

LEVEL UP: COMPETENCES OF THE FUTURE  
PRACA Z OSOBAMI CHORYMI PSYCHICZNIE  
SCENARIUSZ 4

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu we współpracy z

UK- BUTTERFLIES LTD z Wielkiej Brytanii

EDU SMART TRAINING CENTER LIMITED z Irlandii

realizuje projekt ERASMUS+, Akcja 2:

Partnerstwa strategiczne na rzecz kształcenia i szkoleń zawodowych pn.:

„Level up- competences of the future”

2018-1-PL01-KA202-050624

Projekt jest dofinansowany z programu Erasmus+

Scenariusz 4 LEVEL UP

Temat: - Rodzina, w której są choroby psychiczne/psychiatryczne lub dysfunkcje i zaburzenia zachowań.

Czas trwania spotkania: 3 godziny zegarowe podzielne na spotkania.

## Odbiorcy:

Odbiorcami spotkań są rodziny,  
Ze scenariusza mogą korzystać pracownicy socjalni, asystenci rodziny, koordynatorzy rodziny oraz wszyscy pozostali specjaliści pracujący z rodziną borykającą się z trudnościami wynikającymi z rozwodu.

## Uczestnicy

W spotkaniach może uczestniczyć cała rodzina, poszczególni członkowie rodziny samodzielnie, osoby dorosłe bez dzieci lub osoby dorosłe z dziećmi np.:

- Mama z dzieckiem/ dziećmi
- Tata z dzieckiem/ dziećmi
- Mama i tata z dzieckiem/ dziećmi
- Mama z tatą
- Cała rodzina

W uzasadnionych przypadkach można na spotkanie zaprosić osoby istotne z życia dziecka/dzieci np. babcia, dziadek itp.

## Metody pracy

- studium przypadku (case study)
- psychoedukacja
- miniwykład

- praca w grupach
- praca indywidualna
- techniki relaksacyjne
- burza mózgów

Materiały potrzebne do realizacji spotkania:

- karty pracy
- pisaki
- kredki
- markery
- nożyczki
- kartki samoprzylepne
- papier flipchart
- kartki A4
- długopisy

Scenariusz zawiera w sobie ćwiczenia i indywidualne karty pracy na 3 spotkania trwające 1 godzinę zegarową każde.

Osoba korzystająca decyduje sama w jakiej kolejności skorzysta z proponowanych treści.

**Cel spotkań:**

Celem zajęć jest psychoedukacja rodziny w zakresie form pomocy w przypadku wystąpienia w rodzinie choroby psychicznej lub zaburzeń zachowania. Podczas zajęć uczestnicy poznają miejsca, w których mogą uzyskać pomoc w zależności od pojawiających się trudności, poznają formy i procedury przyznawanej pomocy dla poszczególnych członków rodziny. Uczestnicy zapoznają się z prawami i obowiązkami rodziców i dzieci, którzy są zaangażowani bezpośrednio lub pośrednio w proces leczenia. Zapoznają się z konsekwencjami poszczególnych chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania, a także zdobędą odpowiednie umiejętności do lepszego radzenia sobie z zaistniałymi problemami.

**Planowane jest osiągnięcie przez uczestników spotkań następujących rezultatów:**

- Zdobycie wiedzy na temat instytucji pomocowych
- Psychoedukacja w zakresie najczęstszych zaburzeń psychicznych
- Poznanie głównych trudności w rodzinie w związku z radzeniem sobie z chorobą
- Nabycie kompetencji służących lepszemu radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami w związku z chorobą członka rodziny
- Większe otwarcie i zrozumienie sytuacji chorego

Scenariusz zajęć ma na celu zapoznanie uczestników z metodami pracy z rodziną, w której pojawia się choroba psychiczna lub zaburzenia zachowania. Poznamy główne formy pomocy, jakie możemy zaoferować rodzinie i jej poszczególnym członkom, postaramy się szerzej zrozumieć czego dotyczy kryzys w rodzinie i jak można doprowadzić do pomyślnego rozwiązania. Skupimy się na poznaniu wiedzy na temat rozwoju rodziny, jej poszczególnych faz, aby trafniej zdiagnozować przyczyny kryzysu i adekwatnie dobrać metody wsparcia.

