

Paternalizm czy partnerstwo? Relacja terapeutyczna w placówkach leczenia narkomanii

Paternalism or partnership? Therapeutic relationship in drug treatment units

Katarzyna Dąbrowska

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

Abstract – Introduction. The article presents the selected outcomes of the study focusing on paternalism and partnership in the therapist–patient relationship in drug treatment units.

Method. Following a qualitative research design, semi-structured interviews with clients and staff were conducted to reach the aims of the study. Three residential units were included and a total of 45 interviews completed (30 with patients and 15 with staff).

Results. Shared concept of drug abuse and the context and organisation of the therapeutic communities studied here impede a therapeutic partnership. According to philosophy of therapeutic community, drug abuse is perceived as an illness which prevents patients from a rational reality check. The concept perceives the patient as being unable to recognise his/her own needs and emotions and to make neither informed decisions nor solve problems efficiently.

The formal structure of therapeutic community, where on the top of hierarchy the therapist has practically unlimited power also does not favour a therapist–patient partnership relation. Only within small margins patients are participating in decision making.

However, the material also shows partnership elements. Some therapists encourage patients to play more active role in the treatment process, especially in the decision taking process. Similarly, some patients ask questions, share own opinions and ideas, and are ready to participate more actively in the therapeutic process.

Key words: paternalism, partnership, therapist–patient relationship, therapeutic community

Streszczenie – Wprowadzenie. Celem artykułu jest zaprezentowanie wybranych wyników badania poświęconego problemowi paternalizmu i partnerstwa w relacji terapeuta–pacjent w placówce leczenia narkomanii.

Metoda. Badanie przeprowadzono w tradycji badań jakościowych, przy wykorzystaniu wywiadów swobodnych ze standaryzowaną listą poszukiwanych informacji. Badanie zostało zrealizowane w trzech placówkach stacjonarnych oferujących leczenie osobom uzależnionym od narkotyków. Wśród badanych osób znaleźli się pacjenci oraz terapeuci zatrudnieni w tych placówkach. Razem przeprowadzono 45 wywiadów, w tym 30 z pacjentami i 15 z terapeutami.

Wyniki. Podsumowując przedstawione wyniki, można stwierdzić, że relacjom partnerskim nie sprzyjają ani koncepcja choroby i pacjenta, charakterystyczna dla społeczności terapeutycznej, ani sama

organizacja społeczności terapeutycznej. Narkomania widziana jest jako choroba, która uniemożliwia pacjentowi racjonalne postrzeganie rzeczywistości. Pacjent z kolei jest w tym ujęciu osobą, która ma bardzo ograniczony wgląd w swoje potrzeby, emocje, ma problemy z podejmowaniem decyzji i rozwiązywaniem problemów. Również struktura formalna społeczności terapeutycznej – gdzie na czele hierarchii stoi terapeuta, który cieszy się nieograniczoną władzą i podejmuje wszystkie ważniejsze decyzje dotyczące pacjentów – nie sprzyja rozwijaniu partnerskiego modelu relacji pomiędzy terapeutą i pacjentem. Zakres decyzji podejmowanych przez pacjentów jest w znacznym stopniu ograniczony. Jednakże w analizowanym materiale udało się zaobserwować również pewne przejawy partnerstwa w relacjach oraz dążenie do większego partnerstwa zarówno wśród terapeutów, jak i pacjentów. I tak, niektórzy terapeuci zachęcają pacjentów do aktywnego uczestniczenia w procesie leczniczym, do wypowiedzania się, do wspólnego podejmowania decyzji, itd. Starają się zmniejszyć dystans pomiędzy terapeutą i pacjentem. Pacjenci z kolei dążą do tego, by pozyskiwać informacje na temat swojego leczenia, mają własne pomysły, są aktywni podczas spotkań z terapeutą, zadają mu pytania, wyrażają swoje opinie, są gotowi do podejmowania decyzji.

Słowa kluczowe: paternalizm, partnerstwo, relacja pacjent–terapeuta, społeczność terapeutyczna

WPROWADZENIE

O ile sporo się mówi i pisze na temat paternalizmu i partnerstwa w relacji lekarz–pacjent, o tyle stosunkowo mało na ten temat wiadomo w odniesieniu do relacji terapeuta–pacjent, a szczególnie do relacji terapeuty i uzależnionego pacjenta. Jest sporo wyników badań psychologicznych diagnozujących rozmaite zagadnienia związane z relacją pacjent–terapeuta, ale posługują się one nieco inną siatką pojęciową. Mówi się w nich o dystrybucji władzy w układzie pacjent–terapeuta, o terapii dyrektywnej lub niedyrektywnej. Mało jest natomiast opracowań, które patrzą na tę relację z punktu widzenia socjologii i uwzględniają jej społeczny kontekst. Omawiane w artykule badanie jest próbą wypełnienia tej luki, a jego przedmiotem są relacje pomiędzy pacjentami placówek leczenia uzależnień i personelem tych placówek, a raczej jeden z wymiarów tych relacji: partnerstwo–paternalizm.

Przeprowadzone badanie miało dać odpowiedź na dwa zasadnicze pytania:

Czy relacje łączące klientów i terapeutów w placówkach leczenia i rehabilitacji narkomanii są bliższe relacji partnerskiej czy też raczej paternalistycznej?

Jakie potrzeby i oczekiwania dotyczące tych relacji mają klienci placówek?

Artykuł koncentruje się na poszukiwaniu odpowiedzi na pierwsze z pytań badawczych, przy czym należy zaznaczyć, że jest wyborem najbardziej istotnych ustaleń¹.

Problem relacji pomiędzy terapeutą i pacjentem, a szczególnie uzależnionym pacjentem, jest słabo zdiagnozowany i praktycznie w badaniach nie występuje. Stąd dokonano przeglądu istniejących badań polskich i zagranicznych, odnoszących się do rozmaitych aspektów relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem, na podstawie których można wnioskować, czy relacje mają charakter partnerski czy też raczej

¹ W innym artykule autorka prezentuje dane z badania dotyczące odpowiedzi na pytanie o potrzeby pacjentów: Dąbrowska K (2007) Potrzeby pacjentów leczenia uzależnień dotyczące relacji z terapeutami w oczach pacjentów i terapeutów. *Alkoholizm i Narkomania*, 20, 4, 377–394.

paternalistyczny. Wydaje się jednak, że zarówno teoretyczne rozważania, jak i dane empiryczne dotyczące relacji pacjent–lekarz w dużej mierze można odnieść do szerszej kategorii relacji: pomiędzy profesjonalistą, zajmującym się pomaganiem, a pacjentem.

Poniżej zaprezentowano najważniejsze wnioski pochodzące z przeglądu badań.

- Lekarze obawiają się kontaktu z pacjentem „wyposażonym” w wiedzę (1).
- Pacjenci w kontaktach z lekarzem nie przejawiają aktywności: nie zadają pytań, nie zgłaszają sugestii (2).
- Wielu pacjentów nie otrzymuje od lekarzy wystarczających informacji na temat własnego zdrowia (3, 4).
- Lekarze zbyt mało czasu poświęcają na konsultację, pacjenci mają poczucie, że nie zostali przez lekarza wysłuchani (3, 4).
- Wizerunek relacji pacjent–lekarz jest złożony, gdyż w zależności od aspektu relacji, czy predyspozycji lekarza, mamy do czynienia zarówno z paternalizmem lekarzy, jak i postawą partnerską (5, 6).
- Osoby z wyższym statusem społecznym (wykształceniem, dochodami) mają większą szansę na nawiązanie z lekarzem relacji noszącej cechy partnerstwa (7).

