

Praca z pacjentem trudnym



Dziękujemy za ściągnięcie e-book'a

dr hab. Marlena Stradomska

Paulina Chwedeczko

Natalia Dąbrowska

W razie pytań zapraszamy do kontaktu:

kontakt@stradomska.com

www.stradomska.com

O projekcie:

Koordynator Projektu:

dr hab. z zakresu bezpieczeństwa narodowego Marlena Stradomska

Przygotowanie:

dr hab. z zakresu bezpieczeństwa narodowego Marlena Stradomska

Paulina Chwedeczko

Natalia Dąbrowska

Redakcja naukowa:

dr hab. z zakresu bezpieczeństwa narodowego Marlena Stradomska

Partnerzy:

Lumen Minds

Wydawnictwo:

Wydawnictwo Naukowe ArchaeGraph Diana Łukomiak

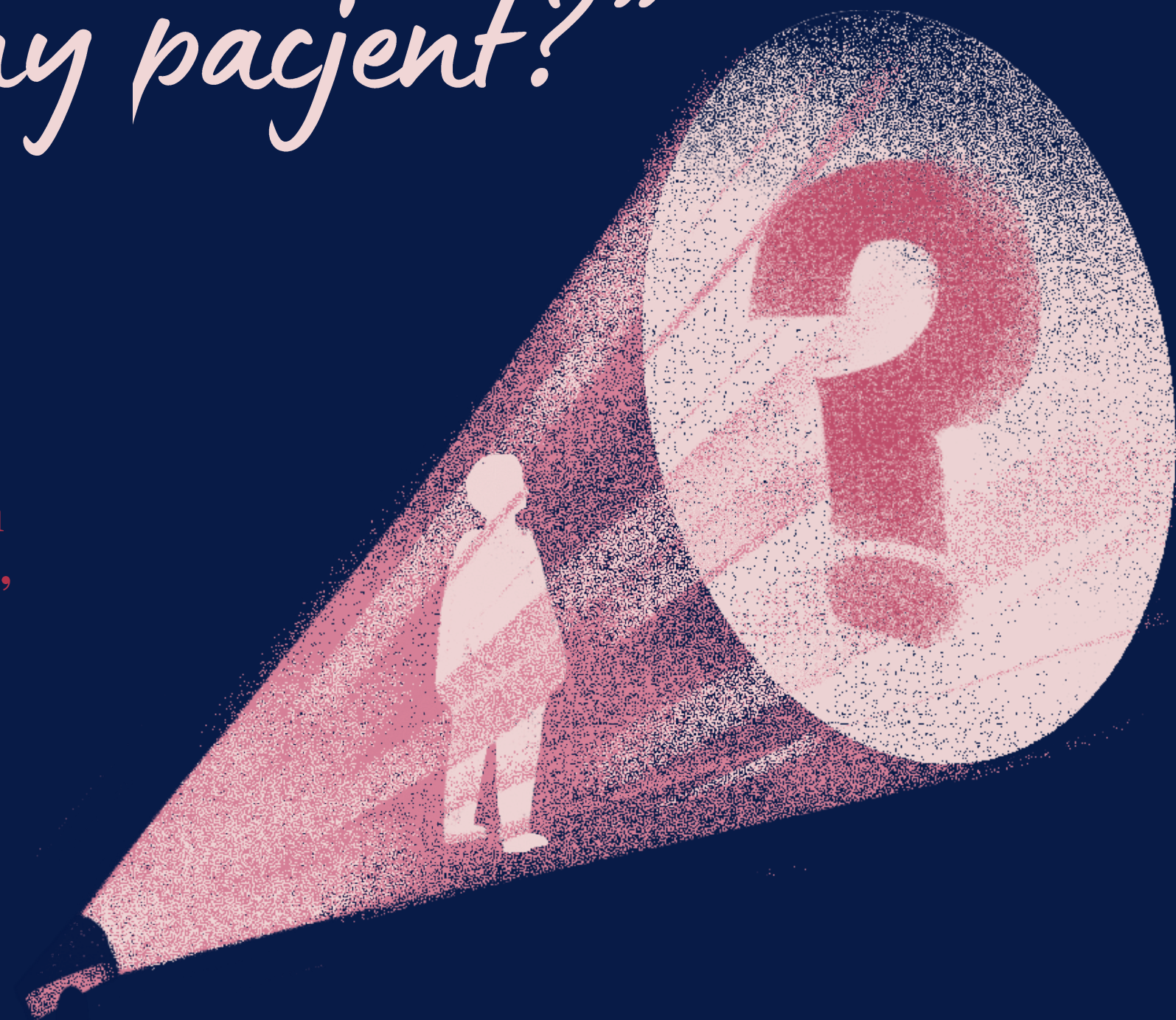
Kontakt:

