



**Fundusze
Europejskie**
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „Kompetencje plus”
realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

**Projekt konkursowy pt. „Kompetencje plus”,
realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020,
Działanie 2.5. Skuteczna pomoc społeczna, współfinansowany ze środków Europejskiego
Funduszu Społecznego.**

Nr umowy: POWR.02.05.00-00-0361/19-00 z dnia 12.02.2020 r.

**Praca z trudnym klientem w pomocy społecznej -
metody oddziaływania i techniki przezwyciężania
trudności komunikacyjnych**



Cel szkolenia:

Omówienie tematu związanego z „Pracą z trudnym klientem w pomocy społecznej oraz poznanie metod oddziaływań i technik przewycięzania trudności komunikacyjnych”.

Adresaci szkolenia:

Szkolenie przeznaczone jest dla osób pracujących w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej.

Forma szkolenia:

Szkolenie jest prowadzone metodą warsztatową oraz wykładową, opartą o prezentację multimedialną.

Program szkolenia:

1. Charakterystyka trudnego klienta.
2. Klient pod wpływem alkoholu.
3. Klient z zaburzeniami psychicznymi.
4. Klient agresywny.
5. Bezpieczeństwo pracownika socjalnego.



TRUDNY KLIENT- DEFINICJA, RODZAJE, SPOSOBY POSTĘPOWANIA

TRUDNY KLIENT - zazwyczaj określa się tym mianem osoby roszczeniowe, które zgłaszają pretensje lub żądania, ale nie wykazują intencji porozumienia.

- To często także osoby porwane przez trudne emocje, eksponujące swoje poczucie krzywdy, do którego – w ich ocenie – przyczyniła się dana instytucja.
- Są to także wszystkie osoby, które zgłaszają jakiegokolwiek uwagi, oczekują wysokiej jakości usług.
- W skrajnej sytuacji za trudnego klienta można uważać każdego, kto nie jest uległy, ma własne zdanie i sprecyzowane oczekiwania.

Zazwyczaj **trudny klient** kojarzy się z osobą wykrzykującą swoje racje, która nie daje innym dojść do słowa, czegoś żąda, najczęściej natychmiast. Jego argumentacja nie jest logiczna i można odnieść wrażenie, że przyszedł bądź zadzwonił do ośrodka tylko po to, by z agresją wyładować swoje emocje. Trudny klient już na początku rozmowy przyjmuje pozycję dominującą.

- Trudny klient, to też klient zagrażający zdrowiu lub życiu! Np. klient, który opuścił zakład karny.
- Trudny klient to osoba, która jest chora psychicznie, nie leczy się i jest agresywna.
- Trudny klient jako członek rodziny przemocowej (osoba stosująca przemoc).
- Trudny klient to osoba będąca pod wpływem alkoholu.

Trudny klient to ten, który stwarza sytuacje trudne, naraża pracownika socjalnego na zagrożenie, sprawia, że niemożliwe staje się wykonanie pracy socjalnej bezpośrednio w środowisku lub w biurze, bez wsparcia kolegów z pracy czy służb mundurowych.



Typy trudnych klientów i sposoby reagowania

1. **Klient zamknięty w sobie** - potrzebuje czasu i zaufania, aby opowiedzieć o wszystkim z czym ma trudności. Często pracownik zmuszony jest zadawać wiele pytań, a wręcz poświęcić sporo czasu na nawiązanie kontaktu w ogóle.

Sposób postępowania z klientem zamkniętym w sobie:

Pracownik socjalny powinien zadawać **pytania otwarte** typu:

- „Jakie jest Pana zdanie na ten temat?”
- „Mógłby Pan dokładniej przybliżyć sytuację?”

Dzięki temu klient ma możliwość do pełnego opisanie problemu i sytuacji, w jakiej się znalazł. Zachęca go to i zaprasza do dyskusji na dany temat.

Uwaga ! Takiemu rodzajowi klienta należy dać czas i stworzyć przestrzeń, by się zastanowił i udzielił odpowiedzi. Nie należy go pospieszać, a tym bardziej próbować udzielać odpowiedzi za niego i sugerować odpowiedzi!

2. **Klient narzekający** - nie lubi, gdy się mu rozkazuje, mówi co ma robić, nie lubi być kontrolowany i sprawdzany, na wstępie jest na „nie”. Określenia, jakie się najczęściej pojawiają: „to nie dla mnie”, „tego już próbowałem i nic nie wyszło”. Zmiana dla takiej osoby to za duże ryzyko. Taka postawa pochodzi głównie od zaniżenia poczucia własnej wartości, strachu i lęku, do czego klient wstydzi się przyznać.

Sposób postępowania z klientem narzekającym:

Pracownik socjalny nie powinien pouczać i wydawać mu rozkazów, należy mówić tonem spokojnym, budzącym zaufanie, a jednocześnie **być bardzo konkretnym i szybko załatwić powierzoną sprawę**. Innymi słowami – nie dać mu możliwości do narzekania.

3. **Klient „wszechwiedzący”** - jest przekonany o własnej nieomyślności, zna bardzo dobrze zasady przyznawania zasiłków, wszystkich rozporządzeń i ustaw (tylko w jego mniemaniu). Uważa, że on by lepiej wykonał zadanie niż pracownik socjalny, poucza



i krytykuje. Często padają teksty: „ja nie wiem za co Pani/Panu płacą skoro Pan/Pani się nie zna”, „jest Pani/Pan” niedoświadczony. Przecież wiadomo, że należy mi się...”.

Sposób postępowania z klientem wszechwiedzącym:

Często kusi wchodzenie w dyskusję i polemika z takim klientem. Realnie nie przyniesie ona zamierzonego rezultatu. Pracownik w zetknięciu z ww. klientem nie powinien wprost podważać jego opinii i zdania. Należy trzymać się konkretów, faktów i nie schodzić z planu rozmowy.

Być rzeczowym, konstruktywnym i logicznym, a przy rozwiązywaniu problemu proponuj tylko konkretne działania.

4. **Klient manipulujący** – to osoba stosująca szantaż: „gdy nie dacie mi tego dodatku nie kupię dziecku butów, o których tak marzył”, często wmawia pracownikowi, że to przez niego jest w takiej sytuacji. Klient kłamie by osiągnąć zamierzony cel. Zasadą działania tego klienta jest wpływanie na emocje pracownika, wzbudzanie litości. Klient taki często używa zwrotów typu: „to przez was nie udało mi się”, „gdybyście zrobili tak jak mówiłem inaczej, by się wszystko potoczyło”.

Sposób postępowania z klientem manipulującym:

Warto zwrócić podczas rozmowy uwagę na szczegóły, a gdy coś wydaje się niejasne dopytywać. Często pracownik socjalny sam opracowuje rozwiązania, stara się nie popełnić błędu, aby klient nie miał już nic do zarzucenia. Jest to błędne założenie – to **klient powinien sam lub przy pomocy pracownika socjalnego opracowywać własne i satysfakcjonujące pomysły wyjścia z sytuacji**. Ważne tutaj jest zachowanie czujności w obliczu manipulacji i nie przyjęcia poczucia winy, w które próbuje wpędzić nas klient.

