

**COMMUNICATION IN THE ASSISTANCE  
RELATIONSHIP – THE SUICIDOLOGICAL ASPECT**  
**KOMUNIKACJA W RELACJI POMOCOWEJ  
– ASPEKT SUICYDOLOGICZNY**

**ABSTRACT**

This work is the conclusion of considerations related to the subject of communication in an assistance situation. The topic related to the communication aspect is very often taken up by specialists in many fields, but it is still a significant issue and there are no practical implications that would improve the situation. The work presents one selected projection method from the battery of questionnaires carried out from 2014. The study was attended by people at the age of emerging adulthood (19–26 years), most of them come from the Lublin province. Finally, the answers of 120 volunteers operating in the Volunteering Center Association in Lublin (Psychiatric Clinic) were taken into account. Research is both quantitative and qualitative. The results of the conducted analyzes may be included in the discussion on the definition and functioning of volunteering as a phenomenon that is still not in the interest of research in the social sciences. Volunteers are a characteristic group that deals free with a variety of assistance activities, with quality and commitment to the projects being implemented.

Therefore, the work has a theoretical and practical dimension in relation to the attached elements concerning projection methods, with the help of which more information can be obtained from the research group. Sometimes correct communication at work, in the environment or in a family can allow avoiding many negative situations, including those related to suicide or self-mutilation.

## STRESZCZENIE

Niniejsza praca stanowi konkluzję rozważań związanych z tematyką komunikacji w sytuacji pomocowej. Kwestia aspektu komunikacyjnego jest bardzo często podejmowana przez specjalistów wielu dziedzin, nadal jednak jest to znaczące zagadnienie i brakuje rozwiązań praktycznych, które powodowałyby polepszenie sytuacji. W pracy zaprezentowana zostanie jedna metoda projekcyjna wybrana, spośród metod użytych w badaniach kwestionariuszowych przeprowadzanych od 2014 r. W badaniach uczestniczyły osoby w wieku wyłaniającej się dorosłości (19–26 lat), większość z nich pochodzi z województwa lubelskiego. Ostatecznie uwzględniono odpowiedzi 120 wolontariuszek działających w Stowarzyszeniu Centrum Wolontariatu w Lublinie (Wolontariat Klinika Psychiatryczna). Badania mają charakter zarówno ilościowy, jak i jakościowy. Wyniki przeprowadzonych analiz mogą wpisać się w dyskusję nad definicją i funkcjonowaniem wolontariatu jako zjawiska, które wciąż pozostaje poza kręgiem zainteresowań badawczych nauk społecznych. Wolontariusze są charakterystyczną grupą, która nieodpłatnie zajmuje się różnorodnymi działaniami pomocowymi, przy czym jakość jej pracy jest wysoka, zaś zaangażowanie w realizowane przedsięwzięcia – znaczne.

Opracowanie ma zatem wymiar teoretyczno-praktyczny w związku z zamieszczonymi w nim schematami i rysunkami przedstawiającymi metody projekcyjne, za pomocą których można uzyskać więcej informacji od grupy badawczej. Niekiedy poprawna komunikacja w pracy, środowisku czy rodzinie może pozwolić na uniknięcie wielu negatywnych sytuacji, w tym tych związanych z samobójstwem czy samookaleczeniem.

**KEYWORDS:** *communication, projection methods, suicidology, psychology, volunteering*

**SŁOWA KLUCZOWE:** *komunikacja, metody projekcyjne, suicidologia, psychologia, wolontariat*

## WPROWADZENIE

W niniejszym artykule przedstawiona została kwestia związana z komunikacją, wolontariatem oraz kryzysami, z którymi może zmagać się osoba pomagająca oraz osoba w kryzysie. Złożoność komunikacji międzyludzkiej jest kwestią bardzo trudną do wyjaśnienia i niełatwo przypisać ten temat do jednej dziedziny (Laskowski, 2014, s. 303–325).

W interwencji kryzysowej, np. w pracy z osobami, które chcą pozbać siebie życia lub już są po próbie samobójczej, komunikacja jest jednym z kluczowych aspektów, które mogą przynieść rezultat terapeutyczny (Hołyst, 2012).

Niezbędne jest, aby opis komunikacji uwzględniał perspektywę odbiorcy i odpowiadał na pytanie, jak ludzie odczuwają, odbierają, postrzegają, a także rozumieją dany komunikat. Nadzieją na rozwiązanie tej teoretycznej kwestii jest podejście kognitywistyczne. Jak napisał Zbysław Muszyński: „[...] można się spodziewać, że dyscyplina ta z racji swego interdyscyplinarnego charakteru może stanowić podstawę syntetycznego ujęcia wielu aspektów procesu komunikowania”. Być może to ujęcie w przyszłości będzie pomocne w interpretacji tychże zagadnień także w perspektywie psychologicznej (Muszyński, 2008, s. 65–77). Artykuł dotyczy także kwestii przyjmowania do pracy wolontariuszy. Otóż jest wiele sposobów szukania odpowiedniej kadry. Istotne jest to, że wolontariusz nie pobiera opłaty za swoją pracę, zatem motywacja pracownika, jak i sposoby poszukiwania wolontariusza są inne niż w przypadku tradycyjnie rozumianej pracy zawodowej.

Zazwyczaj rekrutacja zaczyna się od poszukiwania odpowiednich kandydatów w najbliższym otoczeniu (środowisko zawodowe, przyjaciele, koledzy, znajomi, rodzina). Jeśli to się nie uda, wykorzystuje się rekrutację zewnętrzną, docierając do osób o określonych zainteresowaniach, np. ochotników do prowadzenia odpowiedniej pracy. Niestety nie każdy na tym etapie będzie miał odpowiednie do wykonywania danej pracy kwalifikacje (Ochman, Jordan, 2000).