kontakt@stradomska.com

Kim jest „trudny pacjent?”

Trudny pacjent w gabinecie psychoterapeuty może mieć za sobą doświadczenie traumy skumulowanej. Trudność zapowiadają liczne objawy i kłopoty, z jakimi przychodzi po pomoc, ale jeszcze bardziej świadczy o niej skomplikowany i długi proces terapeutyczny. Trudni pacjenci cierpią z powodu wielu symptomów, historia ich chorowania i leczenia często jest bardzo długa i burzliwa. Konsekwencje ich zaburzeń są czasami przerażające. Wskazuje się na trzy dominujące grupy rozpoznań: patologie seksualne, zaburzenia typu borderline i stany psychotyczne. W procesie leczenia psychoterapeuta często zmaga się z silnym oporem na zmianę oraz negatywną reakcją terapeutyczną. W relacji terapeutycznej pacjent może ujawniać paraliżujący lęk przed zależnością i masowe zniekształcenia rzeczywistości.

trudny pacjent = trudna historia relacyjna
przekraczanie granic = komunikat, nie atak
granica terapeuty = forma pomocy, nie kara



Dlaczego ten temat jest ważny?

- rosnąca liczba pacjentów z zaburzeniami osobowości
- intensywność relacji terapeutycznej
- ryzyko wypalenia i błędów terapeutycznych
- konsekwencje etyczne i prawne
- znaczenie granic jako narzędzia leczenia

W przypadku pacjentów z zaburzeniami osobowości relacja terapeutyczna nie jest tylko narzędziem – ona staje się głównym obszarem pracy.

- pojawia się:
- idealizacja terapeuty
- zależność
- złość
- erotyzacja

Terapeuta przestaje być „neutralnym ekspertem”, a zaczyna być ważną figurą emocjonalną.



Emocje terapeuty w pracy z pacjentem trudnym

Praca z pacjentem trudnym niemal zawsze wiąże się z intensywnymi emocjami po stronie terapeuty. Co ważne – nie jest to oznaka braku kompetencji, ale naturalny element procesu terapeutycznego. Pacjenci z zaburzeniami osobowości często wnoszą do relacji bardzo silne stany emocjonalne, które niejako „udzielają się” terapeutcie.

Jakie emocje pojawiają się u terapeuty?

Frustracja
„Ta terapia nie idzie do przodu”
„ciągle wracamy do tego samego”

Złość
poczucie bycia manipulowanym
przekraczanie granic
testowanie terapeuty

Bezradność
brak efektów mimo wysiłku
poczucie „utknięcia”

Chęć ratowania
nadmierne zaangażowanie
przekraczanie własnych granic

Chęć wycofania
unikanie pacjenta
skrącanie sesji (nieświadomie)
emocjonalne „odcięcie”

Przeciwprzeniesienie – kluczowe pojęcie
Te emocje określamy jako przeciwprzeniesienie, czyli reakcję terapeuty na pacjenta.