5. **Klient roszczeniowy** - już na wejściu wie po co przyszedł, przedstawia swoje oczekiwania i proponuje rozwiązania. Jest dobrze przygotowany, przedstawia siebie w jak najlepszym świetle. Przyczyną takiego zachowania może być fakt, że chce ukryć inny – równie poważny problem. Osoby, których postawa charakteryzuje się



roszczeniowością, uważają, iż w przypadku trudności materialnych państwo powinno zapewnić im warunki do życia

„ w końcu coś mi się od państwa chyba należy”

Gdy dostanie zbyt niską pomoc finansową wyklóca się o więcej, straszy przełożonym. Oczekuje, że to pracownik socjalny rozwiąże za niego jego problemy. To on jest tutaj najważniejszy, jego sprawy są najpilniejsze. Nie będzie czekał, bo nie lubi stać w kolejce. Jest stanowczy i asertywny, mocno zorientowany na wynik i szybkość w działaniu, wprost mówi, czego oczekuje.

Sposób postępowania z klientem roszczeniowym:

Pracownik socjalny nie może skupiać się tylko na problemie przekazanym, czego wynikiem może być pominięcie innego, równie ważnego faktu, na przykład: klient bezrobotny, nadużywający alkoholu będzie skupiał się na podjęciu pracy, spychając na dalszy plan problem alkoholizmu. Rozmowa powinna być **stanowcza, oparta na uświadomieniu klientowi procedur prawnych**. Nie należy ulegać własnym emocjom, które pojawiają się w kontakcie z takim klientem.

- 6. Klient wzbudzający litość** - nie wykonuje powierzonych zadań i ma tego świadomość „wiem, że miałem to zrobić, jest mi wstyd, ale wiedziałem, że i tak nie podołam temu zadaniu”, „nie nadaję się do niczego”.

Sposób postępowania z klientem wzbudzającym litość:

Pracownik socjalny może zgubić się i zacząć ochraniać klienta zamiast wspierać w podjęciu działania. Należy motywować klienta do własnego działania, uświadamiać mu potencjał własnych umiejętności, dodawać pewności w działaniu, wzmacniać poprzez poszerzanie perspektyw i możliwości rozwiązań. Skupiamy się na wzmocnieniu zasobów klienta, żeby zmotywować go do WŁASNYCH działań.

- 7. KLIENT AGRESYWNY** - podnosi głos, używa wulgaryzmów, często jest uzależniony od substancji psychoaktywnych - w stanie abstynencji. Agresja pojawia się wtedy, gdy nie może zdobyć pieniędzy (zasiłki). Często jako metodę stosuje



zastraszanie pracownika: „wiem jaki ma Pani samochód”, „zaraz podpale ten zakład”. Traktuje pracownika socjalnego jako atakującego, każdą propozycję pomocową traktuje jako atak na siebie, w skutek czego dochodzi do werbalnego ataku na pracownika. Klient staje się wulgarny i opryskliwy. Pracownik socjalny narażony jest tu na wycofanie się dla „świętego spokoju” lub w obawie o swoje zdrowie. Postawa taka uświadamia klientowi, że tylko poprzez agresję „przestaną się go czepiać”, w konsekwencji czego zachowania będą się nasilały, ponieważ klient uzyskuje agresją wycofanie pracownika, a czasem spełnienie jego wymagań.

Według statystyk największy odsetek klientów pomocy społecznej to osoby agresywne.

Jakie są sygnały nadchodzącej agresji?

- Szybki oddech, niemożność stania w miejscu
- Zaciskanie pięści
- Niepokój, powtarzanie czynności lub ruchów
- Wzmoczona gestykulacja, w tym gesty agresywne np. wskazywanie, grożenie
- Głośne mówienie, podniesiony ton głosu
- Wypieki na twarzy lub bladość, zaciśnięte usta
- Zmarszczone brwi, ciało w postawie gotowości do skoku
- Napięte ramiona, ręce uniesione powyżej pasa
- Uporczywe wpatrywanie się

Jak zachować się, gdy rozmawiasz z kimś agresywnym? Jak rozmawiać z osobą agresywną?

- Bądź skupiony i uważny, stań poza granicami przestrzeni osobistej (nieco dalej niż odległość wyciągniętych ramion)
- **Zachowuj się spokojnie, ale zdecydowanie**
- Unikaj długiego patrzenia w oczy, unikaj wskazywania palcem, dotykania, wchodzenia w przestrzeń osobistą osób wykazujących oznaki irytacji
- Używaj neutralnych, niedyrektywnych sposobów pozyskiwania informacji np. „czy mógłby Pan powiedzieć jak możemy Panu pomóc?”



- Staraj się reagować **spokojnie** nawet na krzyk – wzajemne przekrzykiwanie się zazwyczaj prowadzi do eskalacji agresji. Nie podnoś głosu i **nie daj się sprowokować**. Lepiej mówić normalnym tonem, w normalnym tempie. Twój spokój może dać poczucie bezpieczeństwa i pomóc drugiej osobie w opanowaniu złości.
- Nie zamykaj drzwi nie blokuj dostępu do nich – to potęguje wrażenie znalezienia się w pułapce i nasila zdenerwowanie
- Zaproś do zajęcia pozycji siedzącej
- **Okaż zrozumienie:** „Wyobrażam sobie, że to jest dla pana trudna sytuacja”
Za agresywnym zachowaniem często kryją się uczucia, których osoba nie potrafi inaczej wyrazić: strach, zagubienie, bezradność, smutek, poczucie winy.
- **Kontenerowanie uczuć** poprzez wysłuchanie może być pomocne, ale tylko w takich granicach, które są dla Ciebie bezpieczne
- **Trzymaj się faktów**
- Nie daj się wciągnąć w niepotrzebną dyskusję i zbędne komentarze. To tylko podkręca agresję drugiej strony.
- Powiedz coś, co **zaskoczy osobę** np. możesz zapytać ją o jej zainteresowania, powiedzieć „cieszę się, że Pan dzwoni”. Zaskoczenie wytrąca ze schematu i może przerwać atak agresji słownej.
- **Jeśli klient krzyczy i jest bardzo wulgarny należy zaczekać z dialogiem.** Raczej należy zastosować technikę „zdarłej płyty” (powtarzanie tego samego) i nazywać stan, w którym jest:
 - ✓ „Pan krzyczy”,
 - ✓ „Używa Pan wulgaryzmów”,
 - ✓ „Widzę, że jest pan zdenerwowany”.

Konstruktywny dialog można podjąć dopiero w momencie, w którym poziom pobudzenia klienta wyraźnie spadnie. Często zdarza się, że kiedy już taka osoba ochłonie, zaczyna przeproszać i tłumaczyć się ze swojego zachowania.



