



MAZOWIECKIE
CENTRUM POLITYKI
SPOŁECZNEJ

25^{lat} Mazowsze



Praca i komunikacja z osobą z zaburzeniami psychicznymi. Sposoby radzenia sobie z trudnym i agresywnym klientem.

Barbara Turzyńska
7-8 sierpnia 2023 r.

Czym są zaburzenia psychiczne?

Zaburzenia psychiczne są **chorobą nie tylko psychiki, ale także całego organizmu**. Zaburzenia w sferze psychicznej mogą bowiem przekładać się na funkcjonowanie całego organizmu, wywołując szereg dolegliwości psychicznych – np. zmęczenie, bezsenność, biegunki czy przyspieszoną akcję serca.

O zaburzeniach psychicznych mówi się wtedy, kiedy pewne sposoby myślenia, czucia, postrzegania lub zachowania i relacji z innymi ludźmi są źródłem cierpienia dla Pacjenta, utrudniają jego codzienne funkcjonowanie.



<https://mindhealt/zaburzeniapsychiczne-rodzaje-objawy>

Choroba psychiczna a zaburzenie psychiczne: czy to to samo?

Choroby psychiczne (inaczej zaburzenia psychiczne) są klasyfikowane zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Jest to oczywiście umowne nazewnictwo, bowiem **choroby psychiczne są bardzo indywidualne**, jednak klasyfikacja jest niezbędna do komunikacji z różnymi instytucjami, np. ZUS-em czy NFZ.

Czym więc różnią się od zaburzeń psychicznych?

Teoretycznie obie nazwy mogą być używane zamiennie, ale coraz częściej zwraca się uwagę na fakt, że termin choroba psychiczna jest stygmatyzujący dla Pacjenta i **odchodzi się od używania go właśnie na rzecz terminu zaburzenia psychiczne**. Warto jeszcze nadmienić, że w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 od lat 80. XX wieku nie używa się określenia choroba psychiczna, a zaburzenie psychiczne, jednostka kliniczna bądź zespół objawów.

Podział zaburzeń psychicznych według klasyfikacji ICD-10

Kategoria zaburzeń	Przykład	Kod <u>ICD-10</u> [7]
<u>zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi</u>	<u>zespół czołowy</u>	F00-F09
zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem środków (substancji) psychoaktywnych	<u>alkoholizm</u>	F10-F19
<u>schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe</u>	<u>schizofrenia</u>	F20-F29
<u>zaburzenia nastroju (afektywne)</u>	<u>choroba afektywna dwubiegunowa, zaburzenia depresyjne nawracające</u>	F30-F39
<u>zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną</u>	<u>zespół lęku napadowego</u>	F40-F48
zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi	<u>bulimia, lęki nocne, wytrysk przedwczesny</u>	F50-F59
<u>zaburzenia osobowości</u> i zachowania dorosłych	<u>osobowość dysocjalna, zaburzenia preferencji seksualnych</u>	F60-F69

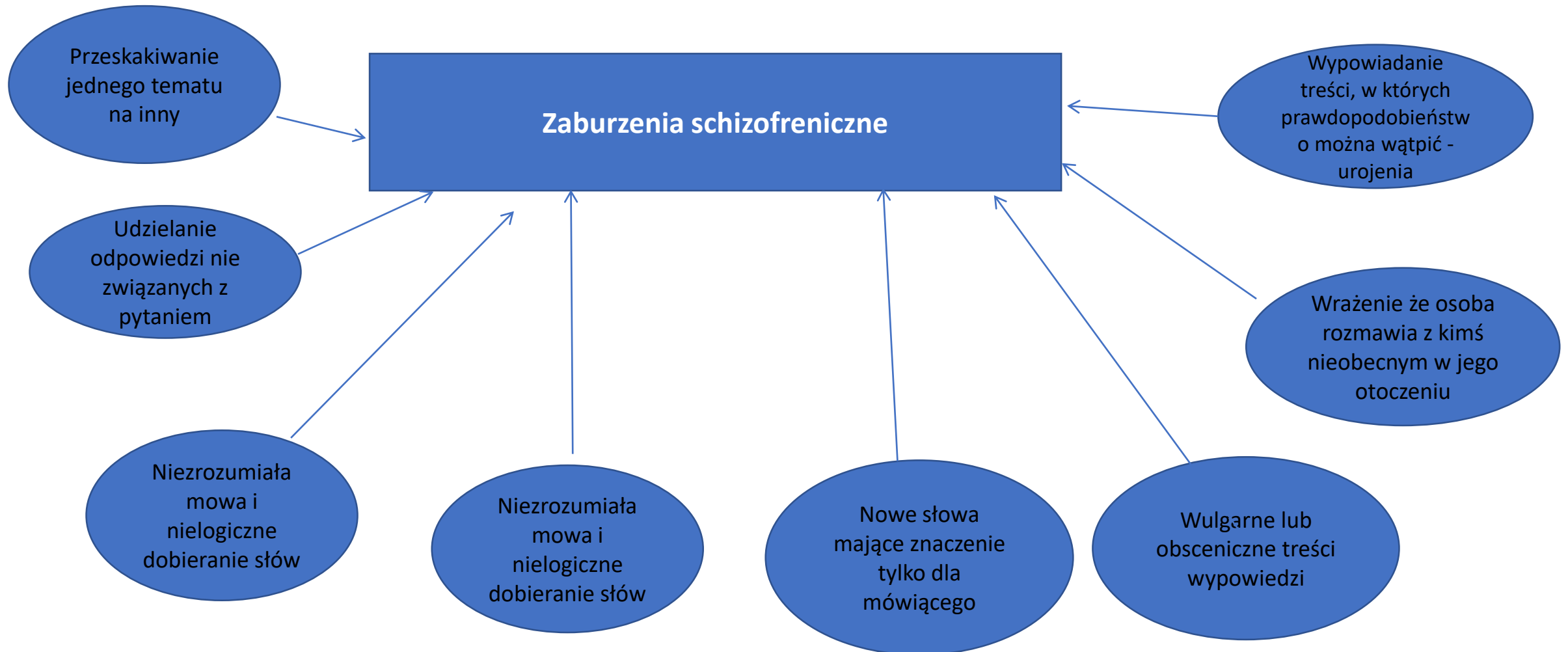
O zaburzeniach psychicznych można mówić, jeśli u Pacjenta występują:

Kategoria zaburzeń	Przykład	Kod <u>ICD-10</u>
<u>upośledzenia umysłowe</u>	<u>niepełnosprawność intelektualna w stopniu lekkim</u>	F70-F79
zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego)	<u>autyzm dziecięcy</u>	F80-F89
zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym	<u>ADHD</u>	F90-F98
zaburzenia psychiczne bliżej nieokreślone (BNO)	–	F99

O zaburzeniach psychicznych można mówić, jeśli u Pacjenta występują:

- brak chęci do życia;
- bardzo niska samoocena;
- agresja, samookaleczanie się;
- nagłe zmiany zachowania, także wahania nastrojów;
- zaburzenia łaknienia – jadłowstręt, prowokowanie wymiotów, jedzenie tylko określonych produktów (ortoreksja);
- nieuzasadnione stany euforii;
- apatia;
- ciągłe zmęczenie;
- problemy w sferze seksualnej;
- ataki paniki, lęki;
- problemy ze snem;
- problemy w kontaktach międzyludzkich;
- poczucie beznadziei, zły nastrój;
- myśli samobójcze.

