

УДК 159.9

DOI 22185186.2019.1.15

*Jakub Bartoszewski,
Lesia Sikorska*

PSYCHOTERAPII JAKO ELEMENT PREWENCYJNYCH ŚRODKÓW INTEGRACJI SPOŁECZNEJ

WPROWADZENIE

W sytuacjach wykluczenia społecznego ludzie potrzebują wsparcia społecznego [22; 23]. W sytuacji granicznej zazwyczaj sięgają do wsparcia rodzinnego, czyli naturalnego oraz wsparcia specjalistycznego – psychologów [24]. Cierpienie wywołane wykluczeniem społecznym generuje stres i wzmaga potrzebę poszukiwania wsparcia. Stąd ludzie, np.: będący wykluczeni z powodów rodzinnych, sytuacji finansowych, czy też choroby, często szukają pomocy odwołując się do Transcendensu. Wsparcie na poziomie psychoterapeutycznym z wykorzystaniem elementów duchowości mogą i stają się technikami i narzędziami wsparcia jako element integracji społecznej. Warto w tym miejscu podkreślić, iż pierwiastek duchowy odgrywa jedną z istotnych ról rozwoju osobowości człowieka. Potrzeby zatem duchowe są naturalnym stanem rzeczy, gdyż człowiek ze swej natury jest istotą duchową. Co ciekawe prewencja psychoterapeutyczna z wykorzystaniem elementów duchowych może prowadzić do eliminacji wykluczenia społecznego powodując budowanie koegzystencji społecznej [5].

Należy zauważyć, iż badania w obszarze psychoterapii jednoznacznie wskazują, iż pierwiastek duchowy ma znaczenie w życiu pacjentów, aż 87%, zdaniem J. Hills, J. Paice, J. Cameron, S. Shott [12] uważa, że duchowość jest istotną częścią ich życia, a ponad 51% wskazuje religię jako ważny obszar w swej sytuacji życiowej [1; 6; 12]. Co ciekawe, wielu pacjentów podaje, iż życie duchowe pomaga im przezwyciężyć problemy z wykluczeniem społecznym [1].

Zdaniem wspomnianych badaczy człowiek znajdujący się w sytuacji trudnej życiowo często są labilnie emocjonalnie przeżywają przy tym trudności w kontaktach interpersonalnych. Psychoterapia wykorzystująca elementy duchowości pozwalają osobą wykluczonym nabrać optymizmu i ponownie

spojrzeć z nadzieją na swą sytuację życiową [18]. Co istotne, jak wskazuje H. Lin i S. Bauer-Wu wykorzystanie tak zwanej opieki duchowej powoduje konstruktywne radzenie sobie z problemami społecznymi [16].

Według C. Rogersa [20] pomagający, w tym i psychoterapeuta winien: a) darzyć klienta bezwarunkową akceptacją; b) w kontakcie z klientem, psychoterapeuta winien w swych działaniach być spójny; c) w komunikacji z klientem psychoterapeuta winien starać się rozumieć klienta.

Mając to na względzie mogę stwierdzić, iż psychoterapeuta wzmacnia wykluczonego, gdy jest w stanie w sposób właściwy reagować na jego problemy i zapewnić, że, np.: w przypadku choroby fizycznej, która wpływa na psychikę będzie leczona (90%); nadto wie wszystko, co można wiedzieć o chorobie (87%); zapewnia, że ból będzie leczony (87%); od czasu do czasu wykazuje poczucie humoru (80%) [11, s. 1278–1288].

W odniesieniu do tych faktów wsparcie psychoterapeutyczne jako element profilaktyki wykluczenia społecznego ujawnia, iż zaangażowanie w sytuację pacjenta powoduje zwiększenie nadziei u pacjentów, które objawiają się: a) w budowanie wiary we własne siły i zdolności; b) wychodzenie na przeciw samopoczuciu pacjentów; c) komunikowanie się z innymi; d) umożliwianie pacjentom bycia zaangażowanym; e) zwracanie uwagi na przekonania u wartości pacjentów.

METODA

W proponowanym badaniu określono dwa cele: zbadanie cech osobowości psychoterapeutów, które są jednym z podstawowych elementów działań psychoterapeutycznych; drugi cel wiązał się z pozyskaniem opinii pacjentów – osób wykluczonych, które poprzez działania psychoterapeutyczne wracały na łono społeczeństwa.

W tym celu sformułowalem następujący problem badawczy: P_{ogólny} – Jakie są różnice między cechami ujawnionymi przez psychoterapeutów, którzy realizują psychoterapię, a cechami oczekiwanymi przez te osoby – pacjentów?

Natomiast hipoteza brzmiała: H_{ogólna} – Ujawnione cechy psychoterapeutów realizujące zadania prewencyjne w inkluzji różnią się od cech postulowanych i jednocześnie oczekiwanych przez osoby uzyskujące wsparcie.

W badaniu wykorzystano test «ACL Lista Przymiotnikowa» autorstwa H. Gougha i A. Heilbruna [10], który przeprowadziła mgr A. Bartoszevska psycholog i psychoterapeuta. Proponowany test jest narzędziem trafnym, a zarazem rzetelnym. Narzędzie to składa się z listy 300 przymiotników. Zadaniem badanego jest wybór z listy tych przymiotników, które określają daną cechę, a zarazem które odpowiadają zachowaniu osoby ocenianej.

Ów test można zastosować do badań, np.: ja idealnego, ja realnego, czy też charakterystyki konkretnej osoby, czy też grupy [10, s. 16–18; 25]. Nadto ów test stosowany był przez badaczy szukających odpowiedzi na pytanie dotyczące postrzegania własnych matek przez dzieci [21], czy też studentów uczelni wyższych postrzeganych przez swych kolegów i koleżanek studentów [9], uczniów przez nauczycieli (Kitchin, 1972), członków rodzin przez uzależnionych [7], pacjentów przez psychoterapeutów [8]. R. LaPlace, D. Stein, H. Weissman [15] przeprowadzili badania w grupie doświadczonych i mniej doświadczonych terapeutów, którzy za zadanie mieli scharakteryzować osoby chore na schizofrenię.

Rzetelność Testu ACL. Testu ACL w swej strukturze jest spójny i rzetelny, jego właśnie rzetelność została określona za pomocą stabilności bezwzględnej (test-retest) oraz poprzez zbadanie homogeniczności jego skal, w tym celu zastosowano wzór Kudera-Richardsona (K-R 20).

