

Katarzyna Motyka

Katedra Psychologii, Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

Model pracy psychologa w oddziale dziecięcym

Duties of psychologist in pediatric ward

STRESZCZENIE

Praca z dziećmi w oddziale szpitalnym wymaga nawiązania kontaktu z nieletnimi pacjentami oraz ich rodzicami lub opiekunami. Choroba dziecka i pobyt w szpitalu tworzą stres zarówno dla niego, jak i jego rodziców. Stres ten stanowi ponadto czynnik utrudniający personelowi medycznemu nawiązanie bezpiecznej i przyjaznej relacji z dzieckiem i jego dorosłymi opiekunami.

Celem opracowania stało się przedstawienie modelu pracy psychologa w oddziale dziecięcym.

W modelu tym wyróżniono trzy kierunki działań psychologicznych: nastawionych na małego pacjenta, na jego rodziców lub opiekunów oraz na personel medyczny (lekarze, pielęgniarki). Uwzględniono także dwie zasadnicze formy oddziaływań, tj. zbieranie potrzebnych informacji oraz interwencje psychologiczne. Do tych ostatnich zaliczono: wsparcie emocjonalne, kontenerowanie, udzielanie informacji zwrotnych, motywowanie oraz towarzyszenie.

Słowa kluczowe: pediatria, zadania psychologa, hospitalizacja dziecka

ABSTRACT

Working with children at a hospital ward requires the establishment of a rapport with both minor patients and their parents or guardians. Illness and hospitalization causes stress for the child and their parents. Furthermore, with stress on the line, the medical personnel find it difficult to create a safe and friendly relationship with the child and their adult guardians.

The aim of this study is to present a work model for a psychiatrist employed at a pediatric ward.

The model defines three directions for psychological actions, focusing on the minor patients, their parents or guardians and the medical personnel (doctors and nurses), respectively. Two forms of actions were considered: information gathering and psychological intervention. The latter include emotional support, compartmentalization, feedback, motivation and providing company.

Keywords: pediatrician, duties of a psychologist, hospitalization of children

Wprowadzenie

Jednym z najważniejszych zadań psychologa jest towarzyszenie innym osobom w trudnych chwilach. W tym kontekście warto wymienić takie działania jak choćby wsparcie emocjonalne (por. Kawczyńska-Butrym, 1994; Sęk, Cieślak, 2011; Pommersbach, 1988) czy kontenerowanie (Bion, 1987; Groth, 2011). Należy podkreślić, że pomoc drugiemu człowiekowi może być rozumiana w różny sposób i przybierać może różne formy (por. Aleksandrowicz, 1994; Czabała, Kluczyńska, 2015; Correy, 2005; Grzesiuk, 2005; Iniewicz, 2011; Murgatroyd, 2000; Okun, 2002; Sikora, 2011). Najczęściej utożsamiana jest z poradnictwem psychologicznym, czyli profesjonalną pomocą udzielaną głównie osobom zdrowym psychicznie, które z różnych powodów nie radzą sobie z zaspokajaniem swoich potrzeb oraz realizacją zadań rozwojowych (Czabała, Kluczyńska, 2015). Zwykle bywa odróżniana od psychoterapii, choć zdarza się, że terminy te stosowane są bez wyraźnego rozróżnienia (Correy, 2005; Mearns, Thorne, 2010). Rozróżnienie to jest jednak o tyle istotne, że zwykle celem psychoterapii jest doprowadzenie do trwałych zmian (różnie rozumianych w zależności od orientacji teoretycznej psychoterapeuty) zachodzących w strukturze osobowości, sposobach myślenia, reagowania emocjonalnego i zachowaniu pacjenta, a także poznanie i zrozumienie przez niego głębszych przyczyn swego cierpienia. Wymaga to znacznie głębszych, specjalistycznych interwencji psychologicznych, podczas gdy pomoc psychologiczna sprowadzana jest zwykle do działań o bardziej doraźnym i często sytuacyjnie uwarunkowanym charakterze.