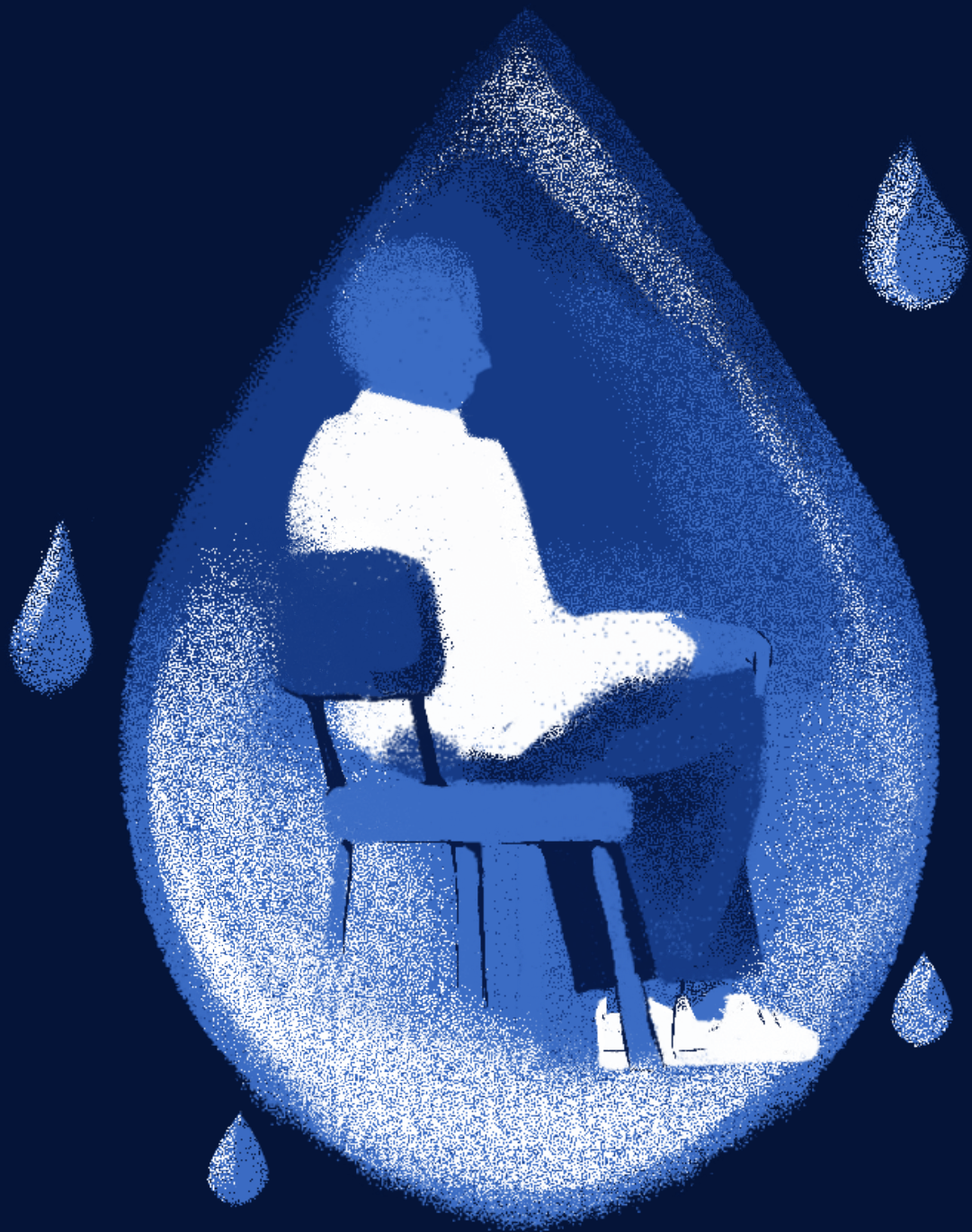
Ważne:
to nie tylko „problem terapeuty”
to także informacja o świecie wewnętrznym pacjenta

Przeniesienie to nieświadome przenoszenie przez pacjenta uczuć, oczekiwań i wzorców relacyjnych z wcześniejszych, znaczących relacji (najczęściej z okresu dzieciństwa) na osobę terapeuty.

Jakie są przyczyny trudnych zachowań?

Anormalne kulturowo zachowania, których nasilenie, częstotliwość lub czas trwania stwarzają zagrożenie fizyczne dla osoby się w nie angażującej i/lub osób postronnych. Zachowania trudne w stopniu istotnym ograniczają lub uniemożliwiają codzienne funkcjonowanie, uczenie się i dostęp do miejsc użyteczności publicznej.

