



***TRUDNE ROZMOWY Z OSOBAMI
STARSZYMI I ICH RODZINAMI
- wybrane aspekty komunikacji -***

DR N. MED. DOMINIK KRZYŻANOWSKI

Warszawa - 21.11.2013

PIERWSZY KONTAKT

- za: A. Kępiński „Poznanie chorego” -

- Konfrontacja wytworzonej opinii z bezpośrednim wrażeniem – „PRZESKOK” – nowy (nowe) horyzont
- Efekt pierwszego wrażenia i pierwszej diagnozy – UWAGA – „szum”
- Więzy terapeutyczna (wg Rogersa) już wtedy gdy widzimy człowieka – gdy wchodzi do naszego pokoju
...

WIĘŹ MIĘDZYLUDZKA

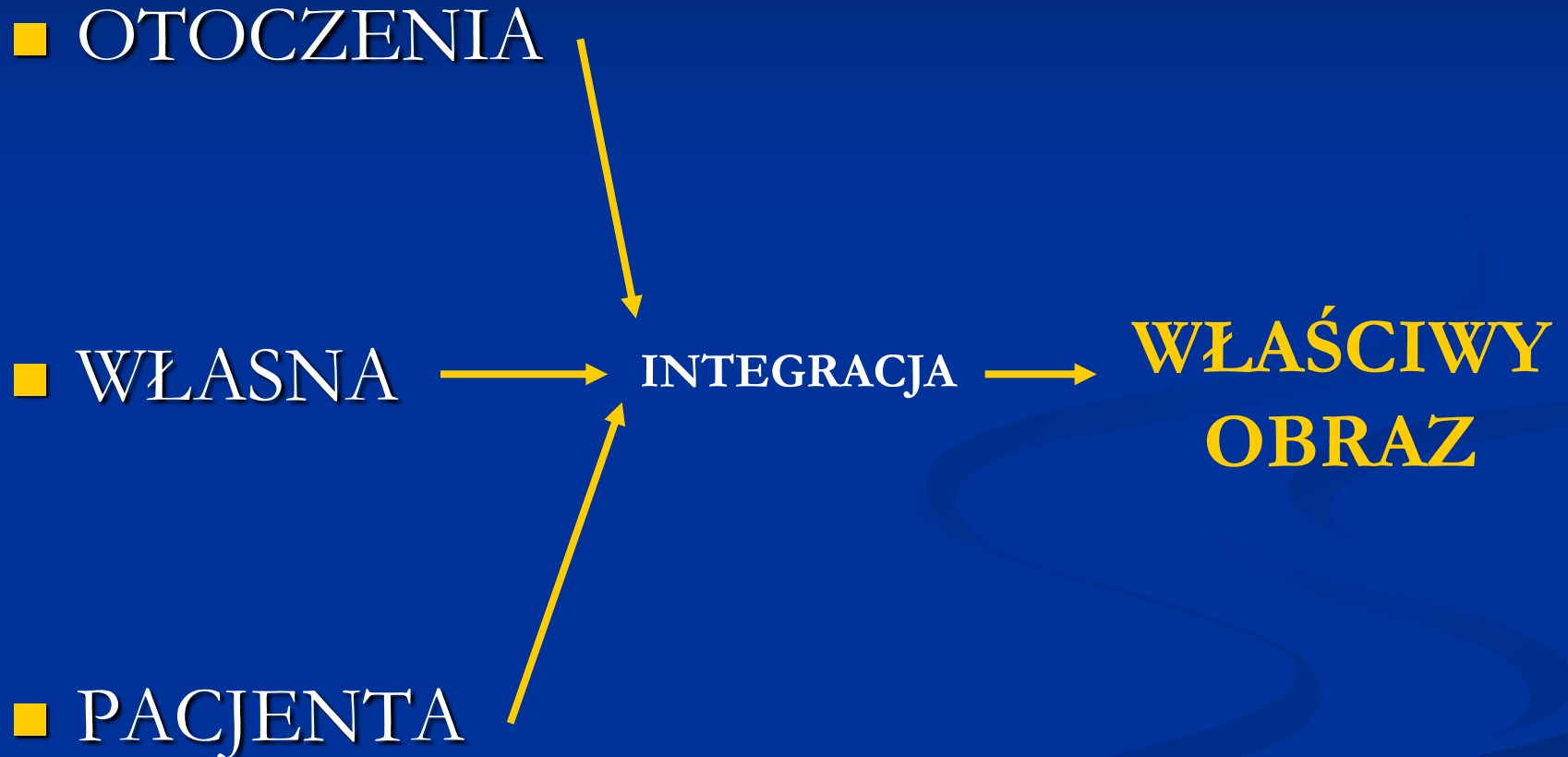
-za J. Przesmycka-Kamińska „Psychologia osobowa i środowiskowa”-

■ PŁASZCZYZNY:

- **Uczuciowo-poznawcza** (przeżywanie bycia razem)
- **Komunikacyjna** (porozumiewanie się ze sobą)
- **Zadaniowa** (współdziałanie w zakresie czynności życiowych, działań i działalności)

TRZY PERSPEKTYWY – KĄTY WIDZENIA

- za: A. Kępiński „Poznanie chorego” -



TRZY PŁASZCZYZNY

- za: A. Kępiński „Poznanie chorego” -

- SOCJOLOGICZNA – otoczenie (osoby) chorego
- BIOLOGICZNA – mój sposób patrzenia
- PSYCHOLOGICZNA – subiektywny świat przeżyć człowieka (chorego)

MIESZKANIE

- za: A. Kępiński „Poznanie chorego” -

- Brudne i zaniedbane – depresja
- Nieład z dziwactwami (dziwaczne rysunki, napisy, kolekcje) – schizofrenia
- Brud, nieład, „chomikowanie” – otępienie organiczne (np. starcze)
- Pedantyczny porządek „na lustro” – obsesyjny charakter
- Mieszkanie infantylne (laleczki, zabawki, poduszeczki) – emocjonalny infantylizm
- Spartańskie warunki – tendencje do tłumienia
- Mieszkanie ultranowoczesne – teatralne – zerwanie z przeszłością, odcięcie się

