

Lilianna Engel

ROLA, ZADANIA, POZYCJA W ZESPOLE I PROBLEMY PSYCHOLOGA W PSYCHIATRYCZNEJ SŁUŻBIE ZDROWIA

THE ROLE, TASKS, POSITION IN A TEAM, AND SPECIAL PROBLEMS OF A PSYCHOLOGIST WORKING IN HEALTH CARE

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Summary: In recent years, the bio-psycho-social model of treatment is becoming very popular. The importance of psychological aspects of illnesses and of treatments is being appreciated. In literature there are many works concerning the role of psychologists working in general medical care. There are, however other few dealing with psychologists' work in psychiatric care. This paper deals with the role, goals, positions in the team and problems encountered by psychologists working in the centers of psychiatric treatment in Poland.

**psychologists
health care**

*Pracę dedykuję Panu Profesorowi Stefanowi Lederowi,
który zawsze doskonale dostrzegał psychologiczne aspekty chorób u pacjentów.*

Wraz z rozwojem nauk biologicznych, medycznych, w tym psychiatrii, jak też psychologii coraz więcej badań i analiz potwierdza naukowo tezę o jedności psychofizycznej człowieka oraz o wieloczynnikowej etiologii chorób. W holistycznym ujęciu problemów medycznych rozumienie choroby oraz pomoc pacjentowi wymaga często spojrzenia wielodyscyplinarnego. Coraz częściej dostrzegana jest problematyka psychospołeczna pacjenta, nie wystarczają czynności lecznicze wykonywane w wąskim, biologicznym zakresie. Tradycyjne podejście do leczenia i pomagania, oparte na modelu biomedycznym, zostaje poszerzone w modelu biopsychospołecznym oraz pogłębione przez uwzględnianie prewencji i promocji zdrowia. Jaka jest zatem rola, zadania psychologów w leczeniu pacjentów? Jaka jest pozycja psychologa w zespole leczącym? Czy stawiane przed psychologiem zadania i oczekiwania współpracowników świadczą o rozumieniu specyfiki jego zawodu? Celem tej pracy jest odpowiedź na powyższe pytania. Psycholodzy pracujący z pacjentami chorymi somatycznie wielokrotnie wypowiedzieli się w piśmiennictwie na temat swych zadań, roli i pozycji w zespołach leczących. Na tle tych danych przedstawiam informacje o roli, zadaniach, problemach i pozycji w zespole psychologów pracujących w psychiatrycznej i neurologicznej służbie zdrowia. Zawarte w tej pracy informacje pochodzą z badania własnego przeprowadzonego wśród psychologów, lekarzy, innych terapeutów z wybranych ośrodków leczenia psychiatrycznego i neurologicznego.

Dane statystyczne na temat psychologów w Polsce uzyskałam z Departamentu Analiz

i Udostępniania Informacji Głównego Urzędu Statystycznego. Opracował je Departament Statystyki Społecznej GUS, korzystając m.in. z danych z narodowego spisu powszechnego przeprowadzonego w 2002 roku [1]. Na podstawie tych danych: w 2002 r. w Polsce było 11 878 psychologów czynnych zawodowo (dla porównania – w roczniku statystycznym GUS z 2001 r. wymieniono 88 070 lekarzy), w miastach pracowało 10 855 psychologów, na wsi — 1023.

Jak podaje (informacja ustna) przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, dr Małgorzata Toeplitz-Wiśniewska: 1/4 ogółu psychologów w Polsce pracuje w instytucjach ochrony zdrowia. Roczniki statystyczne wydawane od 1998 r. przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie pt. *Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej* [2] zawierają dane dotyczące między innymi kadry pracowników opieki psychiatrycznej i neurologicznej w Polsce. Z danych z 2001 roku: I — zatrudnienie psychologów na oddziałach psychiatrycznych i w ośrodkach odwykowych w Polsce wynosiło 507,4 etatu (w szpitalach psychiatrycznych — 441,4 etatu); II — zatrudnienie psychologów na wszystkich oddziałach szpitali psychiatrycznych i w ośrodkach odwykowych łącznie z niepsychiatrycznymi (bez oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych) wynosiło 689,5 etatu.

W roku 2002 ich liczba wzrosła do 718,7 etatu, natomiast w szpitalach psychiatrycznych do 459,6 etatu. Nastąpiło więc większe zatrudnianie psychologów na oddziałach niepsychiatrycznych służby zdrowia niż w zakładach psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W służbie zdrowia zatrudniani są głównie psycholodzy ze specjalnością kliniczną. Psycholodzy pracują w różnych zakładach opieki zdrowotnej, na oddziałach całodobowych i dziennych szpitali ogólnych i specjalistycznych, w placówkach opieki ambulatoryjnej i pośredniej, w hospicjach. Zatrudniają ich poradnie odwykowe, poradnie zdrowia psychicznego, ośrodki terapii uzależnień, ośrodki naukowo-badawcze, ośrodki opieki nad niepełnosprawnymi (także z upośledzeniem umysłowym), ośrodki promocji zdrowia. W Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, placówce realizującej cele lecznicze, naukowo-badawcze i dydaktyczne, na wszystkich oddziałach leczniczych zatrudnieni są psycholodzy. Jak podaje mgr Anna Wrońska (informacja ustna) konsultant wojewódzki w dziedzinie psychologii klinicznej w województwie mazowieckim — w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie jest zatrudnionych 72 psychologów. Wśród nich w styczniu 2004 roku 24 osoby miały II stopień specjalizacji z psychologii klinicznej. W Polsce jest około 500 psychologów klinicznych z II stopniem specjalizacji. W ośrodkach medycznych, na oddziałach szpitalnych, psycholodzy pracują z lekarzami, terapeutami innych specjalności, pielęgniarkami. Jak układa się ta współpraca, dowiadujemy się najczęściej z doświadczeń i relacji psychologów, lekarzy, innych terapeutów realizujących zadania w zespołach leczących. W piśmiennictwie często poruszany był temat dostrzegania roli psychologa w leczeniu pacjentów chorych somatycznie i wydaje się, że nastąpił postęp w docenianiu psychologicznych aspektów choroby i leczenia. Rola i zadania psychologa klinicznego w psychiatrycznej służbie zdrowia wydają się zazwyczaj klarowne. Ale czy tak rzeczywiście jest w praktyce?

