

*Potocznie mówi się o nas terapeuci uzależnień, ale wśród nas jest specjalista psychoterapii uzależnień, specjalista terapii uzależnień, instruktor terapii uzależnień oraz psychoterapeuta. To właściwie kim jesteśmy?*

## KTO TY JESTEŚ? – CZYLI O SPECYFICE ZAWODU

*Joanna Wawerska-Kus*

*Certyfikowana specjalistka psychoterapii uzależnień i współuzależnienia*

*Superwizorka Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień*

*Psychoterapeutka pracująca w podejściu integracyjnym*

### O terapeutach

Od wielu lat w ministerstwie właściwym do spraw pracy (na przestrzeni lat ministerstwa te zmieniały nie tylko swoje nazwy, ale także zakresy kompetencji, na dziś są to dwa departamenty w Ministerstwie Rozwoju i Technologii) trwają prace nad uporządkowaniem i opisem standardów kompetencji zawodowych. W opisach tych zawodów psychoterapeuty uwzględniany jest od 2007 roku (początek prac w tym obszarze), zawód specjalisty terapii uzależnień – od 2013 roku, a zawód specjalisty psychoterapii uzależnień od 2018 roku. Instruktor terapii uzależnień został po raz pierwszy opisany w 2013 roku, ale opis jest nieadekwatny do rzeczywistej roli i kompetencji instruktorów – raczej przypomina opis pracy pielęgniarza/pielęgniarki pracującej w oddziale stacjonarnym lub psychiatrycznym<sup>1</sup>. Zestawiłam ze sobą cztery nazwy zawodów – dwa pierwsze powinny być ze sobą tożsame, trzeci może aspirować (nie musi) do dwóch pierwszych, zaś czwarty można uznać za cel aspiracji dwóch pierwszych. Przy czym instruktor przypisany jest tylko do obszaru uzależnień, psychoterapeuta zajmuje się zdrowiem psychicznym także poza tym obszarem. Skomplikowane? A przecież to dopiero początek komplikacji, ponieważ powyższy opis dotyczy stanu na rok 2018. Po tym roku, a dokładnie w kwietniu 2019 roku w życie weszło Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 kwietnia 2019 roku w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień. Do tego momentu w obszarze pracy z osobami uzależnionymi funkcjonowały dwie odrębne ścieżki kształcenia i dwa rodzaje certyfikatów poświadczających prawo do wy-

konywania zawodu specjalisty psychoterapii i terapii uzależnień. Instytucją, która patronowała kształceniu specjalistów psychoterapii była Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, a specjalistów terapii – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Odrębność ścieżek to nie tylko dwa różne certyfikaty – to także różne treści kształcenia, praktykowanie różnych metod pracy, zatrudnienie w różnych placówkach. Tak było.

Pierwszą instytucją, która zatarła podział, był NFZ, który kilka lat temu zmodyfikował za pomocą rozporządzenia o warunkach udzielania świadczeń ten stan rzeczy – uznał, że oba rodzaje specjalistów (psychoterapii i terapii) mogą być zatrudniane w placówkach leczących osoby uzależnione, bez względu na to, od jakich substancji są one uzależnione. Na logikę – decyzja słuszna. W dodatku odzwierciedlała ówczesne tendencje władzy do połączenia w jedną instytucję PARPA i KBPN. Mimo że wtedy jeszcze do połączenia nie doszło, w placówkach z „nurtu alkoholowego” zaczęto jednak zatrudniać specjalistów z „nurtu narkotykowego”, co moim zdaniem wpłynęło ożywczo i mobilizująco, jeśli chodzi o przełamanie rutyny. O ile w oddziałach stacjonarnych i dziennych połączenie dobrze się sprawdza, o tyle w ambulatoriach, gdzie przyjmowani są pacjenci tzw. współuzależnieni i dda, przysporzyło to pewnych trudności. Specjaliści terapii nie uczyli się bowiem w procesie kształcenia akredytowanym przez Krajowe Biuro pracy z rodzinami, a dokładnie rzecz ujmując uczyli się pracy systemowej z rodziną pacjenta uzależnionego, szczególnie w odniesieniu do pacjentów małoletnich. Specjaliści psychoterapii uczą się chociaż trochę, a rzeczywi-

stość placówek zmusza ich do szybkiego nabierania doświadczenia.

