

G. Jacob K. Lieb M. Berger

Współpraca: Claus Normann, Andreas Jähne

TRUDNE DIALOGI

Rozmowy psychiatrów
i psychoterapeutów z pacjentami

Redakcja wydania polskiego
Bogdan de Barbaro

wydanie 2



edra
URBAN & PARTNER

Gitta Jacob, Klaus Lieb, Mathias Berger

TRUDNE DIALOGI

Rozmowy psychiatrów i psychoterapeutów z pacjentami

Wydanie drugie

Współpraca
Claus Normann, Andreas Jähne

Redakcja wydania polskiego
Bogdan de Barbaro

Tytuł oryginału: **Schwierige Gesprächssituationen in Psychiatrie und Psychotherapie**

Autorzy: Gitta Jacob, Klaus Lieb, Mathias Berger

Współpraca: Claus Normann, Andreas Jähne

Wydanie drugie (2. Auflage 2016)

ELSEVIER Urban & Fischer

Copyright © 2016 by ELSEVIER Urban & Fischer

ISBN: 978-3-437-24421-6

This 2nd edition of **Schwierige Gesprächssituationen in Psychiatrie und Psychotherapie** by **Gitta Jacob, Klaus Lieb, Mathias Berger, Claus Normann** and **Andreas Jähne** is published by arrangement with Elsevier GmbH, Urban & Fischer Munich.

Książka **Schwierige Gesprächssituationen in Psychiatrie und Psychotherapie**, wyd. 2, autorzy: **Gitta Jacob, Klaus Lieb, Mathias Berger, Claus Normann** oraz **Andreas Jähne** została opublikowana przez Elsevier GmbH, Urban & Fischer Munich.

Wszelkie prawa zastrzeżone, zwłaszcza prawo do przedruku i tłumaczenia na inne języki. Żadna część tej książki nie może być w jakiegokolwiek formie publikowana bez uprzedniej pisemnej zgody Wydawnictwa.

Ze względu na stały postęp w naukach medycznych, jak również możliwość wystąpienia błędu, prosimy, aby w trakcie podejmowania decyzji lekarskiej uważnie oceniać zamieszczone w książce informacje. Pomoże to zmniejszyć ryzyko wystąpienia błędu lekarskiego.

© Copyright for the Polish edition by Edra Urban & Partner, Wrocław 2019.

Redakcja naukowa wydania polskiego: prof. dr hab. n. med. Bogdan de Barbaro, profesor zwyczajny Uniwersytetu Jagiellońskiego