Trudno jest znaleźć odpowiednią osobę z pożądanymi kwalifikacjami. Komunikacja jest różna praktycznie w każdym przypadku medycznym, a dodatkowo należy uwzględnić fakt, iż każda jednostka korzystająca z pomocy psychologicznej powinna być traktowana w sposób indywidualny ([www.wolontariat.org.pl/lublin/](http://www.wolontariat.org.pl/lublin/)). Komunikacja to nie tylko sposób porozumiewania się z innymi osobami (Anthony, 1994). Wiele osób przebywających w placówkach psychiatrycznych zmaga się z poważnymi problemami natury psychicznej. Są to także osoby, które w przeszłości chciały odebrać sobie życie. Mimo że statystyki samobójstw są w Polsce znane, gdyż zbieraniem danych obecnie zajmują się dwie najważniejsze instytucje – Komenda Główna Policji (Polska Policja, <http://www.policja.pl/>) oraz Główny Urząd Statystyczny – uważa się ten problem za znaczący (Główny Urząd Statystyczny, <https://stat.gov.pl/>). Rocznie ok. 6 tys. osób popełnia samobójstwo, a każda z tych osób jest inna. Badaniem każdego przypadku powinno się zajmować indywidualnie, gdyż jest wiele przyczyn, które mogą doprowadzić do decyzji o samobójstwie. Niemal każda sytuacja związana z tą kwestią jest odmienna, np. inaczej informuje się o śmierci naturalnej

osoby dorosłe, inaczej dzieci, klasy szkolne, najbliższe środowisko, a inaczej osoby, które doświadczyły w najbliższym środowisku próby samobójczej czy samobójstwa dokonanego (Hołyst, 1991; Hołyst, 1994; Hołyst, 1996; Hołyst, 1997).

## DEFINICJA KOMUNIKACJI

W aspekcie psychiatrii i psychologii komunikacja zyskuje zupełnie innego znaczenia niż ta rozumiana powszechnie. Szeroka definicja komunikacji polega na przepływie informacji, zgodnie z podstawowym modelem nadawca–komunikat–odbiorca. Jednakże można przypuszczać, że tak szerokie podejście nie wskazuje na istotę komunikowania się w ogóle. Katarzyna Młynek w artykule pt. *Definiowanie komunikacji. Co należy wziąć pod uwagę, aby stworzyć własną definicję komunikacji* przytacza wiele definicji komunikacji, które można interpretować w interdyscyplinarnym ujęciu. Ważnym aspektem pracy są analizy Franka E.X. Dance, gdzie przywołane są „składniki” wykorzystywane przy tworzeniu komponentów komunikacji (Młynek, 2015, s. 2013).

W pracy z osobami po traumatycznym wydarzeniu ważna jest perspektywa psychologiczna. Poniżej w tabeli 1 zostały przedstawione najważniejsze kwestie dotyczące komunikacji w aspekcie psychologicznym – ich perspektywa, treść oraz forma.

Tabela 1.

### Perspektywa komunikacyjna

Perspektywa	Treść	Forma
Psychologiczna	Zjawiska psychiczne	Zachowanie
Rodzaj nośnika komunikacji: werbalny, niewerbalny.		
To najczęściej spotykany podział porządkujący ludzki sposób komunikacji		
Charakter procesu komunikacji może być liniowy, cyrkularny, nieliniowy		

Źródło: opracowanie własne na podstawie dostępnej literatury przedmiotu (Młynek, 2015, s. 203–225).

W kontekście psychologicznym wartościowa jest wymiana aspektów komunikacyjnych. Wojciech Laskowski (2014) uważa, że komunikacja to: „...jednak nie tylko przekazywanie określonych treści, a bardziej proces dwukierunkowy, co wymaga w opisie uwzględnienia nie tylko czynności nadawczych ale również odbiorczych”. Zatem odbiór komunikatu jest tak samo ważny jak przekaz danych informacji (Laskowski, 2014, s. 303–325).

Aspektem niewątpliwie ważnym jest kwestia związana z poprawnością komunikacyjną (Brzozowska, 2002). Bardzo trudno odczytać w sposób prawidłowy komunikaty płynące od innych ludzi, w szczególności w sytuacji kryzysowej. Samobójstwo jako akt autodestrukcji jest największą z możliwych tragedii nie tylko dla osoby dokonującej samobójstwa, ale i osób z najbliższego otoczenia (Namysłowska, 1995, s. 2–6). Cechą samobójców jest ogromna różnorodność przeżyć indywidualnych, spotykanych u suicydentów wszystkich kultur (Filipiak, 2009; Załęski, 1992, s. 186–190).

## KOMUNIKACJA W SYTUACJI POMOCOWEJ

Bardzo ciekawą kwestią, którą porusza W. Laskowski (2014), jest to, że ciało stale i automatycznie odzwierciedla przeżycia. Można zatem uznać, że ciało i umysł działają razem równolegle. Ten aspekt jest wyjątkowo ważny w pracy z osobami z problemami, gdyż zdarza się tak, że nie chcą one wyznać prawdy o swoim stanie psychicznym. Często zdarza się, że zmieniony stan świadomości sprawia, iż nie są w stanie zauważyć różnych elementów swego funkcjonowania fizycznego czy psychicznego. Natomiast doświadczony badacz czy terapeuta, mimo werbalnych zapewnień, że wszystko jest w porządku, zapewni osobie potrzebującej wieloaspektowe wsparcie (Hołyst, 1991; Hołyst, 1994; Hołyst, 1996; Hołyst, 1997).

Tabela 2.

### Składowe prób samobójczych

Składowe prób samobójczych	Właściwości
Cel samobójstwa	Poszukiwanie rozwiązania problemu
Zadanie samobójstwa	Pozbawienie siebie świadomości, aby już nie myśleć o problemie
Bodziec wywołujący próbę samobójczą	Ból psychiczny nie do zniesienia
Stresor wywołujący próbę samobójczą	Niezaspokojone potrzeby psychiczne
Postawa wewnętrzna	Ambiwalencja wobec życia
Stan emocjonalny	Poczucie bezradności i beznadziejności
Stan poznawczy	Zawężenie horyzontów
Działanie	Uciezka
Forma komunikacji interpersonalnej	Poinformowanie kogoś o zamiarze samobójczym

Źródło: opracowanie własne na podstawie literatury (Załęski, 1992, s. 186–190).

Rozumiejąc, jak ważną rolę w życiu każdego człowieka odgrywają przeżycia emocjonalne, warto również zastanowić się nad tym, jaką rolę spełniają emocje u ludzi, którzy podejmują działania pomocowe, wolontariackie (Jordan, 2009).