Na podstawie przeglądu rozmaitych kategoryzacji relacji pacjent–terapeuta oraz definicji (8, 9, 10, 11, 12) wyróżniono kluczowe elementy relacji partnerskiej i paternalistycznej. I tak partnerstwo cechuje:

- wola współpracy i współdziałania,
- wspólne podejmowanie decyzji,
- odpowiedzialność rozłożona na uczestników interakcji,
- obopólna zgoda na uczestniczenie w interakcji,
- zainteresowanie potrzebami pacjenta.

W opozycji do podejścia partnerskiego pozostaje relacja paternalistyczna. Lekarz (bądź terapeuta) występuje jako ekspert, autorytet, który jednoosobowo podejmuje decyzje i ponosi niepodzielną odpowiedzialność za postawienie diagnozy i leczenie. Pacjent jest podporządkowany i uzależniony od decyzji lekarza. Takie rozumienie paternalizmu i partnerstwa przyjęto w tej pracy.

METODOLOGIA

Badanie zostało zrealizowane w trzech placówkach stacjonarnych, oferujących leczenie osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych. Wszystkie placówki wykorzystują w pracy metodę społeczności terapeutycznej. Wśród badanych osób znaleźli się pacjenci oraz terapeuci zatrudnieni w tych placówkach. Razem przeprowadzono 45 wywiadów swobodnych ze standaryzowaną listą poszukiwanych informacji, w tym 30 z pacjentami i 15 z terapeutami.

W badaniu znalazła zastosowanie metodologia badań jakościowych jako najbardziej adekwatna do badania rzeczywistości ośrodków leczenia uzależnień, która

to rzeczywistość jest mało znana, trudna i złożona. Mocne strony metodologii jakościowej, które zdecydowały o jej przydatności to:

- bogactwo opisów i ich przystępność dla odbiorcy,
- możliwość pokazania zjawisk w jasno określonych lokalnych kontekstach,
- możliwość uchwycenia dynamiki zjawisk,
- możliwość wymiany wiedzy społecznej między badanym a badaczem,
- możliwość modyfikowania narzędzi badawczych w trakcie trwania badania,
- zachowanie otwartości na badaną rzeczywistość.

W badaniu wykorzystano metodologię teorii ugruntowanej, która została stworzona w tradycji symbolicznego interakcjonizmu przez Glasera i Straussa (13). Autorzy ci proponują odkrywanie teorii, jeżeli chceć dosłownie tłumaczyć tytuł ich pracy, na podstawie systematycznie zbieranych i analizowanych faktów badawczych. Teoria jest pochodną analiz danych empirycznych, które bezpośrednio odnoszą się do obserwowanej części rzeczywistości społecznej.

Teoria ugruntowana jest więc teorią indukcyjnie wywodzoną z badań nad zjawiskiem, które reprezentuje. Oznacza to, że badacz nie zaczyna od teorii, by na drodze badań ją sprawdzić, ale zaczyna raczej od pewnego obszaru rzeczywistości, który wydaje mu się interesujący, a to co jest istotne ma szansę wyłonić się później. Zbieranie danych, budowanie hipotez i ich weryfikacja nie są wyraźnie rozdzielone w czasie, jak ma to miejsce w tradycyjnych badaniach, ale są procedurami, które się wielokrotnie przeplatają w czasie w trakcie procesu generowania teorii.

PATERNALIZM I PARTNERSTWO W RELACJI PACJENT–TERAPEUTA

Podjmując próbę odpowiedzi na pytanie o charakter relacji w placówce stacjonarnej leczenia uzależnień, czy są one raczej partnerskie czy też raczej paternalistyczne, trzeba popatrzeć na relację pacjent–terapeuta w kontekście jej otoczenia organizacyjnego i społecznego. Należy również uwzględnić charakterystykę partnerów w tę relację zaangażowanych.

Wszystkie ośrodki, w których przeprowadzono wywiady wykorzystywały w swojej pracy metodę społeczności terapeutycznej – środowiska wysoce zhierarchizowanego, porównywanego do szkoły lub rodziny. Sama terapia postrzegana jest jako proces dojrzewania.

Zgodnie z filozofią społeczności terapeutycznej, u podstaw zaburzenia, jakim jest uzależnienie, leży sposób, w jaki osoba się zachowuje, myśli, radzi sobie z emocjami, kontaktuje się z innymi ludźmi, postrzega i przeżywa siebie i świat zewnętrzny. Według De Leona (14) członkowie społeczności terapeutycznych jako osoby uzależnione przejawiają szereg cech charakterystycznych. I tak, do najbardziej typowych należą: brak samoświadomości, trudności w podejmowaniu decyzji oraz nieumiejętność rozwiązywania problemów. Osoby uzależnione prawie zawsze mają negatywny obraz siebie. Nie darzą siebie szacunkiem i charakteryzują się niską samooceną.

Placówki leczenia narkomanii są miejscem, w którym uzależniony pacjent, postrzegany przez społeczeństwo jako dewiant, podlega izolacji od reszty społeczeństwa. Z tej perspektywy placówki te (podobnie jak, na przykład, szpitale psychiatryczne) są instytucjami powołanymi przez społeczeństwo do sprawowania formalnej kontroli nad ludźmi, którzy z racji swego „nienormalnego” zachowania przestają być tolerowani w społeczeństwie (15). Personel zaś powołany jest przez społeczeństwo, by w jego imieniu tę kontrolę sprawować.

Na ośrodek leczenia uzależnień można też popatrzeć z perspektywy zaproponowanej przez Goffmana (16), który nazywa tego typu placówki instytucjami totalnymi. Służą one bowiem przekształcaniu osobowości ludzkiej, pozbawiają ludzi możliwości decydowania o własnej osobie, pozbawiają ich podmiotowości.

W materiale badawczym wyróżniono elementy niesprzyjające relacji partnerskiej oraz takie, które można uznać za jej składową. I tak, nie sprzyja partnerstwu mała aktywność ze strony pacjenta dotycząca zdobywania informacji, ale również kreowania własnej terapii we współpracy z terapeutą.

Pacjentów często cechuje obawa przed dzieleniem się swoimi spostrzeżeniami, wyrażaniem własnego zdania. Są osoby, które są w stanie powiedzieć terapeutce o swoich uczuciach, podzielić się przemyśleniami lub nawet uwagami pod adresem terapeutów, ale większość, szczególnie na początku leczenia, nie ma odwagi tego zrobić. Pacjenci nie wyrażają swojego zdania z powodu obawy przed reakcją społeczności terapeutycznej, niskiej samooceny lub dlatego, że ich zdaniem „terapeuta wie lepiej”.

„I tak w podświadomości wiem, że terapeuta wie lepiej i nie ma sensu się z nim kłócić. I czasami kłócąc się wiem, że nie mam racji, ale kłócę się, żeby powiedzieć swoje zdanie, mimo wszystko. Czasami się taki mechanizm narkomański włącza, że »ja jestem normalny, a wy wszyscy jesteście inni« (...) Terapeuci mają rację, tylko nie zawsze to dochodzi do mnie w pierwszym momencie.” (pacjent, 20 lat)

„Czasami ciężko rozmawiać z terapeutami o tym, co się tu dzieje, nie zawsze rozumiem decyzje terapeutów.”

– *Dlaczego obawiasz się mówić o takich rzeczach?*

„Ja myślę, że to wynika z oceny mojej osoby, mam problem z wyrażaniem własnego zdania.”

