



„Moją rolą jest bycie wydobywaczem, a nie głośzącym, dominującym terapeutą, który mówi ludziom, jak oni mają żyć. Relacja z pacjentem też nie może polegać na tym, że ja jestem z przodu -guru, a pacjent się za mną płacze, a ja go czasem zawołam bliżej, czasem odtrączę, gdy np. złamię abstynencję. Ja raczej towarzyszę pacjentowi - w jego trudnościach, jego kłopotach, jego podejmowaniu decyzji.”. O swojej filozofii pomagania osobom uzależnionym oraz zmianach, jakie przed terapeutami i pacjentami mówi Anna Bakuła, terapeutka uzależnień, kierowniczka akredytowanej szkoły dla terapeutów uzależnień CARE Brok.

Redakcja: Chciałabym z Panią porozmawiać o filozofii pomagania osobom uzależnionym, której uczy Pani w swojej szkole dla terapeutów. O ile ukończyła Pani Studium Terapii Uzależnień IPZ w nurcie integracyjnej psychoterapii uzależnień Jerzego Mellibrudy, to jednak zmieniła Pani podejście. Dlaczego?

Anna Bakuła: Owszem, kończyłam Instytut Psychologii Zdrowia w latach 1999/2000, gdzie byłam nauczona pracy z osobami uzależnionymi w nurcie integracyjnej psychoterapii uzależnień i tak też próbowałam pracować. Jednak w pewnym momencie to podejście zaczęło mi „zgrzytać”. Dlatego zaczęłam więcej czytać, szukałam, co się dzieje na świecie w kontekście leczenia uzależnień. No i odkryłam, że dzieją się różne, fascynujące rzeczy! Odkryłam też, że model integracyjny jest paradygmatem, który nigdy nie doczekał się badań naukowych, potwierdzających jego skuteczność. Zaczęłam więc weryfikować, co robią inne szkoły psychoterapii i jakie są inne podejścia do pacjenta. No i bardzo wcześnie odkryłam Dialog Motywujący do zmiany. W 2002 r. zaczęłam w tym nurcie pracować w poradni i tak krok po kroku rozwijałam moją koncepcję pomagania.

Tak sobie wyobrażam, że powstawały jakieś dylematy w pracy z pacjentami?

Bardzo trudna była konfrontacja. Integracyjna psychoterapia uzależnień zakłada konfrontację. Żadna szkoła psychoterapii na świecie nie patrzy na konfrontację w taki sposób, jak uczyłam się w IPZ. Jednak o ile pamiętam Jurka Mellibrudę i jego wykłady, to on

był łagodny, mówił o łagodnej konfrontacji, o ludzkim podejściu do pacjenta. Więc być może sami terapeuci, uczący się tego nurtu, „wykoślawili” to integracyjne podejście.

Wszystkie szkoły psychoterapii mówią, że chodzi o uzyskanie łagodnego wglądu przez pacjenta. Terapeuta powinien tak rozmawiać z pacjentem, aby on sam zobaczył, co tak naprawdę dzieje się w jego życiu. Natomiast praca na deficytach i pokazywanie pacjentowi jego deficytów też była w sprzeczności z literaturą światową. Lata 2000 to już był czas, gdy pracowało się na zasobach i rozwijała się terapia poznawczo-behawioralna. My w Polsce w zasadzie mówiliśmy, że pracujemy w nurcie poznawczo-behawioralnym, ale w rzeczywistości w ogóle go nie używaliśmy. Bo tak naprawdę terapia poznawczo-behawioralna mówi właśnie o tym, że nie należy pracować na deficytach, tylko na sprawczości pacjenta, ponieważ ludzie posiadają zasoby. Co więcej, od ok. 2000 r. rozpoczął się w Polsce bujny rozwój salutogenezy (stojącej w sprzeczności do patogenezy), która wyszukuje w człowieku zasobów do zdrowienia. No i wydawało mi się, że to jest szalenie ważne i właśnie to należało zacząć wprowadzać.

Pewnego dnia odstąpiłam więc od konfrontowania, mówienia pacjentom, co dla nich jest dobre, co powinni robić i jak się powinni zachowywać i wróciłam do swojego dawnego stylu pracy wyniesionego z IPiN. Odstąpiłam też od mówienia o „alkoholizmie” i „alkoholiku”. W zamian używałam [niestygmatyizujących określeń](#) „uzależnienie od alkoholu” i „osoba uzależniona”. Od początku swojej pracy mówiłam też o rozpoznawaniu uzależnienia, a nie o przyjmowaniu „tożsamości alkoholika”. Nie pracowałam też nad „bezsilnością” wobec alkoholu. Terapia poznawczo-behawioralna mówi: „poczuj sprawczość”, „potrafisz to zrobić”. Oczywiście, że powinieneś pamiętać o tym, że możesz mieć problem z kontrolą nad substancją, ponieważ masz ten objaw, czyli „upośledzenie kontroli”. Ale nie masz objawu „utrata kontroli”. A my w Polsce przez całe lata mówiliśmy o „utracie kontroli”.

Na czym polega różnica?

Utrata kontroli to całkowita niemożność, a zgodnie z ICD-10 mówimy o „upośledzeniu kontroli”. Upośledzenie narządu ruchu nie oznacza, że ktoś nie może chodzić. Oznacza natomiast, że ktoś może mieć pewne z tym trudności. W zawiązku z tym praca nad sprawczością nie pomija aspektu upośledzenia kontroli. Zgodnie z tą strategią pacjent musi uważać. Proponuję, aby się zastanowił, zanim zacznie coś robić, ponieważ ma ten objaw. Wielokrotnie nie udawało mu się kontrolować sposobu używania substancji, dlatego warto, aby się zastanowił, czy warto. I podjął świadomą