Schemat 1.

**Złożoność modelu leczenia – aspekt komunikacyjny**



Źródło: badania własne.

W placówce psychiatrycznej jest bardzo wiele elementów, niezbędnych do tego, aby pacjent czy osoba przebywająca w klinice czy w szpitalu psychiatrycznym mogła realnie skorzystać z leczenia. Bardzo ważna jest w tym wypadku diagnostyka i leczenie zaburzeń oraz chorób psychicznych, farmakoterapia, psychoterapia czy terapia zajęciowa. Bez tych podstawowych elementów proces zdrowienia będzie przebiegał mniej efektywnie. Ważni w placówkach psychiatrycznych są także wolontariusze, którzy świadczą bezpłatną pracę na rzecz osób potrzebujących (<http://wolontariat.org.pl/wolontariusze/>

kim-jest-wolontariusz/). Komunikacja w procesie hospitalizacji, leczenia jest bardzo złożonym aspektem. Wolontariusze z konkretnego stowarzyszenia prowadzącego wolontariat dodatkowo mają za zadanie przestrzegać porozumienia zawartego między placówką psychiatryczną a stowarzyszeniem ([http://www.naszprawnik.pl/upload/file/Umowa\\_o\\_wolontariat.pdf](http://www.naszprawnik.pl/upload/file/Umowa_o_wolontariat.pdf)). Model leczenia zaprezentowany w schemacie 1 powstał w efekcie badań naukowych realizowanych w placówkach psychiatrycznych. Osoba zagrożona wykluczeniem społecznym, po próbie samobójczej czy cierpiąca na zaburzenia natury psychicznej związana jest z wieloma instytucjami. Bardzo często leczenie polega nie tylko na farmakoterapii, psychoterapii, ale także terapii zajęciowej, przy czym nadrzędna jest diagnoza i dostosowane do niej formy leczenia. Jednostki w kryzysie spotykają się z wieloma osobami: lekarzami, pielęgniarkami, psychologami czy terapeutami zajęciowymi. Komunikacja jest tutaj niezbędna. Przyczynia się ona do prowadzenia poprawnej terapii, psychoterapii itd. (Werner, 1986, s. 34–40).

## **METODA PROJEKCYJNA W PRAKTYCE**

Metody projekcyjne są bardzo istotne w badaniu postaw w sytuacji pomocowej. Dzięki użyciu metody projekcyjnej osoby nadzorujące pracę wolontariacką mają szerszy obraz komunikacji w specyficznym miejscu. Odpowiednia analiza potrzeb może powodować, że u osoby pomagającej nie wystąpi wypalenie zawodowe czy kryzys związany z faktem, że pracuje z grupą wymagającą wiele uwagi. W psychologii dopuszczalne jest realizowanie badań za pomocą metod projekcyjnych (Brzeziński, 2003, s. 34). Pomysł oraz inspiracja zaczerpnięta została z książki Dominiki Maison *Jakościowe metody badań marketingowych*, w której przedstawiono zastosowanie tej metody w badaniach jakościowych dotyczących kwestii związanych z marketingiem (Maison, 2010, s. 166–198).

Metoda ta została wybrana, ponieważ jest aktualna, polega na odejściu od tradycyjnego spostrzegania metod projekcyjnych w sensie pejoratywnym, zaś jej autorka wykonała wiele badań, które pomogły w zrealizowaniu i zaplanowaniu praktycznych planów na przyszłość danej organizacji czy grupy. Z praktycznego punktu widzenia o wiele więcej można dowiedzieć się na temat specyfiki pracy w grupie wolontariuszy, bardzo często są to psycholo-

gowie, którzy znają testy psychologiczne. Zastosowanie innego, nieoczywistego materiału może pomóc w planowaniu przyszłych działań z korzyścią dla pacjentów oraz wolontariuszy (Górecki, 2010).

Narzędzie to miało zobrazować relację wolontariuszki kliniki psychiatrycznej oraz pacjenta przebywającego w tej placówce. Badanie tą metodą polegało na przedstawieniu osobom badanym rysunku zaprezentowanego poniżej jako rysunek 1. Rysunek ten przedstawia dwie postacie, pierwsza to wolontariusz kliniki psychiatrycznej, druga – pacjent kliniki psychiatrycznej. Na górze schematu, nad głowami postaci zaprezentowane zostały elementy związane z techniką „bubble test”, zastosowano tu cztery formy wypowiedzi dotyczące relacji pomagającego i osoby, której się pomaga ([www.wolontariat.org.pl](http://www.wolontariat.org.pl)). W pierwszym komunikacie po lewej stronie znajduje się pytanie „co myśli?” w prostokątnym kształcie dymku przy obu postaciach, a po prawej stronie w okrągłym kształcie wyróżniamy komunikat „co mówi?”. Osoby badane mają do dyspozycji 24 kredki oraz długopisy i flamastry do zapisania ewentualnego komunikatu.

Rysunek 1.

**Metoda projekcyjna – „Co myśli? Co mówi?”**



Źródło: badania własne.

Autorską metodą projekcyjną przebadano 120 osób, są to te same osoby, które uczestniczyły w całości badań. Do interpretacji metody projekcyjnej został wykorzystany Rysunkowy Test Twórczego Myślenia [Test for



CrativeThinking – DrawingProduction (TCT-DP)], autorstwa Klausa K. Urbana oraz Hansa G. Jellena. Test ten może być stosowany dla badanych w bardzo różnym wieku – dzieci, młodzieży, dorosłych (osób w wieku od 5 do 95 lat). Jego główne przeznaczenie to badania przesiewowe służące wykrywaniu z jednej strony jednostek o dużych predyspozycjach twórczych, a z drugiej – osób, które powinny być poddawane szczególnie intensywnym oddziaływaniom treningowym, stymulującym rozwój zdolności i postaw twórczych.

W swojej pracy wykorzystałam i dostosowałam do potrzeb swojej metody arkusz ocen Rysunkowego Testu Twórczego Myślenia TCT-D.