Poszczególne zadania warsztatowe będą służyły zwiększeniu zrozumieniu danych zagadnień, wyposażą uczestników w konkretne narzędzia pracy z rodziną, jak również pozwolą zwiększyć kompetencje interpersonalne, aby lepiej radzić sobie w życiu z chorobą.

## Spotkanie 1

### Przedstawienie się prowadzącego/ prowadzących zajęcia. Powitanie rodziny

- Imię, nazwisko,
- Wykształcenie,
- Doświadczenie zawodowe
- Zainteresowania

### Psychoedukacja na temat zaburzeń psychicznych

Miniwykład – Choroba psychiczna/zaburzenia zachowania w rodzinie - konsekwencje (pracownik pomocy społecznej może wykorzystać miniwykład w postaci karty informacyjnej, którą wcześniej wydrukuje dla członków rodziny, z którą pracuje.

Czym jest dla człowieka choroba psychiczna? W szaleńczym tempie zmian w ostatnich latach osoby chore psychicznie są jedną z grup społecznych, która całkowicie się zagubiła w dzisiejszej rzeczywistości. Podobnie jak i inne choroby, choroby psychiczne są wyrazem utraty zdolności skutecznego realizowania przez organizm swych stosunków wewnętrznych i wymiany ze środowiskiem. Co w praktyce oznacza, że osoba chora często nie jest w stanie realizować w pełni różnych ról społecznych i zawodowych. Jako osoba pełniąca w społeczeństwie rolę „innego” jest dla nas wciąż mało zrozumiała. Stygmatyzacja choroby i chorego powodują, że przez wiele lat rodzina jest ostatnim azylem dla osoby chorej psychicznie, jest grupą, na terenie której może ona jeszcze funkcjonować i gdzie jest

tolerowana. Wycofanie się z kręgów naznaczających następuje po wielu nieudanych próbach zakorzenienia się w nowych układach społecznych dających szansę życia bez etykiety. Przykładowo, niepełnosprawność intelektualna, zwłaszcza o stopniu znacznym i głębokim, często uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie w społeczeństwie bez opieki. Podobnie psychoza schizofreniczna, w przebiegu której następuje deterioracja intelektualna (pogorszenie się stanu intelektualnego) i rozpad struktury osobowości, często również uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie. Uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych doprowadzają do degradacji psychicznej, somatycznej i społecznej.

## KARTA INFORMACYJNA

### Wybrane kategorie zaburzeń psychicznych według ICD-10

F00 – F09 Organiczne zaburzenia psychiczne, włącznie z zespołami objawowymi

F10 – F19 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych

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

F30 – F39 Zaburzenia nastroju (afektywne)

F40 – F49 Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną

F50 – F59 Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi

F60 – F69 Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych

F70 – F79 Upośledzenie umysłowe (niepełnosprawność intelektualna)

F80 – F89 Zaburzenia rozwoju psychicznego - całościowe zaburzenia rozwoju (spektrum autyzmu)

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

Powyżej ogólny spis wg podstawowej klasyfikacji ICD – 10, prowadzący może na własną ręką poszerzyć wiedzę z danego zaburzenia, dostosowując wykład do potrzeb konkretnej rodziny. W tym scenariuszu skupimy się na kilku, najczęstszych chorobach, takich jak: zaburzenia psychotyczne, zaburzenia afektywne, zaburzenia zachowania u dzieci.

Według wielu badań najczęstszymi zaburzeniami w polskiej populacji są **uzależnienia** (12,8%), w tym nadużywanie i uzależnienie od alkoholu, które występuje u 11,9% populacji, oraz nadużywanie i uzależnienie od narkotyków – u 1,4% populacji. **Zaburzenia lękowe** (nerwicowe) dotyczą 10% populacji, w tym 4,3% to fobie specyficzne, a 1,8% fobie społeczne. **Zaburzenia nastroju** (choroba afektywna jednobiegunowa i dwubiegunowa) w chwili przeprowadzania badań dotyczyły 3,5% populacji. Z innych źródeł wynika, że ryzyko wystąpienia zaburzeń nastroju w ciągu życia wynosi 17% (trzykrotnie częściej występują one u kobiet niż u mężczyzn).

Schizofrenia występuje u ok. 1% populacji, ale jest chorobą, która wymaga największej pomocy społecznej, z uwagi na swój destrukcyjny charakter dla jednostki.