Podstawowe zaburzenia psychiczne – charakterystyka



Nietypowe zachowania w schizofrenii

obniżenie nastroju,
ale i jego
znaczne wahania

Zmiany nastroju

wycofanie z życia
społecznego

dziwaczne
zachowania

podejrzliwość
i nietypowe
przekonania

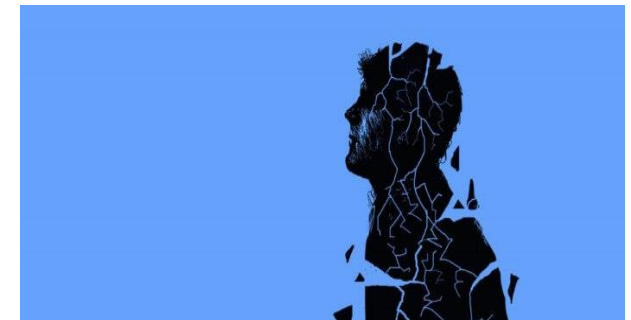
nieprzewidywalność

Depresja - objawy:

- obniżony nastrój;
- utrata zainteresowań i zdolności cieszenia się;
- zmniejszona energia, a w efekcie wzmożona męczliwość oraz
- zmniejszona aktywność.

Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób do często spotykanych objawów depresji należą:

- osłabienie koncentracji i uwagi;
- niska samoocena i mała wiara w siebie;
- poczucie winy i małej wartości;
- pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości;
- myśli i czyny samobójcze;
- zaburzenia snu.



Zaburzenia afektywne dwubiegunowe

Jak **objawia** się mania?

poczucie wszechmocy

nadmierna siła

brak samokrytycyzmu

zmniejszona potrzeba snu

nadmierna samoocena

problemy z uwagą i koncentracją



Zaburzenia związane z lękiem i strachem

najczęstsze zaburzenia lękowe

zaburzenia lękowe uogólnione

stała i nadmierna obawa związana z sytuacjami i wydarzeniami z życia codziennego, lęk nieproporcjonalny do powagi sytuacji

lęk społeczny (socjofobia)

jest związany z sytuacjami społecznymi. To strach przed pozorną negatywną oceną innych ludzi, kompromitacją

lęk paniczny (napadowy)

napady paniki trwające od kilku do kilkunastu minut; nie ogranicza się do jednego konkretnego rodzaju sytuacji

agorafobia

silny lęk przed otwartą przestrzenią i/lub wysokościami.

Praca z filmem „ 10 popularnych zaburzeń osobowości”

<https://www.youtube.com/watch?v=-RPDvN2Pu5s>

Przyczyny zaburzeń psychicznych

- **somatogenne** – nieprawidłowości w funkcjonowaniu mózgu, lub innych organów, wpływające na pojawienie się objawów choroby psychicznej;
- **psychoгенne** – czynniki psychologiczne wywołujące objawy choroby, np. nieprawidłowe relacje rodzicielskie, przeżyte traumy;
- **genetyczne** – dziedziczne skłonności do zachorowań psychicznych.

Specyfika kontaktu z osobą z zaburzeniami psychicznymi



Zasady nawiązywania kontaktu z osobami zaburzonymi psychicznie

Ważne aspekty w komunikacji z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi to:

- wiarygodność – powinna być budowana stopniowo poprzez stworzenie odpowiedniej atmosfery sprzyjającej otwarciu się na emocje towarzyszące klientowi;
- akceptacja – przydatna podczas komunikacji w budowaniu mocnych stron klienta, wspierana przez umiejętności aktywnego słuchania, nie ocenianie;
- umiejętność aktywnego słuchania – świadomość swoich nawyków podczas prowadzenia rozmowy oraz w czasie słuchania, zwracanie uwagi na klienta, poczucie współodpowiedzialności za komunikowanie, obecność fizyczna;
- utrzymywanie kontaktu wzrokowego, pokazane pozycją że słucha się klienta;
- odbieranie całości komunikatu, w tym towarzyszących pacjentom uczuć, a nie tylko wypowiedzianej treści;
- okazywanie choremu empatii i zrozumienia, obserwowanie sygnałów niewerbalnych wysyłanych przez klienta;
- przyjmowanie postawy akceptującej klienta;
- zapewnienie klienta bezpieczeństwa;
- wrażliwość na stan klienta;
- współdziałanie.

Bariery w komunikacji z osobą chorą psychicznie

Po stronie osoby chorej psychicznie:

- deficyty fizyczne,
- deficyty intelektualne,
- mechanizmy obronne,
- niechęć/opór,
- objawy chorobowe.

Bariery leżące po stronie rozmówcy mogą być związane na przykład z:

- niewystarczającą wiedzą,
- posługiwaniem się niezrozumiałymi wyrazami,
- uprzedzeniami,
- własnymi problemami,
- zbytnią empatią.

Inne bariery:

- nieodpowiedni czas na rozmowę,
- nieodpowiednie miejsce na rozmowę,
- obecność innych osób w trakcie rozmowy.

Ze względu na specyfikę problemów chorego z zaburzeniami psychicznymi należy:

- zaplanować czas na rozmowę, tak aby można było o tym poinformować klienta by, nie trzeba było jej przekładać, przerywać;
- do rozmowy podchodzić indywidualnie dobierając tempo i temat rozmowy do stanu psychicznego pacjenta, fazy choroby;
- rozmowę prowadzić logicznie i konsekwentnie, ponieważ mogą u klienta, w zależności od jego stanu, pojawiać się utrudnienia związane z koncentracją, jasnością myślenia i wypowiedzi;
- nie pogłębiać i nie utrwałać zaburzonych sposobów myślenia;

- umiejętnie zbliżyć się do klienta i pokonać dzielący z nim dystans;
- promować samoocenę pacjenta (gdy jest zaniżona, gdy czuje się odrzucony, ma poczucie braku sensu życia itp.);
- szanować godność klienta;
- doceniać i podkreślać wartości klienta;
- budować zaufanie do rozmówcy;
- zachęcać pacjenta do wspierania siebie samego i wykorzystywania w tym celu posiadanych zasobów;
- umiejętnie dawać klientowi nadzieję, ukierunkowaną na możliwości dokonywania pozytywnych zmian w jego stanie psychicznym (wzrost osobowościowy) i codziennym funkcjonowaniu.