Wykorzystane zostały następujące elementy decydujące o ocenie rysunku:

1. Kontynuacje, które mogą polegać na:
  - przedłużeniu,
  - powtórzeniu elementu, przynajmniej raz,
  - wykorzystaniu danego elementu w taki sposób, by stał się częścią większej całości.
2. Nowe elementy, czyli:
  - nowe elementy, które nie zostały wykorzystane na bazowym obrazku,
  - tekst,
  - rysunek,
  - postać.
3. Perspektywa, czyli przedstawienie:
  - linii horyzontu,
  - budynków,
  - tła.
4. Humor i emocje:
  - pojawienie się mimiki w rysunkach,
  - wystąpienie przejawów silnego zaangażowania autora rysunku,
  - pojawienie się dowcipnych elementów,
  - zaskakujący tytuł, którym autor z ironią zdystansował się do swojego dzieła.
5. Niekonwencjonalna manipulacja:
  - nieschematyczne wykonanie pracy,
  - niezastosowanie się do podstawowego arkusza.

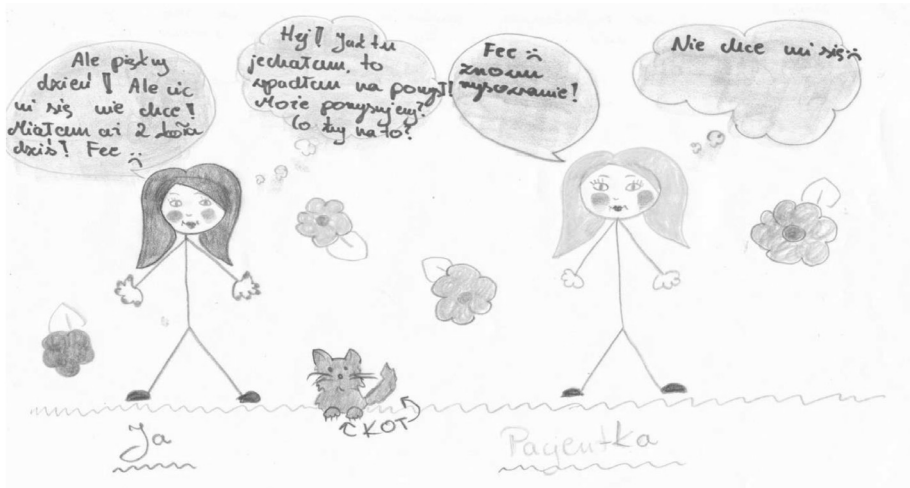
6. Abstrakcyjność, polegająca na symbolicznej wymowie rysunku bądź w wprowadzeniu do rysunku elementów surrealistycznych lub fikcyjnych.
7. Niestereotypowość – wykorzystanie elementów na arkuszu w sposób rzadko spotykany.
8. Szybkość – czas wykonania zadania (krótki – mniej niż 10 minut, długi – więcej niż 10 minut).

## ANALIZA BADAŃ WŁASNYCH

W tej części przedstawiona zostanie analiza badań własnych, przeprowadzonych przy użyciu techniki projekcyjnej, a dotyczących oceny komunikacji między pacjentem psychiatrycznym a wolontariuszem (osobą zajmującą się pomocą w placówce psychiatrycznej). W poniższej części przedstawione zostaną cztery wybrane badania jakościowe, które są pracami osób uczestniczących w autorskim badaniu. Przedstawię komunikację pacjent-wolontariusz – zarówno werbalną, jak i tę niewypowiedzianą. Do każdego z rysunków będzie dołączona krótka analiza i interpretacja tego, co może odczuwać wolontariusz placówki psychiatrycznej.

Rysunek 2.

**Praca wykonana przez osobę badaną w ramach badania przeprowadzonego metodą projekcyjną „Co myśli? Co mówi?”**



Źródło: badania własne.

Wolontariusz:

Co myśli: „Ale piękny dzień! Ale nic mi się nie chce! Miałem aż 2 koła dziś! Fee☹”.

Co mówi: „Hej! Jak tu jechałam, to wpadłam na pomysł. Może porysujemy? Co Ty na to?”

Pacjent:

Co myśli: „Nie chce mi się ☹”.

Co mówi: „Fee☹ znowu rysowanie?”

Analiza:

Wolontariusze bardzo często mówią, że obawiają się tego, iż ich zajęcia nie będą atrakcyjne dla pacjentów i nikt nie będzie chciał z nimi spędzać czasu podczas ich dyżuru. Pacjenci podchodzą do pomysłów wolontariuszy neutralnie. Praca z pacjentami to z całą pewnością praca z klientem trudnym, która wymaga dużej wiedzy i doświadczenia od osób, które chcą wykonywać ją w sposób profesjonalny. Przedstawiona na rysunku 2 wolontariuszka zwróciła uwagę na to, że wolontariat jest pracą dodatkową: „ale mi się nie chce, miałam dziś 2 koła [kolokwia]”. Wolontariuszki oprócz wypełniania podstawowych obowiązków życiowych decydują się na poświęcenie swojego wolnego czasu na to, aby spędzić czas z innymi. Niekiedy wymaga to bardzo wielu poświęceń. Brak zainteresowania pacjentów, niedoceniaenie przez nich, iż poświęca im się swój czas wolny, sytuacje niebezpieczne w placówkach – to bardzo częste przyczyny rezygnacji z wolontariatu przez osoby działające społecznie.

Wolontariusz:

Co myśli: „Boję się go trochę, bo nie wiem, co myśli i co zamierza zrobić”.

Co mówi: „Masz ochotę pograć w karty? Bo ostatnio mnie naszło, a nie mam z kim grać...”