Współczynniki korelacji między pomiarami test-retest pozwoliły uzyskać wyniki, które świadczą o stabilności bezwzględnej testu ACL. Ów współczynnik r_{tt} wahały się od 0,82 do 0,91 [17]. Natomiast homogeniczności skal pozwoliły wyciągnąć wniosek, iż przymiotniki przypisane przez osoby sędziujące do poszczególnych skal są związane z obrębem poszczególnej skali z tym samym zakresem treściowym. Współczynniki wahały się od 0,7 do 0,91 dla kobiet i od 0,7 do 0,94 dla mężczyzn [17].

Trafność Testu ACL. Trafność Testu ACL oszacowano przeprowadzono badania w grupie 25 psychoterapeutów i porównano je z wynikami kierowników duchowych. Zakładałem, że psychoterapeuci będą posiadać wyższy wskaźnik w skalach, które wiążą się z poczuciem pewności; zrównoważeniem; wpływem na inne osoby; uspołecznieniem; dojrzałością oraz odpowiedzialnością [19]. Niestety istotne różnice między grupami ujawniły się w konkretnych skalach: a) nastawienie obronne; b) potrzeba dominacji; c) potrzeba afiliacji; d) potrzeba kontaktów heteroseksualnych; e) potrzeba agresji; f) potrzeba poniżania się.

Psychoterapeuci okazali się bardziej pewne siebie, stanowczy, zmierzające do wytyczonego celu. Ponadto bardziej czują się swobodniej w kontaktach społecznych. Wyniki te świadczą o trafności Testu ACL [17].

Charakterystyka badanej grupy. W badaniach wzięło udział 95 (N=95) osób. W znacznej większości były to kobiety bo aż 75 osób (N=75). Z tych 95 osób 20 to mężczyźni (N=20). Próbę dobrano celowo, czyli dobór miał charakter celowy (arbitralny), zaś średnia wieku badanych osób wynosiła blisko 47 lat. Co do wykształcenie to 54 osoby (55,8%) posiadały wykształcenie wyższe; średnie 28 osób (28,4%); 8 osób ma wykształcenie zawodowe (9,4%),

zaś 5 osób określiło swoje wykształcenie jako gimnazjalne. Przedstawia to tabela nr. 1.

Tabela 1 – Wykształcenie osób badanych (źródło: badania własne)

Wykształcenie	N	%
Gimnazjalne	6	6,4
Zawodowe	7	9,4
Średnie	28	28,4
Wyższe	54	55,8
Ogółem	95	100,0

Badana grupa w znacznej większości zmagą się z wykluczeniem społecznym wynikającym z choroby, utraty pracy, przemocy w rodzinie. Część grupy tj. 22 osób (43,2%) uczęszcza do ośrodka Pomocy Społecznej, grupa wsparcia. Grupa 5 osób (2%) to osoby starsze korzystające z ośrodka dziennego pobytu prowadzonego w Ośrodku Dziennego Pobytu. Pozostała grupa 52 osób (54,8%) została dobrana w sposób arbitralny, były to osoby nie związane z jakąkolwiek instytucji.

Tabela 2 – Rodzaj placówki (źródło: badania własne)

Rodzaj placówki	N	%
MOPS (Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej)	37	43,2
Ośrodek Dziennego Pobytu	5	2
Inne	52	54,8
Ogółem	95	100,0

Badania przebiegały w dwóch etapach. W pierwszym etapie badane osoby były poproszone o zakreślenie tych przymiotników określających osobowość, którymi ich zdaniem powinny charakteryzować się osoby profesjonalnie świadczące wsparcie emocjonalne i duchowe. Była to ocena idealna, postulowana.

Tabela 3 – Osoby charakteryzowane przez grupę badanych w drugim etapie badań (źródło: badania własne)

Osoby	N	%
Ksiądz	5	5,2
Psychoterapeuta	76	80,0
Rodzina	4	4,2
Przyjaciel	1	1,0
Psycholog	8	8,4
Pracownik Socjalny	1	1,0
Ogółem	95	100,0

W drugim etapie poproszono te same osoby o ponowne wypełnienie Testu ACL, jednak tym razem ich zadaniem było przypisanie odpowiednich przymiotników osobom, które w przeszłości udzielały jej wsparcia emocjonalnego i duchowego jako elementu związanego z wykluczeniem społecznym. W odróżnieniu od poprzednio dokonanej oceny była to zatem ocena realna.

Wśród osób ocenianych przez badaną grupę największą popularnością cieszyli się psychoterapeuci, którzy zostali wskazani jako ci, którzy udzielili wsparcia emocjonalnego i duchowego N=76 (80%); następnie psychologowie – 8 osób (8,4%); kapłani – 5 osoby (4,2%) i rodzina – 4 osoby (4,2%); w 1 przypadku był to pracownicy socjalni (1%).

WYNIKI BADAŃ

Wyniki badań własnych przedstawijno niejako w dwóch poziomach. W pierwszym ukażemy różnice w zakresie zmiennych, które wiążą się z testem ACL, czyli między tak zwanym specjalistą idealnym a realnym. Na drugim poziomie ukażemy tak zwane porównanie profilowe specjalisty idealnego i realnego.

Różnice w zakresie poszczególnych zmiennych ACL. W tym celu niezbędne jest przedstawienie zmiennych porównując między nimi: a) średnią arytmetyczną; b) odchylenie standardowe; c) błędy standardowe średnich poszczególnych zmiennych Testu «ACL Lista Przymiotnikowa» autorstwa H. Gougha i A. Heilbruna, tworzących w ten sposób profil specjalistów świadczącego wsparcia w zakresie inkluzji społecznej z wykorzystaniem elementu duchowego jako techniki i narzędzia psychoterapeutycznego. W celu stwierdzenia różnic między zmiennymi został zastosowany test t-Studenta dla prób zależnych.

Tabela 4 – Porównania wartości Testu ACL w odniesieniu do profilu realnego (PR) i profilu idealnego (PI) (źródło: badania własne)

L.p.	Skale	M	SD	błąd standardowy średniej	N
1	2	3	4	5	6
1.	No Ckd (PI)	36,3	5,99	,61	95
	No Ckd (PR)	33,4	5,25	,53	95
2.	Fav (PI)	54,8	8,26	,84	95
	Fav (PR)	47,1	9,74	,99	95
3.	Unfav (PI)	40,6	1,38	,14	95
	Unfav (PR)	44,7	11,08	1,13	95
4.	Com (PI)	41,8	8,30	,85	95
	Com (PR)	36,3	8,91	,91	95
5.	Ach (PI)	53,8	6,94	,71	95
	Ach (PR)	49,8	7,96	,81	95

1	2	3	4	5	6
6.	Dom (PI)	55,6	6,15	,63	95
	Dom (PR)	52,9	5,65	,58	95
7.	End (PI)	62,9	6,50	,66	95
	End (PR)	58,2	9,15	,93	95
8.	Ord (PI)	65,4	7,58	,77	95
	Ord (PR)	61,1	9,76	1,00	95
9.	Int (PI)	56,5	8,01	,82	95
	Int (PR)	48,8	10,10	1,03	95
10.	Nur (PI)	52,0	6,32	,64	95
	Nur (PR)	46,7	9,18	,94	95
11.	Aff (PI)	50,8	8,77	,89	95
	Aff (PR)	44,8	10,76	1,10	95
12.	Het (PI)	45,8	6,55	,67	95
	Het (PR)	43,6	8,31	,85	95
13.	Exh (PI)	52,3	4,33	,44	95
	Exh (PR)	51,9	6,65	,68	95
14.	Aut (PI)	48,0	5,04	,51	95
	Aut (PR)	48,9	8,07	,82	95
15.	Agg (PI)	45,7	4,84	,49	95
	Agg (PR)	47,4	7,96	,81	95
16.	Cha (PI)	41,2	5,19	,53	95
	Cha (PR)	40,9	4,42	,45	95
17.	Suc (PI)	46,4	5,59	,57	95
	Suc (PR)	45,2	6,51	,66	95
18.	Aba (PI)	47,7	5,34	,54	95
	Aba (PR)	48,7	6,48	,66	95
19.	Def (PI)	53,0	5,72	,58	95
	Def (PR)	50,2	7,49	,76	95
20.	Crs (PI)	46,8	7,31	,75	95
	Crs (PR)	49,4	9,06	,92	95
21.	S-Cn (PI)	54,3	4,48	,46	95
	S-Cn (PR)	52,4	5,75	,59	95
22.	S-Cfd (PI)	55,4	6,45	,66	95
	S-Cfd (PR)	52,2	8,15	,83	95
23.	P-Adj (PI)	53,9	6,55	,67	95
	P-Adj (PR)	49,6	8,45	,86	95

1	2	3	4	5	6
24.	Iss (PI)	65,3	6,66	,68	95
	Iss (PR)	60,0	8,22	,84	95
25.	Cps (PI)	51,1	6,42	,65	95
	Cps (PR)	50,6	5,66	,58	95
26.	Mls (PI)	51,4	7,02	,72	95
	Mls (PR)	46,8	8,34	,85	95
27.	Mas (PI)	54,0	8,75	,89	95
	Mas (PR)	49,9	6,73	,69	95
28.	Fem (PI)	46,3	8,27	,84	95
	Fem (PR)	41,2	8,54	,87	95
29.	Cp (PI)	48,7	5,55	,57	95
	Cp (PR)	46,9	6,70	,68	95
30.	Np (PI)	57,6	5,58	,57	95
	Np (PR)	54,4	8,04	,82	95
31.	A (PI)	59,1	5,87	,60	95
	A (PR)	54,8	6,97	,71	95
32.	Fc (PI)	51,3	4,26	,43	95
	Fc (PR)	49,2	6,19	,63	95
33.	Ac (PI)	41,4	5,92	,60	95
	Ac (PR)	44,7	6,86	,70	95
34.	A1 (PI)	37,1	4,62	,47	95
	A1 (PR)	39,5	6,01	,61	95
35.	A2 (PI)	43,0	5,73	,58	95
	A2 (PR)	43,9	5,68	,58	95
36.	A3 (PI)	52,0	9,73	,99	95
	A3 (PR)	49,5	10,12	1,03	95
37.	A4 (PI)	57,5	8,57	,88	95
	A4 (PR)	52,8	8,55	,87	95

Niestety wyniki testu t-Studenta ukazuje poważną różnicę w znacznej większości analizowanych skal. Należy zauważyć, biorąc pod uwagę liczbę użytych przymiotników przez osoby badane, że w przeważającej większości wybrali więcej przymiotników do opisu specjalisty idealnego ($M=36,3$) niż realnego ($M=33,4$) ta różnica jest istotna statystycznie ($t=6,545$ $p<0,001$).

Świadczy to, w naszej ocenie o zdecydowanie większych oczekiwaniach wobec psychoterapeutów, pracowników socjalnych, czy przyjaciół. Nadto wybrano więcej czasowników pozytywnych w opisach osoby idealnej ($M=54,8$) niż realnie udzielającej wsparcia ($M=47,1$ $t=7,846$ $p<0,001$). Z kolei

liczba wybranych przymiotników o charakterze negatywnym była częściej przypisywana księżą oraz rodzinie ($M=44,7$) niż specjalistą idealnym ($M=40,6$ $t=7,846$ $p<0,001$).

Tabela 4 – Różnice w poszczególnych skalach Testu ACL dla (PI) oraz (PR) (źródło: badania własne)

L.p.	rodzaj skali	Różnice w próbach zależnych			t	df	p
		M	SD	błąd standardowy średniej			
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	No Ckd (PI) - No Ckd (PR)	2,8626 3	4,24757	,43579	6,546	94	,000
2.	Fav (PI) - Fav (PR)	7,7257 9	9,58463	,98336	7,846	94	,000
3.	Unfav (PI) - Unfav (PR)	- 4,0525 3	11,21394	1,15053	-3,522	94	,001
4.	Com (PI) - Com (PR)	5,4431 1	10,70565	1,09838	4,955	94	,000
5.	Ach (PI) - Ach (PR)	4,0105 3	9,28784	,95292	4,209	94	,000
6.	Dom (PI) - Dom (PR)	2,7052 6	6,50838	,66775	4,051	94	,000
7.	End (PI) - End (PR)	4,7157 9	9,37942	,96230	4,901	94	,000
8.	Ord (PI) - Ord (PR)	4,2105 3	10,88420	1,11660	3,771	94	,000
9.	Int (PI) - Int (PR)	7,6736 8	12,24275	1,25598	6,110	94	,000
10.	Nur (PI) - Nur (PR)	5,2526 3	9,41702	,96617	5,427	94	,000
11.	Aff (PI) - Aff (PR)	5,9894 7	11,56718	1,18666	5,047	94	,000
12.	Het (PI) - Het (PR)	2,2000 0	9,39058	,96345	2,283	94	,025
13.	Exh (PI) - Exh (PR)	,34737	6,98596	,71674	,485	94	,629
14.	Aut (PI) - Aut (PR)	-,95789	8,86892	,90993	-1,053	94	,295

1	2	3	4	5	6	7	8
15.	Agg (PI) - Agg (PR)	- 1,6631 6	7,93841	,81457	-2,042	94	,044
16.	Cha (PI) - Cha (PR)	,34737	6,03319	,61889	,561	94	,576
17.	Suc (PI) - Suc (PR)	1,2842 1	7,84513	,80489	1,596	94	,114
18.	Aba (PI) - Aba (PR)	- 1,0526 3	7,27380	,74638	-1,410	94	,162
19.	Def (PI) - Def (PR)	2,7789 5	8,02679	,82353	3,374	94	,001
20.	Crs (PI) - Crs (PR)	- 2,5263 2	9,46982	,97158	-2,600	94	,011
21.	S-Cn (PI) - S-Cn (PR)	1,9263 2	5,51061	,56538	3,407	94	,001
22.	S-Cfd (PI) - S-Cfd (PR)	3,2842 1	9,01496	,92491	3,551	94	,001
23.	P-Adj (PI) - P-Adj (PR)	4,3157 9	10,37013	1,06494	4,056	94	,000
24.	Iss (PI) - Iss (PR)	5,2736 8	8,59297	,88162	5,982	94	,000
25.	Cps (PI) - Cps (PR)	,50526	7,33234	,75228	,672	94	,503
26.	Mls (PI) - Mls (PR)	4,5368 4	9,31232	,95542	4,749	94	,000
27.	Mas (PI) - Mas (PR)	4,0210 5	8,81036	,90290	4,453	94	,000
28.	Fem (PI) - Fem (PR)	5,1157 9	10,26133	1,05379	4,859	94	,000
29.	Cp (PI) - Cp (PR)	1,8000 0	6,78327	,69595	2,586	94	,011
30.	Np (PI) - Np (PR)	3,2210 5	8,75476	,89832	3,586	94	,001
31.	A (PI) - A (PR)	4,2210 5	8,43269	,86517	4,879	94	,000

1	2	3	4	5	6	7	8
32.	Fc (PI) - Fc (PR)	2,1052 6	5,71846	,58680	3,588	94	,001
33.	Ac (PI) - Ac (PR)	- 3,2315 8	6,93964	,71199	-4,539	94	,000
34.	A1 (PI) - A1 (PR)	- 2,3894 7	6,79376	,69703	-3,428	94	,001
35.	A2 (PI) - A2 (PR)	-,90526	6,85422	,70323	-1,287	94	,201
36.	A3 (PI) - A3 (PR)	2,5368 4	10,58180	1,08567	2,337	94	,022
37.	A4 (PI) - A4 (PR)	4,7473 7	10,78312	1,10632	4,291	94	,000

Biorąc pod uwagę wyniki, dokonano analizy poszczególne cechy osobowościowe, które są korelatami określonych potrzeb psychicznych i mają powiązania z obserwowanymi zachowaniami, stąd wyodrębniono piętnaście kategorii potrzeb. W tym miejscu przedstawię najistotniejsze:

1. W zakresie potrzeby osiągnięć zauważono różnice statystycznie istotne między opisem profesjonalisty idealnego ($M=53,8$) a realnego ($M=49,8$), wynik testu t wynosił $t=4,209$ $p<0,001$. Niestety wyniki te świadczą, że uczestnicy programów psychoterapeutycznych oczekują od psychoterapeuty wysokich kwalifikacji.

2. Kolejną cechą wskazywaną przez uczestników programów psychoterapeutycznych było poszukiwanie i utrzymywanie pozycji przywódcy w grupie. W tej skali uzyskano różnice statystycznie, które są istotne w teście t , wartości wyniosła $t=4,051$ $p<0,001$, to znaczy, że oczekiwania w stosunku do specjalisty idealnych są wyższe ($M=55,6$) niż spostrzegane u kierowników duchowych ($M=52,9$).

3. Równie istotna okazała się potrzeba wytrwałości obserwowana u psychoterapeutów (średnia specjalistów idealnych $M=62,9$, a realnych $M=58,2$; $t=4,901$ $p<0,001$). Co istotne pacjenci cenią u psychoterapeutów element wsparcia emocjonalnego i duchowego oraz umiejętność planowania i organizacji (w tym zakresie istnieją różnice istotne statystycznie ($t=3,771$ $p<0,001$) między obrazem idealnym ($M=65,4$) a rzeczywistym ($M=61,1$)).

4. Natomiast w zakresie potrzeby rozumienia innych, pacjenci wskazali, iż cechą tą winni odznaczać się kierownicy duchowi ($M=56,5$). Co

ciekawe oczekiwania są istotnie inne, wskazują na to wynik testu wynosi $t=6,110$ $p<0,001$.

5. Pacjenci również wskazali element zaangażowania się profesjonalisty w działania przynoszące emocjonalną korzyść innym: średnia specjalisty idealnego wynosi $M=52,0$, a rzeczywistego $M=46,7$; zaś wynik testu t wynosi $t=5,437$ $p<0,001$.

6. Inną istotną cechą podkreślaną przez pacjentów jest zawieranie przyjaźni z psychoterapeutami i tutaj zauważyłem różnice między oczekiwaniami, a stanem faktycznym. Średnia specjalisty idealnego wynosiła ($M=50,8$) a spostrzeganiem jej przez pacjentów ($M=44,8$); wynik test t wynosi $t=5,047$ $p<0,001$.

Dzięki testowi ACL wyodrębniono skale tematyczne, które były niezbędne do określenia komponentów zachowań interpersonalnych, które są niezbędne do opisu osobowości. W wyniku tego zebrany materiał badawczy – empiryczny pozwolił wskazać, iż występują istotnie statystycznie różnice między specjalistą realnym, a idealnym, i tak: a) samokontrola ($t=3,407$ $p<0,001$); b) zaufanie do siebie ($t=3,551$ $p<0,001$); c) przystosowanie osobiste ($t=4,056$ $p<0,001$); d) idealny obraz własnej osoby ($t=5,982$ $P<0,001$); e) poczucie męskości ($t=4,453$); f) poczucie kobiecości ($t=4,859$ $p<0,001$).

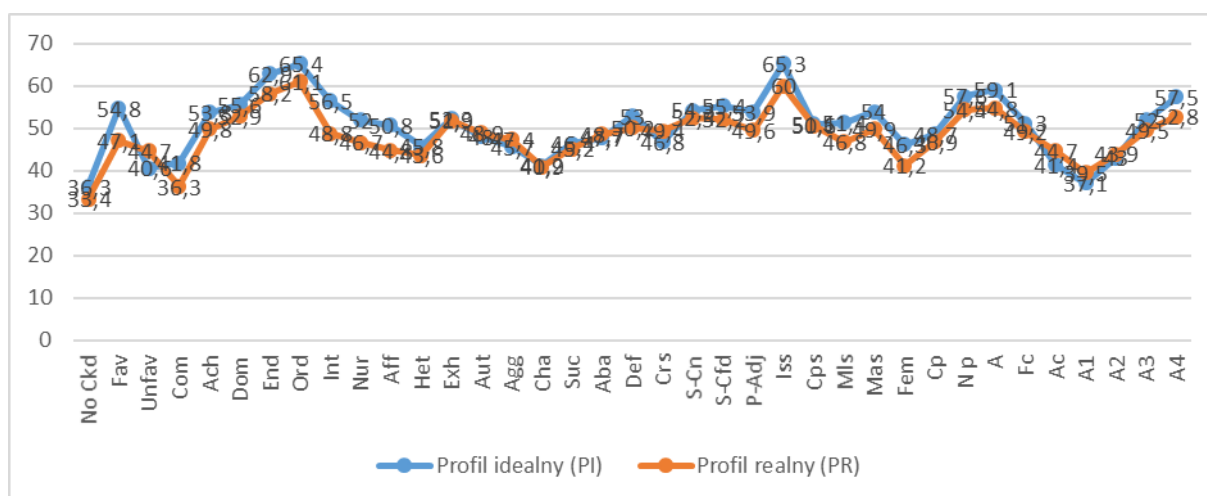
We wszystkich tych elementach pacjenci podali, iż psychoterapeuci charakteryzują się niższym natężeniem tych cech niż specjaliści w ujęciu idealnym.

Warto również w tym miejscu podkreślić, iż pacjenci przypisują psychoterapeutę, takie cechy jak: a) oryginalność; b) teatralność w zachowaniu, a co z tym idzie słaba zdolność logicznego myślenia (różnica istotna statystycznie $t=-3,428$ $p<0,001$); c) pragmatyzm, odznaczają się oni niższymi wartościami w tym zakresie (test t $t=2,337$ $p<0,05$); d) zdolnością do rozwiązywania problemów ($t=4,291$ $p<0,001$).

W niektórych analizowanych elementach nie zaobserwowałem różnic w opisie przez pacjentów specjalisty idealnego i rzeczywistego.

Różnice między profilami. Kolejny naszym działaniem badawczym dotyczącym podejmowanego tematu była analiza tak zwanych cech osobowości specjalistów, którzy świadczyli usługi psychoterapeutyczne na poziomie inkluzji społecznej. A zatem biorąc pod uwagę profesjonalistę realnego i idealnego przedstawiono na wykresie te profile. Warto zauważyć, iż starając się rzetelnie oszacować te dwa profile należy obliczyć współczynnik korelacji rangowej r_s Spearmana, przeznaczony dla testów wielopunktowych. Stąd przy współczynniku korelacji rangowej r_s Spearmana nami przyjęto zgodnie z metodologią wartość od -1 do 1, gdzie wartość 1 oznacza najwyższą zgod-

ność profilów, natomiast o dokładnym odwróceniu kierunków rangowania będzie świadczyć wartość -1; 0 oznacza, że brak jest jakiegokolwiek podobieństwa uporządkowania [4, s. 566–567].



Rysunek 1 – Różnice między profilami (źródło: badania własne)

Wartość wspomnianego współczynnika r_s klasował się na poziomie 0,28,2, co jednoznacznie świadczy, że mamy niskie podobieństwo obu profili.

DYSKUSJA

Ze uwagi na fakt, iż badania były li tylko pilotażowe trudno wskazać, czy badania mogą odnieść do jakichkolwiek badań w zakresie psychoterapii z wykorzystaniem elementu duchowego jako narzędzia i techniki psychoterapeutycznej. Niemniej podstawowy element badań mogą zamknąć w twierdzeniu, iż: pacjenci mają znacznie większe oczekiwania od psychoterapeutów w zakresie wsparcia niż kierowników duchowych oraz oczekują, iż psychoterapeuci będą przeciwdziałać wykluczeniu społecznemu. Nadto, chyba najistotniejsze pacjenci oczekują od psychoterapeutów: a) wysokich kwalifikacji; b) wiedzy; c) kompetencji; d) umiejętności komunikacji; e) potrzeby wytrwałości (u psychoterapeutów); f) staranności; g) umiejętności planowania; h) umiejętności organizacyjnych.

Natomiast w tak zwanym zakresie potrzeb rozumienia innych badani wskazują, iż psychoterapeuci winni odznaczać się wysoką empatią. Nadto oczekują możliwości zawarcia przyjaźni i znajomości, co niestety jest sprzeczne z etyką zawodu psychoterapeuty.

Analiza wskazała również, iż istnieje realna różnica między cechami profesjonalistą realnym a idealnym: a) samokontrola; b) zaufanie do siebie; c) przystosowanie osobiste; d) idealny obraz własnej osoby; e) poczucie męskości i kobiecości.

We wszystkich tych elementach wspomnianych przez nas pojawia się jasny przekaz świadczący o tym, iż pacjenci oczekują od specjalisty wyso-

kich wskaźników w tym zakresie. Pacjenci również podkreślali, co niestety potwierdziły badania, iż psychoterapeuci w znacznej mierze nie posiadają: a) wysokiej oryginalności; b) stosują tzw. teatralność w zachowaniu; c) mają problem z logicznym myśleniem.

Osoby badane nadto wskazują, iż psychoterapeuci w znacznej mierze nie są pragmatykami, ujawnia się u nich sztywny proces myślenia. Pacjenci oczekują: a) wysokiej inteligencji; b) zdolności do rozwiązywania problemów.

W niektórych odpowiedziach nie było istotnych różnic między profesjonalistą idealnym, a realnym analizowanych, np.: a) angażowanie się w działania; b) poszukiwanie nowych wyzwań i doświadczeń; c) zabieganie o sympatię; d) twórczy stosunek do rzeczywistości.

Podsumowując należy wskazać, iż otrzymane wyniki potwierdziły sformułowaną hipotezę. Wyniki badań potwierdziły w zdecydowanej większości sformułowaną hipotezę badawczą, która brzmiała: Ujawnione cechy psychoterapeutów realizujące zadania prewencyjne w inkluzji różnią się od cech postulowanych i jednocześnie oczekiwanych przez osoby uzyskujące wsparcie. Wyniki mogą posłużyć jako materiał szkoleniowy dla psychoterapeutów, którzy świadczą usługi terapeutyczne. W pewnym sensie zaprezentowane wyniki badań korespondują z wynikami takich innych autorów zajmujących się skutecznością psychoterapii jako elementu inkluzji społecznej.

Na podstawie wyników badań pozwolimy sobie sformułować trzy główne domeny kompetencji psychoterapeuty zajmującego się inkluzją społeczną: a) psychoterapeuta w oparciu o wiedzę, umiejętności i kompetencje jest w stanie zebrać informacje o potrzebach pacjenta w tym i elementów duchowych; b) psychoterapeuta może wykorzystać element duchowy jako techniki i narzędzia psychoterapeutyczne; c) psychoterapeuta jest w stanie dotykać tematyki duchowości jako elementu psychoterapii, który ma za zadanie zapobiegać wykluczeniu społecznemu.

Литература:

1. Balboni T. A., Paulk M. A., Balboni M. J., Phelps A. C., Loggers E. T., Wright A. A., Bock S. D., Lewis E. F., Peteet J. R., Prigerson H. G. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. *Journal of Clinical Oncology*, 2010. № 28, 3, P. 445–452.
2. Balboni T. A., Vanderwerker L.C., Block S. D. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*. 2007. № 25, P. 555–560.
3. Bartoszewski J. Edukacja do i w pracy socjalnej. Władza, umiejętności – wyzwania. *Współczesne wyzwania i dylematy w pracy socjalnej*. Konin : Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koninie, 2017. S. 7–16. URL : <https://pbn.nauka.gov.pl/sedno-webapp/works/859589>

4. Brzeziński J. Metodologia badań psychologicznych. Warszawa : Wydawnictwo Naukowe PWN, 1999. 684 s.
5. Chan M. F. Factors affecting nursing staff in practicing spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. 2010. № 19. P. 28-36.
6. Ehman J. W., Ott B. B., Short T. H., Ciampa R. C. Hansen-Flaschen J. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Arch of Internal Medicine*. 1999. № 159 (15). P. 1803–1806.
7. Eldred C. A., Brown B. S. Heroin addict clients' description of their families of origin. *The International Journal of the Addictions*. 1974. № 9 (2). P. 315–320.
8. Goldman R. K., Mendelsohn G. A. Psychotherapeutic change and social adjustment: A report of a national survey of psychotherapists. *Journal of Abnormal Psychology*. 1969. № 74. P. 164–172.
9. Gough H. G. Manual for the California psychological inventory. *Consulting Psychologist Press*. Palo Alto, CA, 1969. № 37. P. 179-182.
10. Gough H. B., Heilbrun A. B. The adjective checklist manual. *Consulting Psychological Reports*, 1960. № 6. P. 107-122.
11. Hagerty R. G., Butow P. N., Ellis P. M. et al. Communicating with realism and hope: Incurable cancer patient's views on the disclosure of prognosis. *Journal of Clinical Oncology*. 2005. № 23. P. 1278–1288.
12. Hills J., Paice J. A., Cameron J. R., Shott S. Spirituality and distress in palliative care consultation. *Journal of Palliative Medicine*. 2005. № 8. P. 782–788.
13. Holmes S. M., Rabow M. W., Dibble S. L. Screening the soul: communication regarding spiritual concerns among primary care physicians and seriously ill patients approaching the end of life. *American Journal of Hospice and Palliative Care*. 2006. № 23. P. 25–33.
14. Jaffe J. Attitudes of adolescents toward the mentally retarded. *American Journal of Mental Deficiency*. 1966. № 70. P. 907–912.
15. LaPlace R., Stein D. D., Weissman H. N. Clinical experience and the perception of the schizophrenic patient. *Journal of Consulting Psychology*. 1968. № 32. P. 134–139.
16. Lin H. R., Bauer-Wu S. M. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: An integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 2003. № 44. P. 69–80.
17. Matkowski M. Test Przymiotników do badania struktury osobowości. *Przegląd Psychologiczny*. 1984. № 27, 2, S. 520–536.
18. McClain-Jacobson C., Rosenfeld B., Kosinski A., Pessin H., Cimino J. E., Breitbart W. Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. *General Hospital Psychiatry*. 2004. № 26. P. 484–486.
19. Motyka M., Pajor Z., Golańska Z., Kabat Z. Charakterystyka osobowości przyszłych pielęgniarek na podstawie badań inwentarzem CPI. *Przegląd psychologiczny*. 1980. № XXIII. 2. S. 333–345.
20. Rogers C. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. *Psychology: a study of a science / S. Koch (red.)*. Vol. 3 : Formulations of the person and the social context. New York : McGraw-Hill, 1959. P. 184–256.
21. Scarr S. The origins of individual differences in adjective check list scores. *Journal of Consulting Psychology*. 1966. Vol. 30 (4). P. 354–357.

22. Schwarzer R., Hahn A., Schroder H. Social integration and social support in a life crisis: Effects of macrosocial change in East Germany. *American Journal of Community Psychology*. 1994. № 22. P. 685–706.
23. Sęk H. Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysowej. *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* / D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.). Kraków : Wydawnictwo ALL, 1997. S. 159–169.
24. Sęk H., Cieślak R. Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* / H. Sęk, R. Cieślak (red.). Warszawa : PWN, 2011. S. 11–28.
25. Siek S. Wybrane metody badania osobowości. Wyd. 2 popr. i rozsz. Warszawa : ATK, 1993. 475 s.
26. Sikorska L. Uczucie samotności, jak aktualny problem nauk socjalnych. *Scientific Research Priorities – 2018: theoretical and practical value* : Proceedings of the II International Scientific and Practical Conference, Nowy Sącz, Poland, 26th–29th of June 2018. Nowy Sącz : Wyższa Szkoła Biznesu – National-Louis University, 2018. S. 42–43.
27. Sowa P. A., Cutter H. S. Attitudes of hospital staff toward alcoholics and drug addicts. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. 1974. № 35, P. 210–214.
28. Van Leeuwen R., Cusveller B. Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*. 2004. № 48 (3). P. 234–246.

References (transliterated and translated):

1. Balboni T. A., Paulk M. A., Balboni M. J., Phelps A. C., Loggers E. T., Wright A. A., Bock S. D., Lewis E. F., Peteet J. R., Prigerson H. G. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. *Journal of Clinical Oncology*, 2010. No 28, 3, P. 445–452. (in English).
2. Balboni T. A., Vanderwerker L.C., Block S. D. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*. 2007. No 25, P. 555–560. (in English).
3. Bartoszewski J. Edukacja do i w pracy socjalnej. Władza, umiejętności – wyzwania. Współczesne wyzwania i dylematy w pracy socjalnej. Konin : Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koninie, 2017. S. 7–16. URL : <https://pbn.nauka.gov.pl/sedno-webapp/works/859589> (in Polish).
4. Brzeziński J. Metodologia badań psychologicznych. Warszawa : Wydawnictwo Naukowe PWN, 1999. 684 s. (in Polish).
5. Chan M. F. Factors affecting nursing staff in practicing spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. 2010. No 19. P. 28-36. (in English).
6. Ehman J. W., Ott B. B., Short T. H., Ciampa R. C. Hansen-Flaschen J. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Arch of Internal Medicine*. 1999. No 159 (15). P. 1803–1806. (in English).
7. Eldred C. A., Brown B. S. Heroin addict clients’ description of their families of origin. *The International Journal of the Addictions*. 1974. NO 9 (2). P. 315–320. (in English).
8. Goldman R. K., Mendelsohn G. A. Psychotherapeutic change and social adjustment: A report of a national survey of psychotherapists. *Journal of Abnormal Psychology*. 1969. No 74. P. 164–172. (in English).

9. Gough H. G. Manual for the California psychological inventory. *Consulting Psychologist Press*. Palo Alto, CA, 1969. No 37. P. 179-182. (in English).
10. Gough H. B., Heilbrun A. B. The adjective checklist manual. *Consulting Psychological Reports*, 1960. No 6. P. 107-122. (in English).
11. Hagerty R. G., Butow P. N., Ellis P. M. et al. Communicating with realism and hope: Incurable cancer patient's views on the disclosure of prognosis. *Journal of Clinical Oncology*. 2005. No 23. P. 1278–1288. (in English).
12. Hills J., Paice J. A., Cameron J. R., Shott S. Spirituality and distress in palliative care consultation. *Journal of Palliative Medicine*. 2005. № 8. P. 782–788. (in English).
13. Holmes S. M., Rabow M. W., Dibble S. L. Screening the soul: communication regarding spiritual concerns among primary care physicians and seriously ill patients approaching the end of life. *American Journal of Hospice and Palliative Care*. 2006. No 23. P. 25–33. (in English).
14. Jaffe J. Attitudes of adolescents toward the mentally retarded. *American Journal of Mental Deficiency*. 1966. No 70. P. 907–912. (in English).
15. LaPlace R., Stein D. D., Weissman H. N. Clinical experience and the perception of the schizophrenic patient. *Journal of Consulting Psychology*. 1968. No 32. P. 134–139. (in English).
16. Lin H. R., Bauer-Wu S. M. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: An integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 2003. No 44. P. 69–80. (in English).
17. Matkowski M. Test Przymiotników do badania struktury osobowości. *Przegląd Psychologiczny*. 1984. No 27, 2. S. 520–536. (in Polish).
18. McClain-Jacobson C., Rosenfeld B., Kosinski A., Pessin H., Cimino J. E., Breitbart W. Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. *General Hospital Psychiatry*. 2004. No 26. P. 484–486. (in English).
19. Motyka M., Pajor Z., Golańska Z., Kabat Z. Charakterystyka osobowości przyszlých pielęgniarek na podstawie badań inwentarzem CPI. *Przegląd psychologiczny*. 1980. No XXIII, 2. S. 333–345. (in Polish).
20. Rogers C. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. *Psychology: a study of a science* / S. Koch (red.). Vol. 3 : Formulations of the person and the social context. New York : McGraw-Hill, 1959. P. 184–256. (in English).
21. Scarr S. The origins of individual differences in adjective check list scores. *Journal of Consulting Psychology*. 1966. Vol. 30 (4). P. 354–357. (in English).
22. Schwarzer R., Hahn A., Schroder H. Social integration and social support in a life crisis: Effects of macrosocial change in East Germany. *American Journal of Community Psychology*. 1994. No 22. P. 685–706. (in English).
23. Sęk H. Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysowej. *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* / D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.). Kraków : Wydawnictwo ALL, 1997. S. 159–169. (in Polish).
24. Sęk H., Cieślak R. Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* / H. Sęk, R. Cieślak (red.). Warszawa : PWN, 2011. S. 11–28. (in Polish).

25. Siek S. Wybrane metody badania osobowości. Wyd. 2 popr. i rozsz. Warszawa : ATK, 1993. 475 s. (in Polish).
26. Sikorska L. Uczucie samotności, jak aktualny problem nauk socjalnych. *Scientific Research Priorities – 2018: Theoretical and practical value* : Proceedings of the II International Scientific and Practical Conference, Nowy Sącz, Poland, 26–29 June, 2018. Nowy Sącz : Wyższa Szkoła Biznesu – National-Louis University, 2018. P. 42–43. (in Polish).
27. Sowa P. A., Cutter H. S. Attitudes of hospital staff toward alcoholics and drug addicts. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. 1974. No 35, P. 210–214. (in English).
28. Van Leeuwen R., Cusveller B. Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*. 2004. No 48 (3). P. 234–246. (in English).

Стаття надійшла до редакції 15.11.2018

Я. Бартошевський, Л. Сікорська

Психотерапія як елемент профілактики соціальної інтеграції

У статті показано, що люди, які знаходяться у важкій ситуації, мають вищі очікування від психотерапевтів щодо підтримки, ніж від духівників, оскільки сподіваються, що психотерапевти зможуть перешкодити їх соціальній ізоляції. Вони очікують від психотерапевтів: високої кваліфікації, знань, компетентності, навичок спілкування, наполегливості, працьовитості, навичок планування й організаційних навичок. Проте у сфері розуміння потреб інших людей респонденти вказують, що психотерапевти повинні характеризуватися високою емпатією. Вони очікують від них дружніх і приятельських відносин, що, на жаль, суперечить професійній етиці даного фахівця. Існує реальна різниця між очікуваннями осіб, які потребують соціальної підтримки, щодо професійних особливостей реального й ідеального фахівця-психотерапевта, щодо його самоконтролю, впевненості в собі, особистісної адаптації, ідеального образу себе, почуття мужності та жіночності. Психотерапевти значною мірою не володіють високою оригінальністю, вони використовують так звану театральність у поведінці, мають проблеми з логічним мисленням. Вони, в основному, не прагматики, вони виявляють ригідне мислення. Люди, які потребують соціальної підтримки, очікують від фахівця психолога чи психотерапевта високого інтелекту та здатності вирішувати проблеми. Незначні відмінності між реальним та ідеальним фахівцем виявлено у таких властивостях, як заангажованість у працю, пошук нового досвіду і переживань, прагнення схвалення, творче ставлення до дійсності. Розкриті особливості психотерапевтів, які виконують превентивні завдання в інклюзії, відрізняються від тих, які постулюються і в той же час очікуються тими, хто отримує підтримку. Фахівець, який у своїй діяльності опирається на знання, навички та компетентності, спроможний зібрати інформацію про потреби пацієнта, включаючи і духовні елементи. Він

може використовувати ці духовні елементи як психотерапевтичні методи й інструменти. Такий фахівець здатний торкатися теми духовності як елементу психотерапії для запобігання соціальній ізоляції.

Ключові слова: соціальна інтеграція, люди, які потребують соціальної підтримки, інклюзія, психотерапевт, інструменти підтримки, тест «ACL Lista Przymiotnikowa».

Ja. Bartoszewski, L. Sikorska

Psychoterapii jako element prewencyjnych środków integracji społecznej

W artykule pokazano, że ludzie, znajdujący się w sytuacji trudnej życiowo, mają znacznie większe oczekiwania od psychoterapeutów w zakresie wsparcia niż kierowników duchowych oraz oczekują, iż psychoterapeuci będą przeciwdziałać wykluczeniu społecznemu. Oni oczekują od psychoterapeutów: wysokich kwalifikacji, wiedzy, kompetencji, umiejętności komunikacji, potrzeby wytrwałości (u psychoterapeutów), staranności, umiejętności planowania, umiejętności organizacyjnych. Natomiast w tak zwanym zakresie potrzeb rozumienia innych badani wskazują, iż psychoterapeuci winni odznaczać się wysoką empatią. Oczekują możliwości zawarcia przyjaźni i znajomości, co niestety jest sprzeczne z etyką zawodu psychoterapeuty. Istnieje realna różnica między cechami profesjonalistą realnym a idealnym: samokontrola, zaufanie do siebie, przystosowanie osobiste, idealny obraz własnej osoby, poczucie męskości i kobiecości. Pacjenci oczekują od specjalisty wysokich wskaźników w tym zakresie. Psychoterapeuci w znacznej mierze nie posiadają: wysokiej oryginalności, stosują tzw. teatralność w zachowaniu, mają problem z logicznym myśleniem. Psychoterapeuci w znacznej mierze nie są pragmatykami, ujawnia się u nich sztywny proces myślenia. Pacjenci oczekują: wysokiej inteligencji, zdolności do rozwiązywania problemów. W niektórych odpowiedziach nie było istotnych różnic między profesjonalistą idealnym, a realnym analizowanymi, np.: angażowanie się w działania, poszukiwanie nowych wyzwań i doświadczeń, zabieganie o sympatię, twórczy stosunek do rzeczywistości. Ujawnione cechy psychoterapeutów realizujące zadania prewencyjne w inkluzji różnią się od cech postulowanych i jednocześnie oczekiwanych przez osoby uzyskujące wsparcie. Psychoterapeuta w oparciu o wiedzę, umiejętności i kompetencje jest w stanie zebrać informacje o potrzebach pacjenta w tym i elementach duchowych; psychoterapeuta może wykorzystać element duchowy jako techniki i narzędzia psychoterapeutyczne; psychoterapeuta jest w stanie dotykać tematyki duchowości jako elementu psychoterapii, który ma za zadanie zapobiegać wykluczeniu społecznemu.

Słowa kluczowe: integracja społeczna, ludzie potrzebujące wsparcia społecznego, inkluzja, psychoterapeut, narzędziami wsparcia, test «ACL Lista Przymiotnikowa».

Ya. Bartoshevskiy, L. Sikorska

Psychotherapy as an Element of Social Integration Prevention

The article shows that people in difficult situations have higher expectations for support from psychotherapists than clergymen, since they hope that psychotherapists will be able to prevent their social isolation. They expect psychotherapists to have high qualifications, knowledge, competence, communication skills, perseverance, hard work, planning skills and organizational skills. However, in the field of understanding the needs of other people, respondents indicate that psychotherapists should be characterized by high empathy. They expect them to have friendly relations, which, unfortunately, contradicts the professional ethics of this specialist. There is a real difference between the expectations of people who need social support regarding the professional features of a real psychotherapist and an ideal one, his/her self-control, self-confidence, personal adaptation, the ideal image of himself/herself, and the feeling of masculinity and femininity. Psychotherapists substantially do not possess high originality, they use the so-called theatricality in behavior, have problems with logical thinking. They are basically not pragmatic; they show rigorous thinking. People who need social support expect a specialist – psychologist or psychotherapist to have high intelligence and the ability to solve problems. The insignificant differences between the real specialist and the ideal one are revealed in such properties as engagement in the work, the search for new experiences, the desire for approval, and the creative attitude to the reality. The features of psychotherapists who perform preventive tasks in inclusion are different from those that are postulated and at the same time expected by people who receive support. A specialist who relies on knowledge, skills and competence in his/her work is able to collect the information about the patient's needs, including spiritual elements. He/she can use these spiritual elements as psychotherapeutic methods and tools. Such a specialist is able to deal with the topic of spirituality as an element of psychotherapy to prevent social isolation.

Key words: social integration, people who need social support, inclusiveness, psychotherapist, support tools, ACL Lista Przymiotnikowa test.

Рецензент – доктор психологічних наук,
професор З. Я. Ковальчук