

## Potrzeby pacjentów leczenia uzależnień dotyczące relacji z terapeutami w oczach pacjentów i terapeutów

What patients in drug treatment need from the therapist-patient relationship: patients and staff perspective

**Katarzyna Dąbrowska**

Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami  
Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

**Abstract – Introduction.** The aim of the study was to identify patient's needs related to the therapist-patient relationship in drug treatment units.

**Method.** Semi-structured interviews with patients and staff were conducted in the period from April 2006 to January 2007. Three residential units were included. All in all, 45 interviews were conducted (30 with patients and 15 with staff). Respondents were asked for consent to the interview and to the recording of it.

**Results.** Patient's needs are diverse and sometimes contradictory. On the one hand, patients expect the therapist to be a boss, a person which would control everything and if necessary bring the patient to heel. On the other hand, they want to see in the therapist a colleague, with whom they can joke, relax, play ball, and expect him not to use the position of therapist, and not impose his/her own solutions or opinions.

This results not only from individual differences between patients, but also depends on the phase of treatment. For example at the beginning of the treatment patients expect ready-made recipes. Also a situation and its context are important factors. The same patient sometimes prefers a solution given by the therapist, but in another situation prefers to look for a solution on his own.

**Key words:** patients' needs, relation therapist-patient, drug dependence, therapeutic community

**Streszczenie – Wstęp.** Celem zaprezentowanego badania było między innymi przyjrzenie się potrzebom pacjentów dotyczącym relacji z terapeutą w ośrodkach leczenia narkomanii.

**Metoda.** W ramach badania przeprowadzono wywiady indywidualne, częściowo skategoryzowane. Przeprowadzono 45 wywiadów w okresie od kwietnia 2006 do stycznia 2007 roku – zarówno z pacjentami, jak i terapeutami w trzech placówkach stacjonarnych, oferujących leczenie osobom uzależnionym od narkotyków. W tym 30 wywiadów z pacjentami (po 10 w każdym z ośrodków), a 15 wywiadów z terapeutami (4 w ośrodku X, 7 w ośrodku Y, 4 w ośrodku Z). Respondenci byli pytani o zgodę na wywiad i o nagrywanie wywiadu na dyktafon.

**Wyniki.** Potrzeby pacjentów dotyczące relacji z terapeutą są bardzo różnorodne, a niekiedy sprzeczne. Z jednej strony, pacjenci oczekują, że terapeuta będzie rządził, kierował i w razie potrzeby przywoła

---

Artykuł bazuje na badaniach przeprowadzonych w ramach pracy doktorskiej „Relacje w placówkach leczenia narkomanii: paternalizm czy partnerstwo. Potrzeby pacjentów”, pisanej pod kierunkiem prof. dr Antoniny Ostrowskiej, Polska Akademia Nauk.

pacjenta do porządku, a z drugiej – chcieliby widzieć w terapeutce kolegę, który z nimi pożartuje, porozmawia na luzie, zagra w piłkę. Oczekują, że terapeuta nie będzie wykorzystywał swojej przewagi nad nimi i nie będzie narzucał swojego zdania.

Wynika to nie tylko z indywidualnych różnic pomiędzy pacjentami, ale także zależy od etapu leczenia, na jakim jest pacjent, np. na początku leczenia zwykle pacjenci oczekują, że terapeuta będzie podsuszał im gotowe recepty. Znaczenie ma też sytuacja i jej kontekst. Ten sam pacjent czasem chciałby, żeby terapeuta podał mu rozwiązanie problemu, a innym razem sam woli tego rozwiązania poszukać.

**Słowa kluczowe:** potrzeby pacjentów, relacja terapeuta–pacjent, uzależnienie od substancji psychoaktywnych, społeczność terapeutyczna

## WPROWADZENIE

Niniejszy artykuł bazuje na badaniach przeprowadzonych w ramach pracy doktorskiej pod tytułem „Relacje w placówkach leczenia narkomanii: paternalizm czy partnerstwo. Potrzeby pacjentów”. Celem badań było poszukiwanie odpowiedzi na dwa pytania:

- Czy relacje łączące klientów i terapeutów w placówkach leczenia i rehabilitacji narkomanii można scharakteryzować jako partnerskie, czy też raczej jako paternalistyczne?
- Jakie potrzeby i oczekiwania dotyczące tych relacji mają klienci placówek?

W artykule zaprezentuję tylko część badania odnoszącą się do potrzeb i oczekiwań klientów związanych z relacją z terapeutą.

Nie ma jednej, przyjętej przez wszystkich definicji potrzeb człowieka. Jak zauważył Kocowski (1), opis potrzeb zależy od dyscypliny, która się tym opisem zajmuje. I tak, jeżeli potrzebami zajmują się nauki przyrodniczo-medyczne, to kładzie się nacisk na takie procesy, jak oddychanie, odżywianie, czyli wywodzi się potrzeby z uwarunkowań przetrwania osobniczego i gatunkowego. W naukach społecznych, takich jak socjologia czy psychologia społeczna, potrzeby są pochodną historycznie określonych stosunków społecznych i kultury. W tym podejściu większość potrzeb człowieka jest związanych ze zdobywaniem i utrzymywaniem pozycji społecznej oraz z wypełnianiem ról społecznych.

Ostrowska (2) mówi, że w socjologii spotykamy się z pojęciem „potrzeb społecznych”, będących atrybutami pewnej złożonej całości – grupy, organizacji czy klasy społecznej. Mówi się o potrzebach koniecznych do zrealizowania, by zachować istnienie pewnych systemów czy zapewnić ich stabilizację.

Ostrowska przywołuje podział na potrzeby obiektywne i subiektywne. Potrzeby obiektywne, np. zdrowotne, są przedmiotem zainteresowania głównie lekarzy, podczas gdy subiektywne – również socjologów i polityków społecznych. O potrzebach obiektywnych może się wypowiadać personel medyczny w oparciu o badania, podczas gdy na temat potrzeb subiektywnych wypowiadają się sami badani. Jednym z możliwych podejść może być badanie stanu świadomości pacjentów o ich potrzebach zdrowotnych.

W mojej pracy próbuję budować obraz potrzeb subiektywnych. Przy czym biore pod uwagę nie tylko wypowiedzi pacjentów, ale i terapeutów, którzy przecież budują obraz potrzeb pacjenta, nie tylko w oparciu o badania, ale i o własne przekonania, doświadczenie zawodowe czy stereotypy.

### **Przegląd badań dotyczących potrzeb pacjentów w procesie leczenia**

Nie udało mi się dotrzeć do badań na temat potrzeb odnoszących się do relacji pacjent–terapeuta w placówkach leczenia narkomanii. Przegląd badań dokonany w ramach projektu ADAT (Adequacy of Drug Abuse Treatment and Care in Europe, 1999) – który objął dziesięć krajów europejskich: Czechy, Danię, Holandię, Polskę, Hiszpanię, Szwecję, Szwajcarię Grecję, Niemcy i Włochy – pokazał, że o potrzebach narkomanów wnioskuje się na podstawie badań epidemiologicznych i przekonania osób zajmujących się problematyką uzależnień (3).

Jedynie w polskim raporcie znalazł się opis badania, w którym podjęto próbę zdiagnozowania potrzeb narkomanów. Jego celem (4) było m.in. sformułowanie wniosków i rekomendacji, które posłużyłyby do budowania lokalnej strategii prewencyjnej dla miasta Poznania. W wypowiedziach badanych pojawił się wątek stosunku personelu placówek leczniczych i rehabilitacyjnych, nacechowanego brakiem szacunku i zrozumienia. Według badanych jest to jeden z ważniejszych czynników utrudniających decyzję o podjęciu leczenia. Badani pytani o potrzeby w zakresie systemu pomocy nie mieli zbyt wiele do powiedzenia. Zadeklarowali jedynie chęć przyjęcia pomocy socjalnej.