UBIÓR

- za: A. Kępiński „Poznanie chorego” -

- **Rozszerzona przestrzeń życiowa człowieka** – jest jakby kontynuacją ciała
- **Rola naskórka społecznego** – nagość wobec grupy społecznej (wojsko – zatracenie swojej indywidualności)
- **Ciekawe indywidualne cechy stroju**
- **Strój zaniedbany, brudny** – człowiek na dnie, nie zależy mu na opinii lub w okresie buntu – ja wam pokażę ...
- **Styl profesorski** – niedopięte guziki, różne skarpetki..-chłopięce lekceważenie wyglądu
- **Przesadna schludność** – natura obsesyjna, lęk przed opinią
- **Przesadna elegancja**, ubrany wg ostatniego żurnala mody – typ lwa salonowego, wygląd ważnym elementem oddziaływania
- **Styl staroświecki** – chęć zostania w dawnych czasach
- **Na dziewczynkę** – infantylizm
- **Styl breloczkowy** – forma ważniejsza od treści
- **Strój dziwaczny** – nie pasujące do siebie części ubioru – schizofrenia
- **Strój „nędzy”** – depresja

FRYZURA

- za: A. Kępiński „Poznanie chorego” -

- Włosy należą raczej do stroju – przynależność do grupy społecznej
- Fryzura zaniedbana, włosy w nieładzie – wzburzenie emocjonalne, rezygnacja, nieprzywiązywanie uwagi do wyglądu
- „ulizana” – obsesyjne zwracanie uwagi na formy zewnętrzne, tendencje do zamaskowania swojego oblicza

SYLWETKA

- za: A. Kępiński „Poznanie chorego” -

- Z daleka możemy widząc człowieka określić stan emocjonalny człowieka
- **Postać z cechami rezygnacji**, z opuszczoną głową, ramionami zwisającymi do przodu, pociąganiem nóg
- **Postać wyprężona**, głowa do góry, pierś do przodu, chód sprężysty
- **Postać bólu**, złamana w pół, skurczona w sobie, wykrzywiona
- **Postać radości** – swobodna, jakby odrywająca się od ziemi, w ciągłym ruchu

TWARZ

- za: A. Kępiński „Poznanie chorego” -

- „nagość twarzy” – legitymacja
- **Maska** – zwierciadło społeczne – dopasowanie
- „**twarz nie kłamie**” – silniejsze uczucia przebijają maskę
- **Role społeczne** zmuszają do kierowania mimiką
- **Oczy** – „**pierwszym spotkaniem jest spotkanie spojrzenia**” (Buytendijk) – wygląd oka, jego położenie i ruchliwość, otoczenie oka (brwi, powieki)

MIMIKA – elementy przejściowe

- za: A. Kępiński „Poznanie chorego” -

- To chwilowy wyraz radości, śmiechu, smutku, gniewu, lęku
- Wskaźnik kontaktu z chorym
- Zmieniają się zależnie od zewnętrznej sytuacji – zwierciadło społeczne:
 - Śmiech – śmiech
 - Lęk – lęk
 - Smutek – smutek