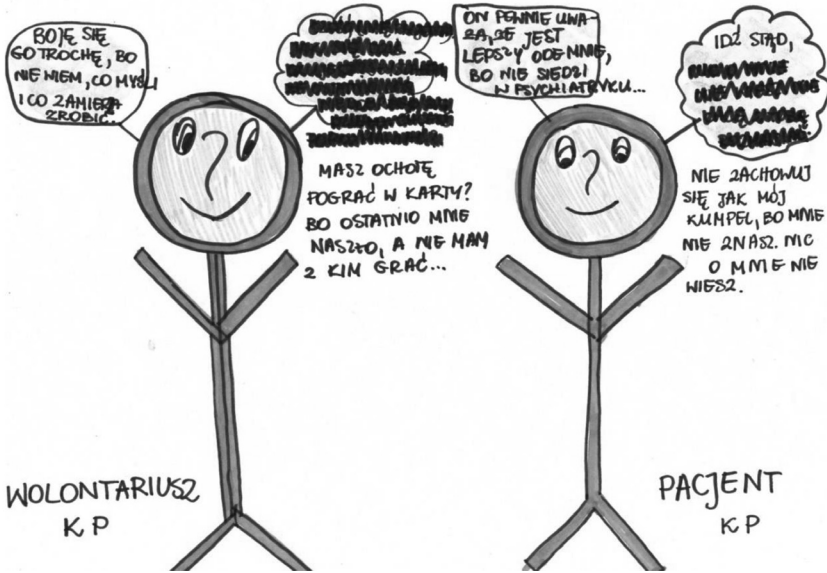
Pacjent:

Co myśli: „On pewnie uważa, że jest lepszy ode mnie, bo nie siedzi w psychiatryku”.

Co mówi: „Idź stąd, nie zachowuj się jak mój kumpel, bo mnie nie znasz. Nic o mnie nie wiesz”.

Rysunek 3.

Praca wykonana przez osobę badaną w ramach badania przeprowadzonego metodą projekcyjną „Co myśli? Co mówi?”



Źródło: badania własne.

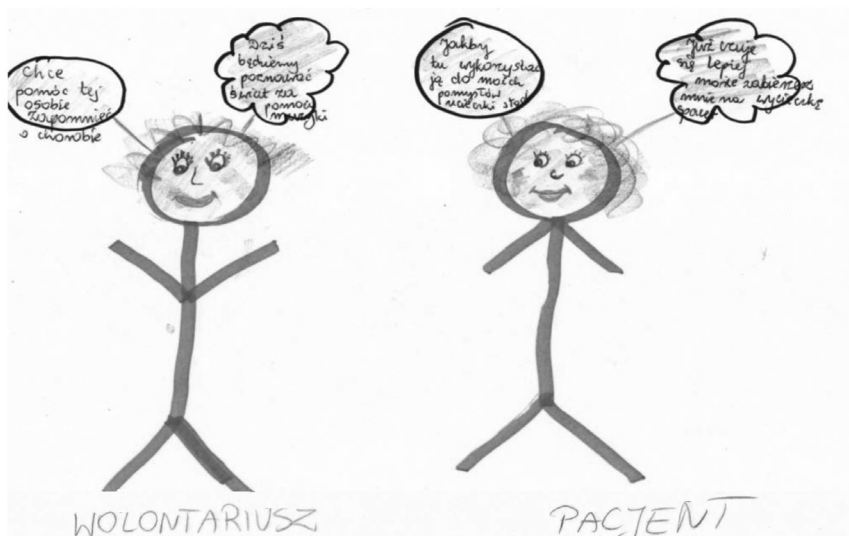
Analiza:

Wolontariusze mają do czynienia z negatywnymi emocjami. Bardzo często obawiają się nowej sytuacji, a wizyta w placówce psychiatrycznej może kojarzyć się negatywnie. Mass media tworzą nierealistyczne wizje związane z osobami chorymi psychicznie, stąd wolontariusze mogą mieć myśli typu: „boję się go trochę, bo nie wiem, co myśli i co zamierza zrobić”. Ponadto niektórzy pacjenci nie chcą, aby wolontariusz się do nich zbliżał – często myśląc: „On pewnie uważa, że jest lepszy ode mnie, bo nie siedzi w psychiatryku”. Wolontariusze obawiają się wielu rzeczy, jednocześnie chcą nauczyć się funkcjonowania i pracy z osobami z trudnościami natury psychicznej. Przyglądając się rysunkowi, można zauważyć, że komunikat został skreślony, co może

świadczyc o zabarwieniu emocjonalnym, próbie utajenia danych kwestii lub może być wskaźnikiem aprobaty społecznej.

Rysunek 4.

Praca wykonana przez osobę badaną w ramach badania przeprowadzonego metodą projekcyjną „Co myśli? Co mówi?”



Źródło: badania własne.

Wolontariusz:

Co myśli: „Chcę pomóc tej osobie zapomnieć o chorobie”.

Co mówi: „Dziś będziemy poznawać świat za pomocą muzyki”.

Pacjent:

Co myśli: „Jakby tu wykorzystać ją do moich pomysłów ucieczki stąd?”

Co mówi: „Już czuję się lepiej. Może zabierzesz mnie na wycieczkę, spacer?”

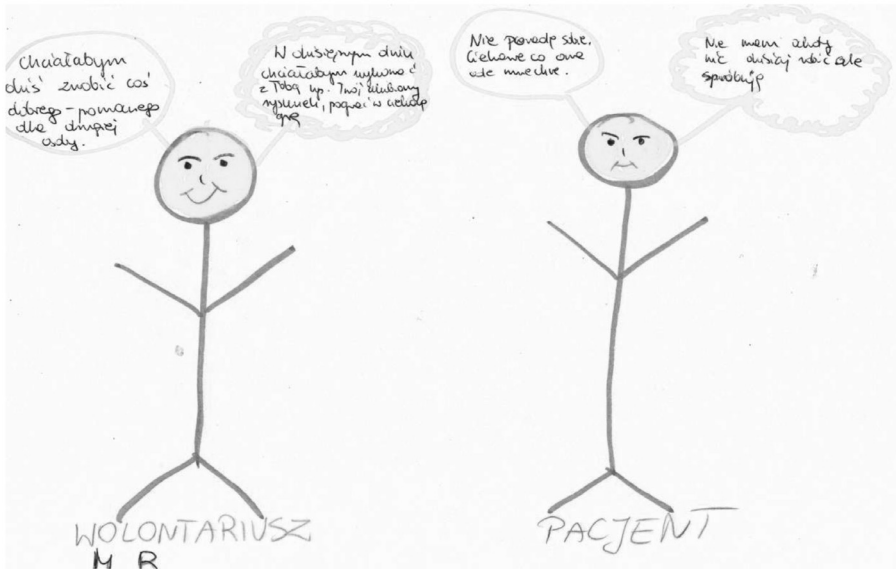
Analiza:

Sytuacja w placówkach psychiatrycznych jest skomplikowana, ponieważ oprócz zapewniania pacjentom zajęć w czasie wolnym wolontariusze muszą uwzględniać różnego rodzaju kwestie związane z bezpieczeństwem

i higieną pracy. Muszą oni stosować się do określonych zasad i przestrzegać norm i reguł obowiązujących w danej organizacji. Bardzo często pacjenci próbują wykorzystywać fakt, iż wolontariusze są młodzi i chętni do pomocy. Niestety w klinikach czy szpitalach psychiatrycznych bardzo często dochodzi do zagrożenia zdrowia i życia. Z praktyki zawodowej wynika, że komunikat typu: „Już czuję się lepiej. Może zabierzesz mnie na wycieczkę, spacer?” jest bardzo częsty. Niestety często dochodzi do niekontrolowanych zdarzeń, takich jak ucieczki. Wolontariusze nie są uprawnieni do tego, aby wychodzić z pacjentami poza teren budynku.