Zachowania trudne nie są jednorazowymi lub sporadycznymi incydentami, tylko stałymi wzorcami zachowania.

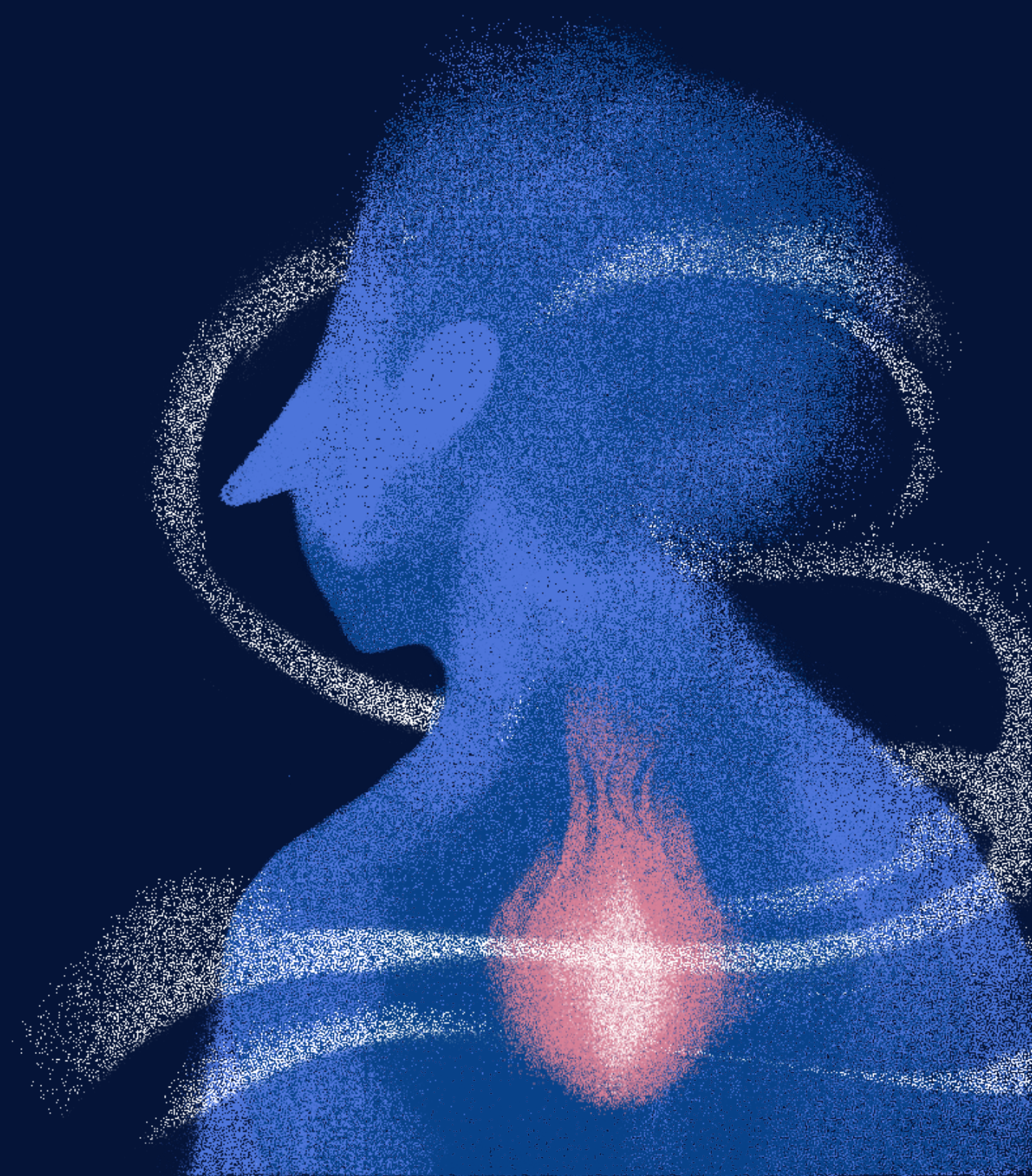


ZABURZENIA OSOBOWOŚCI - OGÓLNIĘ

Zaburzenie osobowości to utrwalony wzorzec myślenia, zachowania i odczuwania, który odbiega od przyjętych norm społecznych i utrudnia codzienne funkcjonowanie. Osoby z zaburzeniami osobowości mogą mieć trudności w budowaniu zdrowych relacji, radzeniu sobie z emocjami czy dostosowywaniu się do różnych sytuacji życiowych. Zaburzenia osobowości różnią się od przejściowych trudności emocjonalnych czy zaburzeń zachowania przede wszystkim tym, że wpływają na wiele aspektów życia danej osoby – od relacji społecznych i rodzinnych po funkcjonowanie w pracy.

Klasyfikacja DSM-5 wyróżnia trzy grupy – A, B i C.

Klaster A obejmuje osobowości ekscentryczne (paranoidalna, schizoidalna), klaster B – dramatyczne i chwiejne emocjonalnie (borderline, narcystyczna, histrioniczna, antyspołeczna), klaster C – lękowe i zależne (unikająca, zależna, obsesyjno-kompulsywna).



BORDERLINE - CENTRUM PROBLEMU GRANIC

Nazywane jest również zaburzeniem osobowości z pogranicza, osobowością chwiejną emocjonalnie typu borderline lub osobowością z pogranicza (ang. BPD, Borderline Personality Disorder).

Osoby dotknięte tym zaburzeniem doświadczają intensywnych wahań nastroju i mają trudności w określeniu własnej tożsamości, a także często zmieniają swoje cele życiowe i wartości. Zaburzenie to diagnozuje się najczęściej u młodych dorosłych i w okresie późnej adolescencji, choć pierwsze symptomy mogą pojawić