Prof. K. Obuchowski [cyt. za: 3] opisał 4 formy pracy psychologa w lecznictwie psychiatrycznym:

1. Psycholog laborant jest wykonawcą poleceń lekarza, prowadzi badania testowe,

jednak na tym się kończy jego zadanie, wyniki przekazuje osobie zlecającej badanie. Np. bada inteligencję i oblicza tylko jej iloraz.

2. Psycholog technik tym różni się od laboranta, że gdy otrzymuje polecenie zbadać inteligencję, sam może wybrać odpowiedni test, może obliczyć wyniki według klucza lub szablonu, nadal jednak nie dokonuje jakościowej analizy i interpretacji otrzymanych rezultatów; przekazuje wyniki lekarzowi, który decyduje, czy i w jaki sposób wykorzysta je w leczeniu chorego.

3. Psycholog konsultant pracuje na zlecenie czy prośbę lekarza prowadzącego, tak więc trafiają doń ci chorzy, których funkcjonowanie wzbudziło niepokój lekarza. Nie zawsze jednak są to pacjenci, którzy rzeczywiście potrzebują pomocy psychologicznej. Psycholog podejmuje decyzję o zastosowaniu technik badawczych, analizuje i interpretuje wyniki, ma wpływ na stawianie diagnozy i leczenie pacjenta. Zaletą tej formy pracy jest niewątpliwie autonomia psychologa, ale jedną z jej wad jest często ograniczony dostęp do niego. Niedogodnością tej formy pracy jest to, że psycholog najczęściej sam pracuje na oddziale dla bardzo wielu pacjentów lub konsultuje wiele klinik. Pacjentów często obserwuje tylko jednorazowo w swoim gabinecie. Niekiedy mogą trafiać do niego pacjenci, którzy nie nawiązali współpracy z lekarzem nie z własnej winy.

4. Psycholog członek zespołu leczącego. Pozostaje autonomiczny. Jego postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne nie jest podległe innym członkom zespołu, z których każdy jest specjalistą w swojej dziedzinie. Taki zespół otacza pacjenta kompleksową opieką. Jednocześnie psycholog jako członek zespołu jest na bieżąco rozeznany w problemach leczenia wszystkich pacjentów z danej kliniki. Uczestniczy w odprawach i obchodach lekarskich na prawach innych członków zespołu leczącego. Ma możliwość kontaktu ze wszystkimi pacjentami, a pacjenci wiedzą o jego roli w zespole, może więc udzielać pomocy na ich życzenie. (Najczęściej jest jedynym psychologiem w zespole.)

Heszen-Niejodek [4] omawiając model K. Obuchowskiego napisała, że „dwie pierwsze wymienione formy pracy: psycholog laborant i psycholog technik są bezsensowne, nieprzydatne dla pacjentów i nie mają już zastosowania” [str. 47]. Forma pracy psychologa członka zespołu leczącego wydaje się pewnym ideałem w warunkach polskiej służby zdrowia. Anna Jakubowska-Winecka [5] stwierdziła, że propozycja prof. Obuchowskiego „może być zgeneralizowana i dotyczyć roli psychologa w leczeniu chorych somatycznie”. [...] „czasem psycholog czuje się zmuszony do pozostawiania w tej roli [opisanej w punkcie 1 lub 2 — uwaga autorki], a w grupie lekarzy nie ma możliwości obrony swojej autonomii i zawodowych kompetencji. Z drugiej strony w wielu szpitalach w Polsce psycholodzy mają swoją autonomiczną i wysoką pozycję”. Czy zatem pozycja psychologa zależy od tego, jak sam postrzega swoją rolę i czy jest ona zgodna z widzeniem jej przez lekarzy i pacjentów, czy zależy od specyfiki oddziału? Anna Jakubowska-Winecka [5] twierdzi, że rola psychologa w zespole medycznym zależy od tego, jaki model opieki zdrowotnej jest realizowany w danej placówce. Jeżeli jest to model biomedyczny — to problemy psychologiczne i somatyczne pacjentów są uznawane za nie mające wzajemnego związku. Pacjent ma przyjmować tradycyjny, biologiczny model leczenia. Zadaniem psychologa jest motywowanie, nakłanianie go do wypełniania zaleceń lekarskich, jeśli są z tym trudności. (Często, jeśli pacjent „jest oporny”, „naładowany emocjami”, „nie widać spodziewanej poprawy” — a szczególnie, gdy zbliża się już wypisanie go ze szpitala — zlecane jest pilne

badanie psychologiczne.) Inaczej wygląda rola psychologa, gdy zespół realizuje model opieki holistycznej. Wzajemne oddziaływanie czynników psychologicznych i biologicznych w etiologii schorzenia, w leczeniu i procesie zdrowienia jest respektowane i doceniane.