17 sierpnia 2018 roku w życie weszła Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Medialnie nagłaśniana była ta część nowelizacji, która mówi o zmianie statusu dopalaczy, które można zacząć na mocy tej ustawy, traktować jako narkotyki. Ale nie tylko tego ta ustawa dotyczyła – wprowadzała ona także ujednoczenie certyfikatów specjalistów (obie ścieżki kształcenia kończyć się miały wydaniem certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień) oraz ograniczenie liczby kierunków studiów wyższych, po ukończeniu których można podjąć szkolenie w zakresie specjalisty. Niemniej ścieżki pozostawały wówczas jeszcze odrębne – rozpoczęcie szkolenia w placówce akredytowanej przez PARPA implikowało ukończenie szkolenia w tej samej akredytacji (niekoniecznie w tej samej szkole) i zdania egzaminu przed komisją PARPA. I ten model kształcenia nazywamy obecnie starą ścieżką. Egzamin certyfikacyjny dla osób, które ukończyły w tym modelu wszystkie etapy szkolenia (szkoła, superwizja, staż), będą trwały do końca 2024 roku.

Ale skoro istnieje „stara ścieżka”, to jak się łatwo domyślić, istnieje też jakaś nowa – podstawą prawną dla niej jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 kwietnia 2019 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień. Dotyczy ona szkoleń rozpoczętych od 2020 roku, akredytowanych (rekomendowanych) przez Biuro, ale wywodzących się z obu nurtów (PARPA i KBPN), poszerzonych o te treści, które były odrębne lub specyficzne dla jednego z nurtów, ze zwiększonym o 10 godz. wymiarem superwizji szkoleniowej i kończących się egzaminem certyfikacyjnym organizowanym przez nową instytucję, która w międzyczasie została powołana do życia. Egzamin dla „nowej ścieżki” będą prowadzone do końca 2025 roku, a ich organizatorem będzie (już

jest, bo pierwszy egzamin jest właśnie organizowany) Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU), które powstało 1 stycznia 2022 roku na mocy Ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw, z połączenia Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Moją intencją nie jest krytyka tego stanu rzeczy ani analiza i interpretacja aktów prawnych – próbuję tylko ten stan nazwać na tyle, na ile ma on konsekwencje dla osób będących w procesie szkolenia. A konsekwencją

tego stanu rzeczy jest choćby to, że egzamin certyfikacyjny dla specjalistów i instruktorów prowadzone są aktualnie w trzech różnych formach, zakresach tematycznych i trzech (de facto dwóch) instytucjach, choć w ich wyniku otrzymuje się jednolity certyfikat, sygnowany przez KCPU. Same osoby uczestniczące w procesie certyfikacji, gubią się, do której ze ścieżek przynależą, do którego superwizora mają się zgłaszać na superwizję szkoleniową i do jakiej placówki aplikować na staż. A są jeszcze tacy, którzy chcieliby dopiero

*Nie oszukujmy się – specjalista psychoterapii uzależnień nie jest psychoterapeutą. I nie w teorii, liczbie odbytych przez specjalistę szkoleń i jego osobistej kreatywności tkwi tajemnica, ale w tych elementach szkolenia, których w procesie certyfikacji specjalisty nie ma, lub jest za mało. Ten element, którego brakuje – to własne doświadczenie terapeutyczne.*

podjąć szkolenie w zakresie uzależnień i oni na dziś, nie mają takiej możliwości. Ponieważ i nowa, i stara ścieżka to już zjawiska historyczne, zamknięte, a nowy paradygmat specjalizacyjny to na razie koncept, a nie konkretny plan (choć powoli się krystalizujący). Wiemy, że z nowych szkoleń wypadną instruktorzy, i to tłumaczy gremialne nabory w ostatnich procesach rekrutacyjnych Studiów Terapii Uzależnień w całym kraju (obecnie to 13 podmiotów).

A jeśli do tego stanu rzeczy dodamy kwestie statusu prawnego zawodu, które zaczęły być nagłaśniane w związku z ustawowymi podwyżkami płac dla pracowników służby zdrowia, to okazuje się, że pracujemy w zawodzie, który mimo wielu lat aktywnej i użytecznej obecności na rynku pracy, obecnie znalazł się w stanie walki o obronę własnych praw i przetrwanie. I miejmy nadzieję, że to stan uspokajający

status zawodu, formacyjny, a nie dezintegrujący dla środowiska.