Podstawowym zadaniem psychologów zatrudnionych w oddziałach klinicznych o charakterze somatycznym jest udzielanie szeroko rozumianej pomocy psychologicznej obejmującej zarówno rozeznanie w obszarach trudności występujących u pacjenta, jak i delikatne interwencje psychologiczne związane z redukcją stresu szpitalnego oraz z adaptacją

pacjenta do aktualnej sytuacji zdrowotnej i życiowej (Siwińska, 2018; Kiwit, 2018).

Wydaje się, że jednym z najtrudniejszych, a zarazem najbardziej istotnych sposobów pomocy udzielanej przez psychologa w szpitalu jest towarzyszenie (Motyka, 2012). Wymaga ono od osoby pomagającej dużej wrażliwości i dojrzałości. Podstawową zasadą jest tu skupienie się na potrzebach drugiego człowieka, a także na jego możliwościach i posiadanych zasobach, dostępnych w danej chwili. W związku z tym, że pomoc ta wymaga często intensywnych kontaktów i zaangażowania emocjonalnego, w niektórych przypadkach może być przydatna superwizja (Berezowska-Pogoń, 2016; 2018), zwłaszcza dlatego, że nierzadkim błędem psychologów, zwykle tych początkujących, jest przedwczesna interwencja, czyli taka, której osoba badana nie jest w stanie przyjąć lub którą odbiera jako krytykę, a nie wsparcie, albo też która dotyka zbyt głębokich obszarów emocjonalnych.

Cel pracy

Celem niniejszego opracowania jest prezentacja modelu pracy psychologa w dziecięcym oddziale somatycznym, który dobrze sprawdzi się w praktyce wg doświadczeń autorki.

Opisywany model stanowi próbę uporządkowania i usystematyzowania działań psychologa, wraz z przedstawieniem zasadności proponowanych w nim interwencji. Opracowanie porusza także trudności związane z realizacją modelowych założeń. Należy podkreślić, że dotyczy ono pracy psychologa w oddziale o konkretnej specyfice. Mowa jest w nim o oddziale pediatrycznym przyjmującym dzieci, w sytuacji choroby nie wymagającej interwencji specjalistycznych (takich jak zabiegi chirurgiczne, terapia onkologiczna itp.). Wiodącymi diagnozami są w nim najczęściej: zapalenie oskrzeli, zapalenie płuc oraz nieżyty żołądkowo-jelitowe.

Rozwinięcie

Pobytek dziecka w szpitalu zawsze wiąże się z silnym pobudzeniem emocjonalnym wystę-

pującym nie tylko u niego, ale także u jego rodziców. Cechą charakterystyczną okresu dzieciństwa jest bowiem silna zależność dziecka od opiekunów, a z kolei u rodziców towarzyszy temu odpowiedzialność za dziecko. Dlatego praca z dzieckiem jest mocno uwikłana w relację pomiędzy rodzicem a dzieckiem. W przypadku choroby somatycznej, a tym bardziej konieczności hospitalizacji, zarówno u dziecka, jak i u rodziców pojawia się wysoki poziom stresu psychologicznego (Solecka, 2007), w tym różne obawy, a nierzadko nawet i lęk przed śmiercią.

W przypadku dzieci hospitalizowanych w oddziale somatycznym, ze względu na ich wiek rozwojowy, a tym samym ich możliwości poznawcze, można obserwować, że stres emocjonalny często łączy się z dyskomfortem i fizycznie odczuwanym cierpieniem. Z kolei u rodziców stres emocjonalny częściej łączy się z bardziej rozwiniętą świadomością możliwych zagrożeń. Rodzice postawieni są bowiem w sytuacji, w której ich bezpośrednia pomoc jest niewystarczająca i muszą prosić o pomoc płynącą od specjalistów, w tym przypadku lekarzy. Wydaje się, że w zależności od posiadanej struktury psychicznej, mogą aktywować się u nich różne wątki, w tym związane z zależnością, lękami separacyjnymi, potrzebą kontroli, odpowiedzialnością itp. Dominującymi uczuciami, zwłaszcza podczas przyjęcia na oddział i w początkowym okresie hospitalizacji, są bezradność, strach, niepokój, złość, smutek, a także poczucie winy.