MIMIKA – elementy stałe

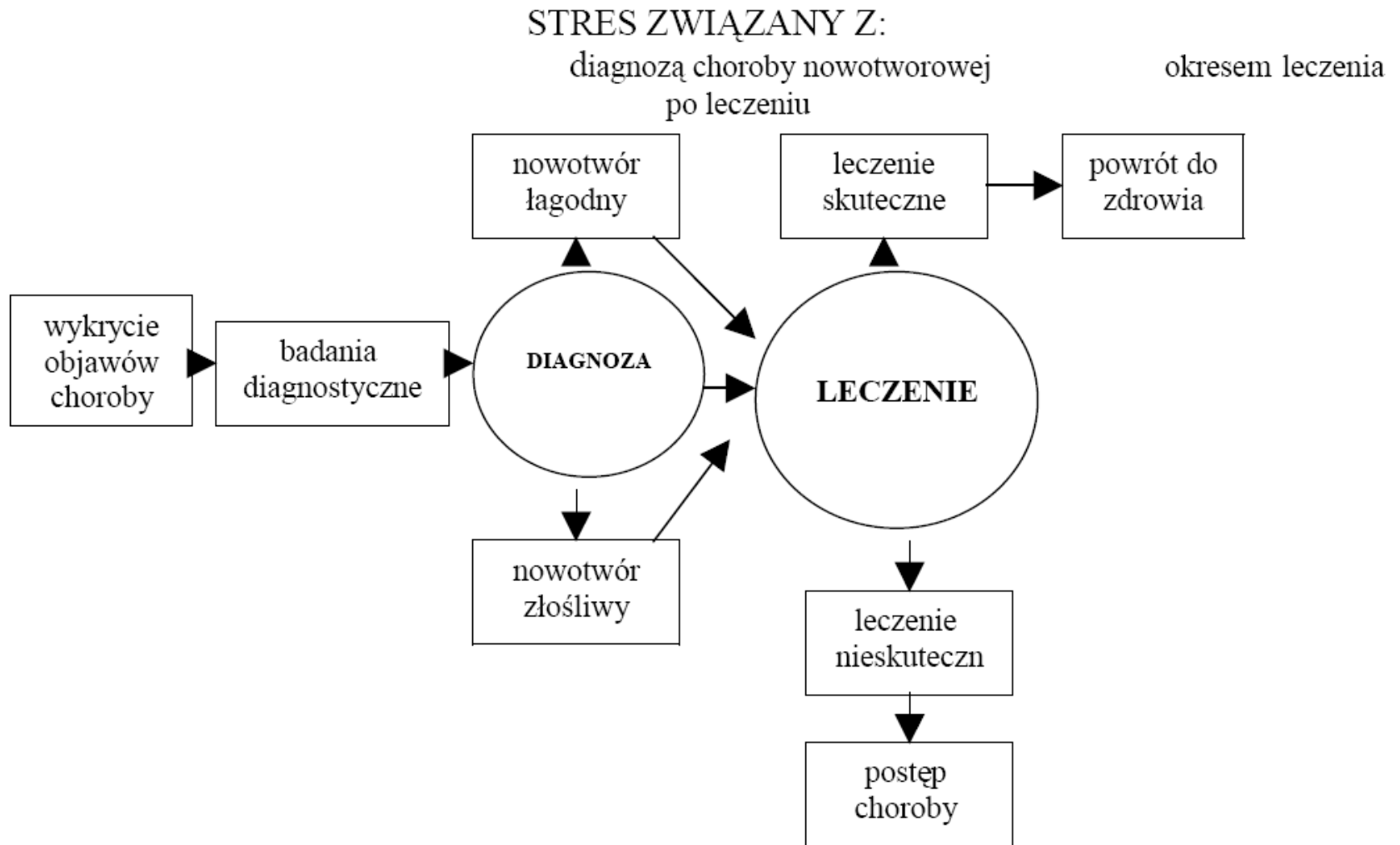
- za: A. Kępiński „Poznanie chorego” -

- Utrwalone w rzeźbie stereotypy mimiczne, które nie znikają z twarzy nawet wtedy gdy na chwilę pojawi się na niej wyraz całkiem przeciwnego uczucia
- Np. rozgoryczony grymas nie znika w czasie chwilowej radości
- Wskaźnik miejsc bolesnych (zranień) i skrzywień osobowości
- Ukierunkowuje i wskazuje – badanie hipotez

STRES

Skala stresu (w punktach) niektórych wydarzeń życiowych (wg Holmesa i Rahe)	
Zdarzenie	Średnia wartość punktowa
śmierć współmałżonka	100
rozwód	73
separacja	65
śmierć bliskiego członka rodziny	63
więzienie	63
uraz lub choroba własna	53
zawarcie związku małżeńskiego	50
zwolnienie z pracy	47
przejście na emeryturę	45
choroba w rodzinie	44
ciąża	40
problemy seksualne	39
zmiana sytuacji finansowej	38
śmierć bliskiego przyjaciela	37
kłopoty z przełożonym	23

Stres związany z chorobą



DYSTRES –

National Cancer Centres Networ

DYSTRES - jest to nieprzyjemne odczucie o podłożu psychologicznym społecznym oraz duchowym.

- Pojawiające się emocje mogą mieć różne nasilenie. Są one umiejscowione na skali od całkowicie prawidłowego uczucia bezradności, strachu, smutku do pojawienia się paraliżujących problemów takich jak: paniki, depresji, kryzysu duchowego czy izolacji społecznej.
- Do pomiaru dystresu skonstruowano przydatne i proste w wykorzystaniu narzędzie – **termometr dystresu**

Termometr dystresu

<i>Dystres ekstremalny</i>	10
	9
	8
	7
	6
	5
	4
	3
	2
	1
<i>Brak dystresu</i>	0

Problemy praktyczne:

- rozmieszczenie,
- ubezpieczenie,
- praca/szkoła,
- transport,
- opieka nad dziećmi;

Problemy rodzinne:

- partner,
- dziecko;

Problemy emocjonalne:

- niepokój, zmartwienie,
- depresja,
- zdenerwowanie, nerwowość;

Sprawy duchowe/religijne:

- związane z Bogiem,
- utrata wiary,
- inne problemy;

Problemy fizyczne:

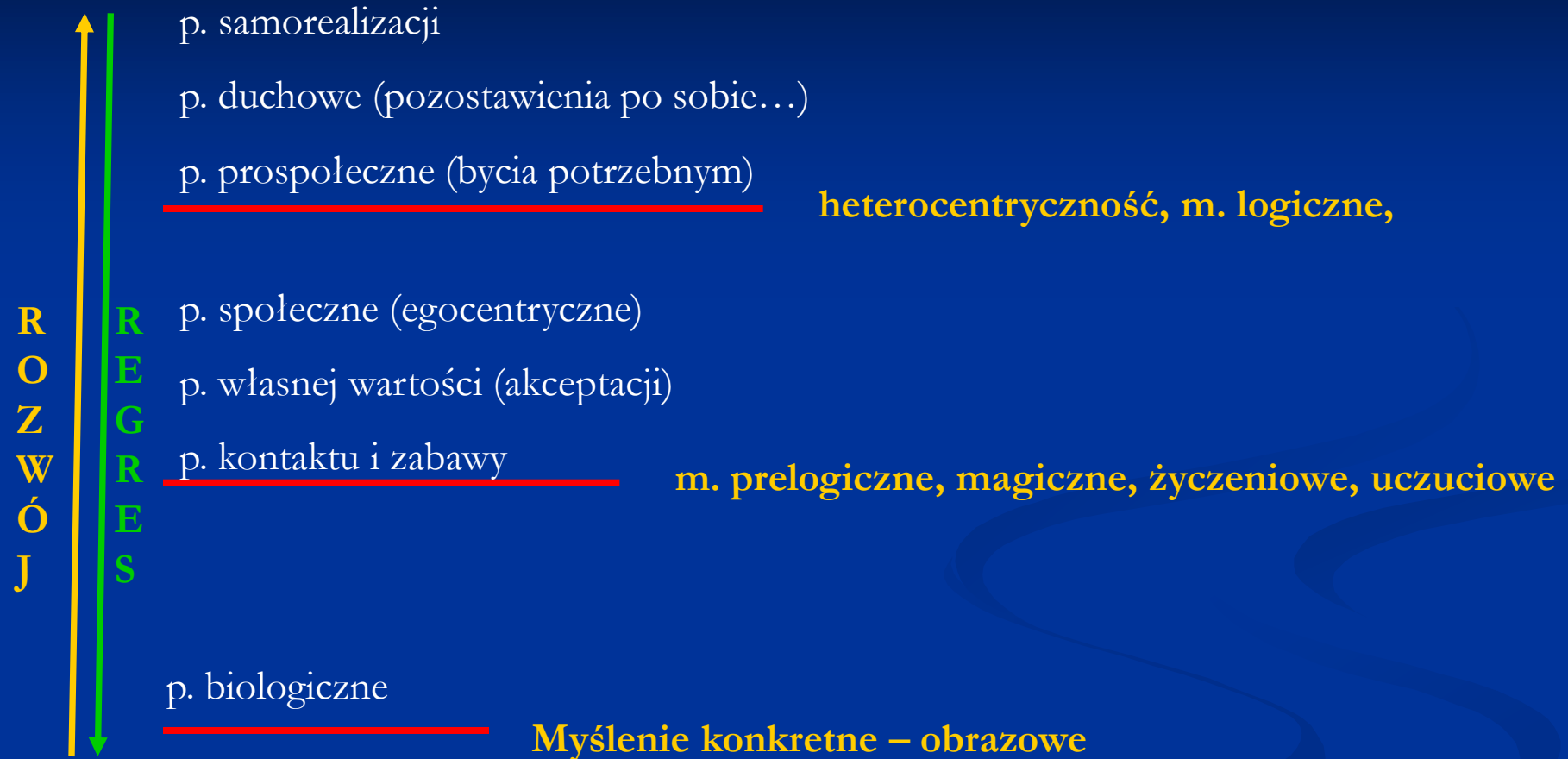
- ból,
- nudności,
- zmęczenie,
- sen,
- mycie/ubieranie,
- oddychanie,
- bolesność, owrzodzenie ust,
- przyjmowanie posiłków,
- niestrawność,
- zaparcie/biegunka,
- jelito drażliwe,
- zmiany w oddawaniu moczu,
- gorączki,
- suchość/swędzenie skóry,
- suchość/przekrwienie nosa,
- mrowienie rąk/stóp,
- obrzmienie, opuchnięcie,
- problemy seksualne;

