

BARIERY W KOMUNIKOWANIU SIĘ Z PACJENTEM Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Krystyna Górna, Krystyna Jaracz

11

Cele rozdziału

Po zapoznaniu się z treścią rozdziału student będzie potrafił:

1. Wymienić i scharakteryzować bariery w komunikowaniu się z pacjentem.
2. Wymienić i scharakteryzować zachowania nieterapeutyczne.

Słowa kluczowe

Bariery w komunikowaniu się, zachowania nieterapeutyczne.

11.1. Bariery w komunikowaniu się

Bariery w komunikowaniu się są to czynniki, które zakłócają prawidłowe przekazywanie i odbieranie informacji w procesie komunikowania się między nadawcą i odbiorcą. Komunikowanie się z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi mogą utrudniać następujące czynniki: bariery percepcyjne, bariery społeczne, brak aktywnego słuchania oraz bariery ze strony samego pacjenta i pielęgniarki.

Bariery percepcyjne

Bariery percepcyjne w komunikowaniu się wiążą się z zakłócaniem odbioru bodźców z otaczającej rzeczywistości (takich jak słowa, obrazy, dźwięki, smak, dotyk) i nadawaniem im znaczenia. Te same informacje czy wydarzenia mogą być inaczej odbierane i interpretowane przez różne osoby.

Wiele czynników może wpływać na sposób odbierania informacji:

- czynniki zewnętrzne (środowiskowe), np. hałas, ruch, obecność innych osób, zbyt wysoka lub zbyt niska temperatura, ograniczenia czasowe,

- nieprawidłowe oświetlenie, intensywne lub nieprzyjemne zapachy, bariery architektoniczne,
- czynniki związane ze stanem fizycznym, np. wady wymowy, wady słuchu, choroba, ból, zmęczenie, senność itd.

Bariery społeczne

Do czynników społecznych można zaliczyć:

- różnice kulturowe, np. etnocentryzm (negatywne oceny odnoszące się do obcej kultury),
- uprzedzenia i stereotypy związane ze statusem społecznym, majątkowym, wykształceniem, płcią, wiekiem, chorobą, niepełnosprawnością,
- czynniki językowe, np. żargon młodzieżowy, specjalistyczna terminologia medyczna, język obcy charakterystyczny dla różnych kultur,
- różnice ideologiczne,
- osobiste doświadczenia.

Brak aktywnego słuchania

Brak umiejętności aktywnego słuchania może wynikać z:

- Braku empatii, czyli braku umiejętności decentracji. Wiąże się to z koncentrowaniem się na sobie, a nie na rozmówcy, co w rezultacie utrudnia przyjęcie jego perspektywy. Często wiąże się to z tym, że nie słucha się wypowiedzi rozmówcy, lecz koncentruje się na własnej osobie i na tym, co chce się powiedzieć (lub jakie zadać pytanie).
- Braku umiejętności asertywnych, przejawiających się przyjmowaniem postawy agresywnej, manipulacyjnej lub biernej, czemu towarzyszy często brak zaufania i podejrzliwość.
- Skłonności do selektywnego słuchania wypowiedzi (filtrowania), czyli koncentrowania się na tych aspektach wypowiedzi, które mają znaczenie dla słuchającego, co przyczynia się do nieprawidłowych interpretacji.
- Silnych emocji (np. lęk, gniew, zakłopotanie, nienawiść, zazdrość, radość) lub trudności w wyrażaniu uczuć.
- Zaburzeń koncentracji.
- Reakcji impulsywnych, takich jak przerywanie wypowiedzi, oczekiwanie, aby wejść w słowo mówiącemu i przedstawić swój punkt widzenia, przedwczesne przypuszczenia, własne skojarzenia czy własne opowieści.
- Nieprawidłowego kontaktu wzrokowego (np. brak kontaktu wzrokowego, rozglądanie się, natarczywy kontakt wzrokowy).

- Przyjmowania zamkniętej lub odchylonej postawy ciała albo odwrócenia się od rozmówcy.
- Wykonywania innych czynności podczas rozmowy, np. gwałtownych gestów.
- Braku mimiki, gestykulacji.
- Automatycznego potakiwania bez słuchania wypowiedzi rozmówcy.
- Zbyt krótkiego dystansu z rozmówcą (naruszenie terytorium osobistego).
- Bariery wynikających z aranżacji przestrzeni, np. siedzenie na wyższym krześle za biurkiem.
- Niezgodności komunikatów niewerbalnych z werbalnymi (np. brak kontaktu wzrokowego, negatywny ton głosu z jednoczesnym wypowiedaniem pozytywnych treści).