Wcześniej napisałam, że zawód specjalisty psychoterapii uzależnień może aspirować do zawodu psychoterapeuty. Na ogół o tym, czy specjalista zostanie psychoterapeutą, decyduje osobista potrzeba aktualizacji wiedzy, dyskomfort stanu świadomej niekompetencji. Uczymy się pewnych technologii i ustrukturyzowanych koncepcji pomocy osobom uzależnionym, bardzo przydatnych w pracy oddziałów stacjonarnych i dziennych, ale ambulatoryjne placówki terapii uzależnienia i współuzależnienia, w których zaczynają przeważać pacjenci z tzw. populacji dda i osoby tzw. współuzależnione, a pacjenci uzależnieni pracują na tzw. etapie pogłębionym, wymagają umiejętności psychoterapeutycznych i szerszej bazy wiedzy teoretycznej o człowieku. Kłopot, zarówno teoretyczny, jak i praktyczny sprawiają obie populacje pacjentów, które zaliczamy do grupy rodzin osób uzależnionych – w większości ustrukturyzowane oddziaływania oparte na koncepcji zaburzeń adaptacyjnych są dla tej grupy niewystarczające, czasami wręcz nieadekwatne do ich problemów.

Nie oszukujmy się – specjalista psychoterapii uzależnień nie jest psychoterapeutą. I nie w teorii, liczbie odbytych przez specjalistę szkoleń i jego osobistej kreatywności tkwi tajemnica, ale w tych elementach szkolenia, których w procesie certyfikacji specjalisty nie ma, lub jest za mało. Ten element, którego brakuje – to własne doświadczenie terapeutyczne. Szkoły psychoterapii wymagają go w dość dużym wymiarze – przykładowo, szkoła, którą kończyłam wymaga „250 godz. zajęć – doświadczeń osobistych, w tym: zalicza się 140 godz. ww. doświadczeń osobistych realizowanych w ramach Szkoły (dotyczy treningów i warsztatów, np. trening interpersonalny, trening terapeutyczny itp.), co najmniej 60 godz. indywidualnej terapii własnej (Szkoła rekomenduje psychoterapeutów pracujących w tych samych lub pokrewnych podejściach), oraz pozostałe wymagane 50 godz. zajęć rozwoju osobistego do zrealizowania we własnym zakresie (np. psychoterapia grupowa lub indywidualna, lub inne formy rozwoju osobistego)”. Dlaczego to takie ważne? Żeby w pracy – nie mieszały się wątki własne z wątkami pacjenta, żeby terapeuta w pracy był skoncentrowany na pacjencie, a nie na sobie. Korzystanie z terapii własnej i praca pod stałą

superwizją pozwala na zwiększanie świadomości siebie - „pracując sobą” warto wiedzieć, kim się jest. I zdecydowanie bezpieczniej jest się dowiadywać tego w trakcie własnej psychoterapii niż w reakcji na to, co pokazuje nam pacjent. W szkoleniu psychoterapeutycznym jest zawsze co najmniej 150 godz. superwizji, zazwyczaj rozłożonych na dwa lata. Nie chodzi tu tylko o nadzór nad początkującym psychoterapeutą, ale także o dojrzewanie do zawodu, tworzenie nawyku korzystania z superwizji, nabywanie umiejętności syntezy i analizy w opisie pracy z pacjentem. W naszym procesie certyfikacji obowiązuje 70 godz. superwizji w starej ścieżce i 80 w nowej (to od pół roku do 10 miesięcy pracy). Niektórzy na tym poprzestają, ale wielu, całe szczęście – nie. Z satysfakcją obserwuję wyraźną tendencję wśród osób w procesie certyfikacji i już certyfikowanych podejmowania psychoterapii własnej i pracy pod stałą superwizją, choć to i kosztowne, i czasochłonne. Myślę też, że jedyny pozytywny aspekt pandemii, jaki zauważam, czyli praca zdalna, poszerzyła możliwości korzystania zarówno z terapii własnej, jak i superwizji. Przede wszystkim pozwala dokonać wyboru psychoterapeuty i superwizora nie tylko wg kryterium terytorialnego. Największe znaczenie ma to dla osób z małych miejscowości, w których trudno jest znaleźć zaufanego psychoterapeuty, który nie jest naszym znajomym, nie zna osobiście naszych rodziców, dzieci lub innych bliskich osób. Mit, że zdalnie znaczy gorzej, został urealniony przez pandemię i moim zdaniem obalony. Zarówno w odniesieniu do procesu psychoterapeutycznego, jak i (szczególnie) superwizyjnego. Zdalnie często oznacza bezpieczniej, uważniej, bez konieczności odwoływania spotkań (choroby, wyjazdy) i w większej dyscyplinie czasowej. Pewnie to rozważania na osobny tekst, ale tu chociaż wspominać.