Tłumaczenie z języka angielskiego: Anna Skalniak BIOLINGAS

Prezes Zarządu: Giorgio Albonetti

Dyrektor wydawniczy: lek. med. Edyta Błażejewska

Redaktor prowadzący: Dorota Lis-Olszewska

Redaktor tekstu: Jolanta Kardela

Opracowanie skorowidza: Zofia Szamrowicz

ISBN 978-83-65625-15-1

Edra Urban & Partner

ul. Kościuszki 29, 50-011 Wrocław

tel.: 71 726 38 35

biuro@edraurban.pl

www.edraurban.pl

Skład i przygotowanie do druku: Barbara Włodarczyk

Druk i oprawa: KDD, Konin

Spis treści

1	Wstęp	1
2	Pacjent nie wykazuje postępów lub nie współpracuje w dążeniu do celu terapii	5
2.1	Dążenia pacjenta są niejasne	5
2.2	Pacjent nie nawiązał kontaktu emocjonalnego z samym sobą i z terapeutą	9
2.3	Pacjent przyjmuje unikającą postawę	14
2.4	Pacjent twierdzi, że „nic mu nie pomaga”	19
2.5	Gwałtownie zmieniający się nastrój i zachowanie pacjenta oraz kontakt z nim	23
2.6	Pacjent bardzo narzeka	28
2.7	Pacjent trzyma się kurczowo terapeuty zamiast się usamodzielnić	31
2.8	Pacjent nie ma poczucia obowiązku w stosunku do terapii	35
2.9	Pacjent nie stosuje się do zasad obowiązujących w terapii	39
3	Trudne interakcje z innymi pacjentami lub personelem	43
3.1	Pacjent podejmuje jednocześnie kilka terapii	43
3.2	Pacjent narzeka na innych terapeutów	45
3.3	Pacjent narzeka na innych pacjentów	48
3.4	Dwoje pacjentów nawiązuje relację seksualną	52
4	Pacjent doszukuje się problemów głównie u innych, rzadko u siebie samego	55
4.1	Pacjent utrzymuje, że stał się ofiarą mobbingu	55
4.2	Pacjent narzeka przede wszystkim na partnera albo członków swojej rodziny	59
4.3	Pacjent umniejsza kompetencje terapeuty	61
4.4	Pacjent zachowuje się w sposób niekorzystny, nie postrzega jednak swojego zachowania jako problematyczne	65
5	Pacjent nie ujawnia ważnych informacji	71
5.1	Pacjent podaje nieprawdziwe informacje	71
5.2	Pacjentka przemilcza problemy ze wstydu	76
6	Klinika zastępuje pacjentowi jego naturalne otoczenie	79
6.1	Pacjent jest hospitalizowany	79
6.2	„Zysk z choroby” jest wysoki	81
7	Skłonności samobójcze	85
7.1	Kwestię skłonności samobójczych trzeba wyjaśnić	85
7.2	Pacjent ma skłonności samobójcze i jest skłonny do pertraktacji	88
7.3	Pacjent ma skłonności samobójcze i nie jest skłonny do pertraktacji	92
7.4	Pacjent przekazuje treści samobójcze	94
7.5	Pacjent popełnił samobójstwo (na terenie kliniki)	95
8	Pacjent odmawia stosowania się do procedur leczniczych	97
8.1	Pacjent nie chce przyjmować leków	97
8.2	Pacjent odmawia koniecznego przyjęcia na leczenie stacjonarne	99
8.3	Pacjent nie chce zostać wypisany ze szpitala	101

9	Leczenie jest utrudnione przez ograniczone zasoby pacjenta	103
9.1	Pacjent żyje w trudnym środowisku	103
9.2	Pacjent ma niewielkie kompetencje	105
9.3	Pacjentowi brakuje pewności siebie	107
9.4	Ofiara przemocy jest zbyt nieufna, by nawiązać relację terapeutyczną	110
9.5	Pacjentka cierpi na ciężkie dysocjacje	113
10	Często spotykane trudne sytuacje w kontakcie bezpośrednim	117
10.1	Pacjent płacze podczas rozmowy	117
10.2	Pacjent mówi niemal nieprzerwanie	120
10.3	Terapeuta jest znacznie bardziej aktywny niż pacjent	123
10.4	Pacjent irytuje terapeutę	127
10.5	Pacjent zadaje terapeutce niedyskretne pytania	131
10.6	Pacjent jest zainteresowany terapeutką na tle erotycznym	133
10.7	Pacjent i terapeuta bardzo się różnią	135
	Skorowidz	139

Pacjent nie wykazuje postępów lub nie współpracuje w dążeniu do celu terapii

2.1 Dążenia pacjenta są niejasne

PRZYKŁADOWE PRZYPADKI

Przypadek 1

Pan S. jest 22-letnim pacjentem oddziału dziennego z podejrzeniem ADHD i mieszanego zaburzenia osobowości z elementami osobowości narcystycznej i impulsywnej, z nadużywaniem substancji psychoaktywnych w wywiadzie. W trakcie terapii indywidualnej sprawia wrażenie osoby zaangażowanej i skupionej, zdolnej do rozmawiania przez dłuższy czas na wybrany temat. Niemal na każdej sesji zmienia on jednak temat rozmów – raz podejmuje temat swojej relacji z rodzicami, następnym razem opowiada o doświadczeniach z kobietami, jeszcze innym – porusza problem postrzegania samego siebie i swojej niskiej samooceny. Prawie nigdy nie wysuwa się na pierwszy plan główna intencja terapeutki, aby zbudować z pacjentem jego perspektywę zawodową, której zupełnie u niego brakuje, i poczynić pierwsze kroki w realizacji tego celu.

Przypadek 2

Pani D. jest 35-letnią pacjentką, która zgłosiła się na psychoterapię w warunkach ambulatoryjnych z powodu kryzysu w swoim związku. W trakcie pierwszych kilku spotkań najważniejsze jest szybkie niesienie jej ulgi, jednak w dalszym przebiegu terapii pacjentka wydaje się oczekiwać prowadzenia przyjacielskich rozmów na temat związków i codziennych problemów. Poruszane przez pacjentkę tematy dotyczą różnych dziedzin życia, nie sprawia ona jednak wrażenia osoby nastawionej na pracę nad problematycznymi obszarami albo zdefiniowanie celów dla siebie.