W przypadku przewlekłych chorób somatycznych zadanie psychologa polega też na pomocy pacjentowi w zaadaptowaniu się do nowej sytuacji, uruchomieniu takich mechanizmów radzenia sobie z tą sytuacją, aby mógł on satysfakcjonująco funkcjonować, mimo ograniczeń związanych z chorobą i leczeniem. Często koncentrowanie się na deficytach i uświadamianie ich choremu ma skutek jatrogeny. Więcej korzyści przyniosłoby wspieranie jego metod radzenia sobie, jego mocnych stron, możliwości, szukanie rezerw. Rolą psychologa jest zwrócenie uwagi na to, jak pacjent przeżywa chorobę, badania, leczenie; zamiast mnożenia badań — wybór tych koniecznych, służących pacjentowi, a nie rutynie lub celom badawczym bez refleksji, jakie to ma znaczenie dla chorego. W warunkach szpitala „somatycznego” psychologowie zawsze zajmują niższą pozycję zawodową; lekarz jest osobą prowadzącą medycznie, wyłącznie odpowiedzialną za leczenie. Lekarze mają „przewagę liczebną” w zespole terapeutycznym. Oddziałem kieruje lekarz i jego wyobrażenie o roli psychologa narzuca psychologowi jego obowiązki zawodowe. W lecznictwie tym zakres zadań psychologa wytyczają specyficzne potrzeby pacjentów danej kliniki. Inną rolę pełni psycholog na oddziale chirurgicznym, inną na onkologicznym, kardiologicznym czy rehabilitacji, inną w hospicjum. Anna Jakubowska-Winecka [5], z doświadczeń swego oddziału, jako najistotniejsze w pracy psychologa z pacjentem ze schyłkową niewydolnością nerek podaje: zminimalizowanie skutków choroby, zapewnienie lepszej jakości życia, rolę konsultanta w celu poznania motywacji dawcy narządu, przygotowanie do decyzji, uświadomienie ryzyka i konsekwencji zabiegu. Inne zadania i modele pracy psychologa spotykamy na oddziałach rehabilitacyjnych chorób układu krążenia. Elżbieta Tyłka i Jan Tyłka [6] twierdzą, że w rehabilitacyjnym postępowaniu psychologicznym psychoedukacja jest znaczącą formą postępowania. Autorzy podają określone zadania terapeutyczne psychologa w kolejnych 3 etapach rehabilitacji kardiologicznej pacjentów. W 2000r. Heszen-Niejodek i Wrześniewski — założyciel Sekcji Psychologii Chorego Somatycznie przy Polskim Towarzystwie Psychologicznym — wskazują na znaczenie czynników psychologicznych w rozwiązywaniu problemów somatycznych pacjentów [7]. Małgorzata Starzomska [8] przedstawia modele pracy psychologa z pacjentami onkologicznymi. Autorka opisuje rolę psychologa i metody jego pracy przy łagodzeniu objawów: kacheksji – w anoreksji, depresji — w przebiegu chorób nowotworowych. Na podstawie wyżej wymienionych przykładów rola psychologa w pomaganiu pacjentom w pozapsychiatrycznej służbie zdrowia jest tym większa, im bardziej autonomiczna jest jego pozycja [9, 10]. Przy dobrej współpracy dla dobra pacjenta, zadania psychologa, wynikające z odrębności jego warsztatu, mogą wzmacniać i uzupełniać zadania lekarzy i innych terapeutów, szczególnie przy wzajemnym zrozumieniu i dobrej komunikacji. Wyżej wymienione publikacje potwierdzają znaczenie wiedzy psychologicznej w leczeniu zaburzeń somatycznych u pacjentów. W piśmiennictwie psychiatrycznym doceniane jest znaczenie wiedzy psychologicznej i roli psychologów klinicznych [11, 12, 13]. Wzrost zatrudniania psychologów na oddziałach leczących chorych somatycznie potwierdza tę tezę. Niepokojący wydaje się jednak fakt mniejszego, w porównaniu z wyżej wymienionym, zatrudnienia psychologów w szpitalach psychiatrycznych w ostatnich latach.

Badanie własne

Badanie miało na celu ustalenie i opis, jaką rolę, zadania, pozycję, problemy mają psycholodzy w zespołach leczących na różnych wybranych oddziałach i w ośrodkach psychiatrycznej służby zdrowia. Dodatkowymi celami było:

1. Zebranie danych umożliwiających zrozumienie powodów problemów i trudności psychologów w pracy, w pełnieniu swych funkcji zawodowych.
2. Dotarcie do przyczyn często niekorzystnej pozycji psychologa w zespole leczącym.
3. Wskazanie: od czego zależy pozycja psychologa w pracy. Być może odpowiedzi na takie pytania pomogą poprawić relacje, wyjaśnić różne stanowiska. Wydaje się, że publikacje na ten temat mogą sprzyjać lepszemu porozumieniu w zespołach leczących, ukazać adekwatnie możliwości zawodu psychologa, nie tylko jako wykonawcy badań testowych.

Badanie miało charakter reprezentacyjny (wybór różnych form organizacji leczenia, różnych grup pacjentów psychiatrycznych, różnych ośrodków, w których zatrudnieni są psycholodzy). Przeprowadzone było w Warszawie, w dniach od 15 grudnia 2003 roku do 12 stycznia 2004 roku. Badani odpowiadali pisemnie na pytania zawarte w ankiecie, czasami uzupełniali wypowiedzi ustnie; dodatkowe informacje zostały też zanotowane i uwzględnione w analizie. Rozdano 50 ankiet — 4 osoby nie udzieliły odpowiedzi.