KILKA SZYBKICH WSKAZÓWEK NA RÓŻNE ZACHOWANIA KLIENTA

- Kiedy klient „**przypiera Cię do muru**”, oczekuje, że natychmiast coś zrobisz:
 - *Potrzebuję więcej informacji, żeby zrozumieć problem, czy mógł by pan mi opowiedzieć po kolei, co się wydarzyło?*
 - *Potrzebuję czasu, żeby przemyśleć to, co usłyszałam, czy możemy się spotkać jutro?*
 - *Jestem zaskoczona, to dla mnie nowa sprawa, chciałabym najpierw rozpoznać sytuację, zanim podejmiemy jakieś działania.*
- Kiedy klient **mówi podniesionym głosem, krzyczy**:
 - *Chciałabym skupić się na pani słowach. Czy mogła by pani mówić spokojnie, bez podnoszenia głosu?*
- **Gdy klient traktuje Cię jak wroga...**
 - *Nie chcę z panią walczyć. Zależy mi na...*
- **Gdy używa wyzwisk, grozi....**
 - *Rozumiem, że jest pan zdenerwowany, ale nie zgadzam się, żeby mnie pan obrażał i groził!*

UWAGA! Jeżeli osoba nie posłucha, możesz przerwać kontakt.

- **Kiedy robi się gorąco i także tobie puszczają nerwy...**
 - *Teraz obie jesteśmy zdenerwowane, a to nie pomaga w porozumieniu. Dajmy sobie trochę czasu na ochłonięcie i przemyślenie sprawy.*

Często agresywne zachowania klienta wynikają z jego oporu!

Opór w pracy socjalnej – wszelkie działania podejmowane świadomie, bądź nieświadomie przez klienta, które mają zapobiec, unieważnić lub w inny sposób nie dopuścić do rozwiązania sytuacji trudnej rodziny.



Rodzaje oporów w pracy socjalnej:

- klient nie rozumie o co chodzi pracownikowi socjalnemu, może to wynikać z ograniczeń intelektualnych, bądź pracownik socjalny wyraża się w sposób niezrozumiały,
- klient nie wypełnia zadań,
- brak motywacji do podjęcia współpracy z pracownikiem socjalnym. Prowadzi to do agresywnych zachowań, bierności i obojętności.

KLIENT POD WPLYWEM ALKOHOLU

Kontakt i rozmowa z osobą pod wpływem alkoholu nie należy do najłatwiejszych, niezależnie od tego czy próbujemy porozumieć się z nim na temat problemu uzależnienia, czy innych kwestii życiowych. Ze względu na to, że osoby takie często właśnie z pomocą alkoholu starają się rozwiązać problemy życia codziennego, stworzenie z nimi konstruktywnej dyskusji i rozmowy bywa mocno utrudnione. Kontakt urzędnika/pracownika socjalnego z osobą pod wpływem alkoholu, czy to w terenie, czy w urzędzie najprawdopodobniej dotyczy osoby, która boryka się z problemem uzależnienia. Warto wiedzieć, czym jest w takim razie uzależnienie od alkoholu.

Uzależnienie od alkoholu to przede wszystkim choroba przewlekła i postępująca. Jest to choroba nieuleczalna (osobą uzależnioną jest się do końca życia) i śmiertelna.

Wyróżniamy 4 fazy alkoholizmu:

1. Wstępna – tzw. picie towarzyskie, na poprawę nastroju, na humorek.
2. Ostrzegawcza – picie w ukryciu, „urwanie filmu”, picie bez okazji.
3. Krytyczna – brak kontroli nad piciem, głód alkoholowy.
4. Przewlekła – tzw. chroniczna, czyli picie bez przerwy, występuje psychoza alkoholowa, okres bezalkoholowy jest bardzo krótki, sięganie po tańsze substytuty, np. denaturat; częstsze popełnianie przestępstw, by zdobyć środki na alkohol, picie w ciągach.



Zespół uzależnienia od alkoholu wg. Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10

Chorobę alkoholową diagnozujemy, jeśli wystąpią przynajmniej trzy z podanych niżej objawów, w okresie przynajmniej jednego miesiąca lub w ciągu ostatniego roku w kilkukrotnych okresach krótszych niż miesiąc i są to:

- 1) Silne pragnienie lub poczucie przymusu picia alkoholu (głód alkoholu).
- 2) Upośledzona zdolność kontrolowania picia alkoholu (trudności w powstrzymaniu się od picia, kontrolowaniu długości picia oraz ilości wypijanego alkoholu).
- 3) Picie alkoholu w celu złagodzenia albo zapobieżenia alkoholowemu zespołowi abstynencyjnemu oraz subiektywne poczucie skuteczności takiego postępowania.
- 4) Objawy abstynencyjne (drżenia mięśniowe, nadciśnienie tętnicze, tachykardia, nudności, wymioty, biegunki, bezsenność, rozszerzenie źrenic, wysuszenie śluzówek, wzmożona potliwość, zaburzenia snu, nastrój drażliwy lub obniżony, lęk).
- 5) Zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu (ta sama dawka alkoholu nie przynosi oczekiwanego efektu, potrzeba spożywania większych dawek alkoholu dla wywołania oczekiwanego efektu).
- 6) Zawężenie repertuaru zachowań związanych z pićm alkoholu do 1-2 wzorców.
- 7) Postępujące zaniedbywanie innych przyjemności lub zainteresowań na rzecz picia.
- 8) Picie alkoholu mimo szkód, o których wiadomo, że mają związek z pićm alkoholu.

Psychologiczne mechanizmy uzależnienia wg. Mellibrudy:

1. Zmiany w sferze emocjonalnej opisuje mechanizm nałogowej regulacji uczuć-nałogowa regulacja uczuć zaczyna się od naturalnego dążenia do dobrego stanu emocjonalnego. Rozwoju tego mechanizmu sprzyjają:
 - niska tolerancja na cierpienie psychiczne,
 - zwiększone zapotrzebowanie na stymulację,
 - częste ekstremalne doświadczenia emocjonalne,
 - różnorodne stany emocjonalne doświadczane są przez osobę uzależnioną jako „głód”- pragnienie zaspokojenia,
 - nałogowe regulowanie uczuć staje się głównym sposobem osiągania stanów pozytywnych,