Dotarłam natomiast do badań poświęconych oczekiwaniom pacjentów wobec lekarzy i wobec relacji pacjent–lekarz. Pierwsze badania na ten temat przeprowadził socjolog szwedzki, Israel (5). Badani (n = 500) mieli m.in. za zadanie odpowiedzieć na pytanie: „Jaki powinien być lekarz?” Autor nawiązał do rozróżnienia Parsonsa na czynności instrumentalne i ekspresywne. Wyróżnił w wypowiedziach pacjentów wymagania dotyczące uczuciowej i instrumentalnej sfery aktywności lekarza, a także sposobu informowania chorych, sposobu zbierania od nich informacji, wreszcie – odnoszące się do autorytetu lekarza. Okazało się, że najczęściej badanych (49%) oczekuje od lekarza wrażliwości, 18% wskazało na umiejętność nawiązania kontaktu z chorym. Dopiero na trzecim miejscu uplasowały się wymagania dotyczące funkcji instrumentalnej.

Pytanie o pożądane cechy lekarza zadano również w badaniu OBOP „Opinie mieszkańców Warszawy na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej” (6). Respondenci wymienili na pierwszym miejscu: fachowość, wysokie kwalifikacje, doświadczenie i wiedzę (44,9%), na drugim – właściwy stosunek do pacjentów (41,8%), na trzecim – sumienność zawodową (31,2%). Na ostatnim miejscu znalazła się dobra opinia u innych ludzi (8%). Przedstawione powyżej preferencje nie wykazują związku z płcią, wiekiem i innymi cechami demograficznymi. Wyniki pokazują, że cechy lekarza związane z jego kompetencją jako profesjonalisty cennie są niewiele wyżej, niż właściwy stosunek lekarza do pacjenta.

W kolejnym badaniu OBOP-u z 1968 roku (7) „Zawód lekarza w opinii publicznej” (n = 3212) respondentów zapytano m.in. o preferowane typy stosunku lekarzy do pacjentów. Zadano pytanie: „Jeśli miałby Pan(i) wybrać lekarza, u którego chciałby Pan(i) się leczyć, to wiedząc, że z dwóch przyjmujących w przychodni lekarzy dr A jest znanym specjalistą, a dr B, choć nie cieszy się taką sławą, jak jego kolega, jest znany ze szczególnie serdecznego podejścia do pacjentów, którego by Pan(i) wybrał(a)?

Dr A wybrało 35,9% badanych, podczas gdy dr B – 60%. Pokazuje to na zapotrzebowanie zarówno na ekspresyjną, jak i instrumentalną rolę lekarza. Lekarz nie może być tylko fachowcem, musi także posiadać pewne predyspozycje osobowościowe.

Badanie na ten temat przeprowadził również Chmielnicki (8). Objął nim 1000 pacjentów różnych oddziałów szpitalnych. Zapytał o następujące wymiary relacji pacjent–lekarz: fachowość, serdeczny stosunek do pacjenta, gotowość do udzielania informacji, uwzględnianie wypowiedzi pacjenta w podejmowaniu decyzji dotyczącej leczenia. W grupie rolników i niewykwalifikowanych robotników na pierwszym miejscu znalazła się *serdeczność* (33%), w grupie pracowników umysłowych z wykształceniem podstawowym i średnim – *fachowość* (29%). W najlepiej wykształconej grupie respondentów, którą stanowili robotnicy wykwalifikowani, inteligencja i młodzież akademicka, na pierwszym miejscu plasowało się *udzielanie informacji* (odpowiednio: 31%, 30%, 34% wypowiedzi). Zwraca uwagę, że żadna z wymienionych grup nie preferowała możliwości współuczestniczenia w decyzjach lekarza dotyczących ich osoby.

Mazur (9) zapytała pacjentów o sposób prowadzenia wywiadu i ordynowanie zaleceń. Okazało się, że w pierwszym przypadku pacjenci preferowali sytuację liberalną, kiedy pacjent ma całkowitą swobodę wypowiedzi, 40% wskazywało na sytuację autorytatywną, a więc taką, kiedy to lekarz kieruje rozmową z pacjentem, 10% pacjentów było to zupełnie obojętne.

Nieco inaczej sprawa przedstawia się jeżeli weźmiemy pod uwagę ordynowanie zaleceń. Większość pacjentów (55%) woli, kiedy lekarz jednoosobowo podejmuje decyzję, sytuację liberalną, kiedy lekarz konsultuje swoją decyzję z pacjentem preferuje 38% respondentów.

Dwa powyższe badania pokazują, że potrzeby pacjentów mogą się różnić w zależności od poziomu wykształcenia, a także w zależności od tego, jakiego aspektu relacji dotyczą.

Ciekawe badanie zostało przeprowadzone w Szwecji przez Hallström i Elander (10). Otóż przeprowadzono wywiady z dwudziestoma pacjentami z trzech oddziałów chirurgicznych i trzech oddziałów internistycznych. Respondentów poproszono o odpowiedź na trzy pytania: Co to jest potrzeba? Jakie potrzeby są istotne w trakcie trwania hospitalizacji? Jakie działania podejmuje Pan/Pani by zapewnić sobie realizację swoich potrzeb? Pacjenci definiowali potrzebę jako cel (*wyzdrowieć, przetrwać, być w stanie zająć się sobą*) lub jako to, co jest im potrzebne by cel osiągnąć (*pomoc w chodzeniu, wszystko, to czego potrzebuję by przetrwać*).

Autorzy zidentyfikowali 10 grup potrzeb wyrażonych przez badanych. Pacjenci, wśród innych, wymienili potrzeby dotyczące relacji z personelem: potrzebę uzyskiwania informacji, bycia traktowanym w uprzejmy sposób, bycia zauważanym, rozumianym, traktowanym z sympatią, humorem, potrzebę szacunku, bycia podmiotem a nie przedmiotem, potrzebę uczestniczenia w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia.

Odpowiedzi pacjentów na pytanie o to, co robią by zapewnić sobie realizację potrzeb, autorzy podzielili na dwie grupy: Pierwsza z nich obejmuje wypowiedzi, które mówią o aktywnym poszukiwaniu uwagi i pomocy personelu w realizacji potrzeb, a druga – wypowiedzi osób, które nie chcą przeszkadzać personelowi w pracy i same próbują rozwiązać swoje problemy.

Podsumowując, powyższe badania pokazują, że pacjenci, obok czynności instrumentalnych lekarza, dużą wagę przywiązują do jego zachowań ekspresywnych, a więc oczekują serdeczności w kontakcie, wrażliwości, umiejętności nawiązania kontaktu, itd. Pacjenci wskazują również, że chcieliby być informowani i mieć udział w podejmowaniu decyzji. Potrzeby pacjentów mogą się jednak różnić w zależności od poziomu wykształcenia, a także w zależności od tego, jakiego aspektu relacji dotyczą. Badania te jednak odnoszą się do potrzeb pacjentów dotyczących relacji z lekarzem i nie wiadomo, w jakim stopniu ten obraz przystaje do rzeczywistości społeczności terapeutycznych i potrzeb pacjentów lecznictwa uzależnień.

## METODOLOGIA I REALIZACJA BADANIA

Badanie realizowano w tradycji badań jakościowych, gdyż po pierwsze – zastosowanie tej metody pozwala na „przeniknięcie” do świata badanych osób i przyjrzenie się temu światu ich oczami.

Po drugie, są szczególnie przydatne w przyglądaniu się obszarom rzeczywistości mało znanym, trudnym, złożonym, a jednocześnie istotnym. Wydaje się, że w przypadku problemów, które zamierzałam zbadać właśnie taka sytuacja miała miejsce. Po trzecie, rola badacza nie ogranicza się tu do przepytывania badanego, diagnozowania go. Badacz staje się uczestnikiem interakcji, działa jawnie i możliwie jasno wyklada swoje intencje. Wchodzi w interakcję z osobami badanymi, staje się uczestnikiem badanych zjawisk. Jak pisze Wyka (11), ingerencja w życie innych ludzi – a tym jest często badanie socjologiczne – zyskuje wówczas znamiona prawomocności moralnej.