Rozmawiając z osobą w kryzysie psychicznym trzeba uzbroić się w cierpliwość, rozmawiać spokojnie, upewnić się czy dobrze zrozumie rozmówcę oraz zachować bezpieczną przestrzeń, aby rozmówca nie czuł się zagrożony, ale nie wolno:

- wykonywać gwałtownych ruchów (mogą zostać zinterpretowane jako zagrażające);
- podnosić głosu;
- oceniać osoby z którą się rozmawia;
- wyśmiewać, obrażać osoby z którą się rozmawia;
- pouczać osoby z którą się rozmawia;
- wzbudzać w niej poczucia winy;
- zadawać zbyt osobistych pytań.

Należy także upewnić się, że osoba będąca w kryzysie psychicznym otrzyma pomoc/wsparcie ze strony osób jej bliskich lub znajomych, a w przypadku braku takiej osoby - pozostać z nią do czasu ustąpienia najostrożniejszego kryzysu.

Komunikowanie się z osobą w depresji

Uważa się, że trudności w komunikowaniu się z osobą chorą na depresję dotyczą między innymi:

- przekazania swoich spostrzeżeń, obserwacji i ich omówieniem (niepewność, w jaki sposób rozmawiać z osobą, której zachowanie odbiega od znanej wcześniej normy);
- formy komunikacji przydatnej w procesie zdrowienia (wsparcie werbalne);
- wyrażania odczuć powiązanych z chorobą bliskiej osoby.

Pamiętać należy, że starając się poprawić sytuację i samopoczucie (mobilizując ją, pocieszając, starając się znaleźć rozwiązanie jej problemów) osoby z depresją, często nieświadomie można jeszcze jej bardziej zaszkodzić. Nie wolno bowiem zapominać, że depresja jest chorobą, a nie zwykłym smutkiem i osoba cierpiąca na nią, aby poczuć się lepiej, musi otrzymać pomoc profesjonalną oraz wsparcie bliskich.

Podstawową zasadą rozmowy z osobą cierpiącą na depresję jest aktywne jej słuchanie (utrzymanie kontaktu wzrokowego, zwracanie uwagi na rozmówcę, zadawanie pytań, nieprzerywanie i parafrazowanie wypowiedzi, współdzielenie procesu komunikacji)

Z osobą w stanie depresji powinno się rozmawiać tak samo, jak w okresie kiedy była zdrowa, tzn. poruszać z nią identyczne tematy, mówić tym samym tonem i nie unikać żartów, o ile je lubiła. Nie wolno jednak na siłę rozśmieszać chorego.

Dzięki powyższemu stwarza się choremu szansę uczestniczenia w normalnym życiu i możliwość oderwania się od dręczących go myśli.

Niestety najczęściej pacjent z depresją nie oczekuje od takiej rozmowy niczego innego, niż okazania mu uwagi i zainteresowania

Z osobą chorą na depresję należy ewidentnie unikać udzielania jej poniższych rad, które zamiast pomóc mogą sprawić, że chory będzie odczuwał je jako bagatelizowanie jego problemów oraz może wyzwolić u niego rozwój poczucia niezrozumienia, co w konsekwencji spowoduje, że chory jeszcze bardziej zamknie się w sobie.

Za takie rady uważa się np.:

- *„Co się dzieje?”*;
- *„Czy wszystko w porządku”*;
- *„Kiedy weźmiesz się za coś konkretnego?”*;
- *„Ludzie mają większe problemy”*;
- *„Masz takie wspaniałe życie i tyle rzeczy, za które możesz być wdzięczny”*.

- *„Musisz myśleć bardziej pozytywnie!”;*
- *„Nie martw się”;*
- *„Przesadzasz, innym jest trudniej i się nie załamują”;*
- *„Przestań być taki ponury!”;*
- *„Przestań się nad sobą uzalać”;*
- *„To wszystko jest w Twojej głowie”;*
- *„Weź się w garść”;*
- *„Wszystko będzie dobrze”;*
- *„Zrób coś ze sobą”.*

Jeżeli zauważy się, że zachowanie bliskiej osoby zmienia się niepokojąco, występują dłuższe zmiany nastroju, powinno się to choremu uświadomić, np. poprzez stwierdzenie

„boję się, że odbierzesz mnie, jako upartego, ale naprawdę mam wrażenie, że gorzej się czujesz. Stałeś się bardzo zamknięty i wycofany. Czy zauważasz, że trudniej się koncentrujesz na zadaniach, prawie nie rozmawiasz z zespołem, a do tego wyglądasz jakbyś nie spał od dłuższego czasu?” .

Istotne jest jednak to, aby te spostrzeżenia były przekazywane jako obserwacje lub refleksje ponieważ forma typu: *„czemu ty ze mną nie rozmawiasz i jesteś taki mrukliwy”* nie spowoduje otworzenia się chorego.

Specyfika komunikacji z osobą ze schizofrenią

Główny problem w rozmowie z osobą chorą na schizofrenię związany jest przede wszystkim z tym, że już sam sposób mówienia jest nieefektywny, ponieważ zrozumienie przez chorego, o co chodzi mówiącemu, jest utrudnione lub nawet niemożliwe.

Za główne trudności w rozmowie uważa się między innymi:

- mówienie o kilku tematach na raz;
- mówienie w sposób zawity, trudny do zrozumienia;
- mówienie w sposób zbyt rozwlekły, budując zbyt długie wypowiedzi, co powoduje że traci się jej sens;
- nietrzymanie się zasadniczego tematu rozmowy;
- używanie słów o znaczeniu znanym tylko pacjentowi;
- wielokrotne zmienianie tematu w trakcie tej samej rozmowy;
- wypowiadanie zamiast pełnych zdań tych samych słów lub kawałków zdań, tzw. wypowiadanie się nieciągłe, pofragmentowane;
- wypowiadanie opinii nie na temat rozmowy, oderwanych od bezpośredniego tematu rozmowy, np. bardzo ogólnych lub odwrotnie - naukowych, filozoficznych;
- zamieszczanie w tym samym zdaniu dwóch odmiennych/sprzecznych ze sobą opinii;
- zbyt szybkie oznajmianie swojego zdania.

Rozmówca powinien w trakcie rozmowy:

- starać się najpierw zebrać informacje, posłuchać, popatrzeć a potem dopiero mówić;
- podać temat rozmowy i trzymaj się go przez cały czas;
- używać prostych, zrozumiałych zdań;
- starać się przekazać jedną myśl w jednej wypowiedzi;
- starać się, aby wypowiedź była w miarę możliwości jednolita;
- starać się mówić raczej tak krótko na ile można, aby powiedzieć wszystko co się zaplanowało;
- kontrolować co się mówi do chorego - zamiast mówić: „*Nigdy nie bierzesz leków o właściwej porze*” lepiej stwierdzić: „*jestem zaniepokojony/a, że zapomniałeś/łać przyjąć dzisiaj rano lekarstw*”;
- słuchać co ma do powiedzenia członek rodziny.