– *Mówiłaś mi, że tu są takie relacje bardzo rodzinne, a z drugiej strony obawiasz się mówić o różnych rzeczach. Jak myślisz, z czego to wynika?*

„Myślę, że za bardzo zależy mi na tym, żeby inni mnie dobrze oceniali.” (pacjentka, 27 lat)

Tymczasem wydaje się, że pacjenci, którzy przejawiają aktywność, mają większą szansę na relację partnerską z terapeutą. Potwierdzają to spostrzeżenie wyniki badań przeprowadzonych przez Streeta (17, 18). Pokazały one, że lekarze udzielali więcej informacji pacjentom, którzy zadawali pytania, dzielili się opiniami, otwarcie wyrażali swoje odczucia.

Jak już wspomniano, pacjenci nie dążą do tego, by pełnić bardziej aktywną rolę w kreowaniu swojej terapii. Jeżeli już mają jakieś pomysły na to, co chcieliby dodać do swojego planu leczenia, to często poruszają się tylko i wyłącznie w granicach wyznaczonych przez terapię. Inaczej mówiąc, wtedy kiedy mogą mieć własny

pomysł, to go mają. I tak, na przykład, w trakcie terapii przychodzi moment, kiedy każdy pacjent ma za zadanie sformułowanie własnego planu terapii. Pacjenci pytani, jaki mają udział w swojej terapii i o czym mogą decydować, bardzo często wspominali właśnie ten moment. Dzieje się tak m.in. dlatego, że jak moi respondenci często podkreślają – nie są przygotowani do podejmowania decyzji, są osobami chorymi i ich decyzje nie mogą być dobre. Pacjenci nie podejmują decyzji lub nie wykazują aktywności w terapii również z innych powodów. Trudno im podejmować decyzje, które mogłyby w jakiś sposób urazić terapeutę, nie chcą zrobić mu przykrości. Część pacjentów uważa, że lepszym rozwiązaniem jest zaakceptowanie tego, co proponują terapeuci, a nie wychodzenie z własnymi pomysłami. U podstaw tego przekonania tkwi założenie, że terapeuta „wie lepiej”, co może pomóc pacjentowi.

„Ja ufam terapeutom, bo ćpun nie może prowadzić swojego leczenia, to by było takie trochę fikcyjne leczenie. W domu na przykład podejmowałem się swoich leczeń, to mi to zawsze tak wychodziło, jak wychodziło. Ćpun to by na pewno tak podszedł do sprawy, że nie można od razu zerwać, tylko, że trzeba stopniowo zmniejszać dawki, a to bzdura by wyszła totalna. Więc co do mojego leczenia, to ja wolę zaufać innym. Może zaufałbym sobie, jeśli by środki psychoaktywne nie wpływały na mój stan świadomości i myślenie.” (pacjent, 20 lat)

Pacjenci często sugerują się zdaniem terapeuty przy podejmowaniu decyzji, szukają akceptacji lub aprobaty dla swoich pomysłów. Nie podejmują decyzji nawet w drobnych sprawach, bo boją się ponieść konsekwencje swoich wyborów. Szukają gotowych rozwiązań u terapeutów. De Leon (14) mówi, że osoby uzależnione cechuje brak zaufania do innych i siebie samych. Brakuje im pewności, że ich uczucia, myśli, decyzje i zachowania są konstruktywne. Taki sposób myślenia pacjentów i postrzegania własnej osoby nie sprzyja aktywnemu udziałowi w procesie podejmowania decyzji.

Zdarza się, że pacjenci, jeżeli nawet nie zgadzają się z decyzjami terapeuty, to stosują się do nich, bo wykonywanie poleceń terapeuty jest wpisane w rolę pacjenta. Freidson (19) podkreśla, że działalność lekarza odbywa się na mocy organizacji prawa i prestiżu, jakim się cieszy wśród laików. Podobnie jest w przypadku terapeutów, którzy są postrzegani przez pacjentów jako autorytety, osoby godne szacunku. Terapeucie nie wypada się sprzeciwić. Zadaniem pacjenta jest m.in. ćwiczenie tzw. pokory, co polega na przyjmowaniu poleceń terapeuty i stosowaniu się do nich.

Większość terapeutów deklaruje, że daje pacjentom prawo do wyrażania ocen i opinii, również na temat swojego zachowania. Zdarza się jednak i tak, że terapeuci reagują negatywnie, kiedy pacjent mówi o tym, co myśli na dany temat.

– *Czy zdarza się tak, że terapeuta zachęca was do mówienia o potrzebach, o tym, co myślicie na dany temat, jak wy to widzicie?*

„Tak, jest to zawsze miło przyjmowane, jak coś się komuś nie podoba i powie o tym na społeczności, to jest to mile widziane, nawet rozważane niektóre rzeczy. Nie u wszystkich terapeutów, bo niektórzy reprezentują inny styl, bardziej asertywny i dobrze, bo na pewno wiedzą, co robią.”

– *Ale co to znaczy asertywny styl, czy to znaczy, że nie wszystko przyjmują to, co się im mówi?*
„Nie wszystko przyjmują i nie wszystkiego chcą słuchać.” (pacjent, 22 lata)

Terapeutów cechuje zróżnicowana gotowość do uznania prawa pacjenta do wyrażania własnych opinii lub przemyśleń. Niektórzy preferują sytuację bardziej partnerską, w której obydwie strony mają prawo do wypowiedzania się, a inni uzależniają to od treści i formuły przekazu.

Pacjenci twierdzą, że terapeuci są zainteresowani ich punktem widzenia i to, co mówią jest brane pod uwagę; mogłoby to świadczyć o partnerskim podejściu terapeutów w tym aspekcie. Terapeuta widzi w pacjencie eksperta, który również ma istotną wiedzę i przemyślenia. Wspólnie z pacjentem stara się pracować nad problemem. Pojawiła się też jednak wypowiedź świadcząca, że terapeuci są zainteresowani, ale tylko tymi treściami, które z ich punktu widzenia są ważne czy konstruktywne. Niektóre treści komunikowane przez pacjenta są interpretowane przez terapeutę jako przejaw choroby.

- *Jak myślisz, w jakim stopniu terapeuta jest zainteresowany tym, co ty masz do powiedzenia?*
„Na pewno jak wcześniej wszystko negocjałem i przychodziłem do terapeuty się wyżalić i wygadać, to musiało być po prostu nudne. Teraz jak mam faktycznie coś do powiedzenia to nie zbywają mnie jakoś.”
- *A wcześniej czuleś się zbywany?*
„Wcześniej zwracano mi uwagę: przestań pieprzyć głupoty.” (pacjent, 22 lata)

W analizowanym przeze mnie materiale udało się zaobserwować również pewne przejawy partnerstwa w relacjach oraz dążenie do większego partnerstwa – zarówno wśród terapeutów, jak i pacjentów. I tak, niektórzy terapeuci zachęcają pacjentów do aktywnego uczestniczenia w procesie leczniczym, do wypowiedzania się, wspólnie z nimi podejmują decyzje. Terapeuci często podkreślają, że istotne jest, by pacjent w trakcie terapii nauczył się podejmować decyzje, samostanowić o sobie. Starają się stwarzać pacjentom możliwość podejmowania decyzji. Nie chcą decydować za pacjenta, bo uważają, że nie przynosi to pożądanego efektu terapeutycznego. Poza tym, to co jest pozytywnie oceniane przez terapeutę nie musi być dobre z punktu widzenia pacjenta. Starają się zmniejszyć dystans pomiędzy terapeutą i pacjentem. Pacjenci z kolei z czasem stają się bardziej aktywni podczas spotkań z terapeutą, zadają mu pytania, wyrażają swoje opinie, są gotowi, by podejmować decyzje.