Z respondentami przeprowadzone zostały wywiady indywidualne, częściowo skategoryzowane. Zdecydowałam się na technikę wywiadu indywidualnego, gdyż, jak mówi Sztumski (12), wywiad umożliwia poznanie zjawisk występujących w świadomości badanych. Można dzięki niemu poznać wyobrażenia, uczucia, motywacje, zamiary, przekonania ludzi, a także sięgnąć do intymnych przeżyć badanych osób.

Wywiady zostały przeprowadzone w okresie od kwietnia 2006 do stycznia 2007 roku – zarówno z pacjentami, jak i terapeutami w trzech placówkach stacjonarnych,

oferujących leczenie osobom uzależnionym od narkotyków. Placówki te zostały dobrane w taki sposób, by różniły się wielkością oraz strukturą organizacyjną. Nie były losowane. By zapewnić anonimowość nadałam im nazwy X, Y, Z. Nie podaję też zbyt wielu informacji, gdyż mogłoby to umożliwić identyfikację placówek.

Wszystkie placówki wykorzystują w pracy metodę społeczności terapeutycznej. Ośrodek Y jest ośrodkiem administrowanym przez MONAR, najstarszą w Polsce organizację pozarządową zajmującą się problemem narkomanii, dwa pozostałe (X, Z) – przez inne jednostki. W ośrodku Y pacjent ma przydzielonego terapeutę, który prowadzi jego terapię, ale może się zgłaszać ze swoimi problemami także do innych terapeutów. W pozostałych – wszyscy terapeuci zajmują się sprawami wszystkich pacjentów. Ośrodek Y i Z są stosunkowo duże, podczas gdy X jest ośrodkiem małym. We wszystkich obowiązują programy średnioterminowe – ok. 12 miesięcy; przyjmowane są tylko osoby pełnoletnie.

Przeprowadziłam 30 wywiadów z pacjentami (po 10 w każdym z ośrodków) oraz 15 wywiadów z terapeutami (4 – w ośrodku X, 7 – w Y, 4 – w Z). Respondenci byli pytani o zgodę na wywiad i o nagrywanie rozmowy na dyktafon. Zostali zapoznani z ideą badania, poinformowani o jego anonimowym charakterze. Zapewniłam, że ich wypowiedzi pozostaną anonimowe, jak też, że dołożę wszelkich starań, by zachować anonimowość ośrodka; nagrania nie będą odtwarzane publicznie, stanowią jedynie pomoc w dokumentacji badania.

Przed rozpoczęciem wywiadów starałam się poznać członków społeczności i dać się im poznać. Mówiłam trochę o sobie, jadałam wspólnie z nimi posiłki, rozmawiałam, brałam udział w niektórych zajęciach. Z respondentami byłam po imieniu, pozwalało to zmniejszyć nieco dystans, a poza tym w społecznościach terapeutycznych jest zwyczaj, że pacjent i terapeuta mówią sobie po imieniu.

W badaniu wzięły udział osoby, które same wyraziły chęć, bądź zostały zwerbowane przeze mnie. Wywiady były prowadzone w cztery osoby. Mówiłam swoim respondentom, że chciałabym, żeby badanie miało formę rozmowy, to znaczy, że oni też mogą zadawać mi pytania, ale rzadko to się zdarzało. Podkreślałam, że moją intencją nie jest ocena rzeczywistości, a jedynie próba jej opisu.

### **Specyfika metody społeczności terapeutycznej i pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych**

Jak już wspomniałam, wszystkie ośrodki, w których prowadziłam badanie pracują metodą społeczności terapeutycznej, która wyznacza ramy pracy z pacjentem oraz rolę pacjenta i terapeuty. Kooyman (13: 14–15) przytacza definicję społeczności terapeutycznej zaproponowaną w 1986 roku przez Kerra.

„Społeczność terapeutyczna jest środowiskiem wysoce hierarchicznym o określonych zasadach moralnych i etycznych. Jako element procesu wychodzenia z nałogu oraz osobistego rozwoju stosuje się sankcje i kary oraz poznawanie wyższego statusu i przywilejów. Bycie częścią społeczności jest szczególnie ważnym czynnikiem wspomagającym proces pozytywnego rozwoju.

Mieszkańcy społeczności terapeutycznej funkcjonują jak członkowie rodziny, a nie jak pacjenci w instytucji. Odgrywają ważną rolę w kierowaniu społecznością i dostarczają pozytywnych wzorców. Nacisk położony jest na osobistą odpowiedzialność za własne życie i samodoskonalenie. Mieszkańcy otrzymują wsparcie i pomoc ze strony personelu. Występuje tu również dzielenie się pracą, która stanowi istotny wkład w funkcjonowanie społeczności, a niejednokrotnie jest warunkiem przetrwania.

Presja rówieśnicza działa często niczym katalizator, w pozytywny sposób rozwijając krytycyzm i wgląd w samego siebie. Wsparciem dla zmiany są wysokie oczekiwania i zaangażowanie ze strony członków grupy i personelu. Wgląd we własne problemy uzyskuje się dzięki indywidualnej i grupowej interakcji. Niemniej największy wpływ na osiągnięcie trwałej zmiany przynosi uczenie się poprzez doświadczenie, doznawanie porażek, osiąganie sukcesów i ponoszenie konsekwencji swoich działań.

Ważną rolę odgrywa integracja jednostki z grupą. Postęp mierzony jest w ramach społeczności w oparciu o jej oczekiwania. Proces pozytywnej zmiany uzależnionego osiągany jest właśnie dzięki zintegrowanemu działaniu jednostki i społeczności. Powstałe na skutek tego działania napięcie rozładowywane jest na korzyść jednostki, a krok ten postrzegany jest jako istotny probierz gotowości do integracji ze społeczeństwem w szerszym znaczeniu.

Władza ma charakter poziomy i pionowy. Ma to swoje odzwierciedlenie w dzieleniu się odpowiedzialnością i wspólnym podejmowaniu decyzji, kiedy to jest tylko możliwe, a jednocześnie jest zgodne z filozofią i celami społeczności terapeutycznej.”

Mieszkańcy podzieleni są na grupy odpowiedzialne za różne zadania, takie jak sprzątanie domu, przygotowywanie posiłków, dogłądanie ogrodu, prace remontowe. Na czele każdej grupy stoi lider albo szef działu. Reszta stanowi załogę. Szef działu odpowiada przed członkiem społeczności, który ma już jakiś staż i doświadczenie i jest odpowiedzialny za codzienne funkcjonowanie społeczności (13). Pomagają mu osoby z tak zwanej „ochrony”, które czuwają nad bezpieczeństwem osób tworzących społeczność.

Struktura społeczności wyznaczona jest hierarchią jej członków w społeczności (w ośrodkach monarowskich: obserwator, nowicjusz, domownik, monarowiec), ale również funkcjami pełnionymi przez poszczególnych mieszkańców domu.

Autorzy różnych opracowań na temat społeczności terapeutycznej różnie postrzegają rolę terapeuty w społeczności i władzę jaką posiada. Siczek (14) pisze, że decyzje we wszystkich istotnych sprawach dotyczących wspólnego życia, sytuacji kryzysowych bądź konfliktowych, przyjmowania i usuwania mieszkańców ośrodka podejmuje wspólnie społeczność wraz z kadrą terapeutów. Według niego terapeuci pełnią w społeczności rolę doradców czy starszych kolegów, „stoją na obrzeżach społeczności”.

Według De Leona (15), pomimo że społeczność wyrasta z idei samopomocy zarządzana jest w sposób autokratyczny, a członkowie personelu mają władzę formalną i nieformalną. Wszystkie najważniejsze decyzje w sprawach statusu pacjentów, dyscypliny, awansów, zwolnień i przepustek, planowania terapii podejmuje personel terapeutyczny. De Leon mówi, że personel występuje m.in. w roli władzy oświeconej, która najdobitniej odzwierciedla władzę zarówno rzeczywistą, jak i postrzeganą, jaką on posiada oraz społeczne granice dzielące personel i społeczność terapeutyczną.