Wybrane zaburzenia psychiczne:

#### Zaburzenia psychotyczne:

- schizofrenia
- zaburzenia schizoafektywne
- depresję psychotyczną i chorobę afektywną dwubiegunową z epizodami manii psychotycznej i depresji psychotycznej,
- psychozy powstałe w wyniku przyjmowania substancji psychoaktywnych
- psychozy w przebiegu uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (tzw. organiczne zaburzenia).

Aby zaburzenie psychiczne mogło być zdiagnozowane jako psychoza, muszą być spełnione następujące warunki: 1) muszą pojawić się objawy wytwórcze, czyli omamy i urojenia, którym często towarzyszą formalne zaburzenia myślenia; 2) chory nie może mieć poczucia choroby – świat urojeń i omamów jest dla niego światem realnym

Rodzaj objawów wytwórczych	Definicja	Podział i przykłady	Uwagi
Omamy (halucynacje)	Falszywe spostrzeżenia powstające bez udziału bodźców zewnętrznych (poza osobą)	Omamy powstają bez czynnika zewnętrznego, rzutowanie na zewnątrz oznacza, że chory potrafi określić, skąd np. dochodzi głos (np. z szafy), brak krytycyzmu wobec nich	omamy słuchowe (np. głosy komentujące), omamy wzrokowe
Pseudohalucynacje	Falszywe spostrzeżenia powstające bez udziału bodźców zewnętrznych, (wewnątrz osoby)	głos w głowie, w zębie, w swoim wnętrzu	Typowy objaw dla psychoz schizofrenicznych
Urojenia	Zaburzenia treści myślenia polegające na fałszywych przekonaniach, błędnych sądach, odpornych na wszelką argumentację i podtrzymywane mimo jawnych dowodów wskazujących na ich nieprawdziwość	Urojenia mogą być różnej treści: wielkościowe, posłannicze, prześladowcze, nihilistyczne	

## Zaburzenia afektywne:

Zaburzenia afektywne polegają na występowaniu zaburzeń nastroju – obniżenie nastroju (epizod depresyjny, depresja) lub podwyższenie nastroju (mania). Zaburzenia nastroju mogą ujawniać się poprzez dwie jednostki chorobowe:

- chorobę afektywną jednobiegunową – w której nawracają epizody depresyjne przedzielone okresami względnie dobrego samopoczucia; (depresja)
- chorobę afektywną dwubiegunową – w której naprzemiennie występują epizody manii i depresji, przy czym zazwyczaj w życiu pacjenta więcej jest epizodów depresyjnych. (CHAD)

Choroba afektywna jednobiegunowa jest znacznie częstsza niż dwubiegunowa – ryzyko wystąpienia w życiu epizodu depresyjnego wynosi ok. 17%, zaś epizod maniackalny przeżywa ok. 1% populacji. Choroba afektywna dwubiegunowa uwarunkowana jest, podobnie jak schizofrenia, neurorozwojowo, zaś choroba jednobiegunowa rozwija się częściej niż dwubiegunowa jako reakcja na ciężki przewlekły stres, który nakłada się na konstytucjonalną skłonność do zachorowania na depresję. Epizodowi depresyjnemu często towarzyszy wolno płynący lęk. Lęk nie należy do kryteriów diagnostycznych epizodu depresyjnego, choć jest objawem częstym i dość typowym. Płynna granica pomiędzy zaburzeniami nastroju a



niektórymi zaburzeniami lękowymi, np. zespołem lęku uogólnionego, wskazuje na podobieństwo tych dwóch grup i być może na ich wspólną etiologię. Prawdopodobieństwo nawrotu leczonej depresji w ciągu życia wynosi 80%.