Rozmówca nie powinien w trakcie rozmowy:

- używać zdań bardzo złożonych;
- chaotycznie zmieniać tematu rozmowy;
- mówić tak, jakby jedno zdanie zaprzeczało drugiemu wypowiedzianemu wcześniej;
- używać za dużo niezwiązanych z tematem rozmowy przerywników, wtrąceń;
- zbyt długo prowadzić rozmowę;
- zbyt szybko wyciągać wnioski i uogólniać wypowiedź pacjenta.

Podstawowe zasady komunikacji w kontekście innych zaburzeń

Rozmówca nie powinien w trakcie rozmowy:

- używać zdań bardzo złożonych;
- chaotycznie zmieniać tematu rozmowy;
- mówić tak, jakby jedno zdanie zaprzeczało drugiemu wypowiedzianemu wcześniej;
- używać za dużo niezwiązanych z tematem rozmowy przerywników, wtrąceń;
- zbyt długo prowadzić rozmowę;
- zbyt szybko wyciągać wnioski i uogólniać wypowiedź pacjenta.

Podstawowe zasady komunikacji w trakcie wywiadu w kontekście innych zaburzeń

Mania – w zespole maniakalnym występuje ciągły stan zadowolenia, radości, szczęścia oraz brak adekwatnych reakcji na przykre wydarzenia. Osoba jest bardzo pobudzona, tempo myślenia ulega przyspieszeniu, potrafi on działać przez wiele godzin bez odpoczynku. Jest bezkrytyczny wobec własnej osoby i działania, nie dostrzega żadnych przeszkód w drodze do realizacji wytyczonego celu.

Mania zwykle charakteryzuje się: wzmożoną aktywnością motoryczną, drażliwością, wzmożonym nastrojem, przyspieszeniem procesów myślowych (gonitwa myśli), mowa takich osób jest zazwyczaj głośna, gwałtowna i trudna do zrozumienia.

W kontakcie z maniakami:

- zadbaj o swoje bezpieczeństwo i stwórz pozytywną atmosferę;
- dostosuj się do swojego rozmówcy – do tempa jego wypowiedzi, do nastroju – możesz stopniowo zwalniać np. tempo wypowiedzi, mówić nieco ciszej;
- zachowaj spokój i nie okazuj silnych emocji;
- staraj się poprzez swój spokój wyciszyć osobę, z którą masz kontakt;
- unikaj sztuczności.

Zasady nawiązywania kontaktu z osobą z antyspołecznym zaburzeniem osobowości

Zaburzenie to występuje wtedy, gdy osoba przejawia trwałe zachowanie antyspołeczne. Osoba taka nie jest chora psychicznie, nie cierpi na urojenia czy halucynacje, nie ma niedoborów w sferze intelektu. Myśli ona racjonalnie i jest świadoma tego, co robi.

Cechy charakterystyczne:

- brak wyrzutów sumienia i lojalności względem kogokolwiek;
- agresywne lub antyspołeczne zachowanie;
- naruszanie i lekceważenie praw innych osób;
- impulsywność, wybuchowość, brak odpowiedzialności;
- osoby dopuszczają się agresji wobec ludzi i zwierząt, kradzieży, niszczą cudzą własność oraz naruszają normy obowiązujące w społeczeństwie.

W relacjach z osobami z antyspołecznym zaburzeniem osobowości:

- wykaż się daleko posuniętą ostrożnością nie licz na pozytywne nastawianie osoby do Ciebie, nie wierz w zapewnienia;
- bądź spokojny – nie okazuj lęku, nie wywyższaj się;
- nie apeluj do uczuć wyższych;
- pamiętaj o jego impulsywności;
- myśl szybko, przewiduj, bądź elastyczny;
- nie groź, nie ośmieszaj.

Co mówić a czego nie mówić w kontakcie z osobą chorą psychicznie

Nie mów: *„Masz takie wspaniałe życie i tyle rzeczy, za które możesz być wdzięczny”*.

Ale powiedz : *„Doceniam Cię”*.

Nie mów: *„Powinieneś medytować”* Albo *iść pobiegać. Trenować jogę.*

Warto zapytać: *„Co Cię odpręża?”*

Nie mów: : *„Wszystko będzie dobrze”*.

Ale powiedz: *„Jestem tu dla Ciebie. Będę Cię wspierać”*

Nie mów: : *„Po prostu bądź szczęśliwy”*.

Po prostu zapytaj: *„Co mogę zrobić, by pomóc Ci poczuć się szczęśliwszym*

Po prostu bądź a jeśli zajdzie taka potrzeba – okażesz wsparcie.

Nie mów: : *„To wszystko jest w Twojej głowie”*

Tylko powiedz: *„Zróbmy coś fajnego”*.

Nie mów: : **„A czym Ty się w ogóle tak martwisz/smucisz/stresujesz?”**

Powiedz: **„Jak mogę Ci pomóc poczuć się lepiej?”**.

Nie mów: : **„Ludzie mają gorsze problemy”**

Ale powiedz: **„Przykro mi. Chcesz o tym pogadać?”**

<https://psycholog-pisze.pl/czego-mowic-osobom-zaburzeniami/>

Praca z filmem „Jak rozmawiać z osobą z zaburzeniami psychicznymi?”

<https://www.youtube.com/watch?v=uSAHGal8rXI>

„Jak rozmawiać z osobą z zaburzeniami psychicznymi?” - ćwiczenie warsztatowe

Kilka zasad:

- Zadbaj o ustronne, spokojne miejsce, w którym nikt nie będzie Wam przeszkadzać.
- Zapewnij rozmówcę o dyskrecji – treść Waszej rozmowy nie powinna być przekazywana osobom trzecim i rozmówca – by czuć się bezpiecznie. Powinien o tym wiedzieć już od początku rozmowy. Zasada dyskrecji nie obejmuje sytuacji, w których wiesz, że zagrożone jest życie lub zdrowie rozmówcy, wówczas należy zapewnić mu pomoc zgodnie z instrukcją opisaną powyżej.
- Zacznij od informacji o tym, jaki jest cel rozmowy – chcesz porozmawiać, bo niepokoisz się o tę osobę i – w kolejnym etapie rozmowy – przekazać jej informacje o możliwości uzyskania specjalistycznej pomocy.