Należy również wspomnieć o specyfice pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Zarówno Kooyman, jak i De Leon wspominają o niskiej samoocenie tych osób i negatywnym obrazie siebie. De Leon mówi, że tożsamość społeczna osoby uzależnionej to często wynik internalizacji negatywnych wizerunków publicznych, przypisanych przez otoczenie. W ujęciu Goffmana (16), zaprezentowanym w dziele „Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości”, pacjenci placówek leczenia narkomanii są nosicielami piętna. Piętno to warunkuje sposób, w jaki pacjenci postrzegają siebie oraz sposób, w jaki wchodzi w relacje z innymi, „normalnymi” członkami społeczeństwa. Osoba naznaczona stygmatyzuje sama siebie; autostygmatyzacja pozwala na dostosowanie się do wymogów społeczeństwa (17).

## WYNIKI

### Charakterystyka respondentów

Wśród 30 pacjentów, z którymi rozmawiałam było 21 mężczyzn i 9 kobiet, w wieku od 19 do 28 lat. Średnia wieku wyniosła 22,6. Zdecydowana większość miała wykształcenie podstawowe (co zwykle oznaczało, że rozpoczęli naukę w gimnazjum, ale jej nie ukończyli) bądź zawodowe. Kilka osób miało wykształcenie średnie, a jedna – tytuł licencjata. Zdecydowana większość pracowała przed rozpoczęciem leczenia, ale były to prace dorywcze, raczej niskokwalifikowane.

Zdecydowana większość miała za sobą próby leczenia w innych ośrodkach stacjonarnych bądź poradniach; 7 osób nie leczyło się przedtem. Osoby, z którymi rozmawiałam miały różny staż pobytu w ośrodku. Najkrótszy wynosił 1 miesiąc, a najdłuższy 20 miesięcy (osoba ta ukończyła terapię, ale mieszkała w hostelu). Średnia długość leczenia to 7 miesięcy; 12 osób pozostawało w leczeniu do sześciu miesięcy, 13 – powyżej sześciu miesięcy.

Wśród terapeutów było 9 mężczyzn i 6 kobiet w wieku od 28 do 55 lat – zdecydowana większość miała około 30 lat. Znakomita większość miała wykształcenie wyższe humanistyczne, jedynie 2 osoby – wykształcenie średnie (w trakcie uzupełniania wyższego).

Osoba najkrócej pracująca w lecznictwie uzależnień miała staż pracy 2 lata, a najdłużej – 27 lat. Średni staż pracy w tej grupie wynosił blisko 10 lat (9,8 lat).

Większość respondentów miało doświadczenie pracy w innej placówce świadczącej pomoc osobom uzależnionym.

### Potrzeby pacjentów dotyczące relacji z terapeutami – według pacjentów

Potrzeby wyrażane przez pacjentów dotyczyły: roli terapeuty w relacji, zachowań terapeuty, jego cech osobowościowych, a także umiejętności. Pacjenci mówili również o tym, co im się nie podoba w relacjach z terapeutą. Nazwałam to „anty-



potrzebami”. Wypowiadali się również na temat potrzeb dotyczących ich miejsca w relacji z terapeutą.

Pacjenci chcieliby, by terapeuta stanowił dla nich przykład, na którym mogliby się wzorować. Oczekują, że wejdzie czasem w rolę rodzica, który współczuje pacjentowi, w razie konieczności ochroni go przed grupą, będzie jego rzecznikiem.

„Powinni być wzorem do naśladowania.” (pacjent, 21 lat)

„No takiej wrażliwości, myślę, i współczucia. Lubię się nad sobą poużalać. Żeby po prostu wiedzieli, o co mi chodzi. Żeby na przykład jak coś mnie boli to pożałować. Bo ja taki za mamą jestem i za rodzicami, żeby się przytulić. Ale nie w sensie, żeby mnie przytulili, po prostu, żeby zrozumieli i trochę wysłuchali mnie i żeby taki spokojny głos mieli, no i o to mi generalnie chodzi.” (pacjent, 19 lat)

„oczekuję poparcia w niektórych sytuacjach, kiedy zostaną zaatakowana przez grupę. Takiego wsparcia.” (pacjentka, 21 lat)

Ważne dla pacjentów jest, by terapeuta od czasu do czasu „dał im fory”, odstępując od ogólnie przyjętych zasad. Czują wtedy, że są traktowani indywidualnie, a ich potrzeby są brane pod uwagę.

„Ważne jest takie czasem potraktowanie kogoś jakby z forami, że przedłużamy ciszę nocną, siedzimy i rozmawiamy, bo jest więcej czasu, potrzeba i wszyscy już leżą w łóżkach, a ja tu siedzę i jeszcze rozmawiam. Albo na przykład pożyczyłem już trzy paczki papierosów i pozwoli mi czwartą pożyczyć.” (pacjent, 20 lat)

Pacjenci mają również potrzebę, by terapeuta kontrolował, rządził i podejmował decyzje. Chcą, żeby im wskazał, czy dobrze, poprawnie pojmują rzeczywistość, powiedział, kiedy postępują niewłaściwie. Jednym słowem, by dokonał oceny rzeczywistości. Potrzebują również, szczególnie na początku leczenia, żeby terapeuta powiedział co zrobić, żeby rozwiązać problem, żeby wyjść z uzależnienia.

„Terapeuta powinien być osobą, która tym wszystkim rządzi, no społeczność społecznością, ale że on podejmuje wszystkie tutaj decyzje i co z tym zrobić. No w sumie taka kontrola i kierownik tego wszystkiego tutaj.” (pacjent, 19 lat)

„oczekuję, że pokażą kiedy źle interpretuję pewne wydarzenia lub fakty” (pacjent, 22 lata)

„Na początku potrzebowałem tego, żeby ktoś mi pokazał, co zrobić, co zmienić w sobie, żeby nie brać narkotyków” (pacjent, 22 lata)

„Oczekuję powiedzenia, co mam robić jak mam jakiś problem” (pacjent, 19 lat)

Moi rozmówcy wspominają, że terapeuta powinien stanowczo i konsekwentnie reagować na ich zachowanie, utrzymywać dyscyplinę, a nawet kiedy zajdzie taka konieczność krzyknąć, czy przekląć.

„Na pewno jest tak, że czasami się potrzebuje takiego ostrego terapeuty i często jest tak, że terapeuci na społecznościach mówią swoje zdanie i czasem krzykną, powiedzą niecenzuralne słowo, ale to jest w porządku. Wyrażają swoje emocje. A w ogóle moja terapia musi być ciężka, bo jak bym miał lekko, ta ja bym ćpał. Im ciężej tym lepiej dla mnie.” (pacjent, 24 lata)

Jeżeli chodzi o przekazywanie informacji, to część pacjentów oczekuje, że to terapeuta podejmie decyzje o czym poinformować pacjenta, inni uważają, że terapeuta powinien o wszystkim informować pacjenta.

„Jeżeli to ma być dla mojego dobra, żebym czegoś nie wiedziała to nie muszą mi mówić, to terapeuta powinien zdecydować” (pacjentka, 19 lat)

„Powinni informować, bo ja nie lubię jak ktoś coś ukrywa przede mną. Wolę znać prawdę, chociaż czasem to boli” (pacjentka, 21 lat)

Pacjenci wspominają również o tym, że chcieliby widzieć w terapii partnera, osobę, która z nimi pożartuje, porozmawia w przyjaznej atmosferze, zaangażuje się wspólnie z pacjentami w jakąś aktywność, np. zagra w piłkę. Oczekują, że terapeuta będzie z pacjentem w bliskich relacjach. Czasami też się przed nimi otworzy. Chcieliby wiedzieć trochę więcej o osobie, której powierzają swoje tajemnice.