- uśmierzanie przykrości staje się głównym źródłem stanów przyjemnych (dlatego przykre doświadczenia mają znaczenie ambiwalentne- nie są do końca przykre, gdyż zapowiadają przyjemny stan),
 - osoba uzależniona ma silną tendencję do reagowania na stres poczuciem zagrożenia, któremu często towarzyszy lęk, złość, smutek, ból oraz gotowość do radzenia sobie z tymi emocjami przy pomocy bezpośredniego ich łagodzenia, a nie próby zmiany okoliczności wywołujących stres,
 - w chwilach cierpienia i lęku zaczyna się proces panicznego poszukiwania ulgi, a więc zachowanie nałogowe zaczyna być traktowane jako przymus
2. Zmiany w sferze poznawczej opisuje mechanizm iluzji i zaprzeczania- działanie mechanizmu nałogowej regulacji uczuć prowadzi do licznych szkód w sferze indywidualnej i społecznej. Aby podtrzymać nałogową regulację uczuć rozwija się sposób zniekształcania doświadczeń tak, aby szkody związane z nałogiem nie były tak oczywiste i tak dochodzi do zmian w sferze emocjonalnej.
- Mechanizm iluzji i zaprzeczania opiera się na irracjonalnej sferze umysłu oraz naturalnych obronach psychicznych, które bronią „ja” przed: poczuciem niskiej wartości, niepokojem, odrzuceniem. Tutaj pojawiają się mechanizmy obronne: zaprzeczenie, racjonalizacja, idealizacja.
 - Mechanizm ten aktywizuje się wtedy, gdy nasila się potrzeba uśmierzenia przykrych stanów emocjonalnych oraz gdy tematem procesów umysłowych staje się nałóg, czyli wtedy gdy osoba uzależniona czuje się atakowana i zaczyna źle o sobie myśleć.
 - U osoby uzależnionej powstaje zwarty system przekonań, który określa subiektywną wizję świata podporządkowaną nałogowym pragnieniom.
 - W trakcie rozwoju uzależnienia obniża się zdolność do weryfikacji spostrzeżeń oraz sprawdzenia ich zgodności z realiami życiowymi. Powstaje wewnętrzny świat „nałogowej logiki”.
 - Typowe teksty i zasady tej logiki: „to nie ja”, „wydaje się wam”, „od jutra będzie inaczej”, „oni są do mnie uprzedzeni”.



3. Zmiany w sferze „ja” (poczucie tożsamości) opisuje mechanizm rozpraszania „ja”-zmiany dotyczą centrum osobowości. Funkcje struktury „ja”: integrowanie doświadczenia osobistego, utrzymywanie poczucia tożsamości, poczucie kompetencji i wpływu na własne postępowanie, poczucie sensu życia.

- **Ten mechanizm uszkadza zdolność do integrowania własnego doświadczenia, a więc kierowania postępowaniem oraz zdolnością do podejmowania „trzeźwych” decyzji**

- Osoba uzależniona traci poczucie wpływu na bieg własnego życia, ale tym bardziej pragnie sprawować kontrolę nad stanem własnych emocji przy pomocy nałogowych zachowań
- Czasem próbą ratowania się przed upadkiem jest subiektywne wywyższanie się „duma alkoholika”- przejawia się często poprzez uporczywą obronę przed osobami, które nakłaniają do ograniczenia picia lub podjęcia leczenia. Taka obrona przynosi alkoholikowi paradoksalne poczucie mocy „nie dałem się złamać”

Biorąc pod uwagę utratę wpływu na własne postępowanie oraz niezdolność „trzeźwego” stanowienia o sobie i „trzeźwego” podejmowania decyzji i myślenia niewskazana jest obsługa osób pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających.

- Alkohol jest środkiem, który u wielu osób wyzwala agresywne zachowanie. Osoby takie wówczas nie panują nad swoimi emocjami. **ALKOHOL ZNOSI KONTROLĘ ZACHOWAŃ!**
- Alkohol wzmacnia agresję, podejrzliwość, impulsywność.
- Należy pamiętać, że agresja może się jeszcze pogłębić w przypadku interwencji osób trzecich, dlatego należy umiejętnie poprowadzić rozmowę z osobami pod wpływem, nie eskalując ich zachowań, a także przestrzegając zasad etyki zawodowej i praw człowieka.
- Osoby, które nadużywają alkoholu lub którym spożyty alkohol szkodzi, mają zazwyczaj problemy z pamięcią i mogą mieć urojenia. Czasami nawiązanie kontaktu



z takimi osobami może być utrudnione albo nawet niemożliwe z uwagi na pojawiający się np. stan psychozy. Chorzy słyszą głosy (nieistniejące), np. namawiające do popełnienia samobójstwa albo stosowania agresji wobec innych osób.

Jak rozmawiać z osobą pod wpływem alkoholu?

-Staraj się zachować spokój i opanowanie

Samo poruszenie tematu alkoholu może być powodem do poważnego wybuchu agresji. Aby go uniknąć, do jakiegokolwiek rozmowy z osobą pod wpływem alkoholu należy podchodzić ze spokojem i opanowaniem – próba zagrania na emocjach i wyładowania swoich frustracji pogorszy sytuację.

Trzeba pamiętać, że osoba uzależniona (zarówno pod wpływem alkoholu jak i po chwilowej przerwie od picia, np. na głodzie) jest bardzo drażliwa i pozornie nieszkodliwe bodźce mogą wprowadzić ją w stan rozdrażnienia, a nawet agresji. Spokojny ton i empatia są znacznie skuteczniejszą drogą komunikacji.

- Wycisz swoje emocje

W rozmowie z osobą uzależnioną jest już wystarczająco dużo napięcia, która dodatkowo frustruje, stąd potrzeba opanowania własnych emocji. Osoba uzależniona bywa rozdrażniona, jeśli zaczniemy ją atakować, krzyczeć, mówić podniesionym tonem.

- Nie rozmawiaj o sprawach formalnych, gdy klient jest pod wpływem alkoholu

Nie podejmuj rozmowy o leczeniu, prostej codzienności, sprawach urzędowych, gdy osoba jest pod wpływem alkoholu. Po pierwsze nie trafią żadne argumenty, rozmówca ma zaburzony odbiór rzeczywistości, ale też nie będzie pamiętać treści rozmowy.

-W jasny, ale empatyczny sposób postaw granicę

„Czuję od Pana woń alkoholu. Chętnie pomogę Panu, ale proszę się zgłosić, gdy będzie Pan trzeźwy.”



ZABURZENIA PSYCHICZNE I ICH RODZAJE

Zaburzenia psychiczne jest to określenie odnoszące się do zachowań, myśli i wewnętrznych doświadczeń, które są nietypowe, stresujące, dysfunkcyjne, a niekiedy nawet niebezpieczne.

O **zaburzeniu psychicznym** mówimy w przypadku wystąpienia zespołu czterech powiązanych zjawisk: objawów psychopatologicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń funkcjonowania i wewnętrznego stresu patologicznego.

Grupy/rodzaje zaburzeń psychicznych:

F00 - F09 Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi.

Należą tu m.in. otępienia, np. choroba Alzheimera. Podłoże zaburzeń jest tu somatyczne, fizyczne, jest nim choroba lub uszkodzenie mózgu.

F10 - F19 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych, w tym np. spowodowane używaniem alkoholu, narkotyków, leków uspokajających i nasennych.

F20 - F29 Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe.

Ta grupa zaburzeń charakteryzuje się specyficznymi zaburzeniami w obszarze emocjonalnym, myślenia i spostrzegania. Zaburzone jest poczucie własnej odrębności i zdolności kierowania sobą, a także relacje z innymi. Obecne mogą być halucynacje (omamy), urojenia.

F30- F39 Zaburzenia nastroju (afektywne).