Rysunek 5.

Praca wykonana przez osobę badaną w ramach badania przeprowadzonego metodą projekcyjną „Co myśli? Co mówi?”



Źródło: badania własne.

**Wolontariusz:**

Co myśli: „Chciałabym dziś zrobić coś dobrego – pomocnego dla drugiej osoby”.

Co mówi: „W dzisiejszym dniu chciałabym wykonać z Tobą np. Twój ulubiony rysunek, pogrążyć w ulubioną grę”.

Pacjent:

Co myśli: „Nie poradzę sobie. Ciekawe, co ona ode mnie chce”.

Co mówi: „Nie mam ochoty nic dzisiaj robić, ale spróbuję”.

Analiza:

Komunikacja z pacjentami w placówkach psychiatrycznych jest skomplikowana. Wolontariusze przychodzą do klinik czy szpitali psychiatrycznych po to, aby spędzić czas z pacjentami. Zazwyczaj proponują im pewne aktywności, np. – jak w przedstawionych przypadkach – wykonanie rysunku czy pogranie w ulubioną grę. To, jak będzie przebiegała relacja pomiędzy obiema osobami, zależy przede wszystkim od pacjenta. Często pacjenci mają obniżone poczucie własnej sprawczości, o czym świadczą ich wypowiedzi, np.: „nie poradzę sobie”, „nie mam ochoty”.

Komunikacja w sytuacji hospitalizacji, leczenia jest bardzo złożonym procesem. Zaprezentowany model leczenia powstał na skutek badań naukowych podejmowanych w placówkach psychiatrycznych. Osoba zagrożona wykluczeniem społecznym, po próbie samobójczej czy cierpiąca na zaburzenia natury psychicznej związana jest z wieloma instytucjami. Bardzo często leczenie polega nie tylko na farmakoterapii, psychoterapii, ale także na terapii zajęciowej. Nadrzędna jest diagnoza, do której dobiera się odpowiednie formy leczenia. Jednostki w kryzysie spotykają się z wieloma osobami: lekarzami, pielęgniarkami, psychologami czy terapeutami zajęciowymi. Kwestia związana z komunikacją jest tutaj niezbędna. Właściwa komunikacja przyczynia się do prowadzenia poprawnej terapii, psychoterapii itd.

## **WNIOSKI Z BADAŃ WŁASNYCH**

Wybrany materiał badawczy przedstawiony w niniejszym artykule jest jedynie częścią realizowanych przez autorkę badań. Pod każdym obrazkiem zamieszczonym w artykule została przedstawiona analiza poszczególnych wypowiedzi. Badania realizowane są od roku 2014, w praktyce zauważono brak adekwatnych danych pochodzących z badań, w których wykorzystywano tradycyjne metody ilościowe (testy psychologiczne). Dla pacjentów placówek psychiatrycznych ważne jest to, aby mieć kontakt nie tylko ze specjalistami, ale także z innymi wykwalifikowanymi osobami, z którymi mogą

porozmawiać, spędzić czas czy zaangażować się w proponowane przez nie inicjatywy. Z badań jakościowych wynika, że wolontariusze często czują się niepewnie w kontakcie z osobą chorą psychicznie, nie są świadomi możliwości wpływania na innego człowieka w sposób kliniczny, tak aby realnie poczuł się lepiej. Wolontariusze mają doświadczenia pozytywne, związane z tym, że pacjenci chcą rozmawiać, angażować się w nowe pomysły i zabawy, są ciekawi świata, komunikatywni, empatyczni czy zaangażowani. Jednakże wiele z badanych wolontariuszek spotkało się z sytuacjami negatywnymi, np. obrażaniem, ignorowaniem, upokarzaniem, agresją werbalną i niewerbalną, negatywnymi komentarzami, negacją, kwestionowaniem ich uprawnień i doświadczenia zawodowego i życiowego. Ze względu na trudne sytuacje, które zdarzają się w placówce psychiatrycznej, wiele osób rezygnuje z pracy w charakterze wolontariusza. Do częstych przyczyn takiej decyzji można zaliczyć: brak bezpieczeństwa w miejscu odbywania wolontariatu, strach o własne zdrowie, brak satysfakcji z pełnionej roli, trudności osobiste, zbyt duże obciążenie psychiczne związane ze świadczeniem pomocy innym osobom, odczuwanie wypalenia zawodowego, doznawanie negatywnych emocji.

Istotne pytanie w takiej sytuacji byłoby następujące: dlaczego zatem osoby na początku swojej kariery zawodowej w profesji psychologa nie mogą znaleźć innego miejsca odbywania praktyk aniżeli placówka psychiatryczna? W tym momencie warto byłoby wrócić do opisu grupy badanej, a przede wszystkim pochodzenia osób, które zamieszkują województwo lubelskie. W tych okolicach jest dość mało miejsc o podobnym profilu, które w sposób satysfakcjonujący mogłyby umożliwić zdobywanie odpowiedniej wiedzy praktycznej. Zatem ta placówka, w której pracują wolontariusze ze Stowarzyszenia Centrum Wolontariatu w Lublinie (Wolontariat Klinika Psychiatryczna) jest jedną z nielicznych, gdzie można zdobyć niniejsze umiejętności.