Przeglądając materiał empiryczny, zebrany w ramach omawianego badania, można zidentyfikować pięć wzorów podejmowania decyzji, które opisują rolę pacjenta i terapeuty w procesie podejmowania decyzji. W pierwszym – zarówno pacjent, jak i terapeuta wysuwają swoje pomysły i dochodzą do wspólnego stanowiska w danej sprawie, wypracowują kompromis. Drugi zidentyfikowany wzór opisuje sytuację, kiedy terapeuta naprowadza pacjenta na pożądane rozwiązanie lub sposób myślenia. Sugeruje mu pewne rozwiązania. W trzecim wzorze terapeuta podąża za decyzjami pacjenta. Czwarty wzór – terapeuta podejmuje decyzję sam, a ostatni, piąty – pacjent podejmuje ją samodzielnie.

Kategoryzacje dotyczące relacji pomiędzy pacjentem a lekarzem posługują się różnymi pojęciami, ale ich ważnym elementem jest udział pacjenta w podejmowaniu decyzji. I tak, niezależnie, czy będzie to model autorytarnego kierownictwa

Roter (2) czy model paternalistyczny Emanuela i Emanuela (9) wspólnym elementem ich definicji jest to, że lekarz podejmuje decyzję jednoosobowo. Zakłada się przy tym, że istnieje zestaw obiektywnych kryteriów, które pozwalają lekarzowi zdecydować, co będzie najlepsze dla pacjenta. W inne modelach przyjmuje się, że pacjent i terapeuta współuczestniczą w procesie podejmowania decyzji, choć czasami rola lekarza może ograniczać się jedynie do konsultowania i dostarczania pacjentowi informacji potrzebnych do podjęcia decyzji. Wyróżnione przeze mnie wzory podejmowania decyzji zdają się wskazywać na istnienie zarówno modelu paternalistycznego, jak i modeli, w których pacjent pełni bardziej aktywną rolę. Należy jednak podkreślić, że nie zawsze ta aktywność jest wyborem pacjenta, a jawi się raczej jako zachowanie wymuszone przez terapeutów, na co wskazuje następująca wypowiedź:

„Czasami, kiedy o coś ich pytam to nie chcą mi powiedzieć i mówią, żebym sam pomyślał i porozmawiał o tym z ludźmi. Chodzi też o to, żeby nie podpierać się autorytetem terapeuty”.
(pacjent, 25 lat)

Warto zwrócić uwagę, że nawet jeśli na pierwszy rzut oka pacjent bierze aktywny udział w podejmowaniu decyzji, a tak naprawdę jest tylko naprowadzany na rozwiązania pożądane przez terapeutę, to mamy do czynienia z czymś, co można by nazwać „ukrytym” czy „utajonym” paternalizmem. Dzieje się tak często w sytuacji, w której terapeuta ulega pokusie, by przekazywać własne lub pożądane z punktu widzenia społecznego wartości pacjentowi.

„Ja jestem za tym, żeby to pacjent jednak odkrywał rozwiązania, moja rola polega na tym, żeby go nakierować troszkę, pokazać mu w rozmowie inne drogi, rozszerzyć jego perspektywę, troszeczkę zasugerować, ale też nie dobitnie, bo uważam, że większy sukces można osiągnąć, jeżeli robi to pacjent przy moim współtowarzyszeniu.” (terapeuta, 24 lata)

Wzory te przenikają się i nie są przypisane do poszczególnych terapeutów, choć można zauważyć, że terapeuci charakteryzują się mniejszą lub większą gotowością do respektowania udziału pacjenta w procesie decyzyjnym, a więc skłaniają się ku relacjom bardziej paternalistycznym bądź partnerskim. To, który wzór zostanie wprowadzony w życie zależy nie tylko od dyspozycji terapeuty, ale również od klimatu panującego w placówce, od rodzaju sytuacji, etapu leczenia pacjenta, jego gotowości do aktywnego uczestniczenia w procesie podejmowania decyzji i co za tym idzie – do wzięcia odpowiedzialności za te decyzje.

Zarówno pacjenci, jak i terapeuci zwracają uwagę na fakt, że relacja ewoluuje w czasie. Wydaje się, że relacja pacjent–terapeuta zmienia się w kierunku większego partnerstwa i mniejszej dysproporcji w dystrybucji władzy. Z jednej strony, jest to możliwe dzięki zmianom zachodzącym w samym pacjencie i jego zachowaniu. Pacjent w trakcie leczenia nabywa większej pewności siebie i zaufania do terapeuty oraz do własnych kompetencji. To pozwala mu przyjąć bardziej aktywną postawę w relacji z terapeutą, co przejawia się w wyrażaniu własnych opinii, dzieleniu się pomysłami, chęci współdecydowania o sobie.

„Na pewno bardziej odważne są osoby, które są na bardziej zaawansowanym poziomie, one dużo bezpieczniej i pewniej się czują. Mają też lepszą pozycję w społeczności i jaśniej też udzielają informacji.” (terapeutka, 30 lat)

„Ale fajnie jest obserwować, jak z tego brzydkiego kaczątka wylania się piękny łabędź, który zaczyna fajnie sam ze sobą funkcjonować, sam rozwiązywać swoje problemy. W pewnym momencie przychodzi, żeby się podzielić radością czy podzielić smutkiem, czy rzeczywiście rozpracować problem, na zasadzie pracy nad problemem, a nie na zasadzie ratunku. Jest to progres od roszczeniowości do sprawstwa, chociaż niektórym ta roszczeniowość pozostaje do końca.” (terapeutka, 43 lata)

Z drugiej strony, jest to możliwe dzięki zmianie w postawie terapeuty, który zaczyna komunikować pacjentowi, że mu ufa czy że jest dla niego atrakcyjnym partnerem do rozmowy, nie tylko o sprawach związanych z terapią. Posługując się językiem symbolizmu interakcyjnego, w trakcie leczenia zarówno pacjent, jak i terapeuta zmieniają zestaw symboli, którymi się posługują we wzajemnej relacji. Pozwala im to wprowadzić do relacji nową jakość.

Pacjenci wykazują większą gotowość do podjęcia relacji o znamionach partnerstwa, bo zaczynają postrzegać siebie jako osoby trzeźwe, a więc zdolne do adekwatnego postrzegania rzeczywistości. Jak już wspominałam, pacjenci cedują władzę na terapeutę, uważają bowiem, że jako osoby chore mają mniejsze prawa w relacji z terapeutą, który jest trzeźwy i ma niezaburzony obraz rzeczywistości. Pacjent, kiedy trzeźwieje zaczyna czuć się bardziej równoprawnym partnerem.

„Wcześniej, jak przyjechałem za pierwszym razem, to byłem narkomanem. Wtedy trzeźwiałem, byłem małomówny. Byłem całkiem inny, na głodzie. Jak przyjechałem teraz to jako trzeźwa osoba. To już 2 lata abstinencji. Teraz więcej z nimi rozmawiam, jestem bardziej pewny siebie.” (pacjent, 25 lat)

Czynniki zewnętrzne również nie pozostają bez wpływu na obraz relacji. Zmienia się on wraz z przechodzeniem pacjenta przez kolejne etapy leczenia i jest to wpisane w program terapii.