Do grupy tej zaliczone zostały m.in. następujące rozpoznania: epizod maniakalny, zaburzenia afektywne dwubiegunowe (CHAD), epizod depresyjny, zaburzenia depresyjne nawracające. W zaburzeniach tych zakłócony jest przede wszystkim stan emocjonalny chorych. Najczęściej przybierają one postać depresji (ze współwystępującym lękiem lub bez lęku). W przypadku chorych na CHAD charakterystyczny jest brak krytycyzmu, który może prowadzić do



zachowań niebezpiecznych, np. związanych z demonstrowaniem „nieograniczonych możliwości” lub podejmowaniem ryzykownych decyzji życiowych.

F40 – F48 Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną.

Jest to szeroka grupa schorzeń, obejmująca m.in. zaburzenia lękowe w postaci fobii (np. agorafobia, fobie społeczne), lęk paniczny, zaburzenie lękowe uogólnione, nerwicę natręctw (inaczej zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne), zaburzenia dysocjacyjne, zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (np. zaburzenie hipochondryczne).

F50 – F50 Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi.

Do grupy tej należą m.in. zaburzenia odżywiania, nieorganiczne zaburzenia snu, dysfunkcje seksualne niespowodowane zaburzeniem organicznym ani chorobą somatyczną,

F60 – F69 Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych.

W szerokiej grupie zaburzeń znalazły się m.in. tzw. specyficzne zaburzenia osobowości, mieszane zaburzenia osobowości. Spośród wymienionych zaburzeń najpowszechniejsze są zaburzenia osobowości, których wspólną zasadniczą cechą jest utrwalony – krystalizujący się najczęściej w okresie dorastania, uogólniony sposób zachowania i przeżywania siebie oraz innych ludzi, powodujący trudności w funkcjonowaniu na wielu płaszczyznach, głównie w zakresie relacji.

F70 – F79 Upośledzenie umysłowe – stan związany z zahamowaniem lub niepełnym rozwojem umysłu, a w efekcie obniżonym poziomem zdolności poznawczych („inteligencja”), ale także społecznych, ruchowych i mowy.

F80 – F89 Zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego) – w tej grupie klasyfikacja ICD-10 ujmuje m.in. specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka, rozwoju umiejętności szkolnych, funkcji motorycznych, całościowe zaburzenia rozwojowe (np. autyzm)



F90 – F99 Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym

Ta grupa obejmuje zaburzenia hiperkinetyczne (nadpobudliwości ruchowej), zaburzenia zachowania, zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie (np. lęk przed separacją w dzieciństwie), tiki.

MITY I STEREOTYPY O OSOBACH ZABURZONYCH PSYCHICZNIE I ZABURZENIACH

Mit: Zaburzenia psychiczne są bardzo rzadkie i mnie nie dotyczą.

Fakt: Zaburzenia psychiczne są zaskakująco powszechne. Występują częściej niż nowotwory, cukrzyca czy choroby serca. Zaburzenia psychiczne mogą dotknąć każdego.

Mit: Na zaburzenia psychiczne zapadają osoby o „słabym charakterze”.

Fakt: Zaburzenia psychiczne mają złożone podłoże. Składają się na nie: genetyka, biologia i doświadczenia życiowe.

Mit: Osoby z zaburzeniami psychicznymi nie mogą pracować. Nie są w stanie wykonywać powierzonych im obowiązków, nie wytrzymują presji czasu i stresu.

Fakt: Nawet co czwarta osoba może być dotknięta problemami zdrowia psychicznego. Prawdopodobnie pracujesz z kimś cierpiącym na zaburzenia psychiczne.

Mit: Zaburzenia psychiczne są nieuleczalne

Fakt: Zaburzenia psychiczne można wyleczyć. Ale w przypadku problemów ze zdrowiem psychicznym **mówi się częściej o uzyskaniu remisji**, niż dążeniu do wyleczenia. Remisja to właśnie cofnięcie się objawów, jednak niektóre z zaburzeń psychicznych mogą nawracać. Ale **remisja może trwać całe lata**. Niektórzy pacjenci mają na przykład tylko jeden epizod depresji w ciągu całego życia!



Mit: Osoby chore psychicznie są niebezpieczne dla innych

Fakt: Wydaje się, że pogląd ten może mieć związek z częstym fałszowaniem rzeczywistości przez media. W rzeczywistości jednak ludzie z zaburzeniami stanowią mniejszość sprawców przestępstw. W dodatku z powodu swoich ograniczeń są bardzo narażeni na stanie się ofiarami przemocy – są nimi aż 10 razy częściej niż reszta społeczeństwa!

Mit: Osoby chore psychicznie trzeba trzymać w szpitalu.

Fakt: Tylko ostre fazy zaburzeń psychicznych wymagają leczenia w szpitalu, gdy nasilone są np. urojenia, halucynacje, bądź objawy depresyjne, którym mogą towarzyszyć myśli i próby samobójcze. W rzeczywistości osoby z diagnozą zaburzeń psychicznych samodzielnie żyją w naszym otoczeniu.

Mit: Gdyby chciał, to mógłby przestać zachowywać się dziwnie.

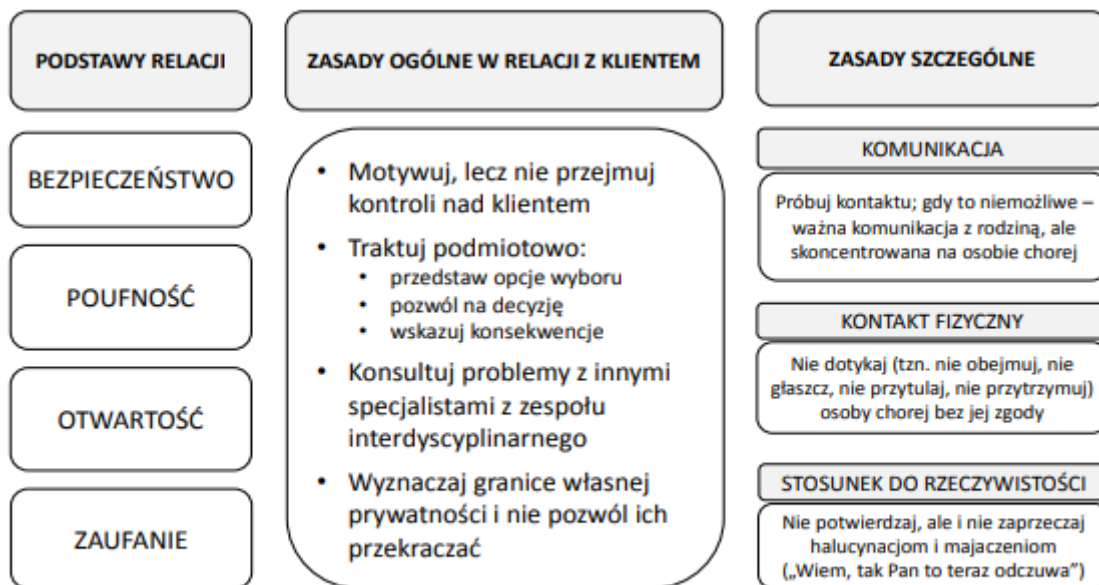
Fakt: Dziwaczne zachowania, czasami zagrażające sobie lub otoczeniu, izolacja, rezygnacja z aktywności społecznych najczęściej jest wynikiem nasilonych objawów psychotycznych np. urojeń, halucynacji. Nasilone objawy psychotyczne nie podlegają perswazji, przeżywająca je osoba nie ma do nich krytycyzmu, są niezależne od jej woli. Przeżywa świat doznań psychotycznych w taki sam sposób, jak osoby zdrowe otaczającą rzeczywistość. Jest dla niej równie „rzeczywista”.