Bariery w komunikowaniu się ze strony pacjenta

Bariery zakłócające komunikowanie się ze strony pacjenta z zaburzeniami psychicznymi często wynikają z istoty zaburzeń psychicznych i/lub są efektem leczenia farmakologicznego, a także stanowią reakcję pacjenta na dyskryminujące postawy społeczne.

Należą do nich:

- nieufność, podejrzliwość,
- silne emocje (np. lęk, złość, gniew, euforia itp.),
- zachowania agresywne, nierzadko jako reakcja na ukrywany lęk, bezradność i frustrację lub jako wyuczone zachowanie,
- zaburzenia poznawcze (np. trudności w koncentracji, w racjonalnym myśleniu, w formułowaniu i rozumieniu wypowiedzi, w zapamiętywaniu),
- zaburzenia myślenia (np. dezorganizacja, urojenia),
- zaburzenia spostrzegania (np. omamy),
- trudności w werbalizacji (np. mutyzm, spowolnienie mowy, zbyt szybkie wypowiedzi, poruszanie wielu wątków jednocześnie, niewyraźna artykulacja itp.),
- zachowania manipulacyjne (np. w manii) lub ukierunkowane na uzyskanie korzyści z rozpoznanych zaburzeń czy choroby psychicznej,
- brak lub niedostateczny wgląd w objawy chorobowe i zaburzenia krytycyzmu,
- wycofanie i spowolnienie,
- nierozwiązane problemy emocjonalne,
- brak motywacji do leczenia i współpracy.

Zjawisko przeniesienia. Przeniesienie polega na rzutowaniu na pielęgniarkę nieuświadomionych przeżyć, takich jak np. myśli, uczucia, wyobrażenia, konflikty wewnątrzpsychiczne. Zachowanie pacjenta nacechowane jest negatywnymi lub pozytywnymi emocjami (np. lęk, złość, agresja, miłość), co może wynikać z jego nieuświadomionej postawy wobec osób znaczących, np. pacjent może rzutować na pielęgniarkę własne przeżycia i zachowania, jakie przejawia wobec matki. Do wystąpienia zjawiska przeniesienia w relacji terapeutycznej mogą przyczynić się np. problemy emocjonalne pacjenta, brak wglądu w objawy chorobowe i zaburzenia krytycyzmu.

Bariery w komunikowaniu się ze strony pielęgniarki

Bariery utrudniające komunikowanie się ze strony pielęgniarki mogą wynikać z następujących przyczyn:

- brak umiejętności komunikowania się,
- brak lub niedostateczna wiedza na temat zasad funkcjonowania psychiki, psychopatologii, zależności między stanem psychicznym i somatycznym,
- przeciążenie fizyczne i psychiczne (brak snu, przepracowanie itp.),
- wypalenie zawodowe, brak wsparcia,
- problemy w zakresie zdrowia psychicznego, w tym np. brak wglądu we własne problemy emocjonalne.

Zjawisko przeciwprzeniesienia. Zjawisko przeciwprzeniesienia jest reakcją pielęgniarki na przeniesienie pacjenta. Pielęgniarka przypisuje pacjentowi określone myśli, uczucia i motywy działania oraz angażuje się i przeżywa jego konflikt psychiczny. Przeżycia i zachowania pielęgniarki stanowią zaprzeczenie postawy „bezzstronnego obserwatora” w relacji z pacjentem (np. postawa nadopiekuńczości lub niechęci). Brak dystansu wobec indukowanych przez pacjenta przeżyć i zachowań zagraża zdrowiu psychicznemu pielęgniarki. Przyczyną zjawiska przeciwprzeniesienia może być brak wglądu we własne problemy emocjonalne.

11.2. Zachowania nieterapeutyczne

Niektóre zachowania pielęgniarki wobec pacjenta (głównie o charakterze barier werbalnych) są nieterapeutyczne, mimo że w założeniu mają pomagać pacjentowi. Podobnie jak w przypadku zachowań terapeutycznych mogą one być charakterystyczne dla poszczególnych etapów relacji terapeutycznej.

Zachowania niewłaściwie początkujące kontakt i komunikację

Wypowiadanie zdawkowych komentarzy

Wypowiedzi o charakterze zdawkowych komentarzy, które nie odnoszą się bezpośrednio do pacjenta, nie zachęcają go do rozmowy i utrudniają nawiązanie kontaktu.