się już we wczesnym okresie dojrzewania. Wiele osób z zaburzeniem osobowości borderline doświadczyło w dzieciństwie przemocy, opuszczenia przez bliskie osoby lub zaniedbania ich potrzeb bezpieczeństwa oraz emocjonalnych. Psychologowie często mówią o tzw. [fazach borderline](#), czyli okresach, w których objawy nasilają się lub łagodnieją w zależności od sytuacji życiowej, relacji z innymi oraz poziomu stresu. W jednej fazie osoba może wykazywać impulsywność i silne emocje, a w innej wycofanie lub poczucie pustki.

Borderline nie jest chorobą psychiczną. Jest to poważne i potencjalnie śmiertelne zaburzenie osobowości. Jednak, wbrew mitom, jest podatne na działania psychoterapeutyczne i rokowania osób zdiagnozowanych po podjęciu leczenia są dobre.



OSOBOWOŚĆ HISTRIONICZNA

Osobowość histrioniczna to zaburzenie charakteryzujące się dramatycznym zachowaniem, nadmierną ekspresją emocji i ciągłą potrzebą zwracania uwagi. Dotyka około 2-3% populacji ogólnej. Główne objawy to: teatralność, chwiejność emocjonalna, egocentryzm i trudności w budowaniu głębokich relacji. Zaburzenie utrudnia funkcjonowanie w życiu codziennym i zawodowym. Przyczyny wiążą się z wczesnymi doświadczeniami dzieciństwa i stylami wychowania. Leczenie opiera się głównie na psychoterapii, szczególnie terapii poznawczo-behawioralnej i psychodynamicznej.

Osobowość histrioniczna po raz pierwszy pojawiła się w II wersji klasyfikacji DSM. Nowy termin sprawił, że zaczęto odchodzić od negatywnego wydźwięku pojęcia „[histeria](#)”, które kojarzyło się głównie z kobietami poddawany ocenie moralnej.