JAK NAWIĄZAĆ KONTAKT I ROZMAWIAĆ Z OSOBĄ Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI?

Osoby, które otrzymały diagnozę „zaburzenia psychiczne” wykazują trudności w obszarze myślenia, przeżywania i działania. Ich percepcja własnych doznań oraz tego, co spotykają w środowisku jest znacząco zniekształcona. Przeżywają nadmierny, dezorganizujący stres, cierpią z powodu chronicznych lęków, nie kontrolują swoich impulsów i działają destruktywnie. Zdobycie informacji na temat diagnozy ich stanu psychicznego może wpłynąć na jakość niesienia pomocy socjalnej klientom ośrodka pomocy społecznej wykazujących tego typu trudności.



Osoba wykazująca zaburzenia psychiczne często ma trudności w nawiązywaniu kontaktu z ludźmi. Percypuje rzeczywistość w sposób zniekształcony, co powoduje jej trudności. Dlatego **nawiązanie i podtrzymanie kontaktu** jest podstawą budowania współpracy z klientem OPS. Poprzez nawiązanie kontaktu pracownik socjalny rozpoczyna proces budowania podwalin pod dobrą współpracę. Daje mu to możliwość zdobycia potrzebnej wiedzy na temat klienta oraz tworzenia sojuszu niezbędnego do udzielenia mu wsparcia. Dzięki budowaniu kontaktu z klientem pracownik socjalny konstruuje proces współpracy, tworząc odpowiednią atmosferę bezpieczeństwa i zaufania.



Źródło: Opracowanie D. Podgórska-Jachnik, na podstawie: G. Kaczmarek, B. Karlińska, A. Kruczek, I. Piatek, M. Polak, M. Sobkowiak (2011)²⁴⁹.

W czasie rozmów, prowadzenia wywiadu, tonem swojego głosu, gestami:

- twórz przyjazną atmosferę;
- potwierdzaj osobie, że zależy ci na tym, by jej pomóc;
- wskazuj, że dostrzegasz sens jej mówienia, zachowania i starasz się ją zrozumieć;
- odzwierciedlaj uczucia, potrzeby oraz zamiary klienta (np.: „Smutno z tym panu?”, „Zezłościł się pan na nią?”, „Potrzebuje pan świętego spokoju.”, „Chce pani zadbać o potrzebę swojego rozwoju zawodowego?”);



- wykazuj empatię, tj. dawaj do zrozumienia, że domyślasz się, co w danej chwili czuje, że rozumiesz to, co robi i mówi;
- nawiązuj i podtrzymuj kontakt wzrokowy. Utrzymuj go i tym samym pokazuj swoje zainteresowanie tematem oraz problemami klienta;
- potakuj, potwierdzaj w niedługich odstępach czasu, że słuchasz swojego rozmówcę;
- stanowczo i jednocześnie życzliwie wskazuj swoje granice i granice rzeczywistości;
- razem z klientem nazywaj jego stany emocjonalne, ustalaj z nim, jakie emocje w danym momencie przeżywa (np.: „Kiedy ona pana tak nazwała, to się chyba pan zezłościł, prawda?”);
- odzwierciedlaj jego emocje (poprzez mimikę, gesty i werbalizację), np.: „Widzę, że jest pani bardzo zdenerwowana”;
- klaryfikuj treści, zmierzaj do doprecyzowania danej kwestii i jej związku z daną emocją (z danymi uczuciami);
- **w sytuacji chaosu spowodowanego emocjami porządkuj, układaj, kategoryzuj treści i szukaj między nimi powiązań;**
- urealnij, tj. odnoś emocje klienta do rzeczywistych zdarzeń i wraz z nim weryfikuj stopień adekwatności jego reakcji, wpływaj na aktywację realistycznego myślenia klienta;
- odnoś się do rzeczywistości, działaj w ten sposób, by klient podejmował realistyczne myślenie;

Czego unikać:

- **unikaj mówienia dużej liczby słów** – to stwarza wrażenie zagadywania osoby, ale też osoba chora może nie mieć zasobów intelektualnych i poznawczych, żeby to zrozumieć. Osoba może pomyśleć, że nie jest słuchana i rozumiana. Może to spowodować frustrację i trudności w dalszym procesie niesienia pomocy;
- **unikaj na początku kontaktu narzucania tematu rozmowy**, w sytuacji, w której klient OPS wskazuje to, co jest aktualnie dla niego ważne, co go porusza, z czym ma problem;



- **unikaj impulsywnych reakcji własnych**, wyrażających się w gwałtownym hamowaniu reakcji i wypowiedzi klienta, w stopowaniu, grożeniu, czy straszaniu negatywnymi konsekwencjami;
- **unikaj nadmiernego współczucia i hamowania** w sytuacji smutku wyrażanego przez osobę chorą.

Procedura przyjęcia do szpitala psychiatrycznego za zgodą i bez zgody

Poddanie badaniu psychiatrycznemu za zgodą i bez zgody:

Art. 21. 1. ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego Osoba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, może być poddana badaniu psychiatrycznemu również bez jej zgody, a osoba małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie – także bez zgody jej przedstawiciela ustawowego.

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego za zgodą:

Art. 22. 1. ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego Przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego następuje za jej pisemną zgodą na podstawie ważnego skierowania do szpitala, jeżeli lekarz wyznaczony do tej czynności, po osobistym zbadaniu tej osoby, stwierdzi wskazania do przyjęcia.

1a. W nagłych przypadkach, w szczególności w przypadku braku możliwości uzyskania pomocy lekarskiej przed zgłoszeniem się do szpitala, osoba z zaburzeniami psychicznymi może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego, za jej pisemną zgodą, bez skierowania, o którym mowa w ust. 1.

2. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie lub osoby upośledzonej umysłowo niezdolnej do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i leczenia następuje po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.



2a. W przypadkach nagłych osoba, o której mowa w ust. 2, może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez wcześniejszego uzyskania zgody sądu opiekuńczego. W takim przypadku lekarz przyjmujący tę osobę ma obowiązek, o ile to możliwe, zasięgnięcia pisemnej opinii innego lekarza, w miarę możliwości psychiatry, albo pisemnej opinii psychologa.