„Potrzebowałbym takiej koleżeńskej rozmowy jak z X od wszystkich terapeutów, taka rozmowa na luzie o tym jakie mam nastawienie, co ja myślę, dlaczego tak jest” (pacjent, 23 lata)

„Nie chodzi o czas, tylko o dystans. Nie mam takiego komfortu, mi się wydaje, że skoro jestem w ośrodku, to powinienem być z terapeutą blisko, czyli powinny być może nie przyjacielskie, ale koleżeńskie relacje, że nawet mówimy tym samym językiem.” (pacjent, 27 lat)

„nie takie mechaniczne podejście do pacjenta, że to praca, tylko bardziej na luzie, na stopie koleżeńskej (kurczenie dystansu). Niech będą odpowiedzialni i asertywni, ale niech jakoś starają się zbliżyć z nami” (pacjent, 27 lat)

„Też jak na integratki terapeuta przychodzi, bo my sami sobie je organizujemy, np. gra w siatkówkę.” (pacjent, 20 lat)

Chcieliby, by terapeuta brał ich zdanie pod uwagę, szanował ich uczucia. Oczekują, że nie będzie wykorzystywał swojej przewagi nad nimi i nie będzie narzucał swojego zdania. Decyzje będą podejmowane w demokratyczny sposób.

„Chciałabym żeby traktowali mnie z szacunkiem, tak jak ja ich traktuję z szacunkiem, żeby szanowali to co mówię, żeby brali to pod uwagę, chociaż czasami mogę nie mieć racji” (pacjentka, 23 lata)

„Ja rozumiem, że oni są tutaj terapeutami, ale czasami bym chciała, żeby się traktowali tutaj na równi z nami, bo czasami czuję, że oni są terapeutami, tak musi być i koniec. Wcześniej nie dociągaliśmy się za nie wyłączone światło, a potem terapeuci powiedzieli, żeby coś z tym zrobić i tyle. Z jednej strony mi to przeszkadza, ale z drugiej strony rozumiem to, bo są terapeutami tu. Musimy się jakoś dostosować do tego” (pacjentka, ?)

Według pacjentów ważne jest, by terapeuta miał gotowość na kontakt z pacjentem. Jeżeli w danym momencie terapeuta nie ma czasu, to pacjenci chcieliby, żeby wytłumaczył dlaczego. Chcą widzieć, że terapeuta przykłada się do swojej pracy, jest w nią zaangażowany. Niektórzy oczekują, że terapeuta również będzie inicjował kontakt czy rozmowę z pacjentem, że inicjatywa będzie leżała po obu stronach.

„Nie może powiedzieć *nie chce mi się z tobą gadać, przyjdź jutro*” (pacjent, 20 lat)

„i podoba mi się, że mówi *nie mam czasu, bo muszę zrobić to i to* i wiem, że tutaj sobie nie leży, tylko rzeczywiście musi coś zrobić.” (pacjent, 20 lat)

„ja bym chciał, żeby terapeuta mnie wołał na rozmowę *chodź porozmawiamy*, a nie to my musimy się o to starać. Bym chciał, żeby to się zmieniło, żeby to od terapeuty bardziej wychodziło, bo to lamie taką barierę, że to nie tylko ja walczę o ten kontakt, ale terapeuta też.” (pacjent, 27 lat)

Istotne jest, żeby terapeuta każdego pacjenta traktował indywidualnie, ale nie wyróżniał. Moi respondenci chcieliby, by terapeuta znał ich sprawy, pamiętał o tym, co mu mówią i zachował w tajemnicy to co usłyszeli.

„Podoba mi się, że nie używają szablonów, że każdy pacjent jest traktowany indywidualnie, o każdym z osobna się mówi. Nie ma tutaj masy tylko są jednostki” (pacjent, 19 lat)

„Mam takie potrzeby, żeby to o czym rozmawiamy to on pamiętał i żeby przy następnym spotkaniu nie musiał mówić o wszystkim od początku, tylko żeby on wiedział, o co chodzi” (pacjent, 20 lat)

„Też tego [oczekuję], że jeżeli mu coś powiem, to zachowa to dla siebie” (pacjentka, 19 lat)

Są pacjenci, którzy chcieliby, aby terapeuta nie poprzestał na jednokrotnym zapytaniu o coś, a raczej, żeby próbował dotrzeć do pacjenta aż do skutku i tacy, którzy preferują sytuację, kiedy terapeuta „nie pomaga na siłę”.

„Inny terapeuta, by już odpuścił, a ona dąży do samego końca, ona chce wyciągnąć to ze mnie, a inny zapyta raz i jak nie powiem to odpuszcza” (pacjent, 22 lata)

„że tak naprawdę terapeuta nie ciągnie za język, tylko mówię jak chcę” (pacjent, 27 lat)

„Jest coś takiego, że nie wiem, jak to powiedzieć, że jeżeli czuje, że ktoś nie chce pomocy, to nie na siłę” (pacjent, 24 lata)

Pacjenci oczekują, że terapeuta będzie umiał wytłumaczyć różne sprawy, pokazać potencjalne rozwiązania, będzie konsultantem ich pomysłów oraz że będzie umiał odczytać ich nastroje i emocje.

„żeby wiedział co się ze mną dzieje, czy ja mam dobry humor, czy zły, czy ja chcę wyjeżdżać” (pacjent, 20 lat)

„Na pewno pomocy, bo nie zawsze jestem w stanie podjąć decyzje i wtedy konsultuje się z nimi. Ja czasami widzę tylko jedno rozwiązanie, a idę do kogoś i pokazuje mi trzy wyjścia z tej sytuacji” (pacjent, 24 lata)

Pacjenci wypowiadali się także na temat pożądanых cech osobowości i predyspozycji do wykonywania pracy terapeuty. Chcą, by terapeuta był: uprzejmy, ciepły, miły, serdeczny, wyrozumiały, cierpliwy, szczerzy, naturalny w kontakcie, wzbudzający zaufanie, słowny, konsekwentny, stanowczy, z intuicją terapeutyczną, szybki, przyjazny, obiektywny, wspierający, z poczuciem humoru. Jeżeli chodzi o umiejętności czy kompetencje, to oczekują, że terapeuta będzie umiał im pomóc, zachęcić do rozmowy, doradzić, wytłumaczyć pewne rzeczy tak, żeby pacjent rozumiał.

Pacjenci wspominali również o tym, co im się nie podoba w zachowaniu terapeutów i nazwałam tę kategorię – antypotrzebami. Pacjenci mówią, że nie podoba im się, gdy terapeuta krzyczy, ponoszą go emocje, przeklina.

„A co mi się nie podoba? Czasami jak tam krzyknie czy przeklnie terapeuta to najbardziej” (pacjentka, 19 lat)

„Nie podoba mi się, że czasami, i nie u wszystkich terapeutów to zauważyłem, że czasami terapeuta ponoszą emocję, tak jak zresztą każdego i może się za bardzo zdenerwować z błahego powodu. To mi się nie podoba. I wcześniej nie powiedziałbym o takich rzeczach, a teraz mówię o takich rzeczach w indywidualnej rozmowie, że zauważyłem” (pacjent, 22 lata)

Pacjenci źle odbierają kiedy terapeuta jest zbyt stanowczy w drobnych sprawach lub karze pacjenta za coś, do czego ten się nie poczuwa. Nie podoba im się również, gdy narzuca swoje zdanie, sam podejmuje decyzje, bez udziału pacjenta.

„Nie podoba mi się, że coś jest narzucane nam z góry czasami, czuję na to niezgodę, ale ćwiczę pokorę. Nawet jeżeli miałbym pomysł, czy coś bym chciał, to wydaje mi się, że nie można by było” (pacjent, 22 lata)

„Nie podoba mi się zbyt duża stanowczość w jakichś takich małych sprawach, np. muzyki” (pacjent, 23 lata)

„Jeżeli sobie zasłużę głupimi gadkami czy zachowaniem, to powinni być konsekwentni wobec mnie, ale jeżeli ja się nie zachowuję głupio, to żeby nie karali mnie za coś, czego ja nie czuję. Nie poczuwałem się do czegoś, mówiłem o tym, a i tak zostało mi to narzucone” (pacjent, 27 lat)

Z drugiej strony, pacjentom nie podoba się również, kiedy terapeuta nie jest stanowczy. Negatywnie postrzegają sytuacje, kiedy nie jest zaangażowany w swoją pracę, wykonuje ją w pośpiechu.