Przykładowe zwroty, których możesz użyć w trakcie rozmowy:

- Niepokoję się o Pana/Pani zdrowie/samopoczucie.
- Widzę, że Pana/Pani zachowanie zmieniło się w ostatnim czasie i martwi mnie to.
- Zauważyłam/em, że być może dzieje się z Panią/Panem coś niepokojącego.
- Proszę się zastanowić, czy nie chciałby Pan/Pani skorzystać z fachowej pomocy.
- Chcę powiedzieć Pani/Panu, gdzie może uzyskać Pan/Pani taką pomoc, jeśli będzie jej potrzebować.
- Chciałabym/łbym porozmawiać o tym, gdzie może Pan/i uzyskać fachowe wsparcie, jeśli tylko uzna Pan/i, że tego potrzebuje.
- Chciałabym/chciałbym przekazać Pani/Panu informację o możliwości uzyskania wsparcia.

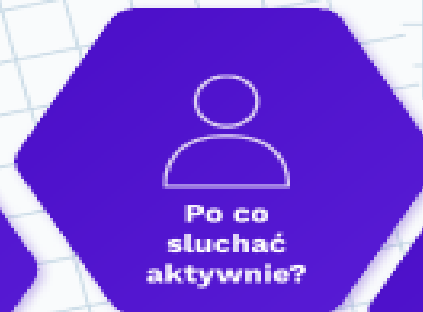
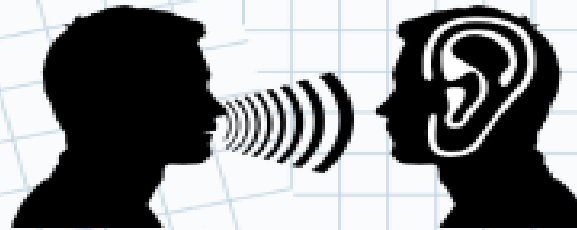
Osoba z trudnościami może nie chcieć przyznać się do tego, że ma jakieś problemy i zaprzeczać.

- Nie zmuszaj go do mówienia. To, czy powie Ci prawdę, nie jest najważniejsze.
- W takiej sytuacji przekaż informacje o możliwości uzyskania pomocy i zakończ rozmowę.
- Jeśli osoba mówi o tym, że ma trudności i trochę o nich opowiada, wysłuchaj go i okaż zrozumienie.
- Nie staraj się jednak za wszelką cenę znaleźć rozwiązania jego problemów.
- Możesz delikatnie zasugerować, że Twoim zdaniem z tego typu trudnościami łatwiej jest poradzić sobie przy wsparciu specjalistów.
- Pamiętaj, że rozmawiasz z osobą dorosłą i nawet jeśli Ty w naturalny sposób podpowiadasz jakieś rozwiązania, to do tej osoby należy decyzja odnośnie tego, co robi.
- Przekaż informację o możliwości uzyskania specjalistycznej pomocy.
- W czasie rozmowy zadbaj też o własne granice.
- Jeśli rozmowa bardzo się przedłuża i nie możesz jej kontynuować, spokojnie poinformuj o tym osobę.
- Jeśli osoba oczekuje od Ciebie pomocy, której nie możesz mu udzielić – otwarcie o tym powiedz.
- Wsparcie powinno polegać na motywowaniu do podjęcia działania (udania się po fachową pomoc), a nie na rozwiązywaniu problemów osoby.
- Nie przejmuj odpowiedzialności za nastrój osoby i jej decyzje.

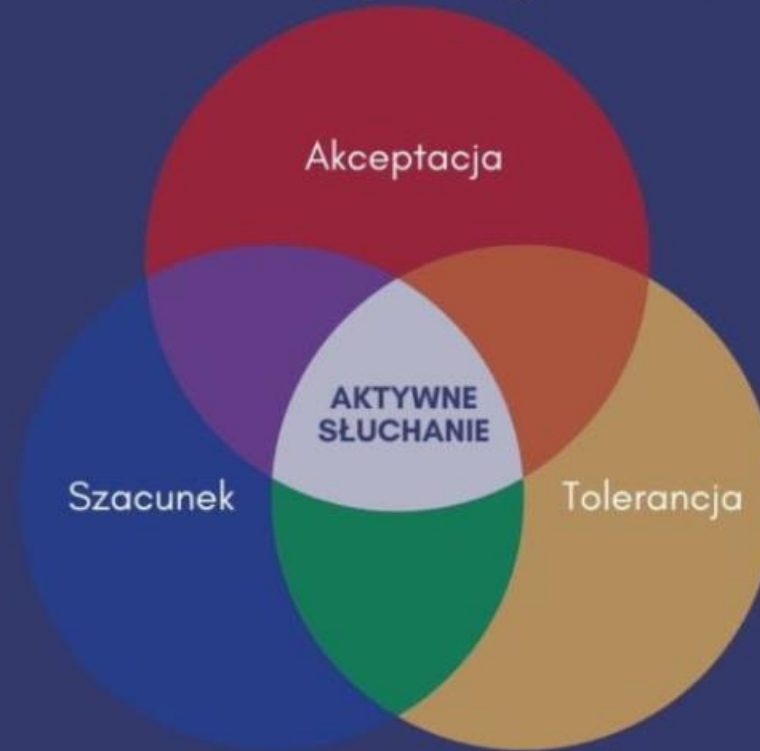
AKTYWNE SŁUCHANIE

Słyszeć
nie znaczy
ustyszeć

Dobra komunikacja to nie tylko
mówienie



Fundament aktywnego słuchania



Aktywne słuchanie

Umiejętność aktywnego słuchania opiera się na następujących filarach:

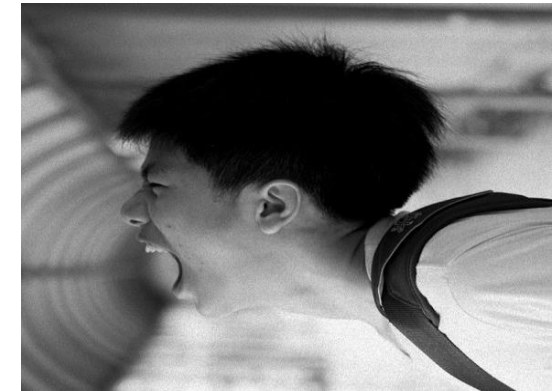
1. Akceptacji naszego rozmówcy.
2. Pełnej tolerancji dla jego emocji.
3. Szanowaniu drugiej osoby.

Czemu służy aktywne słuchanie?

1. Pozwala wytworzyć poczucie wzajemnego zaufania, akceptowania drugiej osoby takiej, jaka jest. Może również dostarczać poczucia wsparcia.
2. Zachęca do większej otwartości, zwierzenia się ze wszystkich problemów, co być może uświadomi naszemu rozmówcy, gdzie tkwi źródło jego trudności.
3. Pomaga rozmówcy na dokładne zanalizowanie i organizację swojej wypowiedzi, co zwiększa jego szanse na samodzielne rozwiązanie problemu.
4. Umożliwia swobodne wypowiedzenie się na dany temat, "wyrzucenie" z siebie danego problemu zmniejszając tym samym napięcie psychiczne
5. Daje możliwość konfrontacji wyobrażeń danej osoby z rzeczywistością oraz ich korekty, jest źródłem informacji zwrotnych.
6. Pozwala prześledzić tok rozumowania drugiej osoby, jej sposób myślenia i wnioskowania.