2b. W przypadkach, o których mowa w ust. 2a, kierownik szpitala psychiatrycznego zawiadamia niezwłocznie sąd opiekuńczy właściwy ze względu na siedzibę szpitala, w celu uzyskania zgody sądu na pobyt tej osoby w szpitalu. W zawiadomieniu kierownik szpitala psychiatrycznego wskazuje okoliczności uzasadniające przyjęcie.

2c. Jeżeli osoba, o której mowa w ust. 2, sprzeciwia się przyjęciu do szpitala psychiatrycznego, a jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, stosuje się odpowiednio przepisy art. 23 ust. 3–5 oraz art. 25 i 27. 3. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie następuje za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego.

4. Jeżeli przyjęcie do szpitala dotyczy osoby małoletniej powyżej 16 roku życia lub osoby pełnoletniej całkowicie ubezwłasnowolnionej, zdolnej do wyrażenia zgody, jest wymagane również uzyskanie zgody tej osoby na przyjęcie. W przypadku sprzecznych oświadczeń w sprawie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego tej osoby i jej przedstawiciela ustawowego, zgodę na przyjęcie do szpitala wyraża sąd opiekuńczy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.

5. Przedstawiciel ustawowy osoby, która nie pozostaje pod władzą rodzicielską, wyraża zgodę, o której mowa w ust. 3, za zgodą sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby; w wypadkach nagłych nie jest konieczne uzyskanie zgody sądu opiekuńczego przed przyjściem do szpitala psychiatrycznego.

6. O każdorazowym przyjęciu osoby z zaburzeniami psychicznymi, w warunkach przewidzianych w ust. 5, kierownik szpitala psychiatrycznego zawiadamia bezzwłocznie sąd



opiekuńczy miejsca siedziby szpitala. W zawiadomieniu kierownik szpitala psychiatrycznego wskazuje okoliczności uzasadniające przyjęcie.

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody:

Art. 23. ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego Osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.

2. O przyjęciu do szpitala osoby, o której mowa w ust. 1, postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa.

3. Lekarz, o którym mowa w ust. 2, jest obowiązany wyjaśnić choremu przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformować go o jego prawach.

4. Przyjęcie do szpitala, o którym mowa w ust. 1, wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Kierownik szpitala zawiadamia o powyższym sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia.

5. Czynności, o których mowa w ust. 2, 3 i 4, odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Art. 24. 1. Osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, może być przyjęta bez zgody wymaganej w art. 22 do szpitala w celu wyjaśnienia tych wątpliwości.

2. Pobyty w szpitalu, o którym mowa w ust. 1, nie może trwać dłużej niż 10 dni.

Art. 25. 1. Na podstawie otrzymanego zawiadomienia sąd opiekuńczy wszczyna postępowanie dotyczące przyjęcia do szpitala psychiatrycznego osoby wymienionej w art. 22–24.



2. Sąd opiekuńczy może rozpoznać sprawę również na wniosek tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego, jej małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa bądź osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę albo z urzędu.

W sprawach określonych w art. 25 sąd opiekuńczy orzeka po przeprowadzeniu rozprawy; rozprawa powinna odbyć się nie później niż w terminie 14 dni od dnia wpływu wniosku lub otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w art. 23 ust. 4.

Sędzia wizytujący szpital wysłuchuje osobę przyjętą do szpitala psychiatrycznego w trybie art. 23, 24 nie później niż w terminie 48 godzin od otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w art. 23 ust. 4. W razie stwierdzenia, że pobyt tej osoby w szpitalu psychiatrycznym jest oczywiście bezzasadny, sędzia zarządza natychmiastowe jej wypisanie ze szpitala i wnosi o umorzenie postępowania (art. 45 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego).

LEKARZ - BADANIE I SKIEROWANIE



ORDYNATOR ZATWIERDZA PRZYJĘCIE (48 GODZIN)



KIEROWNIK SZPITALA KIERUJE PISMO DO SĄDU (72 GODZINY)



SĘDZIA-WIZYTACJA (48 GODZIN)



SĘDZIA- DECYZJA

UWAGA! Zaniedbanie, niezaspokajanie podstawowych potrzeb, niezdolność do samodzielnej egzystencji to także stan zagrożenia zdrowia i życia!



Członek rodziny także może złożyć wniosek do Sądu o przymusowe leczenie.

Ważne! Do wniosku należy dołączyć jako załącznik zaświadczenie o stanie zdrowia po konsultacji z lekarzem psychiatrą. Konsultacja może odbyć się w środowisku pacjenta (odmowa rozmowy z psychiatrą oraz obserwacja też są diagnostyczne)!

Zagrożenie, będące przesłanką zastosowania trybu nagłego musi być:

- **bezpośrednie**, co oznacza, że szkoda może wystąpić w każdej chwili lub w stosunkowo niedalekiej przyszłości, jest nieuchronna,
- ryzyko jej wystąpienia jest **wysoce prawdopodobne**,
- zagrożenie musi być **realne**,
- zagrożenie musi wynikać z **aktualnego stanu zdrowia psychicznego pacjenta**.

Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 14.02.1996 r. II CRN 201/95:

- Pojęcie „**zagrożenia bezpieczeństwa**” jest nieostre, zawiera w sobie element przewidywania (hospitalizacja ma zapobiec temu, co jeszcze nie nastąpiło).
- Aby stwierdzić, że zachowanie chorego zagraża zdrowiu lub życiu, należy ustalić, że zaistniały (w dotychczasowym zachowaniu chorego) takie okoliczności, które obiektywnie i rozsądnie oceniane świadczą o istnieniu stanu zagrożenia, tj. stanu, w którym należy się liczyć z realną możliwością naruszenia przez chorego własnego lub cudzego życia (lub cudzego zdrowia).
- Specyficzny charakter ustaleń faktycznych, jakie należy poczynić w sprawie tego rodzaju, polega na tym, że konkretne ustalenia co do faktów (zachowań) uczestnika są nierozzerwalnie związane z ich jednoczesną kwalifikacją jako noszących cechy odpowiadające dyspozycji przepisu (zagrożają życiu lub zdrowiu) lub nie.



BEZPIECZEŃSTWO PRACOWNIKA SOCJALNEGO

Po wielu przypadkach agresji klienta wobec pracownika socjalnego: wymuszenia przywilejów socjalnych, zastraszania i gróźb – głośne przypadki, gdzie klient oblał benzyną pracowników ośrodka, użył noża czy siekiery - wprowadzone zostały zapisy o możliwości:

- przeprowadzania rodzinnych wywiadów środowiskowych,
- świadczenia pracy socjalnej w środowisku przez dwóch pracowników socjalnych, asyście funkcjonariusza Policji oraz trybie składania wniosku o taką asystę.

Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej z 12 marca 2004 r. **Art. 107. 1.** Rodzinny wywiad środowiskowy przeprowadza się u osób i rodzin korzystających lub ubiegających się o świadczenia z pomocy społecznej w celu ustalenia ich sytuacji osobistej, rodzinnej, dochodowej i majątkowej (...)