Stopnie nasilenia dystresu

postępowanie zgodne z wytycznymi ASCO

SKALA DYSTRESU (0-10)	< 5	4. FARMAKOTERAPIA, PORADNICTWO, PSYCHOTERAPIA	<i>ciężki dystres</i>
		3. DODATKOWE WSPARCIE PSYCHOSPOŁECZNE, BEHAWIORALNE, DUCHOWE	<i>znaczny dystres</i>
	> 5	2. WSPARCIE ZESPOŁU MEDYCZNEGO I PROFESJONALISTÓW	<i>lekki dystres</i>
		1. WSPARCIE RODZINY / OTOCZENIA	<i>„normalny” dystres</i>

ROZWÓJ - POTRZEBY





Formy zmagania się ze stresem

- wg Łosiak -

- a) **przemiana** – polega na adaptacyjnym przeformułowaniu stosunku pacjenta do siebie i do otoczenia,
- b) **obwinianie siebie** – przejęcie odpowiedzialności za własne zachorowanie, będące pewną formą autoagresji,
- c) **koncentracja na problemie** – próby pokonania choroby poprzez zdecydowane, racjonalne i planowe działanie, połączone z kontrolą nad sytuacją i własnymi emocjami,
- d) **ucieczka – fantazjowanie** – unikanie problemu, ucieczka w marzenia, oderwanie od rzeczywistości służące m.in. doraźne zredukowanie negatywnych emocji,
- e) **wzorowanie się na innych** – próba podejścia do trudności poprzez stosowanie sposobów innych ludzi, jest to szczególna forma strategii planowego, racjonalnego podejścia do problemu,
- f) **rezygnacja – pogodzenie się z losem**, brak aktywnego zmagania się z chorobą, brak nadziei na możliwość pokonania trudności,
- g) **odreagowanie** – rozładowanie negatywnych emocji poprzez ekspresję ich na zewnątrz, kontrolowanie emocji – opanowanie i tłumienie własnych negatywnych emocji, także niedopuszczanie ich do świadomości, służą koncentracji na opanowaniu problemu i zachowaniu równowagi emocjonalnej.

Sposoby radzenia sobie z sytuacją zachorowania na chorobę

- C. Ray i M. Baum -

- **odrzućenie** – odzwierciedla poczucie pacjenta, że sytuacja jest niemożliwa do zaakceptowania i stanowi zagrożenie dla jego podstawowych potrzeb i oczekiwań, w związku z tym następuje aktywna próba zmienienia zagrażających warunków,
- **kontrolowanie** – sytuacja jest spostrzegana jako wyzwanie i pacjent próbuje się zmagać z chorobą w sposób jego zdaniem racjonalny,
- **rezygnacja – bezradność** *hopeless-helpless* – pacjent spostrzega siebie jako relatywnie bezsilnego, a wydarzenia i ich rezultat determinowane są przez los,
- **zależność** – będąca odbiciem zależności od innych, pacjent widzi siebie jako osobę bezradną i zwraca się do innych ludzi lub do Boga, szukając źródła wsparcia,
- **unikanie** – w którym pacjent uznaje istnienie zagrożenia, ale unika sytuacji i myśli związanych z chorobą,
- **minimalizowanie** – w którym zagrożenie wywołane chorobą jest minimalizowane.