Zdecydowana większość pacjentów i terapeutów uważa, że to głównie od pacjenta zależy, czy terapia okaże się skuteczna. Terapeuta i ośrodek stwarzają warunki pacjentowi, żeby wyzdrowiał, ale pacjent musi chcieć z tego skorzystać, zaangażować się w proponowaną mu terapię. Terapeuci zwykle mają poczucie odpowiedzialności za decyzje, które podejmują, ale wskazują na fakt, że nie mogą przyjąć odpowiedzialności za końcowy efekt leczenia, bo to pacjent podejmuje decyzję, czy zaangażuje się w terapię i czy przyjmie propozycje terapeuty.

„Staram się robić wszystko co do mnie należy i przeciągać ludzi na swoją stronę, oczywiście upraszczając. Ale czy oni to kupią, czy będą coś robić czy stwarzać tylko pozory. Zależy od pacjenta, po co on trafił do ośrodka, jaka jest jego motywacja. Owszem, można powiedzieć, że moim zadaniem jest przekonać też tych, którzy nie chcą tego zrobić, ale to jest piekielnie trudne. W momencie, kiedy coś nie wychodzi zawsze pojawiają się wątpliwości: a może można było inaczej. Gdy ktoś wyjeżdża albo zaczyna brać, to wątpliwości pojawiają się zawsze, a jednocześnie jest tak, że staram się to co robię robić najlepiej jak umiem.” (terapeuta, 55 lat)

W relacji partnerskiej pacjent i terapeuta wspólnie podejmują decyzje i w związku z tym ich odpowiedzialność rozkłada się. Mówi tak o tym jeden z terapeutów, z którego wypowiedzi wynika, że reprezentuje bardziej partnerski sposób prowadzenia terapii, gdzie terapeuta i pacjent wspólnie podejmują decyzje.

„Czuję się odpowiedzialna, ale w takim zakresie, w jakim oferuję tę swoją pomoc. Czułabym się odpowiedzialna, gdybym coś wymyśliła, pacjent by to zrobił i zaszkodziłoby mu to. Dlatego my razem się zastanawiamy i razem podejmujemy decyzje. Ta odpowiedzialność się rozkłada. To nie jest tak, że ja go przekonuję, że to jest najlepsze rozwiązanie. Ja nie mogę za kogoś żyć. Ja mogę tylko wskazać drogę, powiedzieć tędy możesz i tędy możesz, wybieraj.” (terapeutka, 30 lat)

W relacji paternalistycznej decyzje podejmuje jeden z uczestników relacji i on też przyjmuje na siebie niepodzielną odpowiedzialność za losy drugiego. W społecznościach terapeutycznych mamy do czynienia z paradoksem, gdyż z jednej strony, pacjent ma niezwykle ograniczoną możliwość podejmowania decyzji, a z drugiej strony, w trakcie terapii wielokrotnie dostaje przekaz, że jest odpowiedzialny za końcowy efekt. Zakłada się, że jego udział będzie polegał na podporządkowaniu się proponowanemu planowi leczenia. Towarzyszy temu założenie, że to co proponuje terapeuta jest dobre dla pacjenta, pomaga mu.

„Skuteczność leczenia zależy od zaangażowania pacjenta. Oczywiście, moje decyzje nie mogą być z gruntu mylne, nie mogą go hamować, nie mogą mu dawać poczucia taryfy ulgowej i tak dalej, ale to od aktywności pacjenta zależy, jakie zrobi postępy.” (terapeuta, ok. 50 lat)

Zarówno pacjenci, jak i terapeuci wskazują na to, że terapeuci często występują w roli rodzica, który jest osobą ciepłą, ale jednocześnie sprawującą kontrolę i władzę. Mówią również, że terapeuta występuje w roli strażnika lub gwaranta zasad panujących w ośrodku, osoby, która czuwa nad wszystkim, obserwuje i w razie potrzeby podejmuje interwencję. Terapeuci występują także w charakterze wychowawców, którzy oceniają zachowania pacjenta i uczą go zachowań pożądanych społecznie. Wpływają na zmianę systemu wartości pacjenta, systemu z ich punktu widzenia zaburzonego, niemożliwego do zaakceptowania przez społeczeństwo. Ich zadaniem jest umożliwienie pacjentowi, by mógł wyjść z choroby. Oceniają, co jest dobre dla pacjenta, a co raczej destrukcyjne, mają za zadanie obiektywizować rzeczywistość. Muszą czasami wchodzić w rolę sędziego, są ostateczną instancją, do której pacjenci się odwołują. Terapeuta występuje również w roli przewodnika, kogoś kto wskazuje kierunek pacjentowi i całej społeczności. Zarówno terapeuci, jak i pacjenci mówią o tym, że osoba terapeuty stanowi wzór lub przykład do naśladowania dla pacjentów. Zdaniem pacjentów terapeuta jest autorytetem, osobą, którą darzą szacunkiem.

Definicja „paternalizmu” podana za Nową Encyklopedią Powszechną (10) zwraca uwagę, że jest to przyznanie organom kierowniczym, ośrodkowi władzy, itp. roli nie tylko kierownika, ale zarazem arbitra, opiekuna i wychowawcy. Cechy paternalizmu to m.in. wyróżnienie szczególnego podmiotu jako kierownika, opiekuna i zarazem wychowawcy, przyjmującego pełną i niepodzielną odpowiedzialność

za funkcjonowanie i losy danej zbiorowości, wspólnoty, a także oparcie władzy patrona, protektora na jego bezwarunkowym i całkowitym autorytecie, pozycji arbitra oraz funkcjach wychowawczych.

Definicja ta pasuje do obrazu, który wyłania się z wypowiedzi badanych. Terapeuta pełni rolę wychowawcy, opiekuna czy rodzica, a także arbitra, który dokonuje ocen. Jego władza opiera się nie tylko na autorytecie, jakim się cieszy, ale znajduje również poparcie w ideologii towarzyszącej społeczności terapeutycznej. Ta ostatnia może być postrzegana jako szkoła, a terapeuci jako wychowawcy. Zakłada się, że pacjent jest osobą niedojrzałą, która musi być poddana oddziaływaniom o charakterze wychowawczym. Na społeczność terapeutyczną można też popatrzeć jak na rodzinę, w której terapeuta występuje w charakterze rodzica, a pacjent – dziecka, które wymaga opieki i pokierowania. Sama terapia postrzegana jest jako proces dojrzewania.

Terapeuci są świadomi władzy, jaką dysponują w relacji z pacjentem. Wspominają o tym, że jej zakres jest w zasadzie nieograniczony i że od ich samoświadomości zależy, w jaki sposób przez nich będzie używana. Przywoływana powyżej definicja paternalizmu mówi, że wiąże się on z dysponowaniem nadzwyczajnymi pełnomocnictwami i wyłączeniem spod kontroli społecznej.

Zdaniem pacjentów i terapeutów, ich relacje można porównać do relacji pacjent–lekarz. Jeden z pacjentów mówi, że zarówno lekarz, jak i terapeuta mają za zadanie zdiagnozować chorobę i pomóc pacjentowi się jej pozbyć, wskazują, jak to zrobić. Z kolei jeden z terapeutów wspomina o asymetrii roli pacjenta i terapeuty, podobnie jak to jest w relacji pacjent–lekarz.

Obydwie wypowiedzi wskazują na dominującą pozycję terapeuty w relacji. Zarówno Parsons (20), jak i Freidson (21) mówią o asymetrii w relacji lekarz–pacjent, która wynika z różnic statusu, wiedzy i z tego, że terapeuta lub lekarz ma moralną przewagę nad osobą dewianta, bo jest normalny. Podobnie rzecz się ma, jeżeli przyjrzymy się relacji pacjent–terapeuta.