Pacjenci zdecydowanie źle oceniają terapeuta, który patrzy na nich przez pryzmat stereotypów, mierzy wszystkich jedną miarą, przypisuje pacjentom cechy czy zachowania, które w powszechnej świadomości charakterystyczne są dla osób uzależnionych.

„A inni terapeuci tak jakby oceniali, że każdy ćpun to jeden ćpun. Jakby nie brali pod uwagę tego, że ktoś zaczął ćpać, bo ma jakieś problemy, a nie dlatego, że chodził na imprezy i nagle się uzależnił.” (pacjent, 19 lat)

Pacjenci wspomnieli również o potrzebach dotyczących ich roli w relacji terapeuta–pacjent. Chcieliby mieć większy udział w podejmowaniu decyzji dotyczących ich osoby:

„Chciałbym decydować żebym mógł stąd wyjść na miasto, mieć więcej wolnego czasu dla siebie. Chciałbym się położyć i trochę pooglądać telewizję, a ja tego nie mogę robić.” (pacjent, 21 lat)

„ja jestem już na takim etapie, że sam bym chciał podejmować decyzje, ale do tego jest potrzebne, żebym skończył już leczenie” (pacjent, 27 lat)

„Chciałabym mieć większy udział w podejmowaniu decyzji, tak jak w tej sytuacji z moim dzieckiem, bo nie mogę gdzieś jechać, albo muszę gdzieś jechać” (pacjentka, 28 lat)

## **Potrzeby pacjentów dotyczące relacji z terapeutami – według terapeutów**

Terapeuci zapytani o potrzeby pacjentów dotyczące relacji pacjent–terapeuta mówili, że pacjenci chcieliby widzieć w nich lekarza, który poda gotową receptę i powie co zrobić, żeby wyzdrowieć.

„często jest tak, że pacjent ma potrzebą otrzymania gotowca: *co ja mam zrobić, bo ja nie wiem co mam zrobić*, jakby oczekują od nas trochę tego, że będziemy dla nich takimi lekarzami z receptą, *zrobisz to i będzie OK*” (terapeuta, 24 lata)

Pacjenci mają również potrzebę, by terapeuta stanowił wzór, przykład do naśladowania. Oczekują, że będzie rodzicem, zaopiekuje się i pokieruje pacjentem, podejmie za niego decyzje.

„Na pewno jest tak, że oni gdzieś tam potrzebują wzorców. Wiadomo, że chłopakowi będzie łatwiej identyfikować się z terapeutą mężczyzną; ja myślę, że my to takiemu naturalnemu procesowi poddajemy, pracujemy też w mieszanej kadrze tutaj.” (terapeuta, 24 lata)

„To bardzo różnie. Bo mamy takich pacjentów, którzy widzą we mnie mamę, żeby się zaopiekować, żeby przytulić, żeby pomóc, wyręczyć, pokierować, żeby podjąć za nich decyzje, to są z reguły pacjenci, dla których takie postępowanie jest bardzo toksyczne. Oni potrzebują tego, bo takie były ich doświadczenia.” (terapeutka, 30 lat)

„ale też oczekują tak jak dziecku się należy: *załatw coś za mnie, ja przyszedłem się poskarżyć*. Czasami mam wrażenie, że jestem w przedszkolu i dorosły człowiek do mnie przychodzi *prose Pani, prose Pani, a ktoś mi nasiusił do wiaderka*. Nie umieją ze sobą pewnych spraw załatwiać, chcą interwencji osoby trzeciej” (terapeutka, 43 lata)

Pacjenci potrzebują, żeby terapeuta ich wyróżnił, okazał ciepło w kontakcie. Oczekują, że będą traktowani na specjalnych zasadach.

„Znaczący ja myślę, że oni są bardzo mocno w fazie zależności od terapeuty, czyli oni mają te potrzeby bardzo nieświadome i tak na prawdę na pierwszy rzut oka oni potrzebują pogłaskania po główce, powiedzenia, że jest super, że jest najlepszy, że jest ulubionym pacjentem, coś tam niby mówią, ale tak na prawdę ja w końcu zadaję pytanie: *śłuchaj pogłaskać cię po główce i wtedy jest płacz, że tak, że tego potrzeba*” (terapeutka, 23 lata)

„Są pacjenci, którzy oczekują specjalnych praw, sprawdzają, na ile jeszcze mogą sobie pozwolić, na ile będzie mnie mógł naciągnąć” (terapeutka, 30 lat)

Według terapeutów pacjenci mają potrzebę, żeby podjąć za nich decyzję, przejąć odpowiedzialność, czasami udzielić gotowej porady. Terapeuta ma być kimś, kto pokaże świat wartości, sposób na życie, będzie wiedział, jak rozwiązać problem.

„Oczekują, że pozałatwiamy za nich pewne sprawy, że zwolnimy ich z poczucia odpowiedzialności, zamiast podjąć decyzję jako prezes, czy gospodarz domu, szef SOM-u i powiedzieć, że podjęli taką decyzję, to się pytają, czy mogą.” (terapeutka, 43 lata)

„Na pewno tego, żebyśmy wiedzieli, jak zachować się w różnych takich sytuacjach dla nich trudnych, takich gdzie oni nie wiedzą, jak się zachować. Jak ktoś chce wyjechać, to oczekują, że będziemy w stanie pomóc mu” (terapeutka, 30 lat)

„Pewnie oczekują jakiegoś tam pokazania kierunku, świata wartości, pokazania im sposobu na życie.” (terapeuta, ok. 50 lat)

Pacjenci oczekują również, że terapeuta będzie szczery i w razie potrzeby skarci pacjenta, udzieli reprimendy, przywoła do porządku.

„Oczekują, żebyśmy potrafili słuchać i skarcić, np. *opierniczyć*.” (terapeuta, 28 lat)

„Z tego co ja wiem, to oni chcą, żebyśmy byli nie z pozycji, żebyśmy byli kolegami, braćmi starszymi, godnymi zaufania, którzy pomogą, czasami dadzą przysłowiowego klapsa (...) Jeżeli

komuś jest to potrzebne, trzeba być takim ojcem, na przykład, bo ojciec powie wprost, ochrzani, ale i przytuli” (terapeuta, 30 lat)

Według terapeutów pacjenci oczekują też relacji koleżeńskiej. Tego, że terapeuta pożartuje z pacjentem, porozmawia z nim, spędzi czas. Ponadto chcieliby, żeby terapeuta okazał im zainteresowanie, był zaangażowany w swoją pracę i traktował problemy pacjenta z należytą uwagą. Oczekują, że będzie zorientowany w problemach pacjenta. W razie potrzeby wysłucha pacjenta, zrozumie go i udzieli wsparcia.

„Ja sobie tak myślę, że chcą wejścia w relacje, jak już mówiłem, terapeuta–kolega, mnie się tak wydaje.” (terapeuta, 28 lat)

„czasem oczekują takich zwykłych, codziennych, krótkich rozmów, żeby pograć w piłkę, po prostu na co dzień z nimi być. Chcą, żeby wspólnie zapalić z nimi papierosa czy obiad ugotować.” (terapeuta, 30 lat)

„Oczekują też wsparcia, takiego poczucia, że *jestem z tobą*. Pacjenci to czują, że się przejmiesz ich sprawami, jesteś z nimi, towarzysz im. Wczoraj widzę, że mój pacjent jest nabuzowany i chociaż nie miałam dyżuru to pogadaliśmy o tym, otworzyliśmy to na społeczności. Ważne jest to, że jak się coś dzieje, to on wie, że jest ktoś komu on nie będzie obojętny.” (terapeutka, 30 lat)

Terapeuta ma zapewnić pacjentowi poczucie bezpieczeństwa. Być osobą przewidywalną. Pacjent musi mieć poczucie, że jest akceptowany, nie jest negatywnie oceniany przez terapeutę. Pacjenci oczekują również, że terapeuta zachowa w tajemnicy to co usłyszy i nie będzie naciskał na pacjenta, jeżeli ten nie chce o czymś mówić.

