poznań.
- Oddli, H. W., McLeod, J., Reichelt, S., Rønnestad, M. H. (2014). Strategies used by experienced therapists to explore client goals in early sessions of psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy and Counselling, 16*, 245–266.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 19*, 276–288.
- Ramnerö, J., Törneke, N. (2015). On having a goal: Goals as representations or behaviour. *The Psychological Record, 65*, 89–99.
- Ryan, R. M., Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*, 68–78.
- Ryan, R. M., Deci, E. L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology, 49*, 186–193.
- Sawicka, M., Bronowski, P. (2016) Społeczna rehabilitacja zaburzeń psychicznych. Środowiskowe metody pomocy osobom z doświadczeniem choroby

- psychicznej. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 695–710). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Schöttke, H., Trame, L., Sembill, A. (2014). Relevance of therapy goals in outpatient cognitive-behavioral and psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 24, 711–723.
- Sęk, H. (2001). *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Sheldon, K. M., Elliot, A. J. (1999). Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being: The self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 482–497.
- Sheldon, K. M., Houser-Marko, L. (2001). Self-concordance, goal attainment, and the pursuit of happiness: Can there be an upward spiral? *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 152–165.
- Sheldon, K. M., Kasser, T. (1998). Pursuing personal goals: Skills enable progress, but not all progress is beneficial. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 1319–1331.
- Simon, W. (2003). Czynniki motywacyjne a wynik psychoterapii. *Psychiatria Polska*, 3, 335–352.
- Skarżyńska, K. (2004). Poszukiwać przyjaciół czy zdobywać majątek? Cele życiowe a zadowolenie z życia. *Roczniki Psychologiczne*, 7, 7–31.
- Słysz, A. (2014). *Refleksje nad diagnozą psychologiczną. Pytania i odpowiedzi*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe WNS UAM.
- Soroka, E., Slotwiński, M., Pawężka, J., Urbańska, A. (2020). Pomędzy self-stygma a wolą zdrowienia. Trudności z akceptacją diagnozy psychiatrycznej – studium przypadku. *Psychiatria Polska*, 189, 1–11.
- Swift, J., Callahan, J. (2009). Early psychotherapy processes: An examination of client and trainee clinician perspective convergence. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 228–236.
- Tarnowska, M., Filipiak, M. (2015). Wstępna diagnoza kliniczna w kontekście ambulatoryjnego ośrodka psychoterapii – planowanie badania i integracja danych. W: M. Filipiak, W. J. Paluchowski, B. Zalewski, M. Tarnowska (red.), *Diagnoza psychologiczna: kompetencje i standardy. Wybrane zagadnienia* (s. 251–270). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Tryon, G. S. (2018). Goals and psychotherapy research. W: M. Cooper, D. Law (red.), *Working with goals in counselling and psychotherapy* (s. 87–110). Oxford: Oxford University.
- Tryon, G. S., Birch, S. E., Verkuilen, J. (2018). Meta-Analyses of the Relation of Goal Consensus and Collaboration to Psychotherapy Outcome. *Psychotherapy*, 55, 372–383.

- Tryon, G. S., Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy*, 38, 385–389.
- Walczak, R. (2014). *Podstawy zarządzania projektami. Metody i przykłady*. Warszawa: Difin.
- Wilk, M. (2014). *Diagnoza w socjoterapii*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wilmowska-Pietruszyńska, A., Bilski, D. (2013). Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 2, 1–20.
- Wojtowicz, E. (2014). Motywowanie do szczęścia poprzez wspieranie autonomii dziecka – perspektywa teorii autodeterminacji. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 3, 29–37.
- World Health Organization. (1997). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10* (S. Pużyński, J. Wciórka, red. przekł.). Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; Instytut Psychiatrii i Neurologii. (Praca oryginalna opublikowana w 1992 r.)



Marta Karbowa-Płowens – psycholog, dyplomowany psychoterapeuta psychodynamiczny, adiunkt w Zakładzie Psychologii Osobowości na Wydziale Psychologii i Kognitywistyki Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Autorka publikacji i wystąpień konferencyjnych poświęconych tematyce przywiązania. Kwalifikacje psychoterapeutyczne zdobywała w czteroletniej Szkole Psychoterapii Psychodynamicznej w Krakowskim Centrum Psychodynamicznym. Psychoterapię prowadzi pod stałą superwizją.

Praca prezentuje bardzo ciekawy i dość unikatowy w warunkach polskich program kompleksowych interwencji dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Mają one doprowadzić do integracji zróżnicowanych form udzielnej pomocy – psychiatrycznej, psychologicznej oraz społecznej. Takie podejście do organizacji terapii jest w Polsce rzadkością. Omówione w tekście doświadczenia z prowadzenia „systemu zintegrowanej opieki” (postrzeganej z perspektywy ustalania z pacjentem kluczowych celów), z całą pewnością warte są szerokiego zaprezentowania. Jest to szczególnie ważne w kontekście trwającego od dziesięcioleci kryzysu polskiego leczenia psychiatrycznego nadal tkwiącego swymi korzeniami w przestarzałym systemie azylowym.

(z recenzji prof. Pawła Bronowskiego)

ISBN 978-83-978-83-67287-49-4

DOI 10.48226/978-83-67287-49-4