Przypadek 3

Pani Z., 40-letnia matka trójki dzieci, jest w związku z nałogowym alkoholikiem i od lat wykazuje wyraźne objawy współzależnienia. Wszyscy członkowie jej rodziny cierpią z powodu tej sytuacji na problemy emocjonalne. Pani Z. zgłosiła się do ambulatorium, ponieważ ma objawy lękowe i depresyjne. Jest to jej szósta psychoterapia ambulatoryjna. Różne terapie podejmowane w ciągu ostatnich 10 lat prawie nie zmieniły jej sytuacji. W trakcie spotkań pani Z. sprawia wrażenie osoby ambiwalentnej: z jednej strony chętnie przychodzi na sesje, z drugiej – nie wprowadza żadnych zmian w swoim życiu. Liczne przesłanki przemawiają za koniecznością zmiany jej zachowania, które wynika ze współzależnienia, w celu zredukowania problemów własnych i jej dzieci. W trakcie każdej sesji terapeuta czuje się „przytłoczony” relacjami pacjentki o jej aktualnych problemach. Pani Z. nie wykonuje terapeutycznych zadań domowych, ponieważ każdorazowo na pierwszy plan wysuwa się inny temat.

Podłoże

Zorientowanie na cel jest istotną cechą psychoterapii, przy czym cele poszczególnych terapii mogą znacząco się różnić, w zależności od problematyki i od rodzaju terapii. Na przykład, celem terapeuty behawioralnego w leczeniu objawów lękowych byłoby doprowadzenie pacjenta do stanu, w którym będzie on zdolny zmierzyć się z dotychczas unikanyymi przez siebie sytuacjami; celem terapeuty pracującego z pacjentem depresyjnym – zwiększenie u pacjenta świadomości własnych potrzeb; celem psychoanalityka – zrozumienie przez pacjenta mechanizmów psychodynamicznych itd. W tym rozdziale omówiono problem braku widocznego wspólnego celu pacjenta i terapeuty.

Niejasne cele mogą mieć różne przyczyny, których źródeł można doszukiwać się zarówno w kontakcie terapeutycznym, jak i w osobie pacjenta albo jego problemie. Niektóre potencjalne przyczyny tego problemu zostały przedstawione poniżej, z zastrzeżeniem, że nie są one kompletne.

- Ze względu na spontaniczną poprawę i zmiany w życiu pacjenta **psychoterapia nie jest już pacjentowi potrzebna**.
- Pacjent ma inną **koncepcję psychoterapii** niż terapeuta i wychodzi z założenia, że w terapii należy posługiwać się wyłącznie wolnymi skojarzeniami.
- Pacjent **unikają konfrontacji** z trudnymi tematami, np. z powodu obawy czy poczucia przeciążenia i/lub traktuje terapię jako źródło stabilizacji i zainteresowania, zamiast jako wsparcie w dążeniu do zmian (> Rozdział 2.3).
- **Problem jest złożony i obszerny**, czy to przez trudne otoczenie pacjenta z ograniczonymi zasobami, czy z powodu ciężkich zaburzeń pacjenta, objawiających się licznymi problemami w osobowości, takimi jak zaburzenie osobowości borderline (> Rozdział 9).
- Pacjent ma **problematiczne wzorce zachowań**, które uniemożliwiają zdefiniowanie celów. Być może unika on zobowiązań, nie potrafi skupić się na jednym celu czy odczuwa niechęć do przyjmowania roli osoby „słabej”, szukającej porady (> Rozdział 4.4).
- Pacjenta cechuje **niestałość/brak koncentracji**, będące głównym objawem zaburzenia psychicznego, np. ADHD.