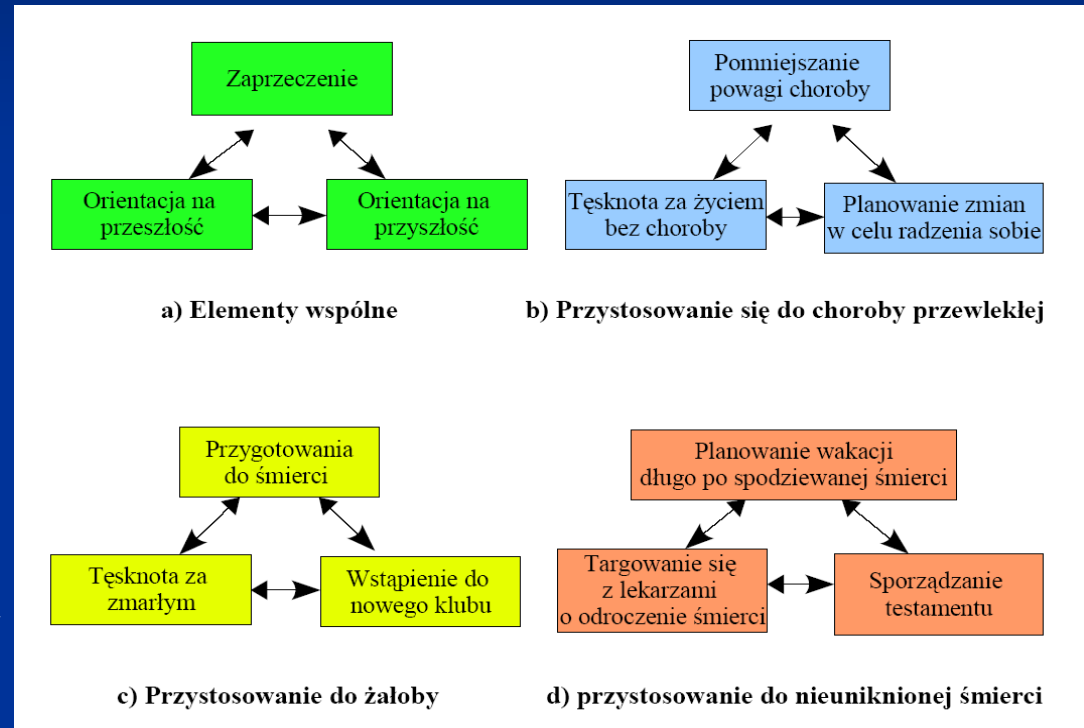
Przystosowanie do sytuacji kryzysowej

- koncepcja Shontza -

■ Proces przystosowania się do ciężkiej choroby (choroby przewlekłej), pewnej – zbliżającej się śmierci oraz żałoby wymaga zmiany ukierunkowania z przeszłości na przyszłość. Taka zmiana powoduje konfrontację z wyzwaniem, z tym co niesie przyszłość, z tym co jest niewiadome.

■ Unikaniem tej konfrontacji, ucieczką od niej jest zaprzeczanie.

■ W procesie adaptacji i przystosowania ruch pomiędzy trzema stanowiskami może wiele razy odbywać się w każdym kierunku



ADAPTACJA:

- poradzenie sobie z chorobą,
- poradzenie sobie z tym co choroba powoduje

PŁASZCZYZNA EMOCJI

+

nadzieja

-

- Lęk,
- Gniew,
- Przygnębienie,

PŁASZCZYZNA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA

ZACHOWANIA ŚWIADOME

M. SENSYTYWNE

- Selektywne przetwarzanie informacji,
- Zachowania magiczne,
- Rozszczepienie obrazu choroby,
- Ucieczka w marzenia,
- Postawa samowystarczalności

ZACHOWANIA NIEŚWIADOME

M. REPRESYWNE

- Zaprzeczanie,
- Tłumienie,
- Wypieranie,
- Projekcja,
- Racjonalizacja

Mechanizmy represywne zapobiegają dostrzeganiu niebezpieczeństwa (choroby) przez zniesienie spostrzegania albo jego selekcję lub spostrzeganie rzeczywistości w sposób zaburzony.

- **zaprzeczenie** (*-Nie mam raka, - Mnie to nie dotyczy*) – jest jednym z najczęściej stosowanych mechanizmów, adaptacyjnie zmniejszających lęk. Chory neguje fakt napiętnowania chorobą i dzięki temu unika społecznej izolacji oraz nie dostrzega tych aspektów rzeczywistości, które kojarzą się z przemijalnością.
- **tłumienie** (*-Nie boję się, jestem przygotowany na wszystko*) – mechanizm częściowo świadomy;
- **wypieranie** (*-Nie chcę o mojej chorobie nic wiedzieć, chcę o niej zapomnieć*);
- **projekcja** (*-Boję się o swoje serce, bo raka już nie mam*) – jest mechanizmem przerzucenia lęku na inny organ;
- **racjonalizacja** (*-Mam raka, ale ten ból jest korzonkowy*) – szukanie rozsądnych argumentów dla spostrzeganych objawów w celu ukrycia przed sobą ich prawdziwej przyczyny.

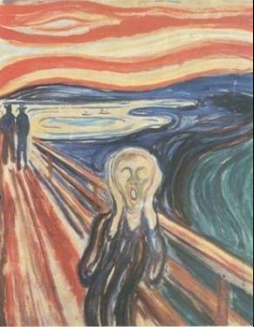
Mechanizmy sensytywne minimalizują niebezpieczeństwa choroby poprzez lepsze jej poznanie, umacnianie nadziei, mobilizację środowiska i „zmierzenie się z nią”.

- **selektywne przetwarzanie informacji:** wyszukiwanie pomyślnych, pomniejszanie i pomijanie niepomyślnych wiadomości,
- **zachowania magiczne**, np. stosowanie „uzdrawiających” leków, targowanie się z Bogiem,
- **rozczepienie obrazu choroby** (*-Ogólnie to choroba niebezpieczna, moja natomiast jest łagodna*),
- **ucieczka w marzenia** (*-Jak poczuje się nieco lepiej to zrobię, kupię, pojedę, wyjadę, naprawię, zbuduję...*),
- **zabezpieczanie się** (*-Abym nie zachorował jeszcze raz usuńcie także drugą rękę, pierś, nerkę...*),
- **postawa samowystarczalności** (*-Nie potrzebuję niczyjej pomocy sam dam sobie radę*).



Emocje - LĘK

- Lęk jest odpowiedzią na możliwość utraty jakiejś wartości, brak stabilności, zagrożenie (jest stanem afektu, w którym oczekiwane jest niebezpieczeństwo, na które psychika już się przygotowała).
- Lęk należy różnicować ze strachem, który jest reakcją na zagrożenie konkretne, w dokładnie określonej i bliskiej przyszłości.
- O lęku dowiadujemy się często z przekazów niewerbalnych, np. nadmierne akcentowanie objawów somatycznych.



Emocje - LĘK

PRZYCZYNY

a) psychologiczne:

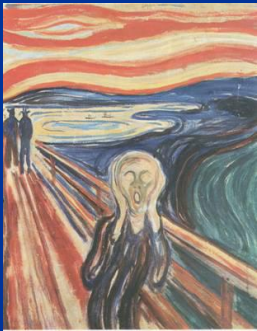
- · lęk przed śmiercią (tzw. lęk egzystencjalny),
- · przed umieraniem (duszość, dolegliwości bólowe),
- · przed utratą kontroli nad sobą,
- · przed samotnością,
- · przed odrzuceniem,

b) pozapsychologiczne:

- · stany niedotlenienia,
- · hipoglikemia,
- · ból,
- · ustanie czynności fizjologicznych.