## **PRAKTYCZNE ZASADY KOMUNIKACJI W SYTUACJI SUICYDALNEJ**

1. Nie używaj słowa „popęłnił”; zamiast tego użyj wyrażen: „zmarł śmiercią samobójczą” lub „pozbawił siebie życia”.
2. Zawsze podawaj numer infolinii lub nazwę i adres miejsca, gdzie osoba w kryzysie może uzyskać pomoc.



3. Nie dołączaj szczegółów dotyczących samobójstwa (w prasie, na portalach społecznościowych, w wywiadach, w Internecie, w wywiadach dla telewizji, w przekazie do społeczności lokalnej, znajomych, klasy, aby uniknąć narażenia innych osób na pojawienie się tzw. efektu Wertera).
4. Wyklucz graficzne przedstawienie śmierci samobójcej.
5. Nie dołączaj obrazów ani zdjęć z miejsca zdarzenia (Internet, telewizja, przekazy na temat zdarzenia itd.).
6. Nie opisuj zastosowanych metod pozbawiania siebie życia, gdyż mogą być one wyzwalające i inspirujące dla osób chcących popełnić samobójstwo.
7. Nie odnoś się do samobójstwa jako „narastającego problemu”, „epidemii”, „plagi”.
8. Unikaj podawania szczegółów na temat lokalizacji zdarzenia.
9. Nie podawaj danych odnośnie do szczegółów zostawionych notatek lub listów samobójcy.
10. Nie odnoś się do próby samobójczej jako „udana” lub „nieudana próba”.
11. Unikaj zgłaszania, że śmierć samobójcza została „spowodowana” przez pojedyncze wydarzenie, ale raczej mów o połączeniu czynników (<https://afsp.org/about-suicide/risk-factors-and-warning-signs/>).
12. Unikaj nadmiernie uproszczonych informacji, które mogą wprowadzać odbiorcę w błąd.
13. Przekazuj, że myśli i zachowania samobójcze można ograniczyć, stosując odpowiednią terapię.
14. Wykorzystuj aktualne dane na temat samobójstw.
15. Podziel się nadzieją, że samobójstwo jest możliwe do uniknięcia, a zatem iż „samobójstwom da się zapobiegać”.
16. Nie umieszczaj w widocznym miejscu historii o samobójstwach.
17. Nie powtarzaj zbyt często informacji na temat samobójstw.
18. Używaj języka, który nie wywołuje sensacji.
19. Stwórz komunikat, który nie sugeruje, że samobójstwo może być konstruktywnym rozwiązaniem problemów.
20. Załączaj informacje na temat sposobów zapobiegania samobójstwom i możliwościom radzenia sobie z negatywnymi aspektami ludzkiego funkcjonowania (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/258814>). Warto

wzorować się na sprawdzonych organizacjach, które zajmują się tematyką samobójstw, takich jak Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suycydologiczne itd.

## PODSUMOWANIE

Kwestia związana z komunikacją w zawodzie psychologa jest bardzo skomplikowana. Czasem jedyną metodą, która może pomóc w zrozumieniu realnych komunikatów, są badania jakościowe (Domasio, 1999, s. 155–164).

Badania jakościowe polegają na technikach projekcyjnych, dzięki którym w sposób niebezpośredni można uzyskać wiele ważnych informacji (Domasio, 2000, s. 44–45).

Jednostki posiadają także zasoby indywidualne, które mogą pomóc w radzeniu sobie z trudnościami czy stresem – mowa tu przede wszystkim o wolontariuszach, którzy w sposób szczególny narażeni są na występowanie stresu czy wypalenia zawodowego. Praca w placówkach psychiatrycznych wiąże się z wieloma stresorami, a badania jakościowe pozwalają na identyfikację trudności i pracę nad nimi, np. poprzez realizację warsztatów komunikacyjnych, warsztatów niwelujących stres, zastosowanie superwizji czy treningów interpersonalnych uwzględniających dane trudności (Rustecka-Krawczyk, 2012, s. 46–61). Do zasobów indywidualnych należą: duży optymizm, wysoki poziom samooceny, poczucie zadowolenia z sytuacji życiowej, wewnętrzne umiejscowienie kontroli, osiągnięcia szkoleń i społeczne, wysoki poziom inteligencji, otwartość w relacjach (Werner, 1986, s. 34–40). Wyniki badań świadczą także o znaczeniu innych zasobów psychologicznych w radzeniu sobie ze stresem, chociażby w miejscu pracy (<http://mosplock.eu/www/p,124,co-moze-robic-wolontariusz>).

Do ważnych zasobów możemy także zaliczyć wysoki poziom inteligencji emocjonalnej czy poczucia koherencji i skuteczności (Barłóg, Stradomska, 2015a, s. 148–155; Barłóg, Stradomska, 2015b, s. 159–171; Ogińska-Bulik, 2006).

W niniejszym artykule skupiłam się na aspektach komunikacyjnych w pracy z osobami po próbie samobójczej i z trudnościami natury psychicznej (Gmitrowicz, 1994; Gmitrowicz, Rosa, 2002). Została w nim zawarta tylko część rozważań nakreślających problem ([www.e-wolontariat.pl/](http://www.e-wolontariat.pl/)). Brakuje

jednoznacznych danych dotyczących metod i definicji, które umożliwiłyby tworzenie metodologii czy sposobów pracy. Rozważania skupiają się głównie na perspektywie psychologicznej.