Analiza

Gdy cel pacjenta nie jest jasny, zadaniem terapeuty jest ustalenie z nim, czy psychoterapia jest mu nadal potrzebna. Ewentualnie powinni wspólnie uzgodnić jasne cele, te jednak koniecznie muszą być realistyczne, czyli osiągalne przy uwzględnieniu choroby pacjenta i jego indywidualnej sytuacji życiowej. Jeżeli to okaże się trudne, terapeuta powinien pracować nad zrozumieniem problemów leżących u źródeł niejasnych celów pacjenta i starać się im zaradzić. Pomocnym narzędziem do precyzyjnego indywidualizowanego i praktycznego opisu celów terapii jest technika skalowania osiągnięcia celu (*Goal Attainment Scaling*, GAS) (np. Stieglitz i Haug 1995). Szczegółowy opis pracy nad celami i motywacjami terapeutycznymi został opracowany przez Schulte (2015).

Strategia rozwiązania problemu

Odniesić się do dotychczasowych celów terapii

Wielu pacjentów cierpi na początku terapii na ostre dolegliwości, a domyślnym i oczywistym celem jest niesienie im ulgi w cierpieniu. Z tego względu na początku terapii często nie jest konieczne definiowanie zdecydowanych celów. W niektórych przypadkach jednak przyczyna leczenia szybko się zmienia lub przedstawia się w innym świetle wraz z postępem terapii. Stąd też terapeuta powinien zastanowić się, zarówno sam, jak i z pacjentem, nad celami, które przyświecały pacjentowi na początku terapii. „Rozmawiamy tu wciąż o bardzo różnych tematach. Zastanawiam się jednak, jaki jest właściwie główny cel naszej pracy. Kiedy pan przyszedł, wychodziłem z założenia, że XY, jednak teraz nie wydaje mi się już, że jest to takie istotne. Jak pan to ocenia?”

Wyjaśnić pacjentowi, że terapia wymaga jasnych celów

Wyjaśniając pacjentowi, że terapia wymaga zdefiniowania celów, terapeuta przekazuje mu zarazem informację o swojej koncepcji psychoterapii i może zdementować ewentualne błędne domysły pacjenta. Powinien on przy tym wyraźnie zaznaczyć, że wyznaczenie celów nie służy wywieraniu presji na pa-

encji, ale jest wyrazem zobowiązania terapeuty do zapewnienia efektywności terapii. „Dla mnie bardzo ważne jest, byśmy w tej terapii zmierzali ku konkretnym celom. W końcu nasza praca ma panu pomóc, a to najłatwiej jest zmierzyć, oceniając, czy zbliża się pan do swoich celów”.

Ustalić jasne i realistyczne cele

Jeżeli pomimo psychoedukacji na temat konieczności stawiania celów, nadal nie można zidentyfikować jasnych dążeń pacjenta, należy wytłumaczyć mu, że zmieniające się cele lub całkowity ich brak mogą mieć niekorzystny wpływ na terapię. „Zauważyłem, że podczas każdej sesji zmieniamy temat i poruszone wcześniej kwestie nagle wydają się nie tak bardzo istotne dla pana. Myślę, że to nie jest dobre, bo wprawdzie omawiamy bardzo wiele, ale niczego to nie zmienia. Chciałbym, byśmy jaśniej zdefiniowali, co chcemy osiągnąć w naszych rozmowach”. Można posłużyć się również pytaniami, np. „pytaniem magicznym”: „Gdyby pan miał trzy życzenia to, co by pan zmienił w swoim życiu?” albo zapytać pacjenta, jakich zmian oczekuje w swojej przyszłości: „Po czym pozna pan za pół roku, czy terapia pomogła czy nie?” Terapeuta powinien przy tym wyjaśnić pacjentowi, co może być celem, i akceptować tylko takie, które sam ocenia jako realistyczne, sensowne i osiągalne. „Wymienia pan teraz same cele, które obracają się przede wszystkim wokół pana problemów w związkach albo dotyczą pana czasu wolnego. Nasz oddział dzienny specjalizuje się jednak w czymś innym – przyszedł pan tu, ponieważ praktycznie nie ma pan ustrukturyzowanego dnia i nie wie pan, czym chciałby się zajmować zawodowo – co z tą kwestią?”. „Mówi pan, że chciałby pan nie musieć już myśleć tak dużo o tych wszystkich problemach. Doskonale to rozumiem, ale zastanawiam się – co musiałoby się wydarzyć, aby tak mogło być?”