Emocje - GNIEW

- Gniew to reakcja uczuciowa na przeszkodę w realizacji celów oraz na pojawienie się nieprawidłowości (reakcja na nieprawidłowość jaką jest choroba).



→ AGRESJA

Emocje - GNIEW

FORMY GNIEWU

- **gniew ogólny** na niesprawiedliwość losu, pretensje do Boga,
- **gniew przeniesieniowy** - np. na personel medyczny, przyczyną jest własny lęk,
- **gniew usprawiedliwiony** - gdy choroba lub jej objawy wynikają z czyjejs winy,
- **gniew ukryty** - wyrażany negatywizmem, przygnębieniem, odmową współpracy,
- **gniew stłumiony** - nie akceptowany przez chorego, budzi uczucie winy w razie ujawnienia.



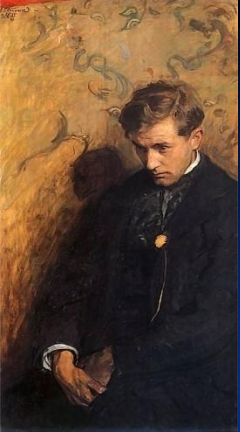
Emocje - PRZYGNĘBIENIE

- **Przygnębienie** jest przykrą reakcją uczuciową, będącą odpowiedzią na pewność utraty jakiejś wartości.
- W reakcji tej można wyróżnić **żal** wywołany utratą określonej wartości i **właściwe przygnębienie** - długotrwały stan smutku wywołany zespołem wielu przyczyn.
- Przygnębienie może przybierać **formy jawne** (płacz, skargi, narzekanie) i **utajone** (smutna mimika, spuszczone oczy, cichy głos).
- **Fizjologicznymi wskaźnikami** obrazującymi przygnębienie są: utrata wagi, brak apetytu, niewspółmierne do aktualnego stanu zmęczenie. [

Emocje - PRZYGNĘBIENIE

PRZYCZYNY

- reakcja na antycypowaną utratę wartości,
- reakcja na nieumiejętną kontrolę objawów fizycznych,
- pośrednie objawy choroby lub wpływ leczenia,
- kryzys egzystencjalny spowodowany utratą wiary w sens życia i śmierci,
- istnienie choroby psychicznej.



ZESPÓŁ DEPRESYJNY

- Przygnębienie często jest nierozłącznym elementem zespołu depresyjnego.

OBJAWY:

- odsunięcie od otoczenia,
- zahamowanie psychoruchowe,
- zaburzenia snu (wczesne budzenie się, koszmary nocne),
- brak nadziei,
- myśli samobójcze,
- anhedonia (brak radości),
- trudności ze skupieniem uwagi,
- czynnościowe zaburzenia pamięci.

A photograph of a pond with many green lily pads. In the center, a pink lotus flower is in bloom, with a dark red bud next to it. The water is dark, and the overall scene is peaceful and natural.

NADZIEJA

- **Nadzieja** jest stanem oczekiwania od przyszłości czegoś dobrego, powiązana jest z uczuciem zadowolenia lub radości.



ROZMOWA TERAPEUTYCZNA

- Pomoc w rozumieniu problemów
- Pomoc w znalezieniu właściwych sposobów postępowania
- Podtrzymanie psychiczne i rozładowanie emocjonalne

PAMIĘTAJ

**GŁÓWNYM NARZĘDZIEM
ODDZIAŁYWANIA JESTEŚ TY SAM**



SUKCES ROZMOWY ZALEŻY OD:



- **Empatii** – procesu odbywającego się na poziomie wyobraźni i zachowania
- **Wyobraźni** – zdolności zrozumienia i wczuwania się w wewnętrzną sytuację
- **Zachowania** – sposobu przekazania choremu stopnia własnego wczucia się w jego sytuację



Inteligencja emocjonalna

- Maski – czy na pewno chronią?



- Osoba o wysokiej inteligencji emocjonalnej:
 - Potrafi poznać swoje stany emocjonalne
 - Potrafi nimi kierować
 - Rozpoznaje stany emocjonalne u innych

FEEDBACK

sprzężenie zwrotne, informacja zwrotna

	Ja wiem o sobie	Ja tego nie wiem o sobie
To co inni o mnie wiedzą	Zachowania w pełni świadome zauważane przez innych	Zachowania nieświadome zauważane przez innych
To czego inni o mnie nie wiedzą	Zachowania których nie ujawniamy ale mamy ich świadomość	Nie jesteśmy świadomi tych zachowań i inni i nich nie wiedzą

Analiza moich mocnych i słabych stron



Przydatne zasady...

- Spokojna i intymna atmosfera
- Przywitanie się, przedstawienie, podanie celu
- Uspokojenie pacjenta, nawiązanie kontaktu
- Unikanie jakichkolwiek ocen (jeżeli objawy wytwórcze: „ja nie widzę, czuję...”)
- Obserwowanie zachowania, wyglądu, manieryzmów
- Unikanie zapisu
- Utrzymywanie toku rozmowy
- Przystosowanie sposobu wypowiedzi do poziomu umysłowego osoby

SPOTKANIE W PSYCHOTERAPII

- Ma charakter zadaniowy
- Zadaniem jest leczenie, realizacja jest celem głównym
- Nadrzędnym celem jest czy ma się ochotę na to spotkanie czy nie
- Zadanie ma charakter „wewnętrzny” i przedmiotem jest osoba pacjenta, relacja (rodzaj, sposób w jaki osoba funkcjonuje)