Osoby badane

W badaniu udział wzięło: 22 psychologów, 22 lekarzy i 2 innych terapeutów. Były to osoby zatrudnione w psychiatrycznej i neurologicznej służbie zdrowia w Warszawie; najliczniejsi byli specjaliści oraz pracownicy podobnych placówek w Polsce odbywający staże kliniczne w psychiatrii lub w celu uzyskania certyfikatu psychoterapeuty. Badani pracowali w różnych strukturach organizacyjnych — poza szpitalem psychiatrycznym: w poradniach zdrowia psychicznego — 2, w poradni przyklinicznej szpitala — 2, na oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych — 5, w klinikach neurologicznych — 4, w poradni psychologiczno-konsultacyjnej — 1, w ośrodku opieki nad niepełnosprawnymi z upośledzeniem umysłowym — 1, natomiast w strukturze szpitala psychiatrycznego w przychodni przyklinicznej — 2, na oddziałach psychiatrycznych całodobowych — 7, na oddziale detoksykacji — 2, na oddziale całodobowym leczenia chorób afektywnych — 3, na oddziałach terapeutycznych dziennych (chorób afektywnych i nerwic) — 6, na oddziale całodobowym leczenia nerwic — 9, w zespole naukowym — 2. Okazało się, że niemal wszyscy badani pracują na kilku etatach, w różnych placówkach, stąd konieczność dokładnego określenia i wyboru jednego miejsca pracy przy odpowiedziach.

Procedura badania

Badanych poproszono o anonimowe wypełnienie ankiety. Po kilku pytaniach — dotyczących zawodu, specjalizacji, stażu pracy, typu oddziału i możliwości pracy w zespole — były podane pytania otwarte na temat:

- Jakie są zadania psychologa w Twoim miejscu pracy?
- Jaką rolę pełni psycholog w zespole?
- Czy psycholog odgrywa jakąś rolę w rozumieniu problemów pacjenta i jego choroby przez zespół? Jakie są relacje między psychologiem a innymi pracownikami?

- Jakie są problemy psychologów? Od czego zależy pozycja psychologa w pracy?

Wyniki

Analiza jakościowa wypowiedzi osób ankietowanych ukazała koncentrowanie się na odmiennych aspektach wzajemnej komunikacji i współpracy.

Analiza odpowiedzi na poszczególne pytania:

Jakie są zadania psychologa w twoim miejscu pracy?

• Lekarze oddziałów ogólnopsychiatrycznych na pierwszym miejscu podają diagnozę psychologiczną za pomocą testów, współpracę w procesie diagnostycznym, następnie prowadzenie społeczności terapeutycznej, psychoedukację pacjentów i rodzin, naukę relaksu, zajęcia z psychorysunku, muzykoterapii, trening umiejętności społecznych i inne zajęcia treningowe.

• Lekarze oddziałów psychoterapeutycznych, w tym z oddziału dziennego depresji i oddziału leczenia nerwic, jako podstawowe zadania psychologa podają psychoterapię indywidualną i grupową, diagnozę psychologiczną, opiniowanie sądowo-psychologiczne, zbieranie wstępnego wywiadu psychologicznego.

• Lekarz oddziału detoksykacji widzi główne zadania psychologa w motywowaniu pacjentów do leczenia, świadczeniu długoterminowej pomocy psychologicznej, terapii, w diagnozie psychologicznej.

• W wypowiedziach psychologów wymieniane własne zadania też różniły się zależnie od typu oddziału. Psycholodzy z PZP i przychodni przyklinicznej jako podstawowe zadania wymieniali: diagnozę, poradnictwo psychologiczne, psychoedukację, terapię rodzinną, oddziaływania psychoterapeutyczne (w niektórych ośrodkach sporadyczne), interwencje kryzysowe, wystawianie pacjentom zaświadczeń o chorobie, potrzebnych ZUS do orzekania niepełnosprawności (praca chroniona).

• Psycholodzy pracujący na oddziałach psychiatrycznych podawali następujące zadania: diagnoza psychologiczna, prowadzenie psychoterapii niektórych pacjentów, praca naukowa, dydaktyka (wykłady dla szkolących się w psychiatrii, opieka nad specjalizującymi się stażystami, egzaminowanie zdobywających specjalizację I stopnia), obserwacje i opiniowanie sądowo-psychologiczne, zadania biegłego sądowego (osoby z II stopniem specjalizacji).

• Psycholodzy pracujący na oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych wymieniali następujące zadania: wywiady psychologiczne, diagnostyka psychologiczna, konsultacje psychologiczne, rozmowy z wieloma pacjentami prowadzonymi przez lekarzy, wspieranie pacjentów. Psycholodzy na oddziałach neurologicznych podają jako swe podstawowe zadanie diagnozę neuropsychologiczną, ocenę deficytów poznawczych, diagnozę różnicową, gdy istnieje prawdopodobieństwo objawów pseudoneurologicznych, ewentualne pokierowanie chorego i rodziny do dalszego leczenia. Zadaniem psychologa jest też udział w pracach naukowych kliniki. Z innego oddziału neuropsycholog podaje, że do jego zadań (oprócz wyżej wymienionych) należy też terapia chorych z zaburzeniami poznawczymi i emocjonalnymi po uszkodzeniu mózgu. Inny prowadzi także rehabilitację neuropsychologiczną oraz psychoterapię wspierającą. Tak więc są oddziały, na których praca psychologa skoncentrowana jest głównie na diagnozie i takie, na których prowadzą terapię.