3a. Przy przeprowadzaniu rodzinnego wywiadu środowiskowego oraz świadczeniu pracy socjalnej w środowisku może uczestniczyć drugi pracownik socjalny. Rodzinny wywiad środowiskowy oraz świadczenie pracy socjalnej w środowisku może się odbywać w asyście funkcjonariusza Policji.

3b. Kierownik ośrodka pomocy społecznej oraz dyrektor centrum usług społecznych, o którym mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych, na wniosek pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej albo centrum usług społecznych lub z własnej inicjatywy, może wystąpić z wnioskiem do właściwego miejscowo komendanta Policji o asystę w trakcie przeprowadzania rodzinnego wywiadu środowiskowego lub świadczenia pracy socjalnej w środowisku.

Właściwy miejscowo komendant Policji jest obowiązany do zapewnienia pracownikowi socjalnemu asysty Policji przy przeprowadzaniu rodzinnego wywiadu środowiskowego lub świadczeniu pracy socjalnej w środowisku.



Pracownik socjalny jest traktowany jako funkcjonariusz publiczny i chroniony ustawowo.

- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. z 2015 r. Dz. U. poz. 163, z późn. zm.) art. 121 ust. 2
- ochrona przed naruszeniem nietykalności cielesnej (art. 222 kk);
- ochrona przed czynną napaścią (art. 223 kk);
- ochrona przed znieważeniem (art. 226 kk);
- ochrona przed wywieraniem wpływu na czynności służbowe (art. 224 kk).

Niezależnie od tego, **kierownik ośrodka** powinien sam podejmować działania na rzecz zwiększania poziomu bezpieczeństwa pracowników i obrony przed klientem z agresją. Niebezpieczeństw związanych z pracą z trudnym klientem, nie będziemy w stanie nigdy w pełnym zakresie wyeliminować, ale podjęcie działań na rzecz ochrony pracowników pozwoli zmniejszyć ryzyko wystąpienia takich zjawisk.

CO JAKO KIEROWNIK MOŻESZ, A NAWET POWINIENESZ ZROBIĆ?

1. Należy wdrożyć zarządzenie, w którym opracowana jest procedura postępowania z trudnym klientem w sytuacjach zagrożenia. Spisana procedura pozwoli pracownikowi uniknąć wielu błędów, a gdy nie zadziała wezwać organ Policji.
2. Organizowanie szkoleń, uczących jak należy radzić sobie w trudnych sytuacjach w warunkach mogących zagrażać zdrowiu czy życiu, jak odczytywać sygnały, które mogą świadczyć o możliwości agresji, jak radzić sobie ze stresem.
3. Warto zastanowić się również nad wyposażeniem pracownika socjalnego w środki ochrony - rękawiczki, gaz pieprzowy.
4. Dodatkowym wsparciem dla pracowników socjalnych mogą być usługi **superwizji** oraz organizowanie superwizji koleżeńskiej (**bezpieczeństwo psychiczne !**).



Superwizja koleżeńska

- Celem superwizji koleżeńskiej jest wzajemna wymiana doświadczeń, stawianie pytań i znajdowanie odpowiedzi, odkrywanie optymalnych rozwiązań pojawiających się problemów i sposobów pracy.
- W superwizji koleżeńskiej uczestniczy nieduża grupa osób, które mają podobny zakres i poziom doświadczeń zawodowych. Nie ma tu formalnego lidera, ale grupa wybiera osobę, która prowadzi spotkanie według ustalonych wspólnie zasad.
- Relacje w takiej grupie mają charakter partnerski: uczestnicy wzajemnie się od siebie uczą, wymieniają się wiedzą, pomysłami, udzielają sobie informacji zwrotnych. Zaletą takiej formy superwizji jest jej stosunkowo łatwa dostępność i mniej formalny charakter, co może dawać uczestnikom większe poczucie bezpieczeństwa.

Czym nie powinna być taka superwizja?

- Nie powinna się przerodzić w „**towarzystwo wzajemnej adoracji**” (prawienie sobie komplementów i pochlebstw) ani w „**sabat czarownic**” (podczas którego dokonuje się nagonka na jakąś osobę np. trudnego ucznia lub rodzica albo na uczestnika, który prezentuje inne zdanie)
- Nie jest jej celem narzekanie i wzajemne utwierdzanie się w poczuciu, że nic się nie da zrobić



Techniki/narzędzia skutecznej komunikacji pomocne w pracy

Techniki kontaktu terapeutycznego pomagające w rozmowie:

Techniki te pomagają w kontakcie, są stosowane w szerokim kontekście- zależnie od intencji terapeuty, które mogą mieć charakter eksploracji, wsparcia. Drugim obszarem jest obszar funkcjonowania klienta, do którego kierowane są interwencje.

- **parafraza**- omówienie wypowiedzi rozmówcy naszymi słowami; ma na celu sprawdzenie, czy właściwie zrozumieliśmy wypowiedź klienta lub wykazania klientowi, że jest on słuchany; często służy podtrzymaniu rozmowy

- „czyli rozumiem, że.....” (rozumiem, że czuje się Pan oszukany)
- „jak dobrze rozumiem, chodzi Panu o.....”
- „czyli to oznacza, że.....”

- **klaryfikacja**- próba skoncentrowania się na podstawowej treści wypowiedzi klienta lub jej rozumienia

- „wydaje mi się, że chcesz powiedzieć.....”

- **interpretacja** – polega na formułowaniu hipotez wyjaśniających zachowania klienta, motywy zachowania i postawy. Jeśli jest trafna wzbogaca rozumienie klienta.

- **konfrontacja** – zestawienie przez terapeutę różnych wypowiedzi klienta dotyczących tych samych faktów, różnych opinii dotyczących tych samych zdarzeń.

- **odzwierciedlanie uczuć**- uświadamianie rozmówcy jego własnych uczuć, nazywanie uczuć towarzyszących rozmowie; podkreślenie aktualnie obserwowanych uczuć; można odzwierciedlić mowę ciała

- „widzę, że martwi Pana.....”
- „rozumiem, że denerwuje Panią.....”



- **podsumowanie**- jest to synteza tego, co zostało dotychczas zakomunikowane służąca wyodrębnieniu tematów afektywnych i poznawczych; intencją jest streszczenie tego co mówił klient, uporządkowanie jego wypowiedzi i wyodrębnienie informacji ważnych

- „podsumowując.... Powiedział Pan.....”

- **pytania mające na celu rozpoznanie (pytania otwarte)**

- „kiedy/gdzie/jak.....”

Wyjaśniaj wątpliwości

Angażuj klienta w podejmowanie samodzielnych decyzji

Rozmawiaj o obawach klienta

Upewnij się, jaką wiedzę na dany temat posiada klient

Stosuj łagodne sformułowania (zadbaj o ton głosu i dobierz słowa)

Nie przekazuj nadmiaru informacji na raz, zadania dajemy etapowo