„Na pewno oczekuje też poczucia bezpieczeństwa, takiego bezpieczeństwa, że może o różnych rzeczach powiedzieć i nie zostanie oceniony, nie zostanie wkręcony w poczucie winy.” (terapeutka, 30 lat)

„Moim zdaniem, też oczekują często tajemnicy, bo w społeczności wszystko jest jawne. Mam natomiast takiego pacjenta, z którym pracuje nad jedną sprawą, o której nie wie społeczność, nad molestowaniem” (terapeutka, 30 lat)

## PODSUMOWANIE I Dyskusja

Zwykle potrzeby uzależnionych pacjentów opisywane są tylko z perspektywy profesjonalistów, którzy wnioskuje o nich na podstawie badań epidemiologicznych, na podstawie charakterystyk osób trafiających do leczenia oraz opierając się na własnym doświadczeniu zawodowym (3). To badanie pozwala poznać nie tylko potrzeby formułowane przez personel, ale także potrzeby subiektywne pacjentów – potrzeby widziane ich oczami.

Jak wynika z zaprezentowanego powyżej materiału, potrzeby pacjentów dotyczące relacji z terapeutą są zróżnicowane i niejednokrotnie sprzeczne. Z jednej strony, pacjenci oczekują, że terapeuta będzie rządził, kierował i w razie potrzeby przywoła pacjenta do porządku, a z drugiej – chcieliby widzieć w terapeutcie kolegę, który z nimi pożartuje, porozmawia na luzie i nie będzie narzucał swojego zdania. Chcą samodzielnie podejmować decyzje.

Wynika to nie tylko z indywidualnych różnic pomiędzy pacjentami, ale także zależy od etapu leczenia, na jakim jest pacjent, np. na początku leczenia zwykle pacjenci oczekują, że terapeuta będzie podsuwał im gotowe recepty. Znaczenie ma też sytuacja i jej kontekst. Ten sam pacjent czasem chciałby, żeby terapeuta podał mu rozwiązanie problemu, a w innej sytuacji sam woli tego rozwiązania poszukać.

„Bo to też zależy, do jakiej sytuacji, czy ja chcę coś takiego, aby mi terapeuci podali na tacy, ale często też potrzebuję czegoś takiego, żebym sam pomyślał, tylko, żeby mnie naprowadzili. Pamiętam, że na jakichś zajęciach wyszło coś takiego, że nie potrafię zrobić coś swojego, jakiejś zabawy integracyjnej czy coś. I pamiętam wtedy terapeutka naprowadziła mnie, tam zrobiłem wtedy jakieś skecze, kabarety, które bardzo fajnie wyszły. No i to zależy od sytuacji, czasem potrzebuję na tacy, a czasem żeby tylko pomyśleć.” (pacjent, 22 lata).

Na znaczenie aspektu sytuacyjnego wskazuje również badanie, zaprezentowane w części teoretycznej artykułu (9), które pokazuje, że pacjenci w sytuacji prowadzenia wywiadu preferują swobodę wypowiedzi, podczas gdy w sytuacji ordynowania zaleceń – jednoosobowe podejmowanie decyzji przez lekarza.

Wydaje się, że to, jakie pacjenci mają potrzeby, jest również refleksem tego, jak postrzegają placówkę leczniczą. Jeżeli postrzegają ją w kategoriach rodziny, to chcą widzieć w terapeutce rodzica. Jeżeli traktują ją bardziej jako instytucję naprawczą, to oczekują, że terapeuta będzie kontrolował ich zachowanie i wytykał błędy. Jeżeli według nich podstawową funkcją instytucji jest leczenie, to będą chcieli widzieć w terapeutce lekarza. Oczywiście, nie jest tak, że te wizerunki i potrzeby są rozłączne. Przenikają się i mogą się zmieniać w czasie.

Potrzeby zdeterminowane są również tym, jak pacjenci widzą siebie, terapeutę i swoją rolę w relacjach z terapeutą. Pojawiają się wypowiedzi, które świadczą o tym, że pacjenci postrzegają się jako osoby, które powinny poddać się decyzjom terapeuty, bo same są chore czy zaburzone. Pacjenci uważają, że potrzebują ostrego traktowania, a ich terapia musi być ciężka

„Na pewno jest tak, że czasami się potrzebuję takiego ostrego terapeuty i często jest tak, że terapeuci na społecznościach mówią swoje zdanie i czasem krzykną, powiedzą niecenzuralne słowo, ale to jest w porządku. Wyrażają swoje emocje. A w ogóle moja terapia musi być ciężka, bo jak bym miał lekko, ta ja bym épał. Im ciężej tym lepiej dla mnie.” (pacjent, 24 lata)

„Jestem takiego zdania, że jeżeli ktoś ma problemy czy jest zaburzony, to powinien w ciemno wierzyć w to co terapeuci mówią.” (pacjent, 19 lat)

Pacjenci placówek leczenia uzależnień, według terminologii zaproponowanej przez Goffmana (16), są naznaczeni, są nosicielami piętna, z czego doskonale zdają sobie sprawę. To piętno warunkuje ich sposób myślenia o sobie i sposób, w jaki wchodzą w relacje z innymi:

„Nosiciel piętna dzieli na ogół z nami przekonania na temat swojej tożsamości; jest to fakt o kluczowym znaczeniu (...). Ponadto normy, które ktoś taki przyjmuje od społeczeństwa, sprawiają, że doskonale zdaje sobie sprawę z tego, co bywa uznawane za jego słabość, a to z kolei każe mu choćby przelotnie podzielać opinię, iż faktycznie nie jest w stanie sprostać stawianym mu wymaganiom.”(16: 38)

Osobie napiętnowanej przedstawia się kodeks, który dotyczy m.in. właściwych sposobów bratania się z normalsami, stopień, w jakim powinna prezentować się jako osoba tak samo normalna, jak każda inna oraz stopień, w jakim powinna zachęcać do trochę innego traktowania siebie, a także formy stawiania czoła własnej odmienności, w jakie powinna się zaangażować. „Kodeksy” dla osób z różnym rodzajem piętna różnią się, ale napiętnowaną osobę niemal zawsze ostrzega się przed podejmowaniem prób całkowitego pomijania piętna. Takie zalecane „kodeksy” dostarczają nosicielowi piętna instrukcji, jak powinien traktować samego siebie.

Pacjenci dowiadują się w trakcie leczenia, że ich sposób myślenia jest zaburzony przez uzależnienie i w związku z tym powinni poddać się terapii, poddać się temu, co się im proponuje. To warunkuje ich sposób myślenia i potrzeby dotyczące relacji z terapeutą.

Obraz potrzeb zarysowany w wypowiedziach pacjentów jest w dużej mierze podobny do tego, który wyłania się z wypowiedzi terapeutów, co świadczy o tym, że terapeuci dość dobrze znają potrzeby pacjentów. Pojawiają się jednak także różnice. Pacjenci mówią o tym, że chcieliby samodzielnie podejmować decyzje, chcieliby mieć więcej do powiedzenia w sprawie swojego leczenia. Nie podoba im się, kiedy terapeuta narzuca swoje zdanie, sam podejmuje decyzje. Pacjenci nie chcą być traktowani stereotypowo, chcą indywidualnego podejścia. Terapeuci z kolei wspominają o tym, że pacjenci oczekują od nich gotowych rozwiązań, mają potrzebę, by terapeuta podjął za nich decyzję i uwolnił w ten sposób od odpowiedzialności.