• Na oddziałach psychoterapeutycznych psycholodzy zajmują się prowadzeniem psychoterapii indywidualnej i grupowej, rodzinnej i małżeńskiej, zajęć terapeutycznych

typu psychodrama, psychorysunek. Prowadzą dokumentację medyczną pacjentów, piszą epikryzy i karty informacyjne, wypisują zwolnienia lekarskie. Psycholodzy przeprowadzają wywiady obiektywne z rodzinami pacjentów. Zadaniem ich są też szkolenia własne, supervizja, udział w sympozjach i konferencjach, publikacje prac poglądowych, badawczych, kazuistycznych, wystąpienia na zebraniach naukowych klinik i konsultowanie przypadków z kierownikiem kliniki.

- Na oddziałach detoksykacji zadaniem psychologa jest motywowanie pacjentów do detoksykacji, do obecnego i dalszego leczenia w ośrodkach rehabilitacyjnych, w grupach terapeutycznych, do udziału w grupach wsparcia.

- W zespole naukowym pracującym w zakładzie badawczym psycholodzy realizują tematy badawcze instytucji zatrudniającej ich, tworzą własne projekty. Celem wspólnym zespołu jest prowadzenie programu badawczego: projekt, badanie, opracowywanie wyników (indywidualnie lub zespołowo), następnie przygotowywanie publikacji, artykułów, wystąpień na konferencjach. Zespół naukowy psychologów zajmuje się także działalnością dydaktyczną, szkoleniami, prowadzi również terapię pacjentów ambulatoryjnych.

Jak wynika z wypowiedzi osób ankietowanych (zarówno lekarzy, jak i psychologów), zadania psychologa są różne, zależnie od oddziału, na którym pracuje, oraz jego specjalności. Często na podobnych oddziałach rola i zadania psychologa bywają różne. Poszczególnym zadaniom przypisywane jest też różne znaczenie w różnych ośrodkach.

Jaką rolę pełni psycholog w zespole leczącym?

W wypowiedziach lekarzy oddziałów psychiatrycznych: „Współpracującego w diagnostyce, w prowadzeniu pacjenta, psychoterapeuty”. Wypowiedź lekarza z oddziału psychoterapeutycznego: „Stanowi trzon pracy terapeutycznej na oddziale”. W wypowiedziach psychologów pracujących w PZP: rola służebna wobec lekarza (np. prowadzenie notatek podczas wywiadu lekarskiego); w ambulatorium: często niezależna, bez współpracy z lekarzami, czasem — rola konsultanta lub wykonującego zlecane testy, rola wspomagająca pracę lekarzy, rola nie tak znacząca jak lekarz, ale istotna.

Na oddziałach psychoterapeutycznych psycholodzy uważają się za ważnych członków zespołu leczącego. Ich rola jako psychoterapeutów jest zasadnicza.

Jaka jest pozycja psychologa w zespole?

Lekarze oddziałów psychiatrycznych: „Równorzędna wobec lekarzy, równa wobec innych terapeutów”. „W części podległa wobec lekarzy, w części równa”. „Psycholog jest niezależny, ma samodzielną warsztat pracy”. Większość wszystkich wypowiedzi: wobec lekarzy równa, wobec przełożonych — podległa.

Wypowiedzi psychologów: Na oddziałach psychiatrycznych pozycja psychologa jest podległa w stosunku do lekarzy. Psycholog jest osobą wspomagającą lekarza prowadzącego – dostarcza danych do dobrej diagnozy. Ma rolę równorzędną w pracy badawczej. Pozycja równa z lekarzami w obszarze psychoterapii, podległa w sprawach lekarskich, nadrzędna w stosunku do średniego personelu.

Na oddziale neurologicznym rola psychologa jest podległa lekarzowi, badanie pacjenta i rehabilitacja są wyłącznie na zlecenie lekarza. Psycholog jest traktowany przez niektórych pacjentów jako „tylko psycholog”, „gorszy lekarz”.

Czy psycholog odgrywa rolę w rozumieniu problemów pacjenta i jego choroby przez zespół?

Wszyscy lekarze i psychologowie byli zgodni w uznaniu tej roli.

Jakie są relacje między psychologiem a innymi pracownikami?

Część wypowiedzi, zarówno lekarzy, jak i psychologów, uzależniała jakość relacji od osobowości konkretnych ludzi, ich doświadczeń z wcześniejszych kontaktów zawodowych, jednak znaczna większość ankietowanych wypowiadała się pozytywnie o wzajemnych relacjach. Dwie osoby wypowiedziały się, że psycholog ma złe relacje z personelem pielęgniarskim. Jedna osoba podała, że relacje psychologa z personelem lekarskim i pielęgniarskim są dobre; czasem jest on pośrednikiem między tymi dwiema grupami zawodowymi. Psychologowie pracujący naukowo uznali swoją pozycję za wyrównaną w ich zespole, szczególnie, gdy był to zespół składający się tylko z psychologów.

Jakie są problemy psychologów?