Paternalizm (10) zakłada programową nierównoprawność dwóch stron: patrona oraz „podopiecznych”, którzy są traktowani jako przedmiot zarządzania, oddziaływania wychowawczego, odgórnego rozdzielnictwa dóbr. Według pacjentów i terapeutów, asymetria w relacji znajduje m.in. odzwierciedlenie w tym, że terapeuta ma inne prawa niż pacjent. Terapeuta dokonuje oceny zachowań pacjenta, w hierarchii ośrodka znajduje się wyżej niż pacjent.

„Po prostu czasem jest taka wyższość terapeutów nad nami. Na przykład ktoś coś mówi i terapeuta przerywa, a terapeucie nikt nie może przerwać. Tak jakby ktoś wyższy do nas mówił: *bo terapeuta mówi, nie przeszkadzaj terapeucie, przestań, bo terapeuta mówi.*” (pacjent, 22 lata)

„Ja mówię stop i wtedy nie ma dyskusji. Ja też staram się, że jeśli dyskusje to bardziej indywidualne niż na forum. Oni muszą mieć poczucie jakiejś hierarchii społecznej. Dla mnie to jest trudne, bo niektórzy są czasem starsi ode mnie, kiedy podważą moje decyzje, to ja się mogę powołać na cały zespół terapeutyczny.” (terapeuta, 31 lat)

Asymetria ta wynika, z jednej strony, z tego, że pacjenci postrzegają się jako osoby chore, mające inną pozycję w relacji niż terapeuta, co wynika z tego, że to

one są poddane leczeniu. Z drugiej strony, ma swe źródło w postrzeganiu pacjentów jako wymagających kontroli i cechujących się zachowaniami aspołecznymi.

„Mówią swoje zdanie (terapeuci – przypis aut.) i ono jest bardziej brane pod uwagę, bo oni są starsi i jakoś wiedzą to wszystko, a my jesteśmy po prostu poddani leczeniu.” (pacjentka, 19 lat)
 „Bo jak by na to nie patrzeć, nie są puszczeni (klienci – przypis aut.) tutaj samopas, co się komu podoba, bo też nie byłoby w stanie, ten dom by roznieśli, każdy z nich jest przyzwyczajony do zachowań niezbyt mieszczących się w normach.” (terapeuta, 24 lata)

Posługując się siatką pojęciową zaproponowaną przez symboliczny interakcjonizm, można powiedzieć, że zarówno pacjenci, jak i terapeuci używają zestawu symboli, które determinują ich relacje. Zestaw symboli, którym dana jednostka dysponuje warunkowany jest z kolei jej doświadczeniami. Pacjent buduje obraz samego siebie w kontakcie z innymi. Omawiane badanie pokazuje, że pacjenci uważają, że ich obowiązkiem jest poddanie się decyzjom terapeuty, a z kolei terapeuci uważają, że pacjenci wymagają kontroli. Przekonania obydwu stron i zestaw gestów, którymi się posługują sprawiają, że relacja partnerska częstokroć jest bardzo utrudniona lub wręcz niemożliwa.

Pojawiają się również opinie mówiące o tym, że terapeuci starają się zmniejszać dystans w relacji z pacjentem. Żartują z nimi, próbują nadać relacji mniej formalny charakter, nie wykorzystują swojej przewagi, wynikającej z wyższej pozycji w hierarchii ośrodka, biorą udział w codziennym życiu pacjentów. Wydaje się, że taka postawa terapeutów może sprzyjać kształtowaniu relacji na bardziej partnerskiej stopie. Pacjenci wspominają również o takich zachowaniach terapeutów, jak traktowanie pacjenta z wyższością, stereotypowo, krzyczenie na pacjenta, które z pewnością nie tworzą sprzyjającego gruntu do zawiązania się relacji partnerskiej.

PODSUMOWANIE

Podsumowując przedstawione wyniki, można się zastanawiać, czy w ogóle możliwa jest relacja partnerska pomiędzy terapeutą a uzależnionym pacjentem. Wydaje się, że nie sprzyjają temu, ani koncepcja choroby i pacjenta, charakterystyczna dla społeczności terapeutycznej, ani sama organizacja społeczności terapeutycznej. Narkomania postrzegana jest jako choroba uniemożliwiająca pacjentowi racjonalne postrzeganie rzeczywistości. Z kolei pacjent w tym ujęciu ma bardzo ograniczony wgląd w swoje potrzeby, emocje, ma trudności z podejmowaniem decyzji i rozwiązywaniem problemów. Również struktura formalna społeczności terapeutycznej – gdzie na czele hierarchii stoi terapeuta, który cieszy się nieograniczoną władzą i podejmuje wszystkie ważniejsze decyzje dotyczące pacjentów – nie sprzyja rozwijaniu partnerskiego modelu relacji pomiędzy terapeutą i pacjentem. Zakres decyzji podejmowanych przez pacjentów jest w znacznym stopniu ograniczony.

Ideologia społeczności terapeutycznej, a także indywidualne doświadczenia pacjentów i terapeutów przekładają się, posługując się językiem interakcjonizmu, na

koncepcje roli pacjenta i terapeuty oraz zestaw symboli, którymi obydwie strony dysponują we wzajemnej relacji. Badanie pokazało, że pacjenci postrzegają się jako osoby chore, z zaburzonym postrzeganiem rzeczywistości, które nie potrafią samodzielnie rozwiązywać swoich problemów, podejmować racjonalnych decyzji. Nie wierzą, że ich decyzje lub przemyślenia mogą być konstruktywne. Ponadto charakteryzują się poczuciem niskiej wartości, uważają, że trzeba z nimi postępować w szczególny sposób, bo są „rozwydrzonymi ćpunami z ulicy”.

Pacjenci budują koncepcję samego siebie na podstawie gestów, z którymi się spotykają na swojej drodze życiowej, podejmując interakcje z innymi, także w trakcie leczenia. A więc dowiadują się m.in., że wymagają kontroli (bo narkomania charakteryzuje się zachowaniami społecznymi), nie można im ufać, stoją w hierarchii niżej niż terapeuci, terapeuta „wie lepiej”. Ta ich koncepcja siebie warunkuje zestaw symboli, którymi będą się posługiwali w relacji z terapeutą. Mead (22) mówił, że proces społeczny w formie uogólnionego „innego” wywiera wpływ na zachowania zaangażowanych w niego lub realizujących go jednostek, to znaczy, że wspólnota reguluje zachowania swych członków. W ten sposób proces społeczny lub wspólnota stają się czynnikiem determinującym myślenie człowieka. Pacjent zaczyna myśleć o sobie w kategoriach narzuconych mu przez wspólnotę.

W ujęciu Goffmana (23) pacjenci placówek leczenia narkomanii są nosicielami piętna. Piętno to determinuje sposób, w jaki wchodzi w reakcje z innymi, normalnymi członkami społeczeństwa. Normy, które nosiciel piętna przyjmuje od społeczeństwa sprawiają, że doskonale zdaje sobie sprawę ze swego statusu i zachowuje się zgodnie z przedstawionym mu skrytem.

Napiętnowanej jednostce 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. Pacjent przychodząc do placówki leczenia narkomanii spotyka się z kodeksem, który warunkuje jego zachowania, jego postrzeganie siebie. Kodeksy te, jak wspomina Goffman, są skonstruowane w ten sposób, by osoba naznaczona nie zapominała o swoim piętnie i nie przekraczała wyznaczonych granic.