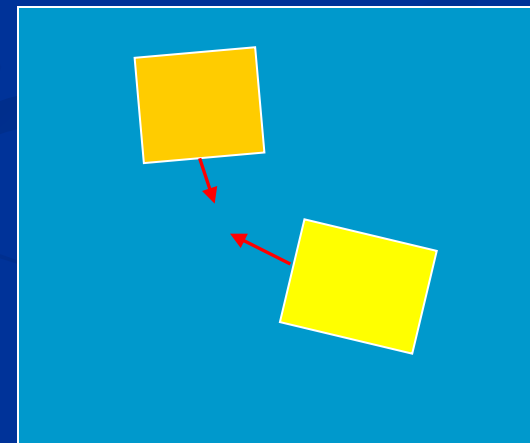
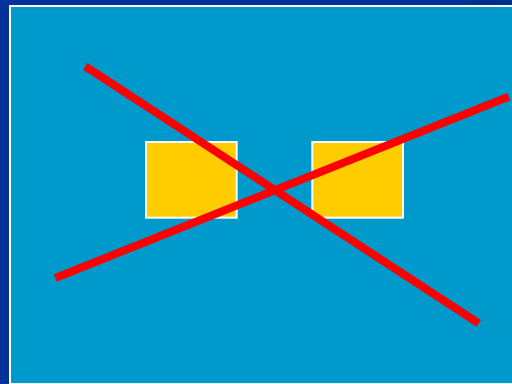
CZAS

- Ściśle określony (we mnie, dla osoby)
- Wyłącz telefon!!!
- nie używaj komunikatów pozawerbalnych że się spieszysz, nudzisz ...
- Podziel sobie rozmowę na etapy („efekt wybuchu” przy końcu rozmowy – przy wyjściu najważniejsze rzeczy)
- Przy końcu podsumuj i spytaj czy o wszystkim już porozmawialiście
- Pamiętaj rozmówca prawdopodobnie zapamięta informacje z początku i końca rozmowy



MIEJSCE

- Odpowiednie dla ciebie i rozmówcy
- Moja i rozmówcy przestrzeń (osobista)
- Miejsce tzn.?:
 - Dające poczucie bezpieczeństwa
 - Intymności
 - Swobody
 - Wypoczynku





PRZEŚWIADCZENIA

Aleksandrowicz J. Psychoterapia medyczna, PZWL, Warszawa 1996

- Wiara pacjenta w skuteczność postępowania pozostaje w ścisłym związku z wiarą profesjonalisty, że to co proponuje jest słuszne i pomaga w zdrowieniu
- Terapeuci wierzący w to co czynią bezwiednie przekazują pacjentom swoje przeświadczenia
- Wspólny system wierzeń: pacjentów, ich rodzin, profesjonalistów
- Efekt placebo



MITY I RYTUAŁY

Aleksandrowicz J. Psychoterapia medyczna, PZWL, Warszawa 1996

- Nadzieję na wyzdrowienie wzmacniają rytualne działania związane z procesem leczenia, pielęgnowania
- Powszechne przekonanie: „zastrzyk” zwłaszcza dożylny jest potężniejszym, bardziej skutecznym sposobem leczenia niż tabletki
- Rytuały zmniejszają poczucie wyobcowania pacjenta i wzmacniają związek terapeutyczny
- **EDUKACJA JEST WAŻNYM I SKUTECZNYM SPOSOBEM TERAPII**





RÓWNOWAŻNOŚĆ ODPOWIEDZIALNOŚCI

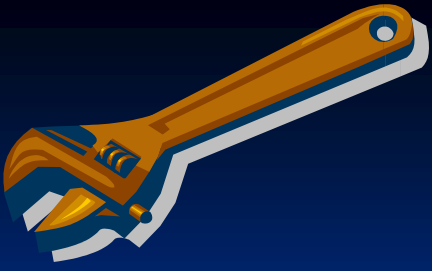
- Rozmawiamy wtedy kiedy chcemy
- Wtedy kiedy nie jesteśmy w dyspozycji rozmawiać proponuję uczciwie powiedzieć
- Jeżeli zauważymy że nasz rozmówca nie chce rozmawiać warto go o to spytać – nic na siłę !!!
- Rozmowy są cenne wtedy gdy dotyczą ważnych spraw



NIERÓWNOŚĆ UDZIAŁU

Aleksandrowicz J. Psychoterapia medyczna, PZWL, Warszawa 1996

- Kontakt terapeutyczny nie jest relacją partnerską, interakcja „skośna” – pacjent udziela intymnych (poufnych) informacji o sobie – osoba wspierająca nie rewanżuje się tym samym („a ty jakie masz problemy...?”)
- Pacjent ma prawo oczekiwać, że spotkania z terapeutą zmienią w istotny sposób jego życie
- To pacjent ponosi odpowiedzialność za efekty !!!



DOSTROJENIE

- Spróbuj się dopasować do swojego rozmówcy
- Aby kogoś przestroić najpierw się do niego trzeba dostroić
- Komunikacja pozawerbalna to 80% informacji
- Dopasowanie pod względem:
 - Wyglądu (ubioru)
 - Tonu głosu
 - Słownictwa
 - Pozycji ciała
 - Komunikacji pozawerbalnej - mimiki

EMOCJE



1



2



3



4



5



6



7



8



9



10



11



12

POGŁĘBIENIE KONTAKTU

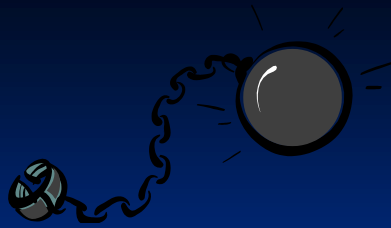
- Gdy występują trafne reakcje na wypowiedziane treści
- Osoba reaguje poczuciem porozumienia z terapeutą
- Może dochodzić do ujawnienia nowego, ważnego materiału, który dopiero w tym momencie pojawia się w świadomości



PRZENIESIENIE

- Pamiętaj rozmówca może spostrzegać ciebie jako inną osobę niż jesteś (mamę, tatę, brata, ukochaną...) i przypisywać tobie cechy które mogą być podobne ale nie takie same
- Im bardziej jesteśmy jak lustro tym bardziej jesteśmy obiektem projekcji wyobrażeń i fantazji pacjenta lub projekcji postaw i oczekiwań z przeszłości
- Osoby bliskie są na 1 linii obstrzału – macha szabelką....