Kilku lekarzy nie dostrzegało problemów psychologów. Uwagi pozostałych: braki w wiedzy ogólnomedycznej, co utrudnia komunikację, niechęć do wykonywania testów psychologicznych, zbyt mała liczba psychologów na oddziałach (jeden, rzadziej dwóch na oddziale z 50 łózkami i większym), napięty plan zajęć, brak czasu na rozmowy z pacjentami, niedobór wykształcenia psychoterapeutycznego, przeciążenie trudnymi pacjentami bez możliwości superwizji, niewyrażanie zgody na wypełnianie zadań diagnostycznych i także terapeutycznych, zbyt wąskie specjalizowanie się, nieuzasadnione kompleksy wobec terapeutów psychiatrów, używanie żargonu zawodowego. Inni terapeuci dodatkowo dostrzegają, że stanowiska kierownicze zajmują lekarze, którzy mają przez to wpływ ostateczny na postać leczenia, profil oddziału, zadania psychologa. Oprócz braku czasu, psychologowie mają problem ze znajdowaniem miejsca na przeprowadzanie rozmów indywidualnych z pacjentami i ich rodzinami — jest ich kilku w gabinecie. Są złe warunki lokalowe, warunki pracy, trudny dostęp do komputera.

Psychologowie natomiast zwracali uwagę na następujące swoje problemy:

Jest ich zbyt mało na oddziałach szpitalnych (zwykle jeden), stąd też mają znaczne trudności w specjalizowaniu się. Brak powszechnego dostępu do technik diagnostycznych, w tym wersji komputerowych. Mały dostęp do bezpłatnych szkoleń, wykładów. Wysokie koszty szkoleń przy niskich pensjach.

Na oddziałach psychiatrycznych często brak zrozumienia specyfiki zawodu psychologa przez strony innych członków personelu. Często na tych oddziałach ograniczony jest zakres działania psychologa z powodu ciężkiego stanu psychicznego pacjentów. Nierzadko zadania psychologa na wielu oddziałach związane są tylko z wykonywaniem testów, a przecież korzysta on z wielu innych źródeł informacji o pacjencie, np. z obserwacji klinicznej, szczególnie przy częstym, niejednorazowym kontakcie z pacjentem, w różnych sytuacjach na oddziale.

Na oddziałach klinicznych przeciążenie obowiązkami nie pozostawia czasu na opracowanie własnych doświadczeń naukowo. Powstaje dylemat: kontakt z pacjentami czy praca badawcza? Na wielu oddziałach brak jasności co do obowiązków psychologa. „Psycholog służy do wszystkiego”. Powoduje to przeładowanie obowiązkami, ponieważ nie są one konkretnie sprecyzowane; dochodzi w efekcie do paradoksalnej oceny, że „psycholog nic nie robi”.

W ośrodkach opieki nad niepełnosprawnymi, w tym upośledzonymi umysłowo, do zadań psychologa należy pomoc przy ubieraniu, przy toalecie, karmieniu dużej liczby podopiecznych. Często dźwiganie, sadzanie na wózek, układanie do łóżka, bez pomocy sanitariusza, tak absorbuje, że psycholog nie ma już czasu na pracę dla pacjenta w aspekcie stricte psychologicznym, zwiększaniu jego umiejętności, stymulowaniu rozwoju, motywacji do pracy nad sobą itp. Niezrozumienie przez zwierzchników funkcji psychologa powoduje zlecenie mu zadań nie wykorzystujących jego możliwości zawodowych.

Psycholodzy różnych specjalności sygnalizują potrzebę konsultowania się, wymiany doświadczeń. Młodzi absolwenci podejmujący pracę mają małe możliwości uczenia się u doświadczonych kolegów. Po odejściu starszego pracownika na emeryturę, przychodzi młody, od którego od razu wiele się wymaga, co jest powodem stresu w pracy. Młody pracownik często nie zna zakresu obowiązków. Polecenia przełożonego wykraczają poza wynikające ze specyfiki zawodu psychologa, zależą jedynie od wyobrażenia na ten temat zwierzchnika. Przez zależność służbową wymuszane bywa wykonywanie tych poleceń. Psycholog w PZP zmuszany był do przyjmowania pacjentów w ciągu 30 minut, z zaleceniem do jeszcze większego skracania czasu wizyty, co kłóci się z sensem porady psychologicznej oraz rozmowy terapeutycznej. Psycholodzy byli zmuszani do przeprowadzania badań psychologicznych niezgodnie z zasadami dotyczącymi warunków i okoliczności badania. Pełne badanie psychologiczne może trwać ok. dwóch godzin, czasochłonne też jest liczenie wyników i interpretacja, potem pisanie opinii psychologicznej. Często badanie wykonywane jest pod presją czasu, przed konsultacją najczęściej neurologiczną, w dniu wypisania ze szpitala (mimo że istniały możliwości zaplanowania terminu) bez liczenia się z innymi obowiązkami psychologa, jego planem pracy. Wśród neuropsychologów jest opinia, że w wykazie procedur diagnostycznych NFOZ brakuje uwzględnienia badania psychologicznego, jego rodzajów i czasu jego trwania. Występują trudności w porozumieniu z lekarzami na temat czasu trwania badania i związanych z nim oczekiwań.

Od czego zależy pozycja psychologa w pracy?

W wypowiedziach, zarówno lekarzy, jak i psychologów jako istotne wymieniane były 2 grupy czynników:

- 1 – czynniki dotyczące cech osobistych związanych z funkcjonowaniem społecznym psychologa oraz jego kompetencjami zawodowymi (umiejętności, wiedza, doświadczenie)
- 2 – czynniki zewnętrzne, dotyczące cech przełożonych psychologa i zespołu, w którym pracuje.