Kodeks opisuje rolę pacjenta i terapeuty i ich uprawnienia w relacji. Pacjent jest zobowiązany do trzymania się swojej roli i nie wychodzenia poza jej granice, jest osobą poddaną leczeniu z powodu swojej ułomności i jest zobowiązany do przestrzegania zaleceń terapeuty.

Od osoby z piętnem żąda się, aby spojrzała na siebie z punktu widzenia „normalsów” oraz całego społeczeństwa. O kimś, kto postępuje według zaleceń mówi się, że jest dojrzały i dobrze się przystosował. O tym, kto tego nie robi mówi się, że jest osobą słabą, ograniczoną, defensywną, z niedostatkami zasobów wewnętrznych. Badanie ujawniło, że aktywność pacjenta jest oceniana pozytywnie, jeśli służy przystosowaniu się. Jeżeli pacjent ma własne pomysły i są one oceniane przez terapeutę negatywnie, to powinien z nich zrezygnować. Jeżeli tego nie robi postrzegany jest jako osoba zbuntowana, niepoddająca się leczeniu.

Placówki leczenia narkomanii są miejscem, w którym uzależniony pacjent, postrzegany przez społeczeństwo jako dewiant, podlega izolacji od reszty społeczeństwa. Placówki te są instytucjami powołanymi przez społeczeństwo do sprawowania formalnej kontroli nad ludźmi, którzy z racji swego „nienormalnego” zachowania przestają być tolerowani w społeczeństwie. Personel zaś powołany jest przez społeczeństwo, by w jego imieniu tę kontrolę sprawować. Zakłada się, że pacjent podejmując leczenie świadomie zgadza się na ograniczenie własnej wolności i poddaje się władzy terapeuty i społeczności terapeutycznej.

Podobnie jak lekarz, terapeuta może być postrzegany jako agent kontroli społecznej. Terapeuta, tak jak lekarz, cieszy się przewagą nad pacjentem, wynikającą z faktu, że jest osobą zdrową, mającą większą wiedzę i często zajmującą wyższą pozycję w hierarchii społecznej. Choroba może być postrzegana jako dewiacja (20, 21), a zadaniem lekarza czy terapeuty jest pomóc pacjentowi w przezwyciężeniu choroby. Terapeuci próbują dokonać tego m.in. poprzez zmianę systemu wartości pacjenta. Towarzyszy temu założenie, że system wartości reprezentowany przez terapeutę jest tym jedynym słusznym. Terapeuci uważają, że ich zadaniem jest pokazanie właściwego kierunku pacjentowi, opieka nad pacjentem. Wchodzą w rolę rodziców, wychowawców, kierowników, opiekunów itd.

Przewaga terapeuty lub lekarza wynika nie tylko ze statusu i wiedzy, ale również z faktu, że terapeuta czy lekarz są osobami zdrowymi, a więc w odróżnieniu od chorego dewianta, normalnymi. Szczególnie silnie ta przewaga zarysowana jest w przypadku terapeuty i pacjenta, który jest uzależniony. Wynika to z faktu, że narkomania postrzegana jest jako choroba, która nie tylko dotyka fizyczności człowieka, ale wypacza system jego wartości, wpływa na sposób myślenia.

Nie bez znaczenia jest również fakt, że uzależnieni pacjenci zwykle charakteryzują się niskim statusem społeczno-ekonomicznym, nie mają wykształcenia ani pracy. Willems i wsp. (7) dokonali przeglądu badań, które pokazują, że lekarze są mniej skłonni wchodzić w relacje partnerskie z pacjentami niewykształconymi czy o niskiej pozycji ekonomicznej. Można przypuszczać, że podobnie jest w przypadku terapeutów.

W tym kontekście wydaje się, że nie ma korzystnego gruntu w badanych placówkach do nawiązywania relacji partnerskich pomiędzy pacjentami a terapeutami. Nie są przygotowani do wchodzenia w tego typu relacje pacjenci, ale często również nie mają takiej gotowości terapeuci. Nie sprzyja temu hierarchiczna i dość sztywna formuła społeczności terapeutycznej, skrypty roli pacjenta i terapeuty, w których zapisano, że pacjent jest poddany kontroli, a terapeuta tę kontrolę sprawuje, a także koncept narkomanii jako choroby, która dotyka nie tylko cielesności człowieka, ale wpływa na sposób myślenia oraz zmienia system wartości.

W analizowanym materiale udało się zaobserwować również pewne przejawy partnerstwa w relacjach oraz dążenie do większego partnerstwa – zarówno wśród terapeutów, jak i pacjentów. I tak, niektórzy terapeuci zachęcają pacjentów do aktywnego uczestniczenia w procesie leczniczym, do wypowiedzania się, wspólnie z nimi podejmują decyzje, starają się zmniejszyć dystans pomiędzy terapeutą i pa-

cjentem. Pacjenci z kolei dążą do tego, by pozyskiwać informacje na temat swojego leczenia, mają własne pomysły, są aktywni podczas spotkań z terapeutą, zadają mu pytania, wyrażają swoje opinie, są gotowi do podejmowania decyzji.

Należy tutaj podkreślić, że zarówno poszczególni pacjenci, jak i terapeuci różnią się gotowością do podejmowania relacji partnerskich. Jest to pochodną tego, jakim zestawem gestów dysponują, a to z kolei warunkują ich indywidualne doświadczenia. Terapeuci mają różne przygotowanie teoretyczne, reprezentują odmienne szkoły terapeutyczne, różne jest ich doświadczenie zawodowe, predyspozycje osobowościowe i stąd różnią się wizją swojej pracy, swojej roli. Jedni stawiają się w roli lekarza, rodzica lub wychowawcy, a inni chcą być w relacjach bardziej koleżeńskich z pacjentem. Są tacy, którzy utrzymują dystans i tacy, którzy świadomie dążą do skracania go. Inaczej postrzegają swoją rolę, rolę pacjenta i jego potrzeby.

Podobnie rzecz się ma z pacjentami. Niektórzy dążą do tego, by mieć większy udział w swojej terapii, mają pomysły, chcą podejmować decyzje, ale są i tacy, którzy wolą, by terapeuta podejmował decyzje, kierował nimi i objął opieką. Zależy to od indywidualnych doświadczeń pacjenta, od tego, czy wcześniej już leczył się, na jakim etapie leczenia jest obecnie, w jaki sposób postrzega swoją osobę i osobę terapeuty.

Nie można tu jednak mówić o pełnej relacji partnerskiej, ale raczej o pewnych jej elementach, gdyż relacja pomiędzy terapeutą i uzależnionym pacjentem uwarunkowana jest zarówno strukturą organizacyjną, jak i schematami ról, w obrębie których obydwie strony funkcjonują, a które nie sprzyjają partnerstwu. Zresztą często coś, co na pierwszy rzut oka wygląda na partnerstwo jest jedynie zakamuflowaną formą paternalizmu. Na przykład, pacjenci mogą współuczestniczyć w podejmowaniu decyzji, ale tylko wtedy, gdy przewiduje to program terapeutyczny albo terapeuta zachęca pacjenta do wypowiedzania się, ale w sytuacjach, które sam definiuje jako właściwe.