Przedyskutować ramy możliwości

Pacjenci często nawiązują do wielu tematów, dlatego że rzeczywiście borykają się z licznymi problemami. Jeżeli terapeuta ocenia, że omówienie ich wszystkich w ramach terapii jest nierealne, powinien otwarcie powiedzieć o tym pacjentowi. „Według mnie sensowne byłoby, gdybyśmy początkowo uzgodnili kilka jasnych celów, których osiągnięcie jest realne. Gdy zobaczymy wyraźne postępy, możemy wtedy

jeszcze raz zastanowić się, czy damy radę nawiązać do kolejnych kwestii”.

Pamiętać w przebiegu terapii o wyznaczonych celach

Rozmowy terapeutyczne powinny wielokrotnie nawiązywać do uzgodnionych celów i tym sposobem podkreślać ich znaczenie. „Opowiada pan właśnie o swoim problemie z inną pacjentką, tymczasem podczas ostatniej sesji ustalaliśmy przecież, że do dzisiaj zdobędzie pan informacje na temat różnych zawodów i rozważy ich wady i zalety. Uważam, że to jest bardzo ważne, by ten temat rozwinąć. Czy odrobił pan zadanie domowe?”

Wzmacniać działania pacjenta zorientowane na cel

„Przyniósł pan listę z przykładowymi zawodami, to bardzo dobrze, dziękuję”. „Cieszę się, że mogliśmy dzisiaj tak intensywnie skupić się na pracy nad tym, jak pan może uporać się z tym problemem. Myślę, że to zaprocentuje”.

Otwarcie omówić uniki w zachowaniu pacjenta

O unikaniu mówi się zwłaszcza wówczas, gdy cele i kolejne kroki do ich realizacji zostały ustalone, pacjent jednak (zazwyczaj kierowany obawami) nie wdraża ich w życie. Terapeuta powinien wspólnie z pacjentem zgłębić przyczyny unikania oraz szukać rozwiązań, które pacjent będzie gotowy zaakceptować (> Rozdział 2.3). „Zdefiniowaliśmy już jasno cele i nawet zaplanowaliśmy pierwsze kroki, ale pan nie potrafi ich wdrożyć w życie. Czy mógłby pan to wytłumaczyć? Może pan się czegoś boi?”

Jeżeli pacjent zachowuje się przede wszystkim niekonkretnie i niekonsekwentnie, należy to z nim omówić

Terapeuta powinien przedyskutować z pacjentem zasadność swoich obserwacji w kwestii zachowania i wypracować z nim możliwe wyjaśnienia. Czy np. pacjent cierpi na problemy z koncentracją jako objaw zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi (ADHD; Heßlinger i wsp. 2004)? Czy rzuca sobie kłody pod nogi, aby unikać konieczności zmierzania się ze swoimi rzeczywistymi granicami (w rozumieniu *self-handicapping*; > Rozdział 2.8)?

Powiązać objawy z leżącym u ich podłoża zaburzeniem

Na przykład, pacjenci z negatywnymi objawami wymagają aktywnego wsparcia, aby móc sformułować cele i wcielić je w życie. Pracując z pacjentami dotkniętymi fobią społeczną, konieczne jest uwzględnienie ich problemów podczas planowania perspektyw zawodowych itp.

Jeżeli nie można wytyczyć jasnych celów, należy rozważyć z pacjentem sens kontynuacji leczenia

„Na pewno dobrze panu zrobiło, że mógł pan z kims porozmawiać w chwili najtrudniejszego kryzysu. Wydaje mi się, że teraz nie ma już konkretnego powo-

du, dla którego potrzebowałby pan terapii. W takim razie chwilowo nie musimy się spotykać, a pan zgłosi się, jeśli coś się w tej kwestii zmieni”.

PIŚMIENICTWO

Heßlinger B, Philipsen A, Richter H. Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter: Ein Arbeitsbuch. Göttingen: Hogrefe, 2004.

Schulte, D. Therapiemotivation: Widerstände analysieren – Therapieziele klären – Motivation fördern. Göttingen: Hogrefe, 2015.

Stieglitz R-D, Haug H-J. Therapiezielbestimmung und -evaluation als Mittel zur Qualitätssicherung. In: Haug H-J, Stieglitz R-D (Hrsg.). Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Stuttgart: Enke, 1995; S. 191–199.