Lekarze i inni terapeuci widzieli duże znaczenie cech osobistych psychologa oraz jego kompetencji, a następnie cech jego przełożonych i zespołu. Pozycja zawodowa psychologa zależała według nich od — tak jak u każdej osoby — indywidualnego zachowania, od postawy, wiedzy, umiejętności, od podejmowanych inicjatyw i wyrażania własnego zdania, od niego samego, od tego, jak przeżywa swoją pracę, od kwalifikacji, od rozumienia pacjenta i problemów z nim związanych, od umiejętności psychoterapeutycznych, diagnostycznych, znajomości testów, metod badawczych, od zaangażowania i efektywności w niesieniu pomocy, od doświadczenia, stażu pracy, rzetelności w interpretacji badań psychologicznych, umiejętności wykazania, że ocena psychologiczna w danym przypadku jest wiarygodna,

od miejsca pracy i zadań, jakie wykonuje, od doceniania go przez lekarzy, od jego kompetencji, zaangażowania w proces diagnostyczno-terapeutyczny, od wielu czynników: jego osobowości, osobowości jego współpracowników, koncepcji teoretycznych uznawanych przez zespół, od rodzaju pacjentów, od tego, czy lekarze rozumieją, że psychoterapia jest metodą leczenia i mają do niej szacunek.

Natomiast psycholodzy uważają, że ich pozycja w zespole zależy głównie od czynników zewnętrznych, dotyczących przełożonych i zespołu, a dopiero potem od ich własnych cech osobistych, kompetencji i wiedzy. Podają, że ich pozycja zależy od stosunku kierownika oddziału do nich i ich pracy, od wcześniejszej współpracy zespołu lekarskiego z psychologiem, od stosunku do niego innych osób (głównie lekarzy), wiedzy pozostałych członków personelu o roli i możliwościach psychologa, od własnej osobowości, doświadczenia zawodowego, kwalifikacji, stażu pracy, od wiedzy lekarzy, czym się zajmuje psycholog, od tego, czy psycholog zna cele i metody pracy psychiatry, dostosowuje swoją pracę do potrzeb diagnostycznych i terapeutycznych psychiatry i pacjenta, od umiejętności komunikowania się z innymi, od kompetencji, od tego, czy postrzega siebie jako pracownika mniej ważnego, od autoprezentacji, umiejętności tworzenia i utrzymywania relacji, od zadań w ramach oddziału, od szefa, od zespołu lekarzy i ich cech osobowości, pewności siebie i wypracowanych relacji, od umiejętności współpracy, od kultury osobistej otoczenia (lekarzy), od pozycji, jaką daje mu kierownik oddziału, od profesjonalnej wiedzy na temat psychoterapii, koncepcji teoretycznych, praktycznego zastosowania metod leczenia.

Omówienie wyników

Analiza jakościowa przytoczonych wypowiedzi wskazuje, że są różnice w postrzeganiu roli, zadań, pozycji w zespole psychologa zależnie od specyfiki ośrodka i oddziału, w którym pracuje, postaw i osobowości przełożonych, cech osób współpracujących oraz samego psychologa. Jak się okazuje, psycholog wypełnia bardzo wiele różnorodnych zadań w ośrodkach i na oddziałach psychiatrycznej służby zdrowia. Należą do nich: wszelkie formy wspierania pacjentów, terapia indywidualna, grupowa, rodzinna, psychoedukacja pacjentów i rodzin, praca diagnostyczna, naukowo-badawcza, dydaktyczna i wiele innych. Psycholog ma udział w zrozumieniu problemów pacjenta, uczestniczy wraz z lekarzem w pracy diagnostyczno-terapeutycznej. Niestety, ten wkład pracy jest zazwyczaj niedoceniany. Psycholog, który jest autonomicznym pracownikiem i ma własny warsztat pracy, jest często traktowany jako podległy lekarzowi, jest zmuszony do wypełniania jego poleceń nawet niezgodnych z zasadami i specyfiką pracy psychologa. Optymalne byłoby, aby w zespole leczącym omawiano problemy i potrzeby diagnostyczne pacjenta nie ingerując w warsztat psychologa i nie narzucając mu poleceń. Pociuszający jest fakt, że młodsze pokolenie lekarzy patrzy na te zagadnienia szerzej, co może zaowocować w przyszłości lepszą wzajemną współpracą i większą korzyścią z pracy psychologa. W poradniach zdrowia psychicznego, w niektórych przychodniach psycholog nie może w pełni wykorzystywać swoich umiejętności zawodowych, nie powierza mu się opieki nad pacjentem, nie ma wzajemnej współpracy. Zwykle dotyczy to przełożonych w wieku przedemerytalnym o nastawieniu czysto biologicznym do leczenia pacjenta. Psycholodzy rzadko obejmują stanowiska kierownicze i nie mogą mieć znaczącego głosu w sprawach dotyczących leczenia pacjentów, stwarzania im warunków i atmosfery sprzyjających zdrowieniu, ochronie

przed błędami jatrogennymi.

Opisane dane dotyczą nie tak dużej grupy osób, jednak mogą być ilustracją i sygnałem o problemach psychologów pracujących w psychiatrycznej służbie zdrowia w Polsce. Nie podaję informacji o całej grupie psychologów klinicznych z II stopniem specjalizacji, których obszary zainteresowań to psychologia kliniczna dorosłego, psychologia kliniczna dziecka, psychologia sądowa i neuropsychologia. W niniejszej pracy nie opisuję zadań, roli, pozycji i problemów psychologów zajmujących się psychologią kliniczną dziecka oraz psychologią sądową. Zapewne i te grupy mają swoją specyfikę.