Głównymi przyczynami, dla których dorośli szukają pomocy psychologicznej, są depresja i lęk; w przypadku dzieci – są to zaburzenia zachowania. W niektórych przypadkach zaburzenia zachowania mogą być uwarunkowane chorobami psychicznymi, często jednak są one spowodowane zaburzeniami socjalizacji czy interakcją różnych niekorzystnych czynników zakłócających rozwój dziecka. Oprócz *zaburzeń zachowania* czy *zaburzeń opozycyjno-buntowniczych*, często stwierdzane problemy to zaburzenia uwagi typu ADD czy ADHD lub różnego rodzaju trudności w uczeniu się. Widoczne jest, że zaburzenia te nabierają innego znaczenia w dorosłym życiu, choćby dlatego, że w trakcie rozwoju człowiek uczy się z nimi funkcjonować, ale również dlatego, że znika presja edukacyjna. Poważnym problemem jest również – zwłaszcza u nastolatków – *uzależnienie od substancji psychoaktywnych*. Charakterystyczne dla okresu dzieciństwa są tzw. *całościowe zaburzenia rozwoju*, do których zaliczyć można np. *autyzm*, zespół Retta czy zespół Aspergera. W okresie rozwojowym ujawniają się również różnego rodzaju fragmentaryczne i globalne dysfunkcje intelektualne. Te częściowe deficyty (np. zaburzenia analizy i syntezy słuchowej, wzrokowej, lateralizacji, motoryki, integracji sensoryczno-motorycznej) mogą być przyczyną specyficznych trudności w uczeniu się, pewnego typu dysleksji, dysgrafii czy dyskalkulii.

W przypadku dzieci i młodzieży diagnozuje się również zaburzenia, które możemy określić jako choroby psychiczne, jednak mogą mieć one swoją specyfikę związaną z kontekstem rozwojowym. Przykładem może być np. *depresja młodzieńcza* czy wyróżnienie wśród zaburzeń lękowych *lęku separacyjnego*, związanego z nadmierną obawą przed rozdzieleniem z osobą, do której dziecko jest przywiązane (często w przypadku zaprowadzenia dziecka do przedszkola lub szkoły), albo też tzw. *fobii szkolnej*, związanej z wybiórczym lękiem

i unikaniem sytuacji czy rzeczy dotyczących środowiska szkolnego. Charakterystyczne dla okresu młodości są także zaburzenia odżywiania się (anoreksja, bulimia),

Po zakończeniu miniwykładu i części psychoedukacyjnej pracownik pomocy społecznej przekazuje klientowi kartę do sporządzenia notatek. Po wypełnieniu przez klienta Karty Pracy, pracownik odpowiada na pytania. Jeśli pracownik nie zna odpowiedzi na zadane pytania, informuje o tym klienta wskazując na czas i sposób udzielenia odpowiedzi.



## Spotkanie 2

### Karta pracy

W tym zadaniu postaramy się określić co zmieniło się w rodzinie i dla każdego jej członka po pojawieniu się, diagnozie choroby. Każdy indywidualnie wypisuje w poszczególnych kolumnach zmiany jakie zauważył u siebie po pojawieniu się choroby w rodzinie. Jakie zmiany zaszły w kwestii zachowań, jakie w obszarze myśli i uczuć?