Tabela 2.1 Przykładowy dialog do przypadku 1 – oddział dzienny

T.	Opowiada pan dzisiaj o swoim przyjacielu, tymczasem podczas ostatniej sesji ustaliliśmy przecież, że do dzisiaj zdobędzie pan informacje na temat różnych zawodów i rozważymy ich wady i zalety. Uważam, że to jest bardzo ważne, by ten temat rozwinąć. Czy odrobił pan zadanie domowe?	Odnieść się do najważniejszego celu
Pan S.	Nie zdążyłem tego zrobić.	
T.	Dlaczego nie? Ustaliliśmy przecież, że trzeba to teraz koniecznie zrobić, nawet jeśli jest to dla pana trudne.	Nalegać na realizację celów
Pan S.	Sam nie wiem; byłem zajęty różnymi sprawami; jakoś tak całkiem o tym zapomniałem.	
T.	To jest dla mnie bardzo trudna sytuacja. Chciałbym, abyśmy poradzili sobie z pana problemami. Ale w tym celu bardzo ważne jest, by pan się zajmował wyznaczonymi tematami. Jak możemy sobie z tym poradzić?	Pozostać wytrwałym
Pan S.	To może postanowię, że rozpocznę zaraz po sesji.	
T.	To jest bardzo dobry pomysł. A jak pan zadba o to, by później to kontynuować?	Wzmocnić
Pan S.	Będę musiał stać się bardziej zdyscyplinowany.	
T.	To bardzo pomocny wniosek. Mogę z panem omówić, co może pan zrobić, aby udało się panu to osiągnąć.	Wzmocnić

Tabela 2.2 Przykładowy dialog do przypadku 2 – ambulatorium		
Pani D.	...proszę sobie wyobrazić, że dostałam w pracy upomnienie, tylko dlatego że zostałam w domu z powodu choroby mojego dziecka; a tymczasem mój szef jest po prostu zazdrosny, gdyż nie chcę wdać się z nim w romans...	
T.	<przerywa> Pani D., zastanawiam się właśnie – dokąd nasza praca właściwie zmierza?	Dopytać o cel
Pani D.	W jakim sensie?	
T.	Widzi pani, mówi pani o tak wielu rzeczach, ale dla mnie nie jest całkiem jasne, co właściwie chciałaby pani zmienić.	Stematyzować zmiany
Pani D.	Co ma pan na myśli? Sądzi pan, że jest mi to obojętne?	
T.	Nie, nie zrozumieliśmy się. Mam na myśli, że w psychoterapii bardzo ważne jest, by mieć konkretny cel przed oczami. Powinniśmy omawiać to, co najbardziej chciałaby pani zmienić. I właśnie na tym chciałbym się skupić.	Wy tłumaczyć znaczenie jasnych celów
Pani D.	No, chciałabym mieć mniej problemów.	
T.	A co dokładnie ma się zmienić?	Szukać definicji celów
Pani D.	No, tak dokładnie to ja tego nie potrafię powiedzieć.	
T.	Dobrze. Czy możemy się wspólnie nad tym zastanowić?	Wprowadzić wątek zdefiniowania celów

2.2 Pacjent nie nawiązał kontaktu emocjonalnego z samym sobą i z terapeutą

PRZYKŁADOWE PRZYPADKI

Przypadek 1

Pani R., lat 45, zgłosiła się do szpitala z powodu silnych objawów lękowych. Podczas rozmowy relacjonuje o swoich lękach w sposób zdystansowany, bez wyczuwalnych emocji. Jej sposób wypowiedzi stoi w sprzeczności z rozpaczliwym stanem, w którym została przyjęta. Pacjentka również zauważa ten rozdźwięk, nie potrafi go jednak wytłumaczyć.

Przypadek 2

Pan U., lat 47, zgłosił się na psychoterapię ambulatoryjną z powodu depresji. Opowiada o wielu aktualnych aktywnościach i zadaniach, szczególnie o przejętych przez niego dodatkowych zadaniach w pracy. Z jego relacji wynika wyraźnie, że pacjent jest obecnie bardzo przeciążony. Jego zachowanie i sposób wypowiedzania się są jednak niewspółmierne do ciężaru emocjonalnego; pan U. pozostaje wciąż rzeczowy, opanowany, jego opowiadania mają lekko ironiczny wydźwięk.