NARCYSTYCZNA - TESTOWANIE TERAPEUTY

Pacjent sprawdza:

- * czy terapeuta jest stabilny
- * czy można go kontrolować
- * czy odrzuci / zawstydzi / podporządkuje się

Typy testów

1. Test granic

- * „Czy złamie zasady dla mnie?”
- * Spóźnienia, zmiany terminów, presja

Jeśli terapeuta ulegnie:
pacjent traci poczucie bezpieczeństwa

2. Test wartości terapeuty

- * Dewaluacja („to bez sensu”, „inni są lepsi”)
- * Podważanie kompetencji

3. Test dostępności emocjonalnej

- * Nagłe kryzysy
- * Intensywne emocje „wrzucane” na terapeutę

4. Test wyjątkowości (narcystyczny)

- * „czy jestem dla ciebie szczególny?”
- * oczekiwanie uprzywilejowania

Jeśli terapeuta traktuje pacjenta „jak wszystkich”:
możliwa frustracja i złość

5. Test lojalności

- * „czy jesteś po mojej stronie?”
- * próby ustawienia terapeuty przeciw innym



ZALEŻNA - PRZYWIĄZANIE DO TERAPEUTY

* Pacjent zaczyna traktować terapeutę jako figurę przywiązania (bezpieczna przystań)

* Aktywują się wzorce relacyjne wyniesione z wcześniejszych doświadczeń (rodzice, opiekunowie).

* W przypadku zaburzeń przywiązanie może być:

* intensywne
* niestabilne
* naprzemiennie idealizujące i dewaluujące

Funkcja psychologiczna:

- * Regulacja emocji
- * Redukcja lęku
- * Rekonstrukcja doświadczeń relacyjnych

Na ten przypadek składają się między innymi:

- * deficyty regulacji
- * historię relacyjną
- * lęk przed opuszczeniem

Pacjent czuje się zależny od terapeuty przez co występuje:

- Silna potrzeba bliskości
- przed odrzuceniem
- Nadinterpretacja zachowań terapeuty
- Idealizacja terapeuty („tylko pan/pani mnie rozumie”)
- Próby skracania dystansu
- Zazdrość (np. o innych pacjentów)
- Kryzysy przy przerwach w terapii

FORMY PRZEKROCZENIA



Przekroczenia czasowe, przedłużanie sesji, spóźnianie się, próby kontaktu poza godzinami pracy – pozornie drobne, ale regularnie podważające strukturę terapii.

Kontakt poza gabinetem: wiadomości, telefony, e-maile poza ustalonymi ramami – często wyraz lęku separacyjnego lub próba zacierania granicy między relacją terapeutyczną a osobistą.

Próby zmiany charakteru relacji, prezenty, nadmierna poufałość, pytania o życie prywatne – zachowania zmierzające do przekształcenia relacji profesjonalnej w przyjacielską lub intymną.

EROTYZACJA

GŁĘBSZE ZROZUMIENIE

Czym jest erotyzacja relacji terapeutycznej?

Pacjent zaczyna nadawać relacji charakter romantyczny lub seksualny. To jeden z bardziej wymagających przejawów przeniesienia.

Za erotyzacją rzadko stoi wyłącznie pociąg. Częściej jest to wyraz potrzeby bliskości, bycia wyjątkowym lub odtworzenie wzorców, w których miłość była jedyną formą uzyskania uwagi.

Przeniesienie erotyczne nie jest przeszkodą w terapii – jest materiałem do pracy. Zbagatelizowanie lub zawstydzenie pacjenta może pogłębić jego rany bardziej niż sam temat.

Kontrprzeniesienie erotyczne – Terapeuta również może doświadczać takich reakcji. Wypieranie ich jest ryzykowne – supervizja pozwala pracować z nimi świadomie i zapobiec przekroczeniu granic etycznych.



JAK REAGOWAĆ NA PRZEKROCZENIA?

Reaguj spokojnie, ale natychmiast. Odkładanie reakcji na później wysyła pacjentowi sygnał, że przekroczenie było akceptowalne. Warto nazwać je w momencie, gdy się pojawia – bez emocji, bez kary, ale wyraźnie.

Zachowaj postawę ciekawości, nie osądzania. Pytanie „co się teraz wydarzyło między nami?” otwiera przestrzeń do pracy zamiast ją zamykać.

Oddziel zachowanie od osoby i reaguj na konkretne działanie, nie na pacjenta jako całość. „To, co zrobiłeś/aś, przekroczyło nasze ustalenia” – nie „znowu to robisz”.