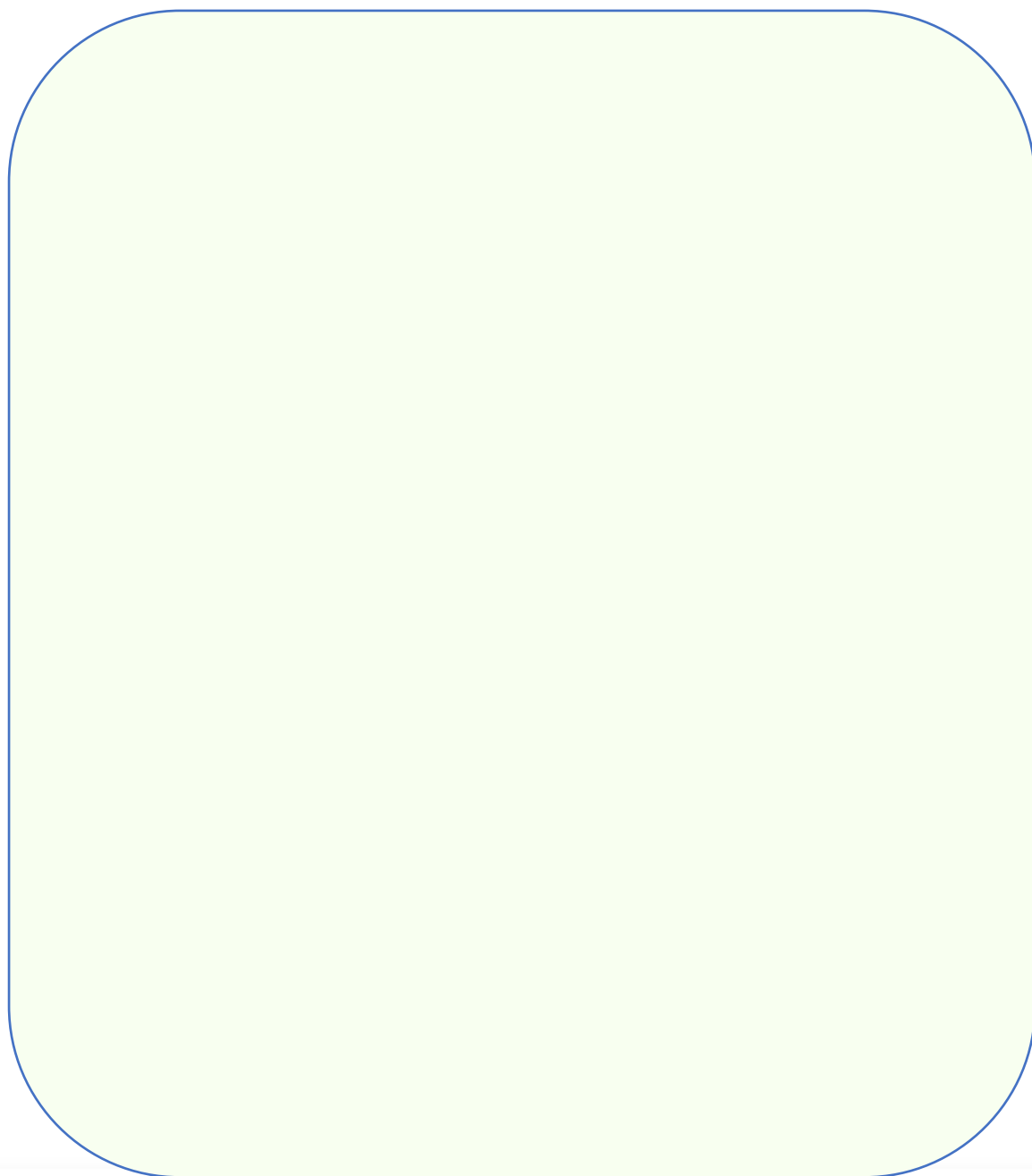
Jakie zmiany zauważam po pojawieniu się choroby w rodzinie?		
Zachowanie	Myśli	Uczucia

Po zakończeniu zadania członkowie rodziny dyskutują ze sobą na temat własnych odpowiedzi.

Dodatkowe pytania prowadzącego:

- Czy zmiany, jakie zauważacie są podobne u innych członków rodziny?
- Kiedy pierwszy raz zauważyliście zmiany?
- Czy rozmawialiście ze sobą o tym co się zmieniło?

**Po zakończeniu zadania** pracownik pomocy społecznej przekazuje klientowi kartę do sporządzenia notatek. Po wypełnieniu przez klienta Karty Pracy, pracownik odpowiada na pytania. Jeśli pracownik nie zna odpowiedzi na zadane pytania, informuje o tym klienta wskazując na czas i sposób udzielenia odpowiedzi.



### Spotkanie 3

Podczas spotkania pracownik odpowiada na wszelkie pytania klienta oraz wypełnia z nim indywidualny plan pracy (tylko w przypadku, kiedy zgodzi się na dalsze spotkania) \*

#### 1. Kopia dla klienta

S	M	A	R	T
CO CIĘ DRĘCZY - NAZWIJ TO KONKRETNIE JEDNYM ZDANIEM	Jak długo Cię to dręczy? Od kiedy? Podaj konkretną datę	Czego byś chciał? Jaki masz plan, żeby to zrobić? Konkretnie wypisz krok po kroku	Czy ten plan jest realny?	Kiedy chcesz to zrobić? Podaj realną datę i czas

Czego oczekuje klient od pracownika

2. Kopia dla pracownika – pracownik wypełnia formularz ze swojej perspektywy) – jaki ma plan na pomoc klientowi

S CO CIĘ DRĘCZY - NAZWIJ TO KONKRETNIE JEDNYM ZDANIEM	M Jak długo Cię to dręczy? Od kiedy ? Podaj konkretną datę	A Czego byś chciał ? Jaki masz plan, żeby to zrobić? Konkretnie wypisz krok po kroku	R Czy ten plan jest realny ?	T Kiedy chcesz to zrobić? Podaj realną datę i czas