Po co zadajemy pytania?

- uzyskanie dodatkowych informacji;
- sprawdzenie stopnia zrozumienia przekazanego przez nas komunikatu;
- przekazanie dodatkowych informacji;
- zwiększenie stopnia zaangażowania obu stron w rozmowę;
- poprawienie atmosfery rozmowy;
- zmuszanie do refleksji;
- przyspieszenie porozumienia;
- nakłonienie kogoś do dokonania wyboru.



Pytania otwarte to takie, na które nie można odpowiedzieć „tak” lub „nie”. Pozwalają uzyskać najwięcej informacji dotyczących potrzeb rozmówcy. Mają także za zadanie zachęcić do otwartego wyrażania potrzeb, czy zastrzeżeń poprzez swoją formę utrudniającą prostą odpowiedź „tak” lub „nie”. Stawiając pytania otwarte mamy na celu pozyskanie maksymalnie dużej ilości informacji, np.:

- *„Jakie widzisz rozwiązanie tej sytuacji?”*,
- *„Co przekonałoby cię do tej sprawy”*,
- *„Jakie masz inne propozycje?”*

Pytania zamknięte są to pytania zaczynające się zwykle od „czy...”, umożliwiają prostą odpowiedź „tak” lub „nie”. Należy je stosować ostrożnie, ponieważ mogą nie sprzyjać wymianie zdań i prowadzeniu rozmowy. Stosuje się je wówczas, gdy mamy już wystarczające informacje i domyślamy się o potrzebach rozmówcy. Służą one podsumowaniu rozmowy i ustaleniu konkretnych zobowiązań, np.:

- *„Czy to rozwiązanie jest także dla Ciebie satysfakcjonujące?”*
- *„Może więc wyznaczyć tydzień jako termin realizacji?”*

Zakłócenia w komunikacji

- brak przygotowania do rozmowy;
- brak jasności komunikatu;
- Okoliczności;
- niedokładny odbiór/wybiórczość;
- Subiektywizm;
- brak zaufania/szacunku;
- wysyłania niespójnych komunikatów.





TECHNIKI AKTYWNEGO SŁUCHANIA

- parafrazowanie
- klaryfikacja
- pytania otwarte
- pytania zamknięte
- odzwierciedlenie uczuć
- potakiwanie
- zachęcanie do dalszej wypowiedzi
- dzielenie się własnymi uczuciami



Techniki aktywnego słuchania

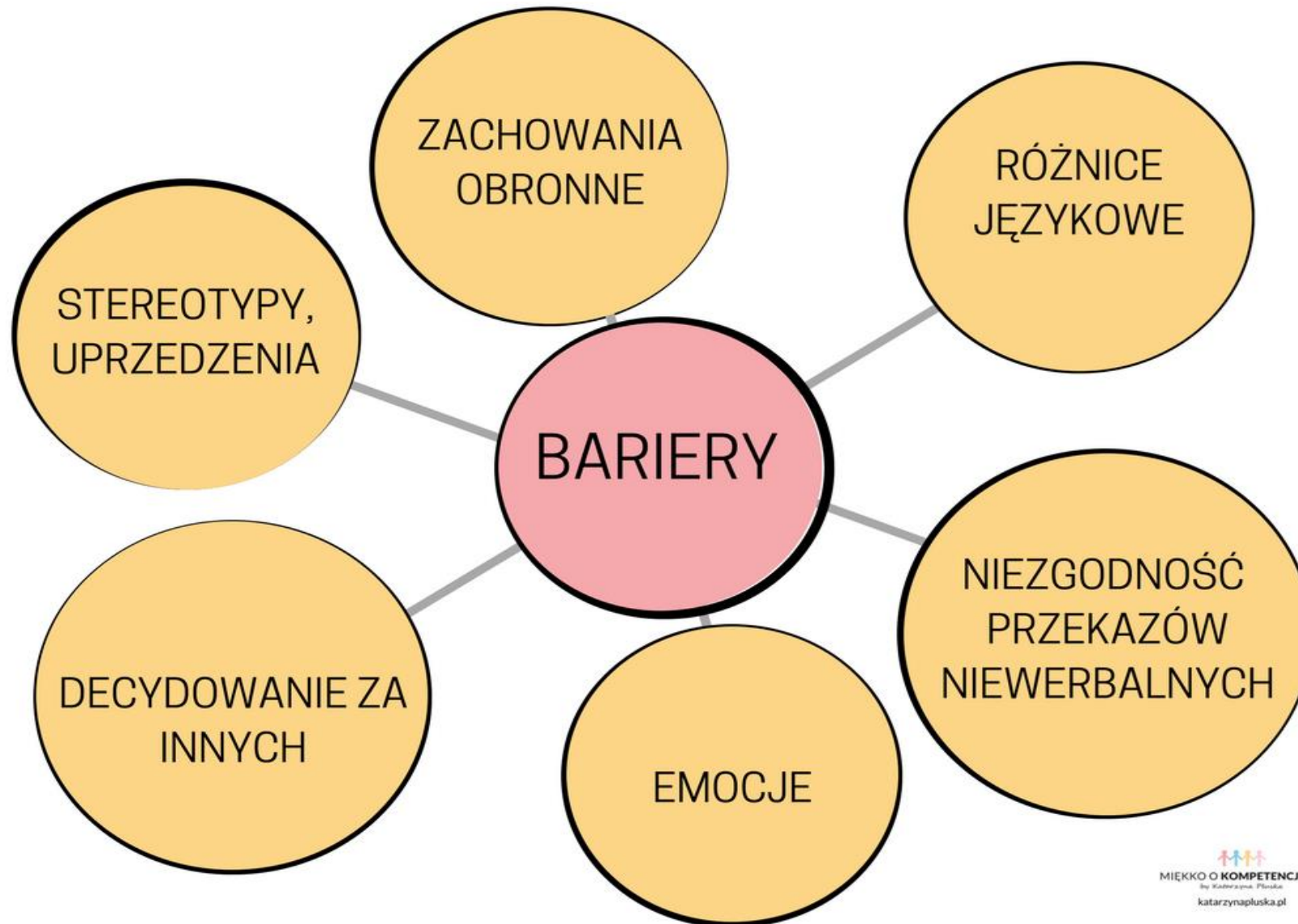
Twój charakter jest twoim najważniejszym atutem, dlatego powinieneś nad sobą pracować przez całe życie. (...)

