IPP

List 10

List kończący

Nasza całoroczna refleksja na temat poznawania Pacjenta dobiega końca. Jestem Wam ogromnie wdzięczna za to, że dzięki Waszym pytaniom, miałam przywilej przyglądania się temu zagadnieniu jeszcze bardziej, jeszcze dokładniej. Na tej kanwie zebrałam dla nas kilka myśli:

1. Niezwykle ważne jest pamiętać, że proces zbierania informacji o naszych Pacjentach ma służyć im, nie nam. Bądźmy uważne na to, czy zadajemy pytania, które mają dać nam **ułudę gromadzenia informacji o faktach** (według konstrukcjonizmu obiektywizm i tak nie istnieje), czy też zadajemy pytania, które zapraszają Klienta od pierwszego spotkania do nowej refleksji. Lubię takie powiedzenie: **nie mam jako terapeutka obowiązku postrzegać mojego Pacjenta tak deficytowo, jak on siebie postrzega.** Więc naturalnie moje pytania mogą się różnić od głównej narracji Klienta.

2. „Jeśli pojawi się diagnoza, to co będzie dalej?”- to jest pytanie, na które zawsze powinnyśmy umieć odpowiedzieć. Na każdym etapie poznawania Pacjenta, przy każdej hipotezie, przy każdej rozmowie o diagnozach innych osób (na przykład psychiatry), terapeuta jest zobowiązany mieć pomysł, mieć prognozę co zrobimy dalej. Co jeśli nazwiemy to tak, a co jeśli nazwiemy to tak? Pamiętacie być może z naszych rozważań w minionym roku: w naszej pracy zawsze musimy umieć powiedzieć: **co zrobisz terapeuto, jak twoje pytanie padnie na podatny grunt, a co zrobisz, jak się nie powiedzie?** I z diagnozowaniem jest tak samo: mówisz cos do Klienta i już masz wiedzieć, jak pokierujesz procesem poznawania, jeśli, to co powiedziałaś, pozwoli się rozmowie rozwinąć, a co zrobisz, jak to co powiedziałaś, spowoduje utknięcie? Prowadzenie procesu to patrzenie kilka kroków do przodu, a nie krok do przodu.

3. Elementem niemal każdego procesu poznawania Pacjenta jest jakiś rodzaj rozczarowywania go. Jakieś zlecenia nie są do przyjęcia, jakąś sprawą nie zajmiemy się tak, jak Klient o tym fantazjował i marzył. **Kiedy rozczarowujemy Pacjentów, warto im dać coś w zamian**. „Tego za Was nie zrobię, w zamian proponuję żebyśmy...”. „Z mojego doświadczenia wynika, że jak ludzie mają ważne powody, żeby przy czymś trwać, to banalne przekonywanie nie podziała. Możemy spróbujemy zastanowić się, czy można w to miejsce coś innego?”.

4. Zawsze, ale to zawsze potrzebujemy pamiętać, że jakkolwiek doskonałe jesteśmy w poznawaniu Pacjentów, to:
nigdy nie wiemy czego jeszcze nie wiemy

nigdy nie wiemy, czy to co już wiemy, ma jakiekolwiek znaczenie

Te bardzo mocne powyższe zdania od lat budują moją pokorę do procesów diagnostycznych. Pracowałam kiedyś z młodą dorosłą, która zgłosiła się do mnie z powodu rozdrapywania ciała do krwi. Prowadziłyśmy wiele dobrych rozmów, udało się wyciszyć symptom. Od początku miałam jakąś intuicję, że jej relacje z mamą i w ogóle rodziną pochodzenia są mało rozwojowe. Wydawały mi się zbyt bliskie jak na ten etap rozwojowy, zbyt symbiotyczne. Próbowałam tam wpuścić trochę powietrza, udawało się, ale w ograniczonym zakresie. Klientka niezmiennie w ogromnych superlatywach mówiła o rodzicach, dając wiele przykładów na ich miłość i wsparcie. Mimo młodego wieku, Pacjentkę spotkało ogromne nieszczęście w trakcie terapii- dostała udaru. Jej rodzice bez wahania zabrali ją do domu rodzinnego, opiekowali się nią dzień i noc, dbali o wszystko. Myślałam sobie wtedy: Joanna, więcej pokory, ty oceniałaś relację Klientki z rodzicami jako zbyt bliską, a ciekawe co ona by teraz zrobiła, gdyby nie rodzice. Klientka z powodu udaru zamieszkała z rodzicami. W międzyczasie jej relacja z chłopakiem nabierała coraz bardziej intymnego charakteru, stworzyli związek. I tu jest punkt, którym chciałam się z Wami podzielić: po dwóch latach terapii (latach, nie miesiącach) okazało się, że mama Klientki ma bardzo poważne zaburzenia jedzenia, które od lat ceduje na córkę. Klientka, odkąd zaczęła dojrzewać, jest przez mamę obsesyjnie kontrolowana: ma przeszukiwany pokój, jeśli mama podejrzewa, że są w nim słodycze, nie wysyła mamie zdjęć z wyjazdów, na których siedzi z jakimkolwiek jedzeniem, bo są awantury, że będzie gruba, po randkach z chłopakiem słyszy od mamy: a jak tak siedziałaś obok niego, to on miał grubsze udo czy ty? Wiecie dlaczego to nigdy nie padło na terapii? Bo Klientka nie wiedziała, że jest w tym coś złego, nie wiedziała, że w innych domach tak się nie dzieje, nie wiedziała, że mimo swoich 23 lat ma prawo być inaczej traktowana. To znaczy, poniekąd wiedziała, wiedziało jej ciało, jej układ nerwowy, stąd wieloletnie zmaganie z rozdrapywaniem do krwi. Ale niepołączone z treścią. Całość nazwał dopiero jej chłopak, który zaczął bywać w domu, obserwować to i się przeraził.

Opowiadam Wam to z prośbą, żebyście zachowały tę historię dla siebie, ale też żeby pokazać, że nawet jak ma się bardzo dużą wiedzę i doświadczenie, to jako terapeutki mamy tyle, ile podaruje nam Klient. I nigdy nie możemy być pewne, że wiemy to, co ważne albo że to, co wiemy, jest ważne. Macie takie swoje historie z praktyki?

5. Niektórych Pacjentów jest nam łatwiej poznać, inni czynią wiele, żebyśmy nie miały dostępu. Bardzo ważne jest obserwowanie siebie w tym drugim przypadku. Czy zaczynam tego Pacjenta zagadywać? Trochę zabawiać? Błaznować, żeby podebrać go do relacji? Czy inaczej w tym zakresie mam z nastolatkami a inaczej z dorosłymi? To trzeba wiedzieć o sobie: **czy nie zaczynam zabawiać Klienta, który pokazuje się jako bardziej niedostępny**, czy nie tworzę tematów zastępczych na tę okoliczność, żeby się zrobiło miło jakoś i żeby rozmowa ruszyła?

Niezależnie od tego jak pójdzie nam proces rozpoznawania, system Pacjenta sobie poradzi. Może nie tak, jakbyśmy sobie tego życzyli, może nie tak, jak my byśmy to zaprojektowały dla tej konkretnej osoby, ale nasi Klienci sobie poradzą. Niektórzy z nich przyjmą ofertę pomocy, inni nie- ale ci drudzy też sobie poradzą.

Do zobaczenia na zajęciach!

Instytut Pomocy Profesjonalnej
biuro@instytutpp.pl
www.instytutpp.pl