Co mogę zaoferować pracownikowi

3. Po wypełnieniu SMART plan przez Klienta i Pracownika, należy wypełnić wspólny plan działania, na które zgodzi się klient i pracownik (należy dojść do porozumienia)

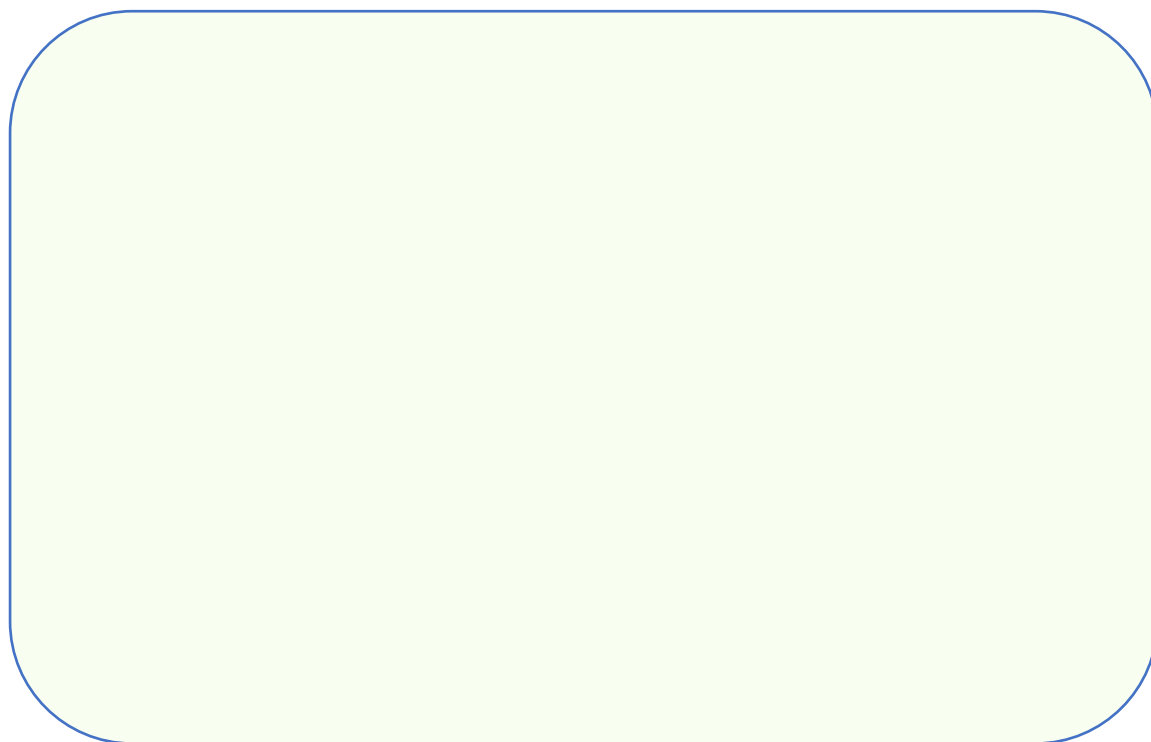
S CO CIĘ DRĘCZY - NAZWIJ TO KONKRETNIE JEDNYM ZDANIEM	M Jak długo Cię to dręczy? Od kiedy ? Podaj konkretną datę	A Czego byś chciał ? Jaki masz plan, żeby to zrobić? Konkretnie wypisz krok po kroku	R Czy ten plan jest realny ?	T Kiedy chcesz to zrobić? Podaj realną datę i czas

Sugestie i notatki obu stron

Po zakończeniu spotkania pracownik pomocy społecznej przekazuje klientowi kartę do sporządzenia notatek. Po wypełnieniu przez klienta Karty Pracy, pracownik odpowiada

na pytania. Jeśli pracownik nie zna odpowiedzi na zadane pytania, informuje o tym klienta wskazując na czas i sposób udzielenia odpowiedzi.

W tym miejscu pracownik także sporządza notatki na temat kontynuowania bądź zakończenia sesji i spotkań. Wpisuje także zalecenia i rekomendacje



W tym miejscu pracownik także sporządza notatki na temat kontynuowania bądź zakończenia sesji i spotkań. Wpisuje także zalecenia i rekomendacje