## O pacjencie

Aspirując do bycia psychoterapeutą, czasami zapominamy o pacjencie, z którym pracujemy. Jagoda Fudała w artykule „Bo zawsze tak było... Zmiany paradygmatów w obszarze leczenia zaburzeń związanych z używaniem alkoholu” (TUiW nr 3, 2018) zmierzyła się z diagnozą, że w zasadzie ostatnie lata wniosły dużo nowego w rozumienie samego uzależnienia, że pojawiło się dużo nowych spo-

sobów praktycznych, opartych na sprawdzonych teoriach, pracy z osobami uzależnionymi, a mimo to w środowisku jest jakiś opór, jakaś „niechęć do zmiany”, która powoduje, że praca idzie po staremu. W artykule Jagoda Fudała próbuje odpowiedzieć na pytanie: dlaczego tak się dzieje, że bardzo wielu specjalistów ma za sobą szkoły psychoterapii, szkolenia z dialogu motywującego, z terapii par, a mimo to nie korzystają z tej wiedzy i umiejętności w pracy z osobami uzależnionymi i pracują „po staremu” – czyli dyrektywnie i strukturalnie, żeby nie powiedzieć – technologicznie.

Wydaje mi się, że odpowiedź na pytanie, dlaczego tak jest, po części zawiera się w odpowiedzi – z kim tak jest. Spora część uzależnionych pacjentów w pełni rezonuje na dialog motywujący, na interwencje psychoterapeutyczne, buduje prawidłową relację z terapeutą. Ale bardzo duża część naszych pacjentów nie jest w stanie odnaleźć się w takich warunkach.

Choć to może brzmieć elitarystycznie, ale oferta psychoterapii nie jest ofertą o charakterze ludowym. Zdolność do pogłębionej autorefleksji, wglądu, brania odpowiedzialności za własne wybory – to nie są umiejętności, do których dostęp ma każdy. Ich brak jest bardzo powszechnym deficytem – czasami moi pacjenci zgłaszają, jakże słuszne rozżalenie, że ich wrażliwość, zdolność do krytycznego przyglądania się sobie i światu, na ogół utrudnia im życie, nie zaś ułatwia.

Ostatnio uczestniczyłam w dyskusji, której konkluzją było stwierdzenie, że każdy prawdopodobnie boi się śmierci, ale nie każdy przeżywa lęk egzystencjalny. A psychoterapia jest dla tych drugich. W mojej praktyce psychoterapeutycznej zdarzali się i tacy pacjenci, którzy bardzo chcieli uczestniczyć w psychoterapii – bo słyszeli, że jest rozwijająca, inni z ich środowiska uczestniczą w niej, więc jest to „trendy”, modny rodzaj aktywności, jak bieganie w maratonach czy trenowanie triathlonu. Niestety, okazywało się, że mimo chęci i determinacji pacjenta, psychoterapia była raczej wsparciem i pracą nad powierzchowną zmianą zachowania czy trybu życia – brakowało umiejętności pogłębionej autorefleksji, pewnego poziomu myślenia abstrakcyjnego, emocjonalnej mapy własnego świata czy umiejętności i potrzeby nadawania osobistego znaczenia doświadczeniom. A do takich zasobów odwołuje się psychoterapia.