W przypadku relacji pomiędzy uzależnionym pacjentem i terapeutą nieuchronnie nasuwa się – przywoływane zresztą w opracowaniach dotyczących społeczności terapeutycznych – porównanie do relacji rodzica i dziecka. Dopóki dziecko nie osiągnie pewnego progu dojrzałości nie może to być do końca relacja partnerska. Owszem rodzice stwarzają swoim dzieciom możliwość podejmowania decyzji, ale to oni decydują, czy jest to sytuacja, w której mogą mu na to pozwolić. To rodzic ocenia, czy dane zachowanie lub sposób myślenia jest konstruktywny czy nie. Szczególnie na początku, kiedy dziecko jest małe rodzic sprawuje funkcje opiekuna i kierownika, który podejmuje decyzje i wyznacza kierunki. Z czasem dziecko nabiera doświadczenia i umiejętności, które pozwalają mu na wchodzenie w relacje bardziej partnerskie z rodzicem.

Badanie pokazuje, że relacje pomiędzy pacjentami a terapeutami również ewoluują w czasie w kierunku większego partnerstwa. Na początku pacjent spotyka się z komunikatem, że ma za dużo nie myśleć i poddać się temu, co mu się proponuje. Dopiero z czasem pacjent zyskuje większą autonomię. Dzieje się tak, gdyż osoby po pewnym okresie terapii stają się bardziej gotowe do wchodzenia w relacje,

które w większym stopniu przypominają partnerskie. Uczą się rozwiązywania problemów, uzyskują wgląd w swoje emocje, uczą się odpowiedzialności, mają większą świadomość siebie, przestają myśleć o sobie w kategoriach „ćpuna”, nabierają większej pewności siebie. Wydaje się, że uczestniczenie w procesie leczenia i przechodzenie przez kolejne etapy pozwala osobie uzależnionej pozbyć się etykiety naznaczenia, wraz ze związanymi z nią obciążeniami, które utrudniają podjęcie relacji partnerskich. Również inne badanie jakościowe pokazuje, że leczenie pozwala osobom uzależnionym redefiniować swoją tożsamość, którą prezentują innym i samym sobie. Leczenie legitymizuje ich powrót do społeczeństwa i pozwala pozbyć się etykiety dewianta (24).

Badanie Zameckiej (25), prowadzone w drugiej połowie lat 90., objęło kadre terapeutyczną znakomitej większości ośrodków stacjonarnych, oferujących pomoc terapeutyczną osobom uzależnionym. Na jego podstawie opisuje obserwowany w ostatnich latach proces liberalizacji w podejściu do uzależnionych pacjentów, odejście od dyscyplinująco-restrykcyjnych metod terapii, terapii „twardego kursu”. Można zaobserwować większy nacisk na wzmocnienia, nagrody, a mniejszy – na kary i dociażenia. Terapeuci wspominają, że przez długi czas monopol na leczenie miały ośrodki MONARu, gdzie określona była ścisła hierarchia, a społeczność zarządzana w sposób autokratyczny. Pracowali w nich głównie neofici. Zaczęły jednak powstawać ośrodki, które realizują odmienną wizję bardziej demokratycznej społeczności terapeutycznej, gdzie pracują profesjonaliści. O zmianach tych wspominają również terapeuci, z którymi rozmawiano w ramach niniejszego badania. Część z nich ma za sobą doświadczenie pracy w ośrodkach MONARu, bądź w przypadku neofitów – doświadczenie leczenia w tych ośrodkach, i porównując je z obecnymi dostrzegają liberalizację terapii, choć różnie to zjawisko oceniają.

Zmiany, o których mowa powyżej przekładają się również na relacje pacjent–terapeuta i sprzyjają kształtowaniu ich na bardziej partnerskim poziomie. Spośród biorących udział w badaniu wyłoniła się grupa terapeutów, którzy wyraźnie dążą do tego, by pacjent współdecydował o sobie, by ograniczyć władzę terapeuty. Odżegnują się od roli wychowawcy lub rodzica, a identyfikują z rolą terapeuty w rozumieniu bardziej profesjonalnym.

Trudno więc udzielić jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o charakter relacji pacjent–terapeuta. Zawiera ona zarówno elementy paternalizmu, jak i partnerstwa. Jest to warunkowane bardzo wieloma czynnikami: klimatem organizacyjnym, schematami ról pacjenta i terapeuty, indywidualnymi preferencjami pacjentów i terapeutów, ich doświadczeniami, etapem terapii, wymogami konkretnej sytuacji.

PIŚMIENNICTWO

1. Cianciara D, Miller D (2003) Postawy lekarzy wobec edukacji pacjenta. *Przegląd Epidemiologiczny*, 57, 531–540.
2. Heszen-Niejodek I (1992) *Lekarz i pacjent. Badania psychologiczne*. Kraków: „Universitas”.
3. Gromadecka-Sutkiewicz M (2004) Wybrane elementy relacji lekarz–pacjent w opinii pacjentów. *Nowiny Lekarskie*, 73, 4, 301–303.

4. Synowiec-Piłat M (2003) Percepcja umiejętności interpersonalnych (komunikacyjnych) lekarzy ginekologów. *Ginekologia Praktyczna*, 3/72, 19–24.
5. Chan D, Goh LG (2000) The doctor-patient relationship: a survey of attitudes and practices of doctors in Singapore. *Bioethics*, 14 (1), 58–76.
6. 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.
7. Willems S, De Maesschalck S, Deveguele M, Derese A, De Maeseneer J (2005) Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make difference? *Patient Education and Counseling*, 56, 139–146.
8. Hollender MH (1975) *Psychologia w praktyce lekarskiej*. Warszawa: PZWL.
9. Emanuel EJ, Emanuel LL (1992) Four models of the physician-patient relationship. *Journal of American Medical Association*, 267, 2221–2226.
10. Nowa Encyklopedia Powszechna (1996) Warszawa: PWN.
11. Coultner A (1999) Paternalism or partnership? *British Medical Journal*, 319, 719–720.
12. Gordon T, Sterling Edwards W (1999) *Pacjent jako partner*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
13. Glaser B, Strauss AL (1967) *Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
14. De Leon G (2003) *Spółeczność terapeutyczna. Teoria, model, metoda*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
15. Axer A (1980) Niektóre cechy reakcji społecznej na chorobę psychiczną. *Studia Psychologiczne*, 3 (78), 67–86.
16. Goffman E (1975) Charakterystyka instytucji totalnych. W: Derczyński W (red.) *Elementy teorii socjologicznych*. Warszawa: PWN.
17. Street R (1991) Information giving in medical consultations: the influence of patients communicative styles and personal characteristics. *Social Science and Medicine*, 32, 541–548.
18. Street R (1992) Communicative styles and adaptations in physician-parent consultations. *Social Science and Medicine*, 34, 1155–1163.
19. Freidson E (1979) The organization of medical practice. W: Freeman HE, Levine S, Reeder LG (red.) *Handbook of Medical Sociology*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc.
20. Parsons T (1969) *Struktura społeczna a osobowość*. Warszawa: PWE.
21. Freidson E (1970) *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. New York, Hagestown, San Francisco, London: Harper & Row Publishers.
22. Mead GH (1975) *Umysł, osobowość i społeczeństwo*. Warszawa: PWN.
23. Goffman E (2007) *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
24. Scarscelli D (2006) Drug addiction between deviance and normality: a study of spontaneous and assisted remission. *Contemporary Drug Problems*, 33/summer, 237–274.
25. Zamecka J (1997) Profesjonalne koncepcje przeciwdziałania marginalizacji społecznej osób uzależnionych od narkotyków. W: Kwaśniewski J (red.) *Kontrola społeczna procesów marginalizacji*. Warszawa: Interart.

Adres do korespondencji
Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami
Instytut Psychiatrii i Neurologii
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa
tel. (22) 4582 629
e-mail: dabrow@ipin.edu.pl

otrzymano: 28.01.10
przyjęto do druku: 26.02.10