W przypadku pracy z dziećmi w oddziale szpitalnym pojawia się kilka ważnych, specyficznych czynników, które należy uwzględnić, aby wyeliminować, na ile to możliwe, mogące się pojawić trudności. Różnią się one w zależności od poziomu i kierunku głównych działań psychologa składających się na prezentowany model pracy. Model ten obejmuje poziom zbierania przez psychologa istotnych informacji oraz poziom stosowanych interwencji, przy jednoczesnym uwzględnieniu trzech zasadniczych kierunków kontaktu: z dzieckiem, z rodzicem (rodzicami) oraz z personelem medycznym.

Kierunek kontaktu

Kierując uwagę na dziecko trzeba uwzględnić jego wiek i niedojrzałą, ciągle rozwijającą się osobowość, która dopiero w późniejszym stadium osiąga stabilną strukturę. Cechą charakterystyczną wieku dziecięcego jest duży potencjał, który można szybko wzmocnić, ale też osłabić (Pilecka, 2011). Praca z dziećmi może być bardzo przyjemna, ale zawiera spore ryzyko zbagatelizowania sytuacji, w której ono się znalazło. Może to wynikać z niezrozumienia jego potrzeb na skutek deficytów komunikacyjnych (nie w pełni ukształtowany przez dziecko sposób komunikacji), z niesamodzielnności dziecka, a także z prób dostosowania się psychologa do niekoniecznie słusznych oczekiwań rodziców. Kolejną kwestią, o której należy pamiętać, jest niska świadomość dziecka dotycząca realnej sytuacji, w tym zagrożeń, powikłań oraz korzyści związanych z hospitalizacją. Dziecko nie jest zainteresowane leczeniem jako takim (z wyjątkiem unikania nieprzyjemnych doznań), gdyż jego uwaga skoncentrowana jest wokół zabawy, tęsknoty za domem, kontaktu z rówieśnikami itp.

Kierując uwagę na rodziców należy podkreślić, że kontakt z nimi jest niezbędnym elementem działań towarzyszących hospitalizacji dziecka. Kontakt ten wprawdzie bezpośrednio nawiązywany jest z rodzicami, niemniej jednak odnosi się do dziecka. W sytuacjach zagrożenia zdrowia dziecka zdarza się, że wizja i oczekiwania rodziców oraz rzeczywiste możliwości i potrzeby dziecka bywają odmienne. Budzi to naturalny dylemat – w jakim kierunku podążać? Rozwiązaniem tego dylematu najczęściej jest nawiązanie pozytywnego kontaktu, który tworzy bezpieczną przestrzeń dla ujawnienia się rzeczywistych pragnień, obaw, stosowanych sposobów wychowawczych, a następnie propozycji potrzebnych rozwiązań. Zadaniem psychologa nie jest zmiana dotychczasowego stylu wychowania przyjętego przez rodziców, ale zaadaptowanie go do potrzeb i możliwości dziecka wynikających z sytuacji, w jakiej się znajduje. Pozytywny

kontakt z rodzicem umożliwia ponadto tworzenie przestrzeni dla bezpiecznego spotkania psychologa z samym dzieckiem, a tym samym zapewnia lepsze efekty leczenia i możliwość kontynuowania potrzebnych działań przez rodziców w przyszłości.