Jaki odsetek pacjentów uzależnionych to osoby zdolne do pogłębionej autorefleksji? 30% wydaje się być optymistycznym wariantem. Pacjenci uzależnieni nie zgłaszają się na ogół na terapię dlatego, że odkryli, jak trudno im się żyje – a w takim momencie (faza kontemplacji) zgłaszają się pacjenci na psychoterapię. W większości osoby uzależnione, leczące się na oddziałach stacjonarnych, pochodzą ze środowisk zagrożonych i dotkniętych wykluczeniem społecznym, zaprzeczają problemowi (faza prekontemplacji), bo nadużywanie alkoholu, jest wpisane w ich styl życia, w przekaz transgeneracyjny. Łatwiej jest to sobie wytłumaczyć działaniem psychologicznych mechanizmów uzależnienia, niż uznać, że terapeuta jest intruzem w świecie pacjenta, że psychoterapia uzależnienia jest swoistą kolonizacją – z narzuconym, obcym językiem, z postawą wyższości wynikającą z lepszego wykształcenia, lepszej pozycji społecznej niż pacjent. Nawet jeśli sam terapeuta nie prezentuje takiej postawy, stara się dbać o podmiotowość pacjenta, to przecież sam pacjent w spotkaniu z terapeutą ma prawo czuć się gorszy, słabszy, niezrozumiany. Bardzo często udajemy, że tak nie jest, że rozumiemy przecież, poprzez empatię i wiedzę, świat pacjenta, i udając, zamykamy się na prawdziwe rozumienie – nie słuchamy, nie pytamy, nie jesteśmy ciekawi.

Oprócz pacjentów uzależnionych mamy także pacjentki tzw. współuzależnione i populację pacjentów dda – musimy pamiętać, że oba te pojęcia są pewnymi konstruktami teoretycznymi, nie potwierdzonymi badaniami. Wszystkie znane mi badania dotyczące osób, które uznajemy za współuzależnione, publikowane w Polsce, były prowadzone wśród pacjentek zgłaszających się na terapię w związku z nadużywaniem bądź uzależnieniem od alkoholu swojego męża lub partnera. Nie porównywano ich z kobietami, które mają innych mężów lub partnerów, które są niezamężne, które są nieheteronormatywne – nie porównywano ich z grupą kontrolną, reprezentatywną, spoza placówek leczenia uzależnień. A przecież nietrudno zauważyć, że kobiety nie tylko w Polsce, choć w naszym kraju szczególnie, wychowywane są do postawy będącej fundamentem tego, co nazywamy współuzależnieniem – mają być grzeczne, podporządkowane, o ich wartości ma świadczyć obecność w ich życiu mężczyzny, mają poświęcać się dla dobra dzieci, mają nie prowokować sprawców przemocy, także seksualnej itd. Zwykliśmy cały ten

bagaż pokoleniowego przekazu o roli kobiety w patriarchalnym świecie, nazywać współuzależnieniem i traktować go jako specyficzne zaburzenie, choć nie ma na nie określenia w klasyfikacji ICD-10. Tak dalece przywykliśmy do tego stanu rzeczy, że absolutna większość terapeutów, wpisując w dokumentacji rozpoznanie F43.2, nie zdaje sobie sprawy z tego, że dokonuje swoistego nadużycia diagnostycznego.

W przypadku pacjentów dda jest analogicznie, a czasami jeszcze gorzej. Bo o ile u pacjentek, które uważamy za współuzależnione, na ogół coś z tych zaburzeń adaptacyjnych da się nozologicznie potwierdzić, o tyle już u osób zgłaszających się na terapię jako dda – rzadko, a najczęściej w ogóle. A mimo to, wpisujemy diagnozę, bądź co bądź psychiatryczną, która kiedyś naszemu pacjentowi może utrudnić lub uniemożliwić dostęp do danych niejawnych, adopcję, karierę w wojsku czy policji. Kiedy mówię o tym podczas supervizji, zazwyczaj słyszę pytanie – to co, mamy ich nie przyjmować? Czasami, kiedy słyszę, jaką ofertę terapeutyczną proponuje się osobom współuzależnionym i dda, myślę, że tak – lepiej ich nie przyjmować. Ale przede wszystkim mamy obowiązek udzielania rzetelnej informacji naszym pacjentom – o diagnozie, jaką wpisujemy w dokumentację, o możliwych konsekwencjach tego wpisu, o tym, kto ma dostęp do dokumentacji i w jakim zakresie obowiązuje nas tajemnica zawodowa. Nasz pacjent (także uzależniony) ma prawo podjąć autonomiczną decyzję i nie skorzystać z naszych usług.

Jedno z testowych pytań egzaminacyjnych starej ścieżki PARPA dotyczy potwierdzenia badaniami syndromu dda. Kiedy osoby przygotowujące się do egzaminu odkrywają, że prawidłowa odpowiedź brzmi „nie został potwierdzony żadnymi badaniami” – są niebywale zaskoczone. To jedno z pytań budzących najwięcej wątpliwości.