"Milionerzy z wyboru" Brian Tracy



Praca z filmem „Słuchasz jednym uchem, a wychodzi drugim? Odkryj 5 poziomów słuchania”

https://www.youtube.com/watch?v=TCV_wNYY0cw



→ KOMUNIKACJA SPOŁECZNA
INTERPERSONALNA

↓
NIEWERBALNA

- głos
- gesty
- mimika
- postawa ciała itp.



↓
WERBALNA

- słowa, mowa
- aktywne słuchanie

Jakie techniki stosować w rozmowie z osobą zaburzoną psychicznie?

Ze względu na specyfikę problemów chorego z zaburzeniami psychicznymi należy:

- zaplanować czas na rozmowę, tak aby można było o tym poinformować pacjenta i nie trzeba było jej przekładać, przerywać;
- do rozmowy podchodzić indywidualnie dobierając tempo i temat rozmowy do stanu psychicznego pacjenta, fazy choroby;
- rozmowę prowadzić logicznie i konsekwentnie, ponieważ mogą u pacjenta, w zależności od jego stanu, pojawiać się trudności związane z koncentracją, jasnością myślenia i wypowiedzi;
- nie pogłębiać i nie utrzymywać zaburzonych sposobów myślenia;
- umiejętnie zbliżyć się do pacjenta i pokonać dzielący z nim dystans;
- promować samoocenę pacjenta (gdy jest zaniżona, gdy czuje się odrzucony, ma poczucie braku sensu życia itp.);
- szanować godność pacjenta;
- doceniać i podkreślać wartości pacjenta;
- budować zaufanie do rozmówcy;
- zachęcać pacjenta do wspierania siebie samego i wykorzystywania w tym celu posiadanych zasobów,
- umiejętnie dawać pacjentowi nadzieję, ukierunkowaną na możliwości dokonywania pozytywnych zmian w jego stanie psychicznym (wzrost osobowościowy) i codziennym funkcjonowaniu.

Jakich technik komunikacyjnych unikać?

W związku z tym przed rozpoczęciem rozmowy z osobą będącą w kryzysie należy pamiętać, by:

- nie pozostawiać jej samej;
- upewnić się, że nie zagraża sobie;
- sprawdzić, czy może sama podjąć różne aktywności.

Rozmawiając z osobą w kryzysie psychicznym trzeba uzbroić się w cierpliwość, rozmawiać spokojnie, upewnić się czy dobrze zrozumie rozmówcę oraz zachować bezpieczną przestrzeń, aby rozmówca nie czuł się zagrożony.

Nie powinno się:

- wykonywać gwałtownych ruchów (mogą zostać zinterpretowane jako zagrażające);
- podnosić głosu;
- oceniać osoby z którą się rozmawia;
- wyśmiewać, obrażać osoby z którą się rozmawia;
- pouczać osoby z którą się rozmawia;
- wzbudzać w niej poczucia winy;
- zadawać zbyt osobistych pytań.

Należy także upewnić się, że osoba będąca w kryzysie psychicznym otrzyma pomoc/wsparcie ze strony osób jej bliskich lub znajomych, a w przypadku braku takiej osoby - pozostać z nią do czasu ustąpienia najostrejszego kryzysu.

Zapraszam do dyskusji

Moje bezpieczeństwo w pracy i komunikacji z osobami z zaburzeniami psychicznymi.



→ POSTAWA AGRESYWNA



PRZYCZYNY

- obawa, że nie dostaniemy tego co chcemy
- brak wiary w siebie
- brak reakcji we wcześniejszym działaniu
- przymus wyładowania złości
- brak samokontroli
- poczucie wyższości
- chęć zwrócenia na siebie uwagi
- potrzeba manipulacji ludźmi

SKUTKI

- silne konflikty z otoczeniem
- utrata sympatii, a nawet szacunku otoczenia
- brak szacunku do siebie
- ośmieszanie się
- kłopoty ze zdrowiem
- stres
- przemoc fizyczna

Jak radzić sobie z agresją?

Ciemną stroną pracy z ludźmi jest to, że czasem stykamy się z agresją. Szczególnie narażone na nią są te organizacje, które pracują z nimi bezpośrednio, ale dotknąć to może każdej.

Agresja może przybierać różne formy i mieć różne przyczyny.

Czasem jest stosowana celowo, jako sposób na zastraszenie organizacji, której działalność się komuś nie podoba.

Zaś do instytucji pomocowych trafiają ludzie z problemami, w stresie, który może przejawiać się w zachowaniach agresywnych. Dlatego warto zacząć od analizy tego, jakie sytuacje mogą dotyczyć Was, na jakiego rodzaju ryzyko powinniście się przygotować – i do tego dostosować strategię działania.

Ustawienie biura

Biuro powinno być tak urządzone, żeby osoba wchodząca z zewnątrz nie trafiała od razu do pokoi (pokoju), gdzie pracuje zespół.

Barierą mogą być drzwi wewnętrzne zamykane na klucz/zamek, recepcja.

Jeśli jest taka możliwość, wydzielcie osobny pokój, z którego nie ma swobodnego przejścia do kolejnych pomieszczeń biurowych i w którym mogą odbywać się spotkania z osobami z zewnątrz.

Reagowanie na agresję

Gdy do biura wejdzie człowiek, który będzie krzyczał, zachowywał się wrogo, przeklinał: wstańcie, nie siedźcie w obecności agresywnej osoby; trzymajcie dystans, starajcie się być poza zasięgiem jej rąk.

Wycofujcie się, jeśli będzie podchodził, unikajcie kontaktu fizycznego, przepychanki, szarpaniny. Zachowajcie przestrzeń do oddalenia się i możliwość ucieczki. Spróbujcie go wysłuchać, dowiedzieć się, o co mu chodzi.

Być może jego (jej) agresja wiąże się z jakimś zdarzeniem na zewnątrz, a ta osoba – chociaż jej zachowanie na to nie wskazuje – przychodzi do Was po pomoc.

Nie otaczajcie tej osoby całym zespołem, nie wykonujcie gwałtownych ruchów, nie mówcie, że ma się uspokoić. Bądźcie uprzejmi, nie spierajcie się – nie dawajcie powodów do dodatkowej agresji.

Wyjdźcie – w miarę możliwości – na przeciw oczekiwaniom i poleceniom agresora.