Trzecim kierunkiem, o którym warto wspomnieć analizując pracę psychologa w dziecięcym oddziale somatycznym, jest współpraca z personelem medycznym oraz pośredniczenie w kontaktach pomiędzy personelem, rodzicami i dziećmi. Jedną z funkcji tego pośrednictwa jest przejęcie odpowiedzialności za rozwiązywanie emocjonalnych problemów dziecka i jego rodziców ujawniających się w kontakcie z lekarzem. Emocjonalne obciążenie odczuwane przez lekarzy, a wynikające m.in. z braku profesjonalnego przygotowania w sferze psychologicznych oddziaływań, może niekorzystnie wpływać na wykonywanie ich zadań merytorycznych. Drugą ważną funkcją jest pomoc personelowi medycznemu w diagnostyce i zrozumieniu psychologicznych problemów hospitalizowanych dzieci i ich rodziców.

Poziomy pracy

Przechodząc do charakterystyki wspomnianych wcześniej dwóch poziomów pracy psychologa, tj. poziomu zbierania istotnych informacji (od personelu medycznego, od rodziców i od dziecka) oraz poziomu interwencji psychologicznych (kierowanych do dziecka, rodziców i czasem personelu medycznego), należy podkreślić, że przyjmują one różne formy.

Zbieranie informacji

■ Obserwacja

Obserwacja jest zasadniczą formą zbierania informacji. Zaczyna się ona już na początkowym etapie hospitalizacji, tuż po przyjęciu dziecka do szpitala. Bardzo dużo informacji można uzyskać podczas codziennej wizyty lekarskiej. Między innymi można wtedy porównać reakcje dziecka wobec obcych osób,

zaobserwować, jak zachowuje się w sytuacji badania w zależności od osoby, która się nią opiekuje, a także wnioskować o rodzaju przywiązania między dzieckiem a matką, o prawidłowościach bądź nieprawidłowościach rozwojowych, rozwoju społecznym, reagowaniu dziecka na ekspozycję społeczną, a także obserwować reakcję rodziców/opiekunów. Już wtedy pojawiają się pierwsze hipotezy dotyczące tego, czy interwencja psychologiczna wydaje się konieczna, zalecana czy zbędna. Można zaobserwować m.in. także, który z rodziców/opiekunów zostaje podczas wizyty, który wychodzi, kto dostarcza więcej informacji o dziecku i w jaki sposób je przekazuje, jak przeżywa hospitalizację dziecka oraz samą chorobę. Porównując zachowanie i stosunek do dziecka podczas wizyty lekarskiej, a później w ciągu dnia, można wyciągnąć wiele cennych wniosków.

■ Wywiad

Kolejną formą zbierania informacji jest wywiad. Wywiad z rodzicami, w zależności od wyników wcześniejszych obserwacji, może mieć charakter obszerny i pogłębiony lub ukierunkowany na specyficzny problem. W tym pierwszym przypadku często dostarcza informacji związanych z sytuacją rodzinną, historią przebytych chorób, przebiegiem porodu, oczekiwaniami wobec dziecka oraz własnej roli jako rodzica, przebiegiem rozwoju dziecka, sposobem wychowania itp. Jego uzupełnieniem jest wywiad dotyczący specyficznych problemów związanych z aktualną sytuacją choroby, pobytem w szpitalu i prowadzonym leczeniem.

■ Informacje od lekarza

Niezwykle ważną, a często pierwszą informacją są dane uzyskane od lekarza. Zwykle już po konsultacji dotyczącej przyjęcia dziecka na oddział pojawiają się różne sugestie, pytania i wątpliwości dotyczące widocznych zachowań dziecka lub rodzica. Po zebraniu pełnych informacji od lekarzy specjalistów, którzy jak wskazywano, nieraz sami zgłaszają psychologowi swoje wątpliwości związane ze

stanem psychicznym dziecka lub matki, przechodzi moment, w którym należy zdecydować, czy i jak należałoby interweniować.