Pacjenci deklarują dużą potrzebę samostanowienia o sobie w procesie leczenia, ale wydaje się, że w ocenie terapeutów, szczególnie w początkowym etapie leczenia, nie są na to gotowi. Nie są przygotowani, żeby samodzielnie podejmować decyzje i ponosić za nie odpowiedzialność.

Na zróżnicowanie potrzeb pacjentów dotyczących relacji z terapeutą pokazuje również inne badanie. Z badania McLachlana (18) wynika, że jedni pacjenci potrzebują bardziej dyrektywnych terapeutów, którzy proponują zasady i ustrukturyzowane sesje, a inni preferują terapeutów mniej dyrektywnych, którzy zachęcają do wyrażania własnych przekonań i dają więcej autonomii. Według McLachlana zależy to od tego, jaki pacjenci reprezentują „poziom konceptualności” (*conceptual level*), a ten zależy od różnic osobowościowych i stylu myślenia.

To, że terapeuci reprezentują różne style pracy, mają różne predyspozycje do pracy terapeutycznej zwiększa szanse na zaspokojenie przez pacjentów potrzeb dotyczących relacji z terapeutą. Wspominają o tym sami pacjenci.

„U nas jest w ogóle rozrzut, jeżeli chodzi o wychowawców. Jest psycholog, psycholog kliniczny, kilka osób po resocjalizacji, kilku neofitów. I oni mają specyficzne podejście. Jeden wychowawca podchodzi do tego psychologicznie, na spokojnie. Najfajniejsze jest to, że mamy kontakt z nimi wszystkimi” (pacjentka, 26 lat)

Parsons (19) dokonał rozróżnienia na czynności ekspresywne lekarza, zorientowane na odczucia pacjenta, a także na jego funkcję instrumentalną, sprowadzającą się do wykonywania czynności technicznych, np. zabiegów. Wiele potrzeb pacjen-



tów referowanych zarówno przez pacjentów, jak i terapeutów dotyczy, według rozróżnienia Parsonsa, ekspresywnej funkcji terapeuty. Rzadziej pojawiają się w wypowiedziach respondentów potrzeby odnoszące się do instrumentalnej warstwy relacji. Również badania zaprezentowane na początku artykułu pokazują, że pacjenci, oprócz oczekiwań związanych z instrumentalną biegłością lekarza (czy innej osoby zajmującej się leczeniem), mają również duże zapotrzebowanie na czynności ekspresywne. Oczekują ciepłych relacji nacechowanych szacunkiem, zainteresowania swoimi sprawami, zrozumienia (5, 7, 10).

Kwestia stosunków lekarz–pacjent lub lekarz–klient jest jedną z kluczowych w rozwoju medycyny. Mówi się o tym, że w społeczeństwach zachodnich relacja pomiędzy lekarzem a pacjentem przechodzi swoistą transformację (20, 21, 22, 23). Wydaje się, że mamy do czynienia z odejściem od modelu paternalistycznego na rzecz partnerstwa.

Powstaje pytanie, w jakim stopniu jest to zmiana, która odzwierciedla potrzeby pacjentów. Zaprezentowane badanie pokazuje, że pacjenci mają potrzeby, które można by odnieść do partnerskiego modelu relacji, ale i potrzeby dotyczące bardziej paternalistycznego obrazu relacji. Pacjenci pragną samostanowić o sobie, podejmować decyzje dotyczące własnej osoby. A z drugiej strony, oczekują, że terapeuta będzie występował w roli rodzica, wyższej instancji, która rozstrzygnie ich problemy, kogoś kto ma kontrolować ich zachowania i w razie konieczności przywoływać do porządku.

Należy pamiętać jednak, że pacjenci lecznictwa uzależnień są pacjentami szczególnymi. Jeszcze do niedawna ich choroba postrzegana była w kategoriach patologii społecznej. Pacjenci przyjmują w procesie naznaczania pewien „kodeks”, narzucony im przez tak zwanych „normalsów”, który warunkuje ich postrzeganie siebie, ich postępowanie i świat potrzeb.

Należy również pamiętać o zdecydowanej różnicy statusu pomiędzy pacjentami a terapeutami. Pacjenci mają niższe wykształcenie, niższą pozycję społeczną i materialną niż terapeuci. Często są to osoby z wyrokami sądowymi. Badania pokazują, że osoby z niższych klas społecznych mają tendencję do większej pasywności w kontaktach z lekarzami, którzy stanowią dla nich autorytet (24).

## PIŚMIENNICTWO

1. Kocowski T (1982) *Potrzeby człowieka. Koncepcja systemowa*. Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk, Łódź: Ossolineum.
2. Ostrowska A (1975) *Problemy zdrowia i opieki lekarskiej w opiniach społeczeństwa polskiego*. Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk: Zakład Narodowy imienia Ossolińskich. Wydawnictwo PAN.
3. Guggenbühl L, Uchtenhagen A, Paris D (2000) *Adequacy of Drug Abuse Treatment and Care in Europe (ADAT)*. Part II. Treatment and Support Needs of Drug Addicts. Country Reports and Assessment Procedures. Zurich.
4. Sierosławski J (1999) Diagnoza potrzeb w zakresie pomocy narkomanom w Poznaniu. *Alkoholizm i Narkomania*, 2, 209–223.

5. Israel J (1969) Socjopsychiczne środowisko szpitala. W: Sokołowska M (red.) *Badania socjologiczne w medycynie*. Warszawa: Książka i Wiedza.
6. OBOP (1961) *Opinie mieszkańców Warszawy na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej*.
7. OBOP (1968) *Zawód lekarza w opinii publicznej*.
8. Chmielnicki N (1976) Oczekiwania pacjentów szpitala pod adresem lekarzy i pielęgniarek. *Zdrowie publiczne*. LXXXVIII, 631.
9. Mazur A (1983) Preferencje pacjentów w relacji lekarz–pacjent. W: *Metody oceny stanu zdrowia ludności oraz zarządzanie i kierowanie w ochronie zdrowia*. Poznań: PTMS.
10. Hallström I, Elander G (2001) Needs during hospitalization: Definitions and descriptions made by patients. *Nursing Ethics*, 8, 409–418.
11. Wyka A (1990) Ku nowym wzorom badań społecznych w Polsce. Cechy badań jakościowych w ostatnich latach. *Kultura i Społeczeństwo*, 34, 1, 161–173.
12. Sztumski J (1984) *Wstęp do metod i technik badań społecznych*. Warszawa: PWN.
13. Kooyman M (2002) *Społeczność terapeutyczna dla uzależnionych*. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.
14. Siczek J (1994) *Narkonauci. Od uzależnienia do dobrego życia*. Warszawa: Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza.
15. De Leon G (2003) *Społeczność terapeutyczna. Teoria, model, metoda*. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.
16. Goffman E (2007) Piętno. *Rozważania o zranionej tożsamości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
17. Lejzerowicz M (2006) Esej recenzyjny. Zarządzanie tożsamością. Erving Goffman: Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości. *Studia Socjologiczne*, 2, 159–170.
18. McLachlan JFC (1972) Benefits from group therapy as a function of patient–therapist match on conceptual level. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 9, 317–323.
19. Parsons T (1969) *Struktura społeczna a osobowość*. Warszawa: PWE.
20. Ostrowska A (1990) Modele relacji pacjent–lekarz. W: Ostrowska A (red.) *Wstęp do socjologii medycyny*. Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Instytut Socjologii UW, Warszawa.
21. Falkum E, Forde R (2001) Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician–patient relationship. Attitudes among Norwegian physicians. *Social Science and Medicine*, 52, 239–248.
22. Richards T (1999) Patient’s priorities. *British Medical Journal*, 318, 277.
23. Coultner A (1999) Paternalism or partnership? *British Medical Journal*, 319, 719–720.
24. Cocerham WC (1995) *Medical Sociology*. Prentice Hall, NJ: Englewood Cliffs.

Adres do korespondencji  
Katarzyna Dąbrowska  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami  
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa  
tel. (022) 4582 629  
e-mail: dabrow@ipin.edu.pl

otrzymano 3.10.07  
przyjęto do druku 25.10.07