Zauważyłam także, że bardzo wiele niejasności pojawia się wokół kontraktów terapeutycznych. Specjaliści psychoterapii uzależnień przyzwyczajeni są, zgodnie

z praktyką większości placówek, do zawierania kontraktów, szczególnie z pacjentami uzależnionymi, na piśmie. Jednak kontrakty te bardzo rzadko odnoszą się do celów, jakie na poszczególnych etapach terapii ma osiągnąć pacjent, a jeśli już, to są to cele uniwersalne dla wszystkich pacjentów. W wyniku stosowania tak rozumianych kontraktów, terapeuci nie mają nawyku bądź nie potrafią tego w ogóle robić, nie zawierają kontraktów psychoterapeutycznych, w których określone są osobiste cele konkretnego pacjenta. O ile w przypadku osób uzależnionych jakoś może się to obronić, o tyle w odniesieniu do pacjentek współuzależnionych i pacjentów populacji dda

*Każdy z nas musi w procesie stawania się sobą, wypracować sobie własne, osobiste sposoby na równowagę pomiędzy empatią a habituacją do cierpienia pacjenta, pomiędzy kontenerowaniem i odraczaniem emocji a autentycznością i umiejętnością ich odreagowywania. (...) nasi pacjenci zmuszają nas do wielokrotnego weryfikowania własnych przekonań i systemu wartości – łatwo w tym obszarze obronnie się usztywnić lub (...) zrelatywizować własne punkty odniesienia.*

bez określenia ich osobistego celu, moim zdaniem, nie da się pracować. Tymczasem, kiedy zadaję moim supervizantom pytania: Z jakim problemem ten pacjent się zgłosił? Na co się umówiliście? Jaki kierunek pracy ustaliłeś z pacjentem? – odpowiada mi najczęściej zdziwienie. Nie ma uniwersalnego celu dla pacjentek tzw. współuzależnionych, ani tym bardziej dla pacjentów dda. Kiedy młody specjalista psychoterapii uzależnień zaczyna zdawać sobie sprawę z tego, co powyżej opisałam, ma dwa wyjścia. Pierwsze (coraz częściej wykorzystywane), to w wyniku doświadczenia do-

kliwego poczucia niekompetencji w pracy z rodzinami osób uzależnionych, rozpocząć naukę w szkole psychoterapii. Drugie (niestety, nie aż tak rzadkie, jakby się wydawało) – usztywnić swój sposób pracy, okopać się w przekonaniu, że nic się nie da zmienić i pracować w zgodzie z rutyną starszych kolegów i koleżanek. Bo tak jest prościej, bezpieczniej.

To pierwsze wyjście jest kosztowne, czasochłonne, wymagające dużej determinacji. Nic więc dziwnego, że inwestycja w szkolenie psychoterapeutyczne nie zawsze kończy się wprowadzeniem innowacyjności do placówek leczenia uzależnienia i współuzależnienia. Wykształceni psychoterapeuci często z tych placówek odchodzą. Znam i takich, którzy nie potrafią wyko-

rzystać swojej wiedzy i umiejętności w odniesieniu do pacjentów organicznych, przymusowych, z osobowością dyssocjalną (nadreprezentacja wśród pacjentów uzależnionych) i pracują niejako w rozdwojeniu – „po staremu” w placówce, „po nowemu” w gabinecie lub ośrodku psychoterapeutycznym.