## Literatura

- Anthony, T.M. (1994). *Dlaczego? Czyli samobójstwo i inne zagrożenia wieku dorastania*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza Vocatio.
- Barłóg, M., Stradomska, M. (2015a). *Stres zawodowy u pracowników a funkcjonowanie i rozwój przedsiębiorstwa*. W: W. Załoga, J. Woźniak, W. Wereda (red.), *Kształtowanie rozwoju współczesnego przedsiębiorstwa*, Warszawa: Wojskowa Akademia Techniczna, s. 148–155. ISBN 9788379380350.
- Barłóg, M., Stradomska, M. (2015b). *Stres zawodowy w grupie wolontariuszy klinik medycznych w Lublinie*. W: K. Barłóg (red.), *Wsparcie wczesnorozwojowe dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych*, Rzeszów: UR, s. 159–171. ISBN 9788379961962.
- Brzeziński, J.M. (2003). *Metodologia badań psychologicznych*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 34. ISBN 8301140410.
- Brzozowska, A. (2002). *Czynniki ryzyka prób samobójczych dzieci i młodzieży*. W: B. Hołyst, M. Staniaszek, M. Binczycka-Anholcer (red.), *Samobójstwo*, Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, s. 207–216. ISBN 8391361624.
- Damasio A. (1999). *Błąd Kartezjusza. Emocje, rozum i ludzki mózg*, Poznań: Dom Wydawniczy REBIS, s. 155–164. ISBN 8371205880.
- Damasio, (2000). *Tajemnica świadomości. Jak ciało i emocje współtworzą świadomość*, Poznań: Dom Wydawniczy REBIS, s. 44–45. ISBN 8373010017.
- Filipiak, S. (2009). *Kryzys wartościowania u osób po próbach samobójczych w okresie wczesnej dorosłości – doniesienie z badań*. W: G.E. Kwiatkowska, M. Filipiak (red.), *Psychologiczne i społeczne dylematy młodzieży XXI wieku*, Lublin: UMCS, s. 147–155. ISBN 9788322730492.
- Gmitrowicz, A. (1994). *Wskaźniki organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego u dzieci i młodzieży w opinii ekspertów*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” nr 3, s. 417–448. ISSN 1230–2813.
- Gmitrowicz, A., Rosa, K. (2002). *Badanie związku pomiędzy czynnikami chorobowymi i społecznymi a zachowaniami samobójczymi u młodzieży*. W: B. Hołyst, M. Staniaszek, M. Binczycka-Anholcer (red.), *Samobójstwo*, Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, s. 179–189. ISBN 8391361624.

- Górecki, M. (2010). *Podłoże motywacyjne pracy wolontariackiej*. W: M. Konopczyński, W. Theiss, M. Winiarski (red.), *Pedagogika społeczna. Przestrzenie życia i edukacji. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Tadeuszowi Pilchowi*, Warszawa: „Pedagogium” – Wyższa Szkoła Pedagogiki Resocjalizacyjnej. ISBN 9788361303602.
- Hołyst, B. (1991). *Przywrócenie życiu*. Warszawa: PWN, s. 111. ISBN 830110256X.
- Hołyst, B. (1994). *Kryminologia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. ISBN 8301112530.
- Hołyst, B. (1996). *Na granicy życia i śmierci*, Warszawa: Wydawnictwo „69”, Agencja Wydawnicza „Cinderella Books”. ISBN 8386245069.
- Hołyst, B. (1997). *Wiktymologia*, Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze PWN. ISBN 8386702907.
- Hołyst, B. (2012). *Suicydologia*, Warszawa: LexisNexis. ISBN 9788376206905.
- Jordan, P. (2009). *Przyjazny krąg*. W: M. Bełdowska (red.), *Wolontariat w ośrodkach pomocy społecznej*, wyd. 2, Katowice: Wydawnictwo Stowarzyszenie Centrum Wolontariatu. ISBN 9788392681106.
- Laskowski, W. (2014). *Próba całościowego ujęcia komunikacji*, „Przegląd Filozoficzno-Literacki” nr 2(39), s. 303–325. ISSN 1643-2045.
- Maison, D. (2010) *Jakościowe metody badań marketingowych*, Warszawa: Wydawnictwo PWN, s. 166–198. ISBN 9788301164249.
- Młynek, K. (2015). *Definiowanie komunikacji. Co należy wziąć pod uwagę, aby stworzyć własną definicję komunikacji*. W: M. Wendland (red.), *Historia idei komunikacji*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, s. 203–225. ISBN 9788323228882.
- Muszyński, Z. (2008). *Komunikowanie z punktu widzenia kognitywistyki*. W: K. Stępnik, M. Rajewski (red.), *Media studies: refleksja nad stanem obecnym*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 65–77. ISBN 9788322727690.
- Namysłowska, I. (1995). *Samobójstwa wśród młodzieży*, „Psychiatria-Neurologia” nr 3, s. 2–6.
- Ochman, M., Jordan P. (2000). *Jak pracować z wolontariuszami*, Warszawa: Biuro Obsługi Ruchu Inicjatyw Samopomocowych BORIS, Centrum Wolontariatu w Warszawie.
- Ogińska-Bulik, N. (2006). *Stres zawodowy w zawodach usług społecznych. Źródła – konsekwencje – zapobieganie*, Warszawa: Difin. ISBN 8372516472.
- Rustecka-Krawczyk, A. (2012). *W poszukiwaniu czynników chroniących młodzież z grupy ryzyka*, „Dziecko Krzywdzone” nr 3(40), s. 46–61. ISSN 1644-6526.

Werner, E.E. (1986). *Resilient offspring of alcoholics: a longitudinal study from birth to age 18*, „Journal of Studies on Alcohol” nr 47, s. 34–40. ISSN 0096-882X.

Załęski, J. (1992). *Obraz rodziców u młodzieży dokonującej próby samobójczej*, „Zdrowie Psychiczne” nr 1–2, s. 186–190.

### **Źródła internetowe**

<http://wolontariat.org.pl/wolontariusze/kim-jest-wolontariusz/> (dostęp: 16.02.2019).

<http://mopslock.eu/www/p,124,co-moze-robic-wolontariusz> (dostęp: 16.02.2019).

[http://www.naszprawnik.pl/upload/file/Umowa\\_o\\_wolontariat.pdf](http://www.naszprawnik.pl/upload/file/Umowa_o_wolontariat.pdf) (dostęp: 16.02.2019).

<https://afsp.org/about-suicide/risk-factors-and-warning-signs/> (dostęp: 16.02.2019).

<http://apps.who.int/iris/handle/10665/25881> (dostęp: 16.02.2019).

<http://www.policja.pl/> (dostęp: 16.02.2019).

<https://stat.gov.pl/> (dostęp: 16.02.2019).

[www.wolontariat.org.pl](http://www.wolontariat.org.pl) (dostęp: 16.02.2019).

[www.wolontariat.org.pl/lublin/](http://www.wolontariat.org.pl/lublin/) (dostęp: 16.02.2019).

[www.e-wolontariat.pl/](http://www.e-wolontariat.pl/) (dostęp: 16.02.2019).