Interwencje

Istnieje wiele sposobów prowadzenia interwencji psychologicznych, dlatego ważne jest, aby wybór interwencji był adekwatny do sytuacji oraz charakteru branego pod uwagę problemu. Ze względu na stosunkowo krótki pobyt dzieci w opisywanym typie oddziału (który na ogół nie przekracza kilku dni) oraz ich stan fizyczny, często stanowiący przeciwskazanie do wykonywania testów psychologicznych, unika się diagnostyki psychologicznej z wykorzystaniem dostępnych narzędzi w formie testów papierowych. Diagnostyka opiera się głównie na wywiadzie z rodzicami i obserwacji, służąc jedynie wstępnemu rozpoznaniu ewentualnych trudności lub nieprawidłowości rozwojowych i sytuacyjnych.

■ Kontenerowanie

Pierwszą i zasadniczą formą interwencji, którą podejmuje psycholog, jest kontenerowanie negatywnych uczuć pojawiających się u dziecka, rodziców/opiekunów dziecka, a czasem także u personelu medycznego. Chodzi tu zwłaszcza o takie spokojne i kierowane troskliwą życzliwością zachowania psychologa w odpowiedzi na pełne emocje zachowania dziecka i jego opiekunów, które sprzyjają budowaniu atmosfery bezpieczeństwa i zaufania, stanowiąc specyficzną formę konstruktywnego przetworzenia ich reakcji. Zwykle u dziecka najlepiej robić to w sytuacji, kiedy pierwsze czynności medyczne zostaną już zakończone, a mały pacjent jest medycznie zaopatrzony. W trakcie gdy jest zaopatrywany, pojawia się okazja do nawiązania kontaktu z opiekunem. Często pojawia się potrzeba kontenerowania także jego silnych uczuć. Osobną kwestią bywa kontenerowanie uczuć personelu medycznego pojawiających się pod wpływem konfrontacji z trudnymi do przyjęcia zdarzeniami, agresywnym lub mało odpowiedzialnym zachowaniem rodziców,

albo też własnymi zjawiskami przeciwprze niesionowymi.

■ Informowanie

Kolejną ważną interwencją psychologa jest przekazanie rodzicom wyłaniających się hipotez dotyczących funkcjonowania ich dziecka, sugestii i rad dotyczących pomocy dziecku i rodzicom w pojawiającej się sytuacji. Aby interwencja ta była rzeczywiście skuteczna, należy je przekazać w taki sposób, który jest dostosowany do możliwości rodziców i sposobu wychowania, jaki jest przez nich stosowany. Większą wartość może mieć delikatne wsparcie udzielone w drobnych sprawach lub zasianie pewnych wątpliwości co do aktualnych zachowań niż merytorycznie poprawne, lecz jednocześnie kategoryczne i bardzo dokładne przedstawienie przyczyny problemu i sposobu jego rozwiązania. Może jednak się tak zdarzyć, że właśnie ten ostatni sposób postępowania będzie skuteczniejszy. Dlatego od psychologa wymagana jest wrażliwość, delikatność oraz elastyczność. Jednocześnie informacje zwrotne psycholog przekazuje także personelowi medycznemu, a zwłaszcza lekarzowi prowadzącemu. Istotną kwestią jest to, ile z uzyskanych informacji przekazać, a które informacje zachować. Podstawowym kryterium rozwiązania tego dylematu jest dobro pacjenta, a także ochrona lekarza czy pielęgniarki przed obciążeniem, o którym była mowa przy sposobach zbierania informacji. Tutaj także psycholog musi być delikatny i elastyczny, a przekazywane informacje powinny dotyczyć tych kwestii, które zawierają się w zgłaszanym problemie lub są niezbędne do zrozumienia zachowania dziecka czy rodzica.