## O relacji (czyli o terapii i pacjencie)

Nasi pacjenci ze wszystkich trzech grup zaburzeń wymagają od nas nie tylko wiedzy i umiejętności zawodowych, ale pewnych specyficznych predyspozycji osobistych. Społeczne postrzeganie roli psychoterapeuty, to rola osoby, która pomaga, wie lepiej, jest autorytetem. Ale jednocześnie wymaga się od nas (sami wymagamy) empatii, wrażliwości, bycia współczującym. Z definicji, w relacji z pacjentem terapeuta stoi na pozycji uprzywilejowanej, kontrolującej, czy nawet postrzeganej jako dysponującą władzą. Ta rola naraża nas automatycznie na szereg zachowań i postaw ze strony pacjentów, które zmierzają do przejęcia kontroli przez drugą stronę, tę mniej uprzywilejowaną. Te postawy to m.in. uwodzenie, rywalizacja, demonstracyjne uwielbienie, prowokacja, obwinianie, popisywanie się czy sprawdzanie kompetencji. Bycie poddawany tak różnym reakcjom na siebie, bywa bardzo trudne. Świadomość odniesienia zachowań pacjenta do roli, w jakiej jestem, a nie do mnie samego, nie zawsze pomaga. To, że jestem kobietą i uwodzi mnie mężczyzna, powoduje, że ja terapeutka, zastanawiam się, na ile to sprowokowałam lub na ile potwierdza to moją własną atrakcyjność. To, że pacjent używa wobec mnie słów, których nie rozumiem lub metafor i analogii, które wydają się dla mnie zbyt abstrakcyjne, wywołuje myślenie, „jak mogę mu pomóc, skoro wie więcej ode mnie”. Im więcej miejsca w naszym życiu zajmuje praca, a więc im silniej postrzegam siebie w kontekście własnego zawodu, myślę o sobie głównie „ja – terapeuta”, a mniej ja – kobieta, ja – obywatel, ja – matka, ja – żona itp., tym bardziej narażam się na pułapki osobistego traktowania, tego, co jest tylko próbą wytrącenia mnie z przypisanej mojemu zawodowi roli. Niemniej uważam, że całkowite wyeliminowanie osobistej interpretacji odniesień i postaw pacjenta, jest niemożliwe.

Te pułapki to przede wszystkim wyrobienie w sobie przekonania o własnej omnipotencji i przeciwieństwo

takiego przekonania, czyli nieadekwatna bezsilność wobec tego, co może zrobić pacjent. Pierwsze przekonanie powstaje na bazie stopienia się z rolą, drugie wynika z nadmiarowego oddzielenia się od niej. Oba wpływają niekorzystnie zarówno na samopoczucie terapeuty (problem z określeniem tożsamości), jak i na relację pomiędzy pacjentem a terapeutą (odwrócenie ról, przejęcie całkowitej odpowiedzialności przez terapeuta za proces zdrowienia lub odwrotnie, całkowite przekazanie tej odpowiedzialności pacjentowi). Czasami warto zadać sobie pytanie: Co powiedziałbym temu człowiekowi, gdybym nie był terapeutą? Warto też pamiętać, że takie słowa i zwroty, jak „przepraszam”, „dziękuję”, „proszę” oraz „nie wiem”, „wydaje mi się”, „mogę się mylić”, „popraw mnie, jeśli uważasz, że jest inaczej” itp. budują autorytet, nie zaś go obalają.

Każdy z nas musi w procesie stawania się sobą, wypracować sobie własne, osobiste sposoby na równowagę pomiędzy empatią a habituacją do cierpienia pacjenta, pomiędzy kontenerowaniem i odraczaniem emocji a autentycznością i umiejętnością ich odreagowywania. Pomiędzy rolą obywatela (np. w kwestii zgłaszania przestępstw i w razie niezgłoszenia narażanie się na odpowiedzialność z Kodeksu karnego) a terapeuty (zgłaszając, naruszmy sojusz terapeutyczny i narażamy się na powództwo cywilne za naruszenie tajemnicy zawodowej). Pracujemy w chaosie, nasi pacjenci zmuszają nas do wielokrotnego weryfikowania własnych przekonań i systemu wartości – łatwo w tym obszarze obronnie się usztywnić lub wręcz przeciwnie – zrelatywizować własne punkty odniesienia. Obie postawy będą niekorzystnie wpływać i na nas samych, i na naszych pacjentów. Moją osobistą strategią na utrzymanie równowagi jest podróżowanie, uczestnictwo w kulturze (bardzo szeroko rozumianej) i korzystanie z przywilejów gwarantowanych przez kodeks pracy (choć nie pracuję na etacie) – urlopu i zwolnień lekarskich. Ale wypracowanie mojego osobistego kodeksu bhp zajęło mi ładnych parę lat. Wszystkim tym, którzy uważają, że praca jest najważniejsza, a pacjent jest ważniejszy od terapeuty, przypominam samolotową instrukcję używania masek tlenowych – najpierw ty, a potem osoba, którą masz pod opieką.

## Przypisy

<sup>1</sup> Opisy zawodów dostępne są pod adresem <https://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/infodoradca>.