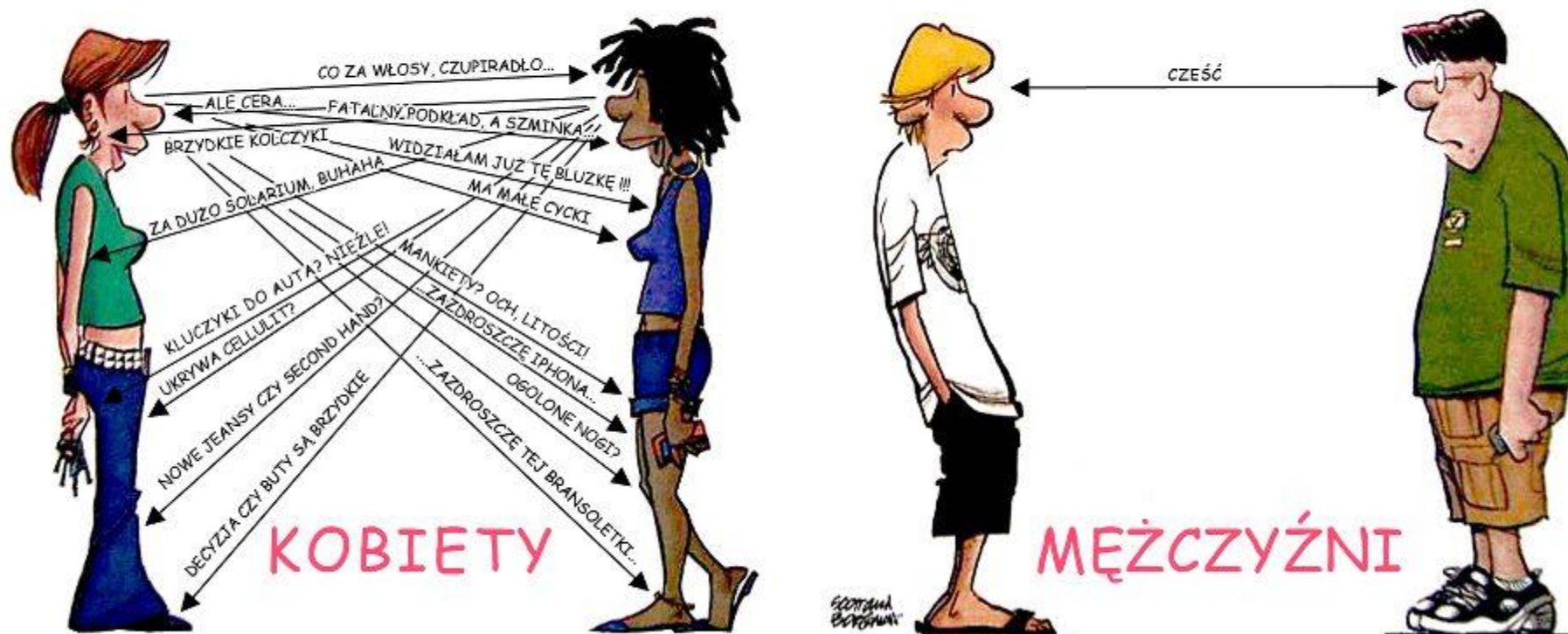
Komunikacja niewerbalna – to zespół niewerbalnych komunikatów (np. gesty, mimika twarzy) nadawanych i odbieranych przez ludzi jednocześnie na wszystkich niewerbalnych kanałach.

Informują o podstawowych stanach emocjonalnych, intencjach, oczekiwaniach wobec rozmówcy, pozycji społecznej, pochodzeniu, wykształceniu, samoocenie, cechach temperamentu itd. komunikaty te nadawane są i odbierane najczęściej na poziomie nieświadomym, mogą być także nadawane i odbierane na poziomie świadomym.

W sytuacji, kiedy mamy poczucie, że ktoś skłamał, to w rzeczywistości mamy na myśli, że mowa ciała nie idzie w parze z wypowiedzianymi słowami.



KOMUNIKACJA NIEWERBALNA



www.mother-power.pl

Jaki rodzaj mowy ciała preferujesz?

→ Pozycja Ciała



- Sztwyne siedzenie - niepewność, napięcie, lęk
- Zgrabienie się - smutek, przygnębienie lub zamykanie się w sobie
- Siadanie na brzegu krzesła - niepewność, zdenerwowanie
- Skrzyżowane ręce na piersi - odmowa, niechęć, unikanie kontaktu
- Ręce w kieszeniach - brak pewności siebie, nieufność
- Ręce trzymane z tyłu - pewność siebie
- Skrzyżowanie rąk z przodu - opanowanie, skrytość, uległość
- Skrzyżowanie rąk z tyłu - nieśmiałość, arogancja
- Palce splecione ze sobą - koncentracja

→ Gestykulacja

- Wzruszenie ramionami - niepewność, brak zdecydowania, lekceważenie, brak zainteresowania
- Uniesienie ramion do góry - wstyd, strach, nerwowość
- Opuszczenie ramion w dół - rozczarowanie lub zniechęcenie
- Drżenie rąk - silny lęk lub złość
- Dłonie zaciśnięte w pięść - silny lęk lub złość
- Ręce rozluźnione, dłonie gestykują - otwartość, zainteresowanie
- Ręce sztywne, brak gestów - napięcie psychiczne
- Palce uderzają w stół - złość, niecierpliwienie lub lekceważenie
- Stukanie stopą - niecierpliwość, niepokój, chęć zakończenia rozmowy
- Pocieranie karku - frustracja, gniew



→ Ruchy Głową

- Kiwanie głową w pionie (potakiwanie) - zgoda, zrozumienie, uważne słuchanie
- Kręcenie głową w poziomie - niezgoda, brak zrozumienie
- Powolne opuszczanie głowy - smutek, rozpacz, przygnębienie
- Szybkie opuszczenie głowy - strach, złość, niepewność
- Powolne odchylanie do tyłu - powątpiewanie
- Szybkie odchylanie do tyłu - opór
- Pochylenie głowy na boki - uległość
- Powolny skłon w bok - niedowierzanie, zarozumiałość
- Szybki skłon w bok - sceptyczne zainteresowanie
- Przesunięcie do przodu - koncentracja uwagi, przychylność lub agresja
- Przesunięcie do tyłu - wyczekiwanie, sceptycyzm



→ Mimika Twarzy

- Zaciśnięte usta - złość, skrytość, koncentracja
- Otwarte lekko usta - zaskoczenie, zdziwienie lub znużenie
- Otwarte szeroko usta - przestrasz lub radość
- Przygryzienie wargi - smutek, rozżalenie, zdenerwowanie, nieśmiałość, strach
- Zarumienienie twarzy, wypieki - lęk, wstyd, zakłopotanie
- Uniesione w górę brwi - zarozumiałość, niedowierzanie, przerażenie
- Brwi ściągnięte - gniew
- Powieki szeroko otwarte - strach, uleganie sugestii
- Powieki opuszczone - uwaga, nuda, skromność



Język ciała - przykłady



Dziękuję za uwagę

W niniejszym opracowaniu wykorzystano zdjęcia i obrazy graficzne dostępne na stronach Internetu, zgodnie z 27 Ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych, który pozwala instytucjom oświatowym, uczelniom i innym jednostkom naukowym wykorzystania zdjęć na potrzeby zilustrowania treści dydaktycznych.