Szczególne miejsce pośród przekazywanych informacji zajmują te dotyczące konieczności podjęcia realizacji zaleceń w sprawie leczenia w poradniach specjalistycznych związanych ze zdrowiem psychicznym, nieprawidłowościami rozwojowymi i zaburzeniami różnego typu. Po odpowiednim przekazaniu informacji dotyczącej takiej konieczności cała interwencja psychologiczna koncentruje

się na wytworzeniu motywacji u rodziców, która jest potrzebna do realizacji tego zadania. Niejednokrotnie okazuje się, że pod wpływem emocji rodzice nie pamiętają ważnych informacji, które pojawiły się podczas diagnostyki, albo że trudno jest im zaadaptować się do nowej sytuacji. Spokojny, a zarazem rzeczowy kontakt z psychologiem, który daje rodzicom poczucie bezpieczeństwa, umożliwi także późniejszy, bezpieczny kontakt z personelem medycznym, co jest niezwykle istotne dla właściwego przebiegu leczenia. Należy także pamiętać o przekazywaniu informacji dzieciom, które często są pomijane w komunikacji, jaka ma miejsce pomiędzy lekarzami a rodzicami. Tego typu deficyt komunikacyjny zwykle potęguje strach i niepewność dziecka. Przekaz informacji polegać miałyby więc na prostym wyjaśnieniu, dlaczego mały pacjent się tu znalazł, dlaczego nie może od razu iść do domu, bawić się na zewnątrz i z innymi dziećmi na korytarzu, a szczególnie na opisywaniu czekających go łąda chwila badań. Przykładowo, w sytuacji gdy lekarz mówi do matki: „Proszę rozebrać dziecko do badania”, lepiej byłoby, gdyby zwrócił się bezpośrednio do dziecka mówiąc np.: „Za chwilę przyłożę ci tę słuchawkę, a ty wtedy oddychaj głęboko, później zbadamy ci brzuszek i pokażesz nam gardło”. Mama zazwyczaj sama wtedy ściąga dziecku koszulkę, a dziecko nie jest tym zdziwione ani przestraszone.

■ Zabawa

Szczególnie przyjemną formą interwencji zarówno dla dziecka, jak i dla psychologa jest zabawa. Istnieje wiele propozycji aktywności służących zabawie, dzięki czemu łatwo można dopasować je do celu, który chcemy osiągnąć. Są zabawy służące konkretnym celom terapeutycznym oraz zabawy służące odwróceniu uwagi od stresujących bodźców i przyjemnemu wypełnieniu czasu. Tą formą interwencji jest dość łatwo pracować z dziećmi, ponieważ chętnie podejmują one tego rodzaju dialog z psychologiem. Jest to także forma, która nie urywa się wraz z wypisem pacjenta ze szpitala, ale może być kontynuowana w domu, wtedy

– z udziałem rodzica. Przykładem może być zabawa, w której dziecko zamalowuje kartkę papieru tworząc tzw. „esy-floresy”, a dorosły obrysowuje całość, ewentualnie domalowuje jakieś elementy nadając całemu rysunkowi znaczenie. Można powiedzieć, że jest to zabawa pełniąca funkcję kontenerowania uczuć w sposób symboliczny. Często bywa wykorzystywana w psychoterapii dzieci¹. Innym przykładem zabawy, którą można wykorzystywać w szpitalu, jest wspólne robienie gry planszowej, którą rodzic i dziecko wspólnie tworzą każdego dnia poprzez uzupełnianie dzień po dniu o stałą liczbę pól, aż do wyjścia ze szpitala. Każde pole powinno dotyczyć jakiejś sytuacji związanej z dzieckiem i jego sytuacją, przeżyciami, wspomnieniami. Psycholog motywuje rodziców do systematycznego tworzenia gry czy pomaga ustalić treść znajdującą się na polach, aby miała ona jakąś funkcję. Szczególnie sprawdza się to w sytuacji długiej hospitalizacji, zmniejsza zniechęcenie dziecka, pozwala ustalić punkt graniczny (wyjście ze szpitala – „metę”), zmniejsza lęk związany z nowym miejscem i brakiem perspektywy szybkiego powrotu do domu, wzmacnia relację dziecka z rodzicem/opiekunem. Istnieje wiele innych rodzajów zabaw, m.in. ćwiczących uwagę i inne funkcje poznawcze, symbolicznych, służących opracowaniu danego problemu, jednak bez intelektualizowania go, jak również zabawy mające na celu rozładowanie emocji, a także takie, które proponują same dzieci i związane są z ich fazą rozwojową. Ten ostatni aspekt jest ważny o tyle, że dobierając odpowiednią zabawę do celu, który psycholog chce uzyskać, należy pamiętać, aby nie pominąć możliwości dziecka i tego, na co ma ono najbardziej ochotę w danej chwili.