Ustal konsekwencje, nie kary. Jeśli przekroczenia się powtarzają, warto jasno zakomunikować, co się zmieni w ramach terapii – nie jako forma ukarania, lecz jako naturalna konsekwencja wynikająca z dbałości o bezpieczeństwo obu stron.

Przypomnienie wspólnie ustalonych zasad zdejmuje z terapeuty rolę „tego, który zabrania” – to nie terapeuta stawia granicę, to oboje wcześniej się na nią umówili.

Nie przeprasza za posiadanie granic. Przepraszający ton po postawieniu granicy podważa jej sens i dezorientuje pacjenta. Spokój i pewność przekazu są tu ważniejsze niż uprzejmość za wszelką cenę.



PRZYKŁADOWE REAKCJE TERAPEUTY

„Zauważam, że nasze spotkania zaczynają przekraczać ustalony czas. Chciałbym/łabym, żebyśmy porozmawiali o tym, co się za tym kryje.” Nieosądzająca werbalizacja – bez konfrontacji, ale z wyraźnym nazwaniem tego, co się dzieje.

„Rozumiem, że chcesz się ze mną skontaktować poza sesjami. Jednocześnie zależy mi na tym, żebyśmy trzymali się ustalonych ram – myślę, że to nam obojgu służy.”

Reakcja, która jednocześnie waliduje potrzebę pacjenta i utrzymuje granicę.

„To, co teraz robisz wobec mnie, przypomina mi to, o czym mówiłeś/aś w kontekście innych relacji. Czy też to widzisz?”

Łagodnie wskazanie na przeniesienie – zaproszenie do wspólnej refleksji, nie interpretacja narzucona z góry.

„Czuję, że ta rozmowa jest dla mnie trudna – i myślę, że warto się temu przyjrzeć razem.” Ujawnienie reakcji kontrprzeniesieniowej w sposób kontrolowany, jako narzędzie terapeutyczne, nie jako wyrażenie własnych emocji.

„Myślę, że dotarliśmy do miejsca, w którym warto zastanowić się, czy ten format pracy nadal ci służy.” Otwieranie rozmowy o ewentualnym zakończeniu lub zmianie – bez nagłości, z troską.



BEZPIECZEŃSTWO TERAPEUTY



Bezpieczeństwo terapeuty to warunek bezpieczeństwa pacjenta. Terapeuta, który ignoruje własne granice, sygnały przeciążenia czy dyskomfort – z czasem traci zdolność do skutecznej i etycznej pracy. Dbanie o siebie nie jest egoizmem, lecz odpowiedzialnością zawodową.

Rozpoznawaj wczesne sygnały. Narastające poczucie winy po sesjach, nadmierne zaangażowanie, trudność z kończeniem kontaktu poza gabinetem, sny o pacjencie – to sygnały, które warto potraktować poważnie, zanim dojdzie do wypalenia.

Granice chronią obie strony- jasne ramy terapeutyczne nie są tylko formalnością – regulują poziom bliskości w relacji i chronią zarówno pacjenta przed nadużyciem, jak i terapeutę przed przeciążeniem emocjonalnym.