Podłoże

Termin „kontakt” został opisany jako „międzyludzki, wzajemny, zazwyczaj ugruntowany emocjonalnie związek, który może się pojawić lub nie podczas wspólnego przebywania” (Wirtz 2013). Kontakt jest istotną cechą wspierającej relacji terapeutycznej, ponieważ tylko będąc „w kontakcie” pacjent i terapeuta mogą adekwatnie rozpoznawać cierpienia i troski pacjenta, a terapeuta może okazać pacjentowi empatię. Kontakt terapeutyczny ma zatem dwa zależne od siebie aspekty: w kontakcie z samym sobą pacjent odczuwa własne (zwykle bolesne) emocje, w kontakcie z terapeutą otwiera się przed nim emocjonalnie i pozwala mu dotrzeć do siebie na poziomie emocjonalnym. Jakość kontaktu terapeutycznego można ocenić np. za pomocą cech wymienionych w > Tabeli 2.3.

Analiza

Dobry kontakt jest istotny dla sukcesu psychoterapii. Z jednej strony kontakt z pacjentem pozwala terapeutce oszacować zakres, w jakim pacjent angażuje się w relację terapeutyczną, oraz omawia osobiste i istotne dla niego kwestie, z drugiej zaś trudność w nawiązywaniu kontaktu emocjonalnego często

uzewnętrznia problem – powód leczenia. Nierzadko zdarza się na przykład, że pacjent wprowadzie cierpi na silne zaburzenia emocjonalne (lęk, smutek, złość), jednak w swoim zachowaniu prawie nie uzewnętrznia emocji (> Tabela 2.4, przypadek 1). W takich przypadkach słaby kontakt terapeutyczny działa na pacjenta jak ochrona przed bolesnymi emocjami. Aby jednak możliwa była praca nad tymi uczuciami, konieczne jest ich wcześniejsze zidentyfikowanie. W terapii schematów (Jacob i Arntz 2015) mówi się w tym kontekście także o „ochronnych cechach osobowości”, które należy rozpoznać i zredukować w trakcie terapii (> Rozdział 2.5).

Nie każdy słaby kontakt wskazuje na fundamentalne problemy pacjenta. Zaburzony kontakt może być także wyrazem tego, że pacjentowi przeszkadza jakiś element sytuacji czy osoba terapeuty, albo że w rzeczywistości zajmuje go inny temat niż aktualnie omawiany. Szczególnie pacjenci z niewielkim doświadczeniem terapeutycznym często pozostawiają wybór tematu i nadanie formy sesji w dużej mierze terapeutce i nie zawsze informują go wyraźnie, gdy odczuwają dany temat jako mało istotny. Jeżeli terapeuta czuje, że kontakt z pacjentem w trakcie rozmowy jest słaby lub że całkowicie go brak, powinien w pierwszej kolejności dowiedzieć się, jaka jest tego przyczyna, a następnie pracować nad poprawą tej sytuacji.

Tabela 2.3 Cechy kontaktu terapeutycznego

Dobry kontakt	Słaby kontakt
Zabarwienie emocjonalne relacji pacjenta jest adekwatne do jej treści.	Pacjent opowiada o negatywnych uczuciach albo o swoich trudnościach bez wyraźnych emocji.
Rozmowa ma postać intensywnej wymiany, mało w niej nieporozumień i przestojów.	W trakcie rozmowy pojawiają się niejasności, nieporozumienia i fazy przestoju.
Emocje terapeuty zmieniają się odpowiednio wraz z emocjami pacjenta (dotknięty i współczujący przy lęku i smutku, radosny przy sukcesach itp.).	Emocje terapeuty nie zmieniają się wraz z uczuciami pacjenta, terapeuta doświadcza niewielu uczuć nawet przy emocjonalnych treściach.
Treść rozmowy, emocje pacjenta i emocje terapeuty harmonizują ze sobą.	Terapeuta odczuwa względem pacjenta emocje, takie jak nuda albo rozdrażnienie, które są nieadekwatne do treści rozmowy.
Terapeuta czuje więź z pacjentem.	Terapeuta nie czuje więzi z pacjentem.