Przykład:

Pielęgniarka: „Ładna pogoda, prawda?“, „Co słyhać dobrego?“.

Zmiana tematu rozmowy

Zmiana tematu rozmowy lub niechęć do jej kontynuowania może świadczyć o bagatelizowaniu przeżyć i problemów pacjenta. Może to u niego wyzwać poczucie braku zrozumienia, poczucie odrzucenia, nieufność, przekonanie, że jego problemy nie są ważne i w rezultacie prowadzić do zerwania kontaktu.

Przykład:

Pacjent: „Czy może Pani powiedzieć lekarzowi, że chciałbym z nim porozmawiać?“. Pielęgniarka: „Teraz jest śniadanie, jak będzie wizyta, sam Pan może mu to powiedzieć“.

Zachowania niewłaściwie podtrzymujące komunikację

Uspokajanie i pocieszanie

Uspokajanie i pocieszanie często ukierunkowane są na poprawienie samopoczucia pacjenta i zmniejszenie jego negatywnych przeżyć. Wskazują jednak na trudności pielęgniarki w akceptowaniu i radzeniu sobie z przeżyciami i zachowaniami pacjenta wynikającymi z choroby oraz adaptacji do nowej sytuacji (np. hospitalizacja). W efekcie uspokajanie i pocieszanie może prowadzić do przeciwnych rezultatów. Możliwe reakcje pacjenta to: poczucie braku akceptacji, braku zrozumienia aktualnych przeżyć i problemów, poczucie osamotnienia, wycofanie się z relacji.

Przykład 1 (bagatelizowanie):

Pacjent: Jestem już dwa dni w szpitalu i nic się nie zmieniło w moim samopoczuciu. Dzisiaj rano znowu bardzo źle się czułem“. Pielęgniarka: „Od razu nie będzie lepiej tylko dlatego, że znalazł się Pan w szpitalu, poza tym większość pacjentów z depresją ma również złe samopoczucie rano“.

Przykład 2 (pocieszanie):

Pielęgniarka: „Nie ma powodu do obaw”, „...głowa do góry”, „...jakoś to będzie”, „...niech Pan będzie dzielny”.

Decydowanie

Decydowanie za pacjenta występuje, gdy w relacji dominują np. groźby, nakazy, polecenia, uwagi, nadmierna pewność siebie. Zachowania takie świadczą o relacji opartej na władzy, nie na porozumieniu i współpracy z pacjentem. W zachowaniach często podkreśla się własne racje, a nie — chęć pomocy we wspólnym rozwiązywaniu problemów, przyjmuje się pozycję „lepiej wiedzącego”. Zakłada się również brak lub ograniczoną zdolność pacjenta do odpowiedzialności za siebie. Pozbawia to pacjenta samodzielnych decyzji, uzależnia od innych, daje do zrozumienia, że nie akceptuje się jego wypowiedzi i zachowań, a jego odczucia i problemy są nieważne. Często przyczynia się to do zerwania relacji ze strony pacjenta.

Przykład:

Pacjent: „Nie chcę teraz się kąpać, źle się czuję, wolałbym może po południu, zwykle wtedy czuję się lepiej i mam więcej energii”. Pielęgniarka: „Teraz jest pora na mycie, więc proszę pójść iść do łazienki” (rozkazywanie).

Doradzanie

Doradzanie może świadczyć o niechęci pielęgniarki do zajmowania się problemami pacjenta, który ujawnia chorobowe przeżycia lub oczekuje pomocy w rozwiązaniu problemu. Może być również sposobem decydowania za pacjenta w określonych sytuacjach (jak w danej sytuacji pacjent powinien się zachować). Doradzając, nie uwzględnia się tego, że pacjent mógł już wcześniej próbować poradzić sobie w ten sposób.

Pacjent może również błędnie interpretować narzucone rozwiązanie lub będzie ono wymagało od niego takiej zmiany zachowania, na którą nie jest gotowy. Może to wzbudzić opór w pacjencie, wpłynąć na odmowę przyjęcia rad i rozwiązań, opóźnić przejście z etapu zależności do współuczestnictwa i współpracy w relacji terapeutycznej oraz zniechęcać do podtrzymywania kontaktu.

Przykład:

Pielęgniarka: „Poradzę Panu, jak zachować się w takiej sytuacji...”, „Pana problem wymaga następującego rozwiązania...”, „Uważam, że w takiej sytuacji jedynym wyjściem dla Pana jest...”, „...Na Pana miejscu zrobiłabym...”.