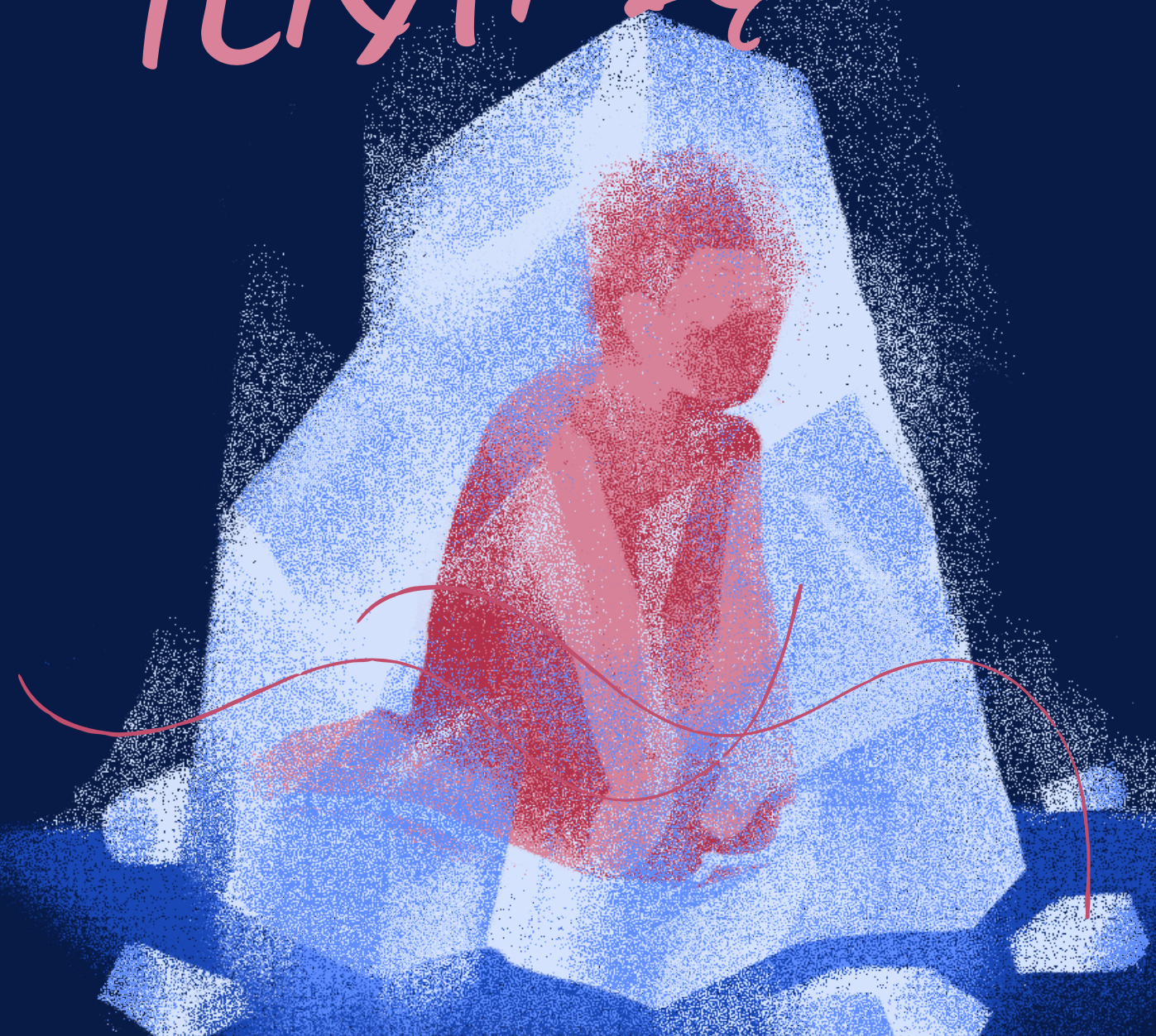
KONTYNUOWAĆ CZY ZAKOŃCZYĆ TERAPIĘ?

Decyzja o kontynuacji lub zakończeniu terapii rzadko jest oczywista. Wymaga refleksji nad tym, co dzieje się w relacji, jakie są cele terapeutyczne i czy praca nadal służy pacjentowi.

Kiedy warto rozważyć zakończenie? Gdy kolejne naruszenia granic nie poddają się przepracowaniu, gdy relacja terapeutyczna staje się stale destrukcyjna lub gdy terapeuta traci zdolność do neutralności i autorefleksji – kontynuacja może przestać być pomocna, a zacząć szkodzić.

Zakończenie terapii to też interwencja. Dobrze przeprowadzone zakończenie – omówione, wyjaśnione, bez nagłego zerwania – może być dla pacjenta pierwszym doświadczeniem zdrowego rozstania.

W momentach wątpliwości – szczególnie gdy decyzja jest obciążona emocjonalnie – supervizja pozwala odzyskać perspektywę i podjąć decyzję opartą na dobrostanie pacjenta, nie na własnym dyskomforcie.



Dziękujemy za uwagę

dr hab. Marlena Stradomska

Paulina Chwedeczko Natalia Dąbrowska

Zapraszamy do kontaktu:



511220377

kontakt@stradomska.com

Umów się już dziś: www.stradomska.com