Tabela 2.4 Przykładowy dialog do przypadku 1		
T.	W domu miała pani takie straszne lęki, a teraz zupełnie nie da się tego odczuć. W czasie naszej rozmowy jest pani bardzo spokojna i opanowana. Jak pani może to wytłumaczyć?	Otwarcie odnieść się do braku kontaktu
Pani R.	W domu wszystko było takie straszne. Tak się cieszę, że tutaj jestem, nawet sobie pan nie wyobraża.	
T.	Wierzę pani. Jednocześnie robi pani na mnie wrażenie dziwnie odizolowanej. Tak jakby pani właściwie tu nie było. Czy rozumie pani, co mam na myśli?	Doprecyzować pytanie, gdyż pacjentka najwyraźniej go nie zrozumiała
Pani R.	Tak, ale to jest o wiele lepsze niż te lęki.	
T.	Wierzę pani. Czy to możliwe, że takie odizolowanie jest dla pani rodzajem ochrony?	Uprawomocnić, dopytać
Pani R.	Tak mi się przynajmniej wydaje, tak.	
T.	Przed czym się pani chroni?	Dopytać
Pani R.	Przed lękami, tak myślę.	
T.	Tak, ja też tak myślę. Czy to dobrze działa?	Dopytać
Pani R.	Tutaj tak.	
T.	Zgadza się, tutaj tak. A poza tym?	Dopytać
Pani R.	Oj nie, w domu to w ogóle nie działa.	
T.	No i to rzeczywiście jest problem, prawda?	Sproblematyzować słaby kontakt pacjentki z samą sobą
Pani R.	Ale ja nie wiem, ja nie umiem być inna.	
T.	Myślę, że ważne jest, by to lepiej zrozumieć. Chciałbym to chętnie omówić w trakcie sesji i proszę panią, by pani zwróciła uwagę na to, kiedy pani się izoluje, a kiedy nie.	Wprowadzić jako temat terapii, zadać zadanie obserwacyjne

Strategia rozwiązania problemu

Otwarcie poruszyć temat słabego kontaktu

„Przyszedł pan z powodu silnych lęków, ale w rozmowie z panem nie odczuwam żadnych pana lęków. Wydaje się pan bardzo zdystansowany i mało emocjonalny. Trochę mnie to dziwi. Czy rozumie pan, co mam na myśli?” Może się zdarzyć, że pacjent nie zrozumie od razu, co terapeuta chce mu przekazać, gdyż może nie być świadomy swojego zachowania i nie odczuwać go jako problematyczne. W razie konieczności warto posłużyć się przykładami, aby wyjaśnić tę kwestię.

Szukać przekonującego wyjaśnienia słabego kontaktu

Zwykle słaby kontakt ma konkretne podłoże, o które należy pacjenta dopytać. „Odnoszę wrażenie, że nie jest pan do końca obecny emocjonalnie. Czy to ma jakąś konkretną przyczynę?” Terapeuta powinien dążyć do zrozumienia, czy pacjent czuje się skrepowany przez któryś element sytuacji albo przez osobę terapeuty, a także zastanowić się, jak może ewentualnie zmienić tę sytuację. „Jak odbiera pan naszą współpracę?”, „Jak pan mnie odbiera?”, „Czy jest coś, co pomogłoby się panu otworzyć?” W następnej kolejności terapeuta powinien zmienić odpowiednio

W książce znajdziemy opisy typowych trudnych rozmów i sytuacji z pacjentami, które mogą pojawić się w codziennej praktyce zarówno doświadczonych, jak i początkujących psychologów, psychiatrów i psychoterapeutów. Publikacja ta może okazać się pomocna również lekarzom rodzinnym i neurologom, a także opiekunom osób z zaburzeniami psychicznymi, którzy często spotykają się z problematycznym zachowaniem swoich podopiecznych.

W publikacji m.in.:

- opisy i analiza przypadków,
- przykładowe dialogi,
- wskazówki, jak kształtować relacje terapeutyczne z pacjentami oraz jak dążyć do zrozumienia pacjenta i jego dysfunkcyjnego zachowania,
- propozycje postępowania,
- omówienie efektywnych metod pracy z pacjentami cierpiącymi na ostre objawy psychiczne, uzależnionymi lub zagrożonymi próbą samobójczą.

Tytuł oryginału: **Schwierige Gesprächssituationen in Psychiatrie und Psychotherapie**, wyd. 2.
Publikację wydano na podstawie umowy z Elsevier.

ELSEVIER



www.edraurban.pl