Wnioski

1. Największe różnice ról, zadań i pozycji psychologów wystąpiły pomiędzy zatrudnionymi w przychodniach i na oddziałach psychiatrycznych a pracującymi na oddziałach psychoterapeutycznych. W przychodni psycholog przeprowadza testy, ewentualnie zbiera wywiad. Na oddziałach psychiatrycznych często bierze udział w diagnozowaniu, czasem, nie tylko jako wykonawca testów, może uczestniczyć w planowaniu leczenia i w terapii pacjenta. Na oddziałach psychoterapeutycznych psycholog pełni rolę terapeuty i diagnosty w zespole leczącym wraz z lekarzami i innymi terapeutami.
2. Istnieją wyraźne różnice w postrzeganiu pozycji zawodowej, problemów psychologów, czynników mających na te zmienne wpływ przez psychologów i lekarzy. Lekarze rzadko dostrzegają problemy współpracujących z nimi psychologów. Uważają, że decydujące znaczenie dla pozycji psychologa w pracy mają jego cechy osobiste: umiejętności społeczne i kompetencje.
3. Psycholodzy uważają, że ich pozycja w zespole, problemy i trudności w pracy związane są przede wszystkim z czynnikami zewnętrznymi (zależą od ich przełożonych i współpracowników), a dopiero później osobistymi, dotyczącymi kompetencji.
4. Trudności najczęściej zgłaszane przez psychologów:
 - a) w psychiatrycznej służbie zatrudniona jest zbyt mała liczba psychologów, co nie pozwala im w pełni wykorzystywać swojego warsztatu pracy;
 - b) za mało psychologów pracuje w małych miejscowościach i na wsi; lekarze rodzinni w tych miejscowościach zmuszeni są opiekować się pacjentami, którym potrzebny jest systematyczny kontakt z psychologiem;
 - c) z powodu zbyt małej liczby psychologów na oddziałach utrudnione jest ich szkolenie się i specjalizowanie (nie ma zastępstwa na oddziale, jest mała możliwość, aby młodzi uczyli się od starszych, przed ich pójściem na emeryturę);
 - d) nie ma jasno określonego zakresu czynności zawodowych psychologa, często musi on spełniać wymagania przełożonych, które zależą od ich wyobrażeń o zadaniach i roli psychologa, nie zawsze zgodnych ze specyfiką zawodu; zdarza się wymuszanie poleceniami służbowymi czynności niezgodnych z zasadami pracy psychologa lub nie należących do jego zadań.
5. W celu poprawy aktualnej sytuacji psychologów i lepszej współpracy w zespołach leczących dla dobra pacjenta, niezbędne są zmiany postaw przełożonych zatrudniających psychologów w kierunku tworzenia atmosfery współpracy opartej na autonomii zawodowej. Konieczne jest:
 - a) uznanie, że psycholog jest autonomicznym pracownikiem, który sam powinien

- decydować o metodach pracy przy rozwiązywaniu problemów diagnostycznych i terapeutycznych,
- b) uwzględnianie specjalizacji psychologów przy zatrudnianiu ich w ośrodkach zgodnie ze specyfiką pracy i potrzebami pacjentów; warsztat pracy psychologów różnych specjalności nie jest taki sam,
- c) wejście w życie Ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów byłoby bardzo korzystne w porządkowaniu wielu z powyższych kwestii.

Piśmiennictwo

1. Główny Urząd Statystyczny: Dane NSP 2002 dotyczące psychologów według statusu zatrudnienia i płci.
2. *Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej*. Rocznik statystyczny 2001. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia; 2002.
3. Poznaniak W. Problemy psychologa klinicznego. W: Sęk H, (red). *Spoleczna psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN; s. 504–524.
4. Heszen-Niejodek I. Rola psychologa pracującego z chorymi somatycznie. W: Heszen-Niejodek I, (red.). *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych*. Warszawa: PZWL; 1990, s. 15–42.
5. Jakubowska-Winecka A. Miejsce psychologa w zespole medycznym i jego rola w procesie leczenia chorych somatycznie. Na przykładzie doświadczeń w pracy z pacjentami ze schyłkową niewydolnością nerek. *Lęk Depr.* 2003; 8, 1: 45–53.
6. Tylka E, Tylka J. Rola psychologa w zespole rehabilitacyjnym. *Lęk Depr.* 2003; 8, 1: 37–44.
7. Heszen-Niejodek I, Wrześniewski K. Udział psychologii w rozwiązywaniu problemów zdrowia somatycznego. W: Strelau J, red. *Psychologia*. Podręcznik akademicki. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000, s. 441–552.
8. Starzomska M. Wybrane aspekty psychicznego funkcjonowania i psychoterapii pacjentów onkologicznych. *Psychoter.* 2001; 1: 53–64.
9. Wrześniewski K. Działalność psychologów klinicznych w pozapsychiatrycznej służbie zdrowia: sytuacja aktualna, potrzeby i perspektywy. *Polski Tyg. Lek.* 1982; XXXVII, 27: 805–808.
10. Tylka J. (1999): Psychologiczne problemy radzenia sobie z chorobami układu krążenia. W: Leder S, Brykczyńska C. *Psychiatryczne i psychologiczne aspekty praktyki medycznej*. Wybrane zagadnienia psychiatrii konsultacyjnej/liaison. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków, s. 33–44.
11. Leder S. Problematyka relacji międzyludzkich w instytucjach medycznych. *Lęk i Depresja*, tom 8, nr 1/2003, s. 5–11.
12. Siwiak-Kobayashi M, Brykczyńska C. Model biopsychospołeczny w kształceniu pracowników opieki zdrowotnej. *Lęk i Depresja*, tom 8, nr 1/2003, s. 13–20.

Adres: Klinika Nerwic IPiN
 al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa