

Agnieszka S. Zawadzka<sup>1</sup>, Lidia D. Czarkowska<sup>2</sup>,  
Maria Grajewska-Kulda<sup>3</sup>

## Diagnoza psychologiczna a coaching – zastosowanie Całościowej Skali Oceny Funkcjonowania (GAF) w praktyce coachingowej

### Abstrakt

Celem artykułu jest budowanie wiedzy i poszerzanie świadomości profesjonalnych coachów o wybrane aspekty psychologii klinicznej, ze szczególnym uwzględnieniem symptomów będących wczesnymi sygnałami ostrzegawczymi mogącymi świadczyć o tym, że klient potrzebuje pomocy psychologa lub psychiatry. Profesjonalny coach ponosi odpowiedzialność za klarowne odróżnienie swoich usług od psychoterapii i nie posiada uprawnień do prowadzenia procesów terapeutycznych. Coaching nie jest skoncentrowany na dysfunkcjach, na diagnostyce zaburzeń, na poszukiwaniu symptomów ani na przeszłości klienta i z tego względu zwykle w programach szkoleniowych przygotowujących do wykonywania zawodu coacha nie uwzględnia się tej tematyki. Jednakże wymogi etyczne stawiane przed coachem sprawiają, że powinien on obserwować klienta, aby świadomie podejmować decyzję, kiedy klient potrzebuje terapii zamiast procesu coachingu, a kiedy równoległe z nim. Także dobry terapeuta, widząc gotowość swoich pacjentów do podejmowania większej odpowiedzialności za własne życie, mógłby rekomendować im udział w procesie coachingowym. Niniejszy artykuł ukazuje wagę wiedzy z obszaru diagnozy psychologicznej u profesjonalnych coachów, która może okazać się kluczowa, by mogli oni trafnie podejmować decyzje o rozpoczęciu procesu coachingowego lub przekierowaniu klienta do innego specjalisty. Pomocna w tym zakresie może być zaprezentowana w tym artykule krótka charakterystyka pojęcia diagnozy psychologicznej oraz Skala Całościowej Oceny Funkcjonowania GAF.

**Słowa kluczowe:** coaching, diagnoza psychologiczna, Skala Całościowej Oceny Funkcjonowania (GAF), zdrowie psychiczne

---

<sup>1</sup> SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Wydział Zamiejscowy we Wrocławiu; e-mail: azawadzka.pl@gmail.com.

<sup>2</sup> Akademia Leona Koźmińskiego; e-mail: lidia.czarkowska@gmail.com.

<sup>3</sup> SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Wydział Zamiejscowy we Wrocławiu; e-mail: mgrajewska@st.swps.edu.pl.

# Psychological Diagnosis and Coaching. Applying the Global Assessment of Functioning (GAF) Scale to the coaching practice

## Abstract

The main objective of this article is to broaden the knowledge of professional coaches with certain aspects of clinical psychology. The focus is on those symptoms demonstrated by patients, which could be the early warning signs of mental illness or problems when psychiatric or psychological help is necessary. Professional Coaches have a responsibility to distinguish their services from therapy, because they are not legally sanctioned and not allowed to offer therapy. Coaching does not focus on dysfunction, diagnosis, symptoms or the past, and that is the reason, why these topics are not included in the curriculum preparing one for this profession. But an ethical coach should observe when a client needs a therapy instead of, or in addition to, coaching and will recommend accordingly. As well as a good therapist, could observe when a client is ready to take greater responsibility for their own life and recommend coaching. This article will argue the significance and importance of aforesaid awareness and expertise, which will allow professional coaches will be able to recognize whether a client would benefit from coaching or should seek guidance from other specialists. For this reason, in this article the Global Assessment of Functioning (GAF) is presented and discussed, as well as the characteristics behind the concept of psychological diagnosis.

**Keywords:** coaching, psychological diagnosis, Global Assessment of Functioning (GAF) Scale, mental health

## Wstęp

Od profesjonalnego coacha oczekiwana jest postawa nieoceniająca, fundament relacji coachingowej stanowi bowiem bezwarunkowa akceptacja klienta oraz podążanie za nim w jego indywidualnym, unikalnym procesie rozwoju (Czarkowska i Wujec, 2013). Wszelkie etykiety i kategoryzacje mogą ograniczać perspektywę zarówno coacha, jak i klienta, zawężając spektrum możliwych do wygenerowania opcji. Niemniej jednak coach nie powinien rezygnować ze świadomej i uważnej obserwacji zachowań oraz reakcji klienta pod względem ich adekwatności, uwzględniając przy tym kryteria zdrowia psychicznego.

Celem artykułu jest przybliżenie coachom charakterystyki podstawowych objawów wybranych zaburzeń psychicznych, które mogą występować w populacji osób dorosłych. Jak wynika z doświadczeń zawodowych coachów-praktyków, zdarza się, że niektórzy klienci pukają do drzwi niewłaściwego specjalisty. Z tego względu ważne staje się budowanie w środowisku coachów świadomości istnienia przypadków leżących poza obszarem interwencji coachingowych, kiedy należy skierować klienta do doradcy, konsultanta, lekarza lub prawnika. Szczególnie istotna jest w tym kontekście umiejętność zaobserwowania specyficznych symptomów, będących podstawą do rozpoznania zaburzeń psychicznych wymagających pomocy psychologa klinicznego, psychoterapeuty lub psychiatry.

Kodeksy etyczne ICF, Izby Coachingu oraz EMCC wskazują na występowanie szczególnych sytuacji, w których coach wręcz zobowiązany jest skierować klienta do innego eksperta (Czarkowska, 2010). Pominięcie nawet subtelnych symptomów mogących świadczyć o występowaniu zaburzeń w funkcjonowaniu klienta może bowiem skutkować tym, że proces coachingowy nie przyniesie oczekiwanych efektów. Co więcej, w niektórych przypadkach bardziej korzystna byłaby dla klienta inna interwencja, np. psychoterapia. W Kodeksie Etycznym Izby Coachingu w punkcie 3.1. zawarto bezpośrednio wytyczne wskazujące, że: „coach nie podejmuje się prowadzenia procesów coachingowych za wszelką cenę, a w szczególności wtedy, gdy Klient nie przyjmuje odpowiedzialności za własny rozwój i decyzje”. Ponadto punkt 5.3. dookreśla, iż: „coach zobowiązany jest zaproponować Klientowi skorzystanie z usług innych specjalistów (np. psychologa, psychiatry, lekarza, prawnika) w przypadku, gdy uzna to za słuszne i bardziej korzystne dla Klienta”. Niemniej jednak w ramach procesu szkolenia profesjonalnych coachów

zazwyczaj nie uwzględnia się wiedzy z obszaru psychologii klinicznej. Również wśród coachingowej literatury brakuje pozycji zawierających źródłowe informacje w tym zakresie.

Dlatego właśnie intencją autorek niniejszego artykułu jest poszerzenie wiedzy profesjonalnych coachów na temat wybranych aspektów psychologii klinicznej i zaproponowanie im jednego z podstawowych narzędzi, które może być użyteczne w kontekście podejmowania decyzji o prowadzeniu procesu coachingowego lub o przekierowaniu klienta do innego specjalisty. W celu ułatwienia coachom oszacowania stanu funkcjonowania ich klientów autorki proponują wykorzystanie stosowanej w diagnostyce psychologicznej Skali Całościowej Oceny Funkcjonowania (*Global Assessment of Functioning* – GAF).

## Diagnoza psychologiczna a coaching

W ramach procesu coachingowego nie wyróżnia się odrębnej fazy diagnostycznej, natomiast w rękach psychologa klinicznego diagnoza stanowi podstawowe narzędzie pracy. Zgodnie z wynikami sondaży różne formy diagnozy psychologicznej wykorzystywane są w codziennej pracy przez więcej niż 90% aktywnych zawodowo psychologów (za: Stamplewska-Żakowicz i Paluchowski, 2008, s. 26). Różne formy diagnozy zajmują psychologom klinicznym około 20% czasu ich pracy, co sytuuje diagnozowanie na drugim miejscu (zaraz po psychoterapii) na liście najczęściej wykonywanych przez nich czynności. Diagnoza psychologiczna stosowana jest między innymi w szkolnictwie, sądownictwie, więziennictwie, wojsku, szpitalach, instytucjach świadczących różne formy pomocy, firmach i organizacjach pozarządowych, poradniach zdrowia oraz poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Stamplewska-Żakowicz i Paluchowski, 2008, s. 26). „Diagnozy wykonywane w różnych sytuacjach praktycznych wiele różni – przede wszystkim cel i rodzaj rozwiązywanego problemu, które wyznaczają zakres badanych właściwości człowieka i dobór technik diagnostycznych” (Stamplewska-Żakowicz i Paluchowski, 2008, s. 27). Wśród różnych rodzajów diagnozy dokonywanej przez psychologów klinicznych można wymienić między innymi diagnozę osobowości, diagnozę funkcji intelektualnych, diagnozę dokonywaną w kontekście pracy zawodowej, czy też diagnozę talentów i zdolności (Stamplewska-Żakowicz i Paluchowski, 2008, s. 27).

Etymologia słowa diagnoza wywodzi się od greckiego słowa *diágnōsis* oznaczającego „rozpoznanie” (por. Kopaliński, 2006). W języku polskim pojęcie „diagnoza” rozumiane jest na trzy odmienne sposoby. „Diagnoza może oznaczać zarówno proces diagnozowania, jak i efekt tego procesu, a także całość wiedzy

teoretycznej i praktycznej na ten temat. Tak więc trzy znaczenia pojęcia diagnoza to: (1) proces diagnozowania; (2) efekt tego procesu; (3) dziedzina nauki i praktyki” (Stamplewska-Żakowicz i Paluchowski, 2008, s. 26). W odniesieniu do pierwszego sposobu rozumienia tego terminu psychologowie posługują się określeniem „diagnozowanie”. Oznacza ono „złożony proces obejmujący sformułowanie pytań diagnostycznych, wybór adekwatnych narzędzi, zbieranie danych, ich ocenę i integrację, a w efekcie sformułowanie odpowiedzi na pytania diagnostyczne (...)” (Stamplewska-Żakowicz i Paluchowski, 2008, s. 25). Drugi sposób rozumienia terminu „diagnoza” tożsamy jest z pojęciami takimi jak: „opinia” czy „orzeczenie” oraz „rozpoznanie”, które stosowane jest wyłącznie w kontekście medycznego modelu diagnozy. W tym znaczeniu rezultat diagnozy psychologicznej to nie tylko trafne rozpoznanie danego zaburzenia, ale także zrozumienie jego uwarunkowań i mechanizmów, poznanie jego dynamiki w celu przewidywania przyszłego rozwoju wydarzeń, zaplanowania psychologicznych interwencji, a następnie monitorowania ich przebiegu oraz oceny skuteczności. W trzecim znaczeniu „diagnoza” jest rozumiana zarówno jako dyscyplina naukowa, jak też oparta na jej zasadach sztuka praktykowania (por. Stamplewska-Żakowicz i Paluchowski, 2008).

Stanisław Kowalik oraz Jerzy Brzeziński (2000a) wskazują na istnienie trzech głównych modeli diagnozy:

1. **Diagnoza nozologiczna (różnicowa)** – ma one swoje źródło w medycynie i jest ukierunkowana na rozpoznawanie określonych jednostek chorobowych. Jej podstawę stanowią systemy klasyfikacji chorób, do których zaliczają się również zaburzenia psychiczne. Na całym świecie systemy te są prezentowane i wydawane w postaci podręczników diagnostycznych. Aktualnie w Europie obowiązuje klasyfikacja ICD-10 (*International Classification of Diseases and Related Health Problems*), natomiast w Stanach Zjednoczonych DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*). Stanowią one także podstawę do budowania standaryzowanych procedur, dzięki którym łatwiejsze staje się postawienie adekwatnego rozpoznania. Diagnoza nozologiczna wiąże się też z pewnymi zagrożeniami, takimi jak np. spostrzeganie choroby zamiast człowieka, etykietowanie czy samospełniające się proroctwo;
2. **Diagnoza funkcjonalna** jak sama nazwa wskazuje, odnosi się do weryfikacji wybranych funkcji, takich jak np. rozwój społeczny, motoryczny, intelektualny czy też poziom funkcjonowania jednostki w określonym obszarze. Diagnoza ta ma na celu ustalenie, w jakim stopniu zachowanie człowieka jest adekwatne w odniesieniu do norm oraz wymagań panujących w jego otoczeniu, a także jak przebiegają u niego procesy regulacji

zachowania. Szczególnie ważne jest tu uwzględnienie trudności lub deficytów, jak też zasobów oraz mocnych stron;

3. **Diagnoza psychospołeczna (interakcyjna)** polega na określeniu problemu oraz potencjalnych sposobów jego rozwiązania, wspólnie przez diagnostę, osobę diagnozowaną oraz członków jej bliskiego otoczenia (Kowalik i Brzeziński, 2000b). Ma ona miejsce w sytuacji, kiedy klient zgłasza się do psychologa pod wpływem presji rodziny lub bliskich osób, które dokonały tzw. protodiagnozy, czyli wstępnego rozpoznania problemu.

## Diagnostyka w psychologii klinicznej

Diagnostyka w psychologii klinicznej jest zaplanowanym działaniem specjalistów (psychologów, psychoterapeutów, psychiatrów), bazującym na ukierunkowanym, celowym zbieraniu danych. Następnie dane te są integrowane, co prowadzi do wyciągnięcia wniosków i ostatecznie umożliwia rozstrzygnięcie procesu diagnostycznego w kategoriach zdrowia lub zaburzenia psychicznego (Cierpiątkowska, 2015). Proces stawiania diagnozy klinicznej ma odpowiedzieć na następującą sekwencję pytań: „Jak jest? / Dlaczego tak właśnie jest? / Dlaczego będzie tak, a nie inaczej? / Co zrobić, by uzyskać pożądany stan?” (Paluchowski, 2001, s. 9). Dokonywanie trafnej oraz rzetelnej diagnozy wymaga specjalistycznej, profesjonalnej wiedzy oraz kompetencji, które muszą być stosowane zgodnie z wartościami i zasadami określonymi w kodeksie etyczno-zawodowym psychologa (Stamplowska-Żakowicz i Paluchowski, 2008).

Klinicyści są przygotowani do budowania procesu diagnostycznego, natomiast coachowie, choć nie posiadają takich kompetencji, bazując na swoim doświadczeniu, wiedzy oraz zdolnościach analitycznych mogą zaobserwować niepokojące zachowania klienta. Powinno to skłonić ich do poszukiwania specjalistycznych informacji i zastanowienia się nad odpowiedzią na pytanie, czy w danym przypadku nie mają do czynienia ze specyficznymi objawami charakteryzującymi któreś z zaburzeń psychicznych. Mimo że w procesie coachingowym nie ma wyodrębnionej fazy diagnostycznej, to zwłaszcza podczas pierwszej sesji coachingowej, gdy doprecyzowywane są potrzeby i oczekiwania klienta oraz kontraktowane są cele na cały proces, należy zwrócić szczególną uwagę na to, czy klient nie przejawia nieadekwatnych zachowań i reakcji. Świadomy i profesjonalny coach powinien pamiętać o tym także później, podczas przebiegu całego procesu coachingowego (Czarkowska, 2010).

## Definicja zaburzenia psychicznego

Występowanie objawów klinicznych zaburzeń psychicznych niekoniecznie skłania posiadające je osoby do wizyty u psychologa czy psychoterapeuty (Rakowska, 2006). Terapii poddaje się zaledwie około 25% ludzi ze stwierdzonym zaburzeniem psychicznym. Istnieje ryzyko, że część osób kwalifikujących się do terapii zamiast tego wybierze spotkanie z coachem, trenerem rozwoju osobistego czy też doradcą jako mniej stygmatyzujące rozwiązanie w odniesieniu do panujących stereotypów społecznych.

Definicja zaburzenia psychicznego powinna bazować na określeniu tego, co jest normą, a co nią nie jest, oraz gdzie przebiega granica pomiędzy zdrowiem psychicznym a chorobą. Kwestie te są na tyle trudne do rozstrzygnięcia, że w obrębie literatury naukowej występuje wiele rozmaitych definicji zaburzenia psychicznego. Zgodnie z klasyfikacją DSM-5 zaburzenie psychiczne definiowane jest jako „zespół objawów, który charakteryzuje się znaczącym klinicznie zniekształceniem w obrębie postrzegania, regulacji emocji lub obecnością zachowań, które odzwierciedlają psychologiczną, biologiczną albo rozwojową dysfunkcję, leżącą u podstaw psychicznego funkcjonowania” (Gałecki i Świącicki, 2015, s. 4). Autorzy przytoczonej definicji zwracają także uwagę na deficyty, które zauważane są w funkcjonowaniu człowieka w sferze społecznej, zawodowej oraz każdej innej ważnej sferze życia.

Należy też podkreślić, że istnieje różnica pomiędzy zachowaniami akceptowalnymi społecznie wynikającymi z reakcji na stresor (np. na stratę) oraz zachowaniami nieakceptowalnymi społecznie (np. nieakceptowalne zachowania konfliktowe, seksualne czy polityczne) a zaburzeniami psychicznymi. Zachowania nieakceptowalne społecznie nie są kategoryzowane jako zaburzenia, o ile nie są to tzw. zachowania wtórne – mające swój początek w zdiagnozowanym deficycie psychicznym i stanowiące jego pochodną.

Warto w tym miejscu wspomnieć, że w odniesieniu do oceny funkcjonowania człowieka istnieje skala natężenia objawów. O ile w przypadkach o wysokim nasileniu symptomów łatwiej jest zaobserwować anomalie w zachowaniu nawet przez osoby nie posiadające wykształcenia psychologicznego, o tyle rozpoznanie zaburzeń o niskim lub umiarkowanym stopniu nasilenia może stanowić wyzwanie dla coachów niebędących doświadczonymi psychologami.

## Ocena stanu funkcjonowania jednostki – skala GAF

James Morrison (2016) w swoim praktycznym przewodniku dla klinicystów *DSM-5 bez tajemnic* powołuje się na dwie skale służące do oceny psychicznego, społecznego i zawodowego/szkolnego funkcjonowania człowieka: 1) WHODAS 2.0. (*World Health Organization Disability Assessment Schedule*, wersja 2.0.) oraz 2) Skalę Całościowej Oceny Funkcjonowania (*Global Assessment of Functioning – GAF*). Zdaniem Morrisona skala GAF „przydaje się do oceny postępów pacjenta w toku leczenia. Jest szybka, łatwa w używaniu (...) i darmowa. Można za jej pomocą określić aktualny poziom funkcjonowania pacjenta lub najwyższy poziom w każdym przedziale czasowym” (Morrison, 2016, s. 20). Jest ona dostępna w całości we wspomnianym podręczniku Jamesa Morrisona (patrz: s. 700).

Najwyższe wartości na tej skali, mieszczące się w zakresie od 100 do 91 punktów, oznaczają, że jednostka cechuje się ponadprzeciętnym funkcjonowaniem we wszystkich trzech aspektach: 1) psychicznym, 2) społecznym, 3) zawodowym lub szkolnym. Nie traci ona kontroli nad pojawiającymi się w jej życiu problemami oraz, ze względu na posiadane liczne zalety, jest atrakcyjna towarzysko.

Punktacja pomiędzy 90 a 81 punktów odzwierciedla dobre funkcjonowanie jednostki we wszystkich trzech sferach życia, z występowaniem sporadycznie minimalnych objawów psychicznych (np. łagodnego lęku przed egzaminem). Osoba jest wówczas zainteresowana szerokim spektrum aktywności i zdolna do zaangażowania w nie. Jest również skuteczna w kontaktach społecznych i zadowolona z życia, a dotyczą jej tylko tzw. „codzienne problemy”, takie jak np. drobne sprzeczki z osobami bliskimi.

Przedział od 80 do 71 punktów wyraża występowanie przemijających i przewidywalnych reakcji jednostki na stresory o charakterze psychospołecznym, są to np. kłopoty z utrzymaniem koncentracji po sprzeczce rodzinnej. Towarzyszą temu niewielkie ograniczenia w funkcjonowaniu społecznym, szkolnym lub zawodowym, takie jak np. krótkoterminowe zaległości w nauce.

Kolejny zakres mieszczący się pomiędzy 70 a 61 punktów opisuje stan, w którym pojawiają się nieliczne, łagodne objawy, np. niewielkie problemy ze snem lub obniżony okresowo nastrój. Mogą również zaistnieć przemijające trudności w funkcjonowaniu zawodowym, szkolnym lub społecznym, przykładowo sporadyczne wagary albo kradzież w ramach własnego gospodarstwa domowego. Jednakże jest to poziom, który nadal umożliwia jednostce dosyć dobre funkcjonowanie oraz podtrzymywanie istotnych dla niej relacji z innymi ludźmi.

Następny poziom w przedziale między 60 a 51 punktów charakteryzuje się umiarkowanym natężeniem objawów, wśród których może wystąpić np. płytki afekt i dygresyjna mowa albo okazjonalne ataki paniki. Mogą także pojawiać



umiarkowane problemy w społecznym, zawodowym lub szkolnym funkcjonowaniu. Można tu wskazać między innymi posiadanie niewielu przyjaciół, czy też występowanie powtarzalnych konfliktów w pracy lub szkole.

Zakres od 50 do 41 punktów wiąże się z możliwością występowania poważnych symptomów, takich jak myśli o charakterze samobójczym, utrzymujące się rytuały obsesyjne, czy powtarzające się kradzieże sklepowe. Mogą też pojawić się inne poważne ograniczenia w jednej ze sfer – społecznej, zawodowej lub szkolnej, np. całkowity brak przyjaciół, niezdolność do pracy lub niemożność jej utrzymania.

W stanie mieszczącym się na skali między 40 a 31 punktów mogą występować pewne deficyty w zakresie testowania rzeczywistości lub ograniczenia w komunikacji, między innymi: sporadyczne pojawianie się nielogiczności i niespójności w mowie, nieadekwatność lub niejasność wypowiedzi. Mogą być też obecne znaczne ograniczenia w kilku obszarach funkcjonowania jednocześnie: społecznym, zawodowym lub szkolnym, a także w obszarze nastroju, myślenia i dokonywania osądów. Przykład stanowi tu człowiek w depresji, stroniący od kontaktów z ludźmi, jednocześnie zaniedbujący rodzinę i niezdolny do pracy.

W przedziale od 30 do 21 punktów mogą występować zachowania będące skutkiem urojeń lub omamów. Na tym etapie u jednostki mogą także pojawiać się silne ograniczenia w komunikacji lub dokonywaniu osądów dotyczących rzeczywistości, co przejawia się m.in. w postaci niespójnych wypowiedzi, zachowań wysoce niestosownych, a nawet utrzymujących się myśli samobójczych. Może też występować niezdolność do funkcjonowania w prawie wszystkich obszarach życia, np. całkowity brak pracy, domu, przyjaciół, totalna bierność i apatia.

Zakres punktacji od 20 do 11 punktów oznacza zagrożenie wyrządzeniem krzywdy sobie lub innym. Mogą to być próby odebrania sobie życia niezwiązane bezpośrednio z oczekiwaniem śmierci, częste akty agresji albo maniakalne pobudzenie. W tym stadium może pojawić się okresowa niezdolność do przestrzegania higieny osobistej na podstawowym poziomie, taka jak np. zanieczyszczanie się fekaliami. Mogą wystąpić rażące braki komunikacyjne, mutyzm oraz znaczna niekoherencja w wypowiedziach.

Najniższy poziom funkcjonowania, mieszczący się na skali punktacji pomiędzy 10 a 1 oznacza stałe zagrożenie aktami agresji skierowanymi przeciwko sobie lub innym osobom. Symptomatyczne może być tu również całkowite zaniedbanie higieny osobistej albo targnięcie się na swoje życie z oczekiwaniem śmierci (za: Morrison, 2016, s. 700).

Zdaniem autorek niniejszego artykułu główną grupę klientów, dla których coaching stanowi adekwatną formę wsparcia są osoby znajdujące się w pierwszych trzech kategoriach skali GAF, czyli pomiędzy 71 a 100 punktów. Zakres pomiędzy 61 a 70 punktów opisuje takie przypadki, w których podejmowanie

coachingu jest możliwe, jednak wiąże się z pewnym poziomem ryzyka. Potencjalnie, niektóre zaburzenia mogą być poprzedzane przez tzw. *objawy prodromalne*, czyli nieswoiste, wczesne symptomy będące zwiastunami nadchodzącej choroby. Z tego względu, w przebiegu procesu coachingowego profesjonalny coach powinien uważnie obserwować, czy klient wprowadza zaprojektowane zmiany oraz czy bierze odpowiedzialność za samego siebie, swoje życie oraz własne wybory, decyzje i działania.

Autorki sugerują, że poniżej poziomu 60 punktów coaching nie będzie adekwatną metodą pracy z klientem, ponieważ przy takim natężeniu objawów od osoby udzielającej wsparcia wymagane są kompetencje w zakresie psychologii klinicznej, psychoterapii lub psychiatrii.

Osoby zainteresowane szczegółową charakterystyką wybranych zaburzeń psychicznych zapraszamy do zapoznania się z dostępnymi klasyfikacjami zaburzeń psychicznych, np. DSM-5 lub z artykułem naszego autorstwa poświęconym tej tematyce i dedykowanym coachom (Zawadzka, Czarkowska i Grajewska-Kulda, w druku).

## Sygnaty alarmowe – co wymaga szczególnej uwagi?

Coachowie powinni zwrócić baczną uwagę na występowanie symptomów mogących świadczyć o istnieniu poważnych problemów w funkcjonowaniu jednostki. Poniżej zaprezentowane zostaną trzy wybrane przykłady sytuacji szczególnie ryzykownych:

- a) występowanie urojeń,
- b) występowanie halucynacji,
- c) zagrożenie samobójstwem.

**Urojenie** definiowane jest jako: „fałszywe przekonanie, którego nie można wytłumaczyć kulturą lub wykształceniem pacjenta; nie można go przekonać, że przekonanie to jest błędne, mimo dowodów przemawiających za tezą przeciwną lub wagi opinii innych ludzi” (Morrison, 2016, s. 71). Istnieje wiele rodzajów urojeń, takich jak:

- Erotyczne – jednostka jest przekonana, że zakochała się w niej inna osoba (często posiadająca wyższy status społeczny);
- Wielkościowe – jednostka jest przekonana, że jest kimś o wysokim statusie społecznym (np. Bogiem, znanym aktorem);
- Winy – jednostka jest przekonana, że zrobiła coś niewybaczalnego (np. popełniła grzech czy duży błąd);

- Zazdrości – jednostka jest przekonana, że jest zdradzana przez małżonka lub partnera;
- Owładnięcia – jednostka jest przekonana, że kontroluje ją jakaś siła zewnętrzna (np. demon, UFO czy fale radiowe);
- Prześladowcze – jednostka jest przekonana, że jest śledzona, nękana lub kierowane są w jej stronę wrogie działania;
- Zubożenia – jednostka jest przekonana, że zagraża jej ubóstwo, mimo iż nie znajduje to odzwierciedlenia w rzeczywistości (posiada pracę, odpowiednio wysokie oszczędności, itp.);
- Odnoszące – jednostka jest przekonana, że znajduje się w centrum zainteresowania (np. interesuje się nią prasa czy telewizja);
- Somatyczne – jednostka jest przekonana, że jej organizm funkcjonowanie nieprawidłowo (np. posiada nieuleczalną lub straszną chorobę, nieładnie pachnie, itp.);
- Kontrolowania myśli – jednostka jest przekonana, że jej myśli są „nasyłane” przez innych ludzi (Morrison, 2016).

Charakterystyczne dla urojeń jest to, że są one sztywne i niepodatne na logiczną kontrargumentację. Osoba jest odporna na przyjmowanie dowodów podważających ich zasadność.

**Omamy (halucynacje)** to „fałszywe spostrzeżenia zmysłowe, które występują pod nieobecność odpowiedniego bodźca zmysłowego” (Morrison, 2016, s. 72). Wpływają one na aktualny sposób spostrzegania rzeczywistości przez jednostkę i nie podlegają jej świadomej kontroli (Gawęda i Kokoszka, 2011). Omamy wyróżniane są ze względu na rodzaj zmysłu, którego dotyczą:

- Słuchowe – mogą przyjmować rozmaite formy, od pojedynczych dźwięków, przez trzaski, piski i szmery, aż po słyszalne głosy ludzkie lub zwierzęce. Głosy te są najczęściej nieprzyjemne, wrogie, wulgarne i często pojawiają się pod postacią komentarzy dotyczących osoby, u której występują. Częstotliwość słyszenia głosów bywa różna, niektórzy ludzie słyszą głosy nieustannie, podczas gdy inni sporadycznie słyszą pojedyncze słowa;
- Wzrokowe – występują w różnych postaciach, jako proste bodźce (np. cienie, błyski) lub różnej wielkości obiekty ożywione bądź nieożywione. Mogą mieć formę statyczną lub dynamiczną, mogą być rzeczywiste lub nierealne (np. postaci *science fiction*);
- Czuciowe – pojawiają się w różnych formach, np. jako omamy dotykowe (np. gryzienie przez insekty), pochodzące z wewnątrz organizmu (np. drżenie, ściskanie narządów płciowych), ruchowo-czuciowe (np. odczucie spadania lub unoszenia się), ból i doświadczenia ciepła lub gorąca;

- Węchowe i smakowe – występują stosunkowo rzadko i pojawiają się np. jako smak zatrutego mięsa czy zapach dymu. Często towarzyszy im lęk oraz przerażenie (Cierpiałkowska, 2015).

Najczęściej spotykane są omamy słuchowe oraz wzrokowe (Morrison, 2016). Należy podkreślić, że zarówno omamy, jak też doświadczenia podobne do omamów (*hallucinatory like experiences*) występują także w populacji osób zdrowych psychicznie (Gawęda i Kokoszka, 2011).

**Zagrożenie próbą samobójczą lub samobójstwem** może współwystępować z różnymi zaburzeniami psychicznymi, np. depresją, PTSD, używaniem substancji psychoaktywnych, zaburzeniami osobowości z pogranicza i innymi. Z tego powodu na końcu naszego artykułu warto zwrócić uwagę na istotne sygnały ostrzegawcze, których nie można zlekceważyć. Każda zwerbalizowana na spotkaniu z coachem myśl dotycząca aktu samobójczego wymaga szczególnej uwagi i natychmiastowej interwencji w postaci odesłania klienta na specjalistyczną konsultację. Natomiast w razie groźby podjęcia przez niego działań stanowiących zagrożenie dla życia lub zdrowia jego lub innych osób istnieje prawny obowiązek wezwania odpowiednich służb (policji lub pogotowia ratunkowego). Podstawą prawną wyżej wymienionych działań jest Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 roku (art. 21, 22, 24) oraz art. 162 kodeksu karnego z dnia 6 czerwca 1997r:

- „§ 1. Kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu groźącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.
- § 2. Nie popełnia przestępstwa, kto nie udziela pomocy, do której jest konieczne poddanie się zabiegowi lekarskiemu albo w warunkach, w których możliwa jest niezwłoczna pomoc ze strony instytucji lub osoby do tego powołanej” (www.prawo.legeo, 2016).

U większości potencjalnych samobójców można zaobserwować kilka faz poprzedzających podjęcie próby samobójczej (Lieb, Heslinger i Jacob, 2007). W pierwszym stadium pojawia się bierne życzenie sobie śmierci. Jest to stan, w którym występują fantazje o zakończeniu życia poprzez nagły zgon wskutek np. wypadku komunikacyjnego, zawału serca czy pęknięcia tętniaka. Następny etap, to nieskonkretyzowane myśli samobójcze. Osoba rozważa wówczas możliwość popełnienia samobójstwa jako jednego ze sposobów na rozwiązanie trudnej sy-

tuacji, jednakże nie ma ona skonkretyzowanego planu działania. Na kolejnym etapie konkretyzuje ona swoje wcześniejsze fantazje i tworzy plan dokonania samobójstwa. Wszystko odbywa się na poziomie myśli, na tym etapie nie ma jeszcze działania. Następne stadium, to aktywne przygotowanie do podjęcia próby samobójczej, np. gromadzenie tabletek, napisanie listu pożegnalnego czy wybór metody, czasu i miejsca samobójstwa.

„Byłam niewidzialna, dla rodziny, w pracy... Pewnie myśli pani, że zaraz powiem wśród znajomych? Nie, nie powiem, bo ich nie mam... Jak długo tak można żyć i po co... Zaczęło się jakiś rok temu, gdy podczas badania wykryto u mnie guza piersi... To, co było najdziwniejsze w tej sytuacji, to fakt, że myśl o nowotworze, o śmierci wcale mnie nie przerażała, była wybawieniem, tylko może za długo by to trwało, lepszy taki wypadek... wpaść pod samochód i koniec udręki... Kiedy okazało się, że nic z tego nie będzie, to było tak jakby ktoś zabrał mi nadzieję... Zaczęłam myśleć jakby to było, gdyby mnie nie było, nawet podpytywałam męża i osoby w pracy... Szukałam w necie sposobów, to przynosiło mi ulgę... stworzyłam listę top... i tę listę znalazła moja córka... zaczęło się piekło... i jestem u pani” (źródło własne, za zgodą pacjentki).

Ostatnim etapem jest podjęcie próby samobójczej (targnięcie się na swoje życie) lub ujawnienie działań samobójczych, np. poinformowanie terapeuty lub bliskich o przyjęciu zagrażającej życiu substancji i zwrócenie się o pomoc.

„Proszę mi pomóc, jednak nie chcę umierać... połknęłam całe opakowanie aspiryny” (treść informacji telefonicznej do terapeuty, źródło własne)

Ze źródeł statystycznych policji w Polsce wynika, że w 2014 roku odnotowano 10 207 prób samobójczych, z czego 6165 zakończyło się zgonem (statystyka.policja.pl, 2016). Należy pamiętać, że są to tylko przypadki zgłoszone.

## Podsumowanie

W artykule zaprezentowana została Skala Całościowej Oceny Funkcjonowania – GAF. Ma to na celu poszerzenie świadomości profesjonalnych coachów w zakresie funkcjonowania klientów w spektrum pomiędzy zdrowiem a zaburzeniem psychicznym. Wiedza ta może wesprzeć coachów w podejmowaniu bardziej adekwatnych decyzji odnośnie możliwości prowadzenia procesu coachingowego lub konieczności skierowania klienta do psychologa, psychoterapeuty lub psy-

chiatry. Może to również uchronić coachów przed frustracją wynikającą z bezskuteczności podejmowanych przez nich działań oraz przed nieświadomym przyczynieniem się do pogorszenia stanu klienta. Natomiast samych klientów może to uchronić przed wyborem nieadekwatnej w ich przypadku metody wsparcia. Autorki mają nadzieję, że artykuł ten odpowie na potrzeby coachów, którzy w swojej praktyce napotykać na reakcje i zachowania klientów budzące ich wątpliwości oraz poszukujących rzetelnej wiedzy z obszaru zdrowia psychicznego.

## Bibliografia

- Cierpiałkowska, L. (2015). *Psychopatologia*. Warszawa: Scholar.
- Czarkowska, L.D. (2010). Professionalism and process of professionalization in coaching. W: L.D. Czarkowska (red.), *Coaching as a method of developing human potential*. Warszawa: WAIp.
- Czarkowska, L.D. i Wujec, B. (2013). Etyka w coachingu. Model siedmiu wartości telicznych i autotelicznych wspierających rozwój świadomości przywódców i menedżerów w procesie coachingu na tle zmian świadomości społecznej. W: L.D. Czarkowska (red.), *Leadership Coaching jako odpowiedź na wyzwania współczesnego świata*. Warszawa: Poltext: 67–90.
- Gałęcki, P. i Świącicki, Ł. (red.) (2015). *Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference*. Wrocław: Edra Urban&Partner.
- Gawęda, Ł. i Kokoszka, A. (2011). Polska wersja Zmodyfikowanej Skali Halucynacji (RHS) Morrisona i wsp. Analiza czynnikowa skali oraz częstotliwość występowania doświadczeń podobnych do omamów wśród osób zdrowych psychicznie. *Psychiatria Polska*, 45(4): 527–543.
- [http://www.izbacoachingu.com/wp-content/uploads/Kodeks\\_Etyczny\\_Izby\\_Coachingu.pdf](http://www.izbacoachingu.com/wp-content/uploads/Kodeks_Etyczny_Izby_Coachingu.pdf)
- Lieb, K., Heslinger, B. i Jacob, G. (2007). *Przypadki kliniczne z psychiatrii i psychoterapii*. Wrocław: Elsevier Urban&Partner.
- Kowalik, S. (2005). Modele diagnozy psychologicznej. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. T. 1: 81–92.
- Kowalik, S. i Brzeziński, J. (2000a). Diagnoza kliniczna. W: H. Sęk (red.), *Spółeczna psychologia kliniczna* (wyd. 4.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. T. 2: 213–239.
- Kowalik, S., Brzeziński, J. (2000b). Protodiagnoza kliniczna. W: H. Sęk (red.), *Spółeczna psychologia kliniczna* (wyd. 4.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. T. 2: 240–254.
- Morrison, J. (2016). *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Paluchowski, W. (2001). *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe. Wykłady z Psychologii*. T. 7. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

- prawo.legeo.* (25.09.2016). <http://prawo.legeo.pl/prawo/kodeks-karny-z-dnia-6-czerwca-1997-r/>
- Rakowska, J. (2006). Motywy podejmowania psychoterapii. W: L. Grzesiuk (red.), *Psycho-terapia. Badania i szkolenie. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury. T. 3: 45.
- Stamplewska-Żakowicz, K. i Paluchowski, J.P. (2008). Podstawy diagnozy psychologicznej. W: J. Strelau i D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. T. 2: 23–94.
- statystyka.policja.pl.* (22.09.2016). <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa/110594,Samobojstwa-2014.html>
- Wujec B. (2010). Cross-cultural coaching. W: L.D Czarkowska (red.), *Coaching as a method of developing human potential*. Warszawa: WAI P.
- www.WHO.int/en.* (20.07.2016). [www.who.int/mental\\_health/policy/mhtargeting/development\\_targeting\\_mh\\_summary.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/mhtargeting/development_targeting_mh_summary.pdf)
- Zawadzka, A.S., Czarkowska, L.D., Grajewska-Kulda, M. (w druku). Charakterystyka wybranych zaburzeń psychicznych – praktyczny przewodnik dla coachów. *Coaching Review*.