JESTEŚMY OGRANICZENI



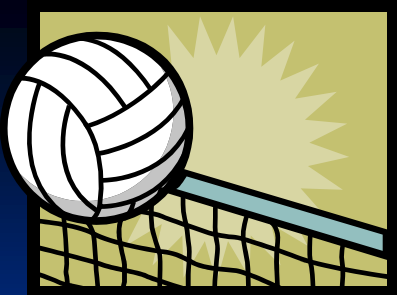
- Terapeuta pozbawiony satysfakcjonujących związków uczuciowych, z niskim poczuciem wartości, bez przyjaciół, poczucia akceptacji i uznania może nieświadomie dążyć do uzyskania zaspokojenia tych potrzeb przez pacjentów
- Ktoś kto zostaje „pomocnikiem” ze względu na własne trudności i zaburzenia jest szczególnie narażony na prowokowanie zakłóceń związku terapeutycznego – wymóg własnego leczenia!!!



REGRES



- Można korzystać w rozmowie z przeszłości
- Przenosząc się w przeszłość „widzimy zdarzenia” i zaczynamy odczuwać emocje związane z tymi zdarzeniami
- Ponowne przeżycie emocji może być oczyszczające
- Płacz w ramię przyjaciela jest najbardziej oczyszczający



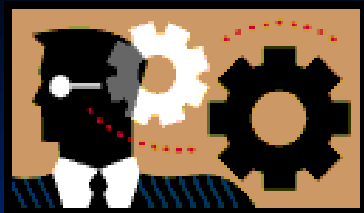
PODAŻANIE ZA PACJENTEM

- Nie kieruj się tym co masz w głowie tylko tym co podaje ci rozmówca
- Własne pomysły mogą bardziej zaszkodzić niż pomoc
- Jeżeli pacjent pyta (wprost, nie wprost-gesty, „ten co chodzi do tyłu..”) odpowiadaj na miarę swojej wiedzy i kompetencji
- Jeżeli nie wiesz nie opowiadaj bajek bo stracisz zaufanie rozmówcy



PODAŻANIE ZA „ENERGIĄ” W ROZMOWIE

- Energia = emocje
- Pomocna może być parafraza: „usłyszałem, że...”, „nie wiem czy dobrze rozumiem ...”
- Odgrzewany obiad gorzej smakuje niż dopiero ugotowany i podany
- Czasami cisza jest większą rozmową niż słowa – nie bójmy się CISZY
- Na sprawie ważnej warto się jest zatrzymać



PARAFRAZOWANIE

- **Parafraza** – „swobodna przeróbka tekstu, która rozwija i modyfikuje treść oryginału, zachowując jednak jego zasadniczy sens” (wikipedia)
- Porządkuje treści wypowiedzi: „nie wiem czy dobrze zrozumiałem?”
- Jest podsumowaniem danego etapu wypowiedzi
- Jest zatrzymaniem się na ważnych treściach wypowiedzi i powtórnym ich ukazaniem „usłyszałem, że twój mąż zmarł na raka”
- Jest zatem też wyrazem uważności słuchania



+ / - pytań otwartych i zamkniętych

Kryterium oceny	Pytania otwarte	Pytania zamknięte
Rzetelność	Wysoka – spontaniczność wypowiedzi	Niska – narzucenie zakresu wypowiedzi pacjentowi
Wiarygodność	Niska – treść pytania jest bardzo ogólnikowa	Wysoka – jasno sformułowana treść pytania
Ilość potrzebnego czasu	Duża – różne dodatkowe wypowiedzi	Mała – odpowiedzi ograniczają się do „tak- nie”
Dokładność wywiadu	Mała – pacjent kieruje wypowiedziami	Duża – my kierujemy wypowiedziami
Stosunek pacjenta	Różnorodny – niektórzy wolą swobodną wypowiedź, inni czują niepewni i zagubieni	Różnorodny

za: H. J. Kaplan, B.J. Sadock: *Psychiatria kliniczna*, Urban & Partner, Wrocław 1995



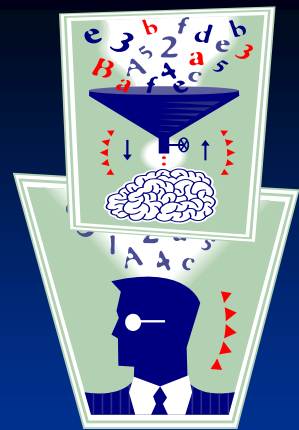
PODSUMOWANIE – STRATEGIE PYTAŃ

- Pyt. otwarte – jak ...?
- Pyt. zamknięte – czy ...?
- Pyt. skryningowe – czy jeszcze jest coś o czym nie powiedziałaś?
- Pyt. skierowane na problemy psychologiczne:
 - Refleksja – widzę że jesteś dzisiaj smutny,
 - Parafrazowanie – uporządkowanie, sprawdzenie czy dobrze rozumiemy się
 - Podsumowanie – z czym wychodzę z naszego spotkania



Bariery komunikacyjne

- Osądzanie – krytykowanie, obrażanie
- Decydowanie za innych poprzez moralizowanie, grożenie, rozkazywanie
- Uciekanie od problemów innych poprzez doradzanie, zmianę tematu



PRZEKAZYWANIE NIEPOMYŚLNYCH INFORMACJI

**Proces – osoba ma prawo do prawdy ale
nie ma obowiązku jej poznać**

- Ustalamy czy osoba jest zdolna do takiej rozmowy
- Negocjujemy z rodziną (+ / -)
- Sprawdzamy czy chory chce aby był ktoś bliski
- Sprawdzamy co osoba wie o swojej chorobie, leczeniu, rokowaniu , mechanizmy
- Sprawdzamy co osoba chce wiedzieć
- „Strzał ostrzegawczy” – czas na przerobienie informacji
- Stosować zasadę stopniowości
- Sprawdzamy co z informacją osoba zrobiła (nie utrwalamy mechanizmów obronnych ale ich też nie rozbijamy) – LUSTRO
- Pozwalamy na ujawnienie emocji (płacz to nie krwotok)
- Po wybuchu dać prawo do zadawania pytań
- Próbować znaleźć NADZIEJĘ



„JAK LUSTRO...”



Dać człowiekowi możliwość samodzielnie
(przy naszej pomocy) rozwiązać problem