■ Towarzystwo

Ważnym aspektem podejmowanych interwencji jest towarzyszenie małemu pacjentowi i jego rodzicom. Chodzi tu głównie z jednej strony o nienarzucającą się obecność przy

1 Na podst. informacji uzyskanych podczas szkolenia w Ośrodku Mały Książę w Krakowie.

drugiej osobie, a z drugiej o obecność uważną i wrażliwą na doświadczane przez nią uczucia i jej potrzeby. Wymaga to dużej empatii i wyczucia, na ile druga strona jest gotowa przyjąć wsparcie i w jakiej formie.

■ Wsparcie

Podstawową formą interwencji psychologa w oddziale pediatrycznym jest wsparcie. Podobnie jak i wcześniej wspomniane formy interwencji może ono przyjmować bardzo różne formy, w tym informacyjne, emocjonalne, a czasem nawet występować w postaci podjęcia konkretnych działań. Jego istotą jest redukcja stresu szpitalnego oraz wzmocnienie możliwości konstruktywnego poradzenia sobie z nim zarówno przez dziecko, jak i jego opiekunów. Wsparcie nie wyklucza podawania konkretnych propozycji działań czy psychoedukacji. Jest widoczną, dosyć znaną i ogólnie najbardziej oczekiwaną formą interwencji psychologa. Należy podkreślić, że jej podstawowym celem nie jest zmiana, lecz raczej utrzymanie statusu quo i zapobieganie regresji czy zwiększaniu się trudności – przy wykorzystaniu dostępnych, aktualnych możliwości wspieranego.

Podsumowanie i wnioski

Podsumowując, należy podkreślić, że podstawowym celem pracy psychologa w oddziale pediatrycznym jest przede wszystkim poprawienie jakości pobytu dziecka w szpitalu, a tym samym wspomaganie jakości i tempa leczenia. Kontakt z dzieckiem jest nierozdzielnie związany z kontaktem z jego opiekunem/rodzicem oraz wymaga pewnych świadomie wykorzystywanych umiejętności, m.in. subtelności i czujności. Wydaje się, że podejście uwzględniające współpracę i wspieranie opiekunów w ich własnym sposobie wychowania jest bardziej wskazane niż próba uzyskania zmiany ze względu na oczekiwania idealnego efektu przez psychologa. Można też zaryzykować twierdzenie, że ważną rolą psychologa w oddziale pediatrycznym jest identyfikowanie i sygnalizowanie trudności występujących

u dziecka albo w relacji dziecko – rodzice oraz kierowanie i zachęcanie do późniejszego kontaktu (po wyjściu ze szpitala) z terapeutami w poradniach specjalistycznych. Należy podkreślić, że ważne jest uwzględnienie trzech perspektyw (tj. chorego, jego opiekunów i personelu medycznego), gdyż dopiero zestawienie ich razem daje pełen obraz sytuacji małego pacjenta. Podejmowane działania nie powinny być radykalne i szybkie, chociaż dla zewnętrznego obserwatora może to sprawiać mylne wrażenie bierności. W rzeczywistości, większość pracy odbywa się w sferze, którą jedne podejścia teoretyczne nazywają analizą przeniesienia i przeciwprzeniesienia (czyli analizie wzoru wzajemnych reakcji emocjonalnych), a inne – analizą kontaktu emocjonalnego i obserwacji.

Ponieważ każdą sytuację należy rozpatrywać indywidualnie, wiele zależeć będzie od wrażliwości i doświadczenia psychologa. Dzieci ze względu na młody wiek i nie w pełni ukształtowaną osobowość są bardzo wrażliwe, choć elastyczne, dlatego spory nacisk należy położyć na subtelność, ale też czujność pracującego w oddziale psychologa, ściśle współpracującego z pozostałym personelem medycznym.

Piśmiennictwo

- Aleksandrowicz J. (1994). *Psychoterapia medyczna*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL.
- Berezowska-Pogoń J. (2016). Dodawanie siły pacjentom i personelowi medycznemu wśród chorych somatycznie. Hennel-Brzozowska A. (red.), *Empowerment, czyli dodawanie siły w praktyce psychologicznej*. Kraków: Wyd. Scriptum, s. 129-139.
- Berezowska-Pogoń J. (2018). Interwencja w kryzysie emocjonalnym na podłożu rodzinnym (przemoc psychologiczna) przejawiającym się czynnościowymi zaburzeniami kardiologicznymi. Przypadek pacjentki Krystyny P. *Sztuka Leczenia*, 2018, nr 1, s. 17–24.
- Bion W. (1987). *Clinical seminars and other works*. London: Kowac.
- Corey G. (2005). *Teoria i praktyka poradnictwa i psychoterapii*. Poznań: Wyd. Zysk i S-ka.
- Czabała Cz., Kluczyńska S. (2015). *Poradnictwo psychologiczne*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.

- Groth J. (2011). Identyfikacja projekcyjna – od rzeczywistości intrapsychicznej do interpersonalnej. *Roczniki Psychologiczne*, nr 1, s. 159–175.
- Grzesiuk L. (2005). *Psychoterapia*. Warszawa: Wyd. Eneteia.
- Iniewicz G. (2011). Psychoterapia dzieci i młodzieży. Pilecka W. (red.), *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży. Perspektywa kliniczna*. Kraków: Wyd. UJ. s. 486–495.
- Kawczyńska-Butrym Z. (red.), (1994). *Wsparcie społeczne w zdrowiu i w chorobie*. Warszawa: Wyd. CMD – Śr. Sz. Med.
- Kiwit U. (2018). Pacjent kardiochirurgiczny – pomoc psychologiczna w okresie okołoperacyjnym. *Sztuka Leczenia*, 2018, nr 1, s. 43–49.
- Mearns, Thorne (2010). *Terapia skoncentrowana na osobie*. Kraków: Wyd. UJ.
- Motyka M. (2012). Komunikacja terapeutyczna jako ważny obszar psychologii zdrowia. N. Ogińska-Bulik i J. Miniszewska (red.), *Zdrowie w cyklu życia człowieka*. Łódź: Wyd. UŁ. s. 127–141.
- Murgatroyd S. (2000). *Poradnictwo i pomoc*. Poznań: Wyd. Zysk i S-ka.
- Okun B. (2002). *Skuteczna pomoc psychologiczna*. Warszawa: IPZ PTP.
- Pilecka W. (red.) (2011). *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży. Perspektywa kliniczna*. Kraków: Wyd. UJ.
- Pommersbach J. (1988). Wsparcie społeczne a choroba. *Przegląd Psychologiczny*, nr 2, s. 503–521.
- Sęk H., Cieślak R. (red.), (2011). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wyd. PWN.
- Sikora K. (2011). Wybrane formy pomocy psychologicznej. Pilecka W. (red.), *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży. Perspektywa kliniczna*. Kraków: Wyd. UJ. s. 477–485.
- Siwińska J. (2018). Psychologiczna pomoc pacjentom poddawanych transplantacji serca i operacji wszczepienia mechanicznego wspomaganie krążenia. *Sztuka Leczenia*, 2018, nr 1, s. 37–42.
- Solecka D. (2007). Dziecko chore somatycznie. B. Bętkowska-Korpała, J.K. Gierowski (red.), *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*. Kraków: Wyd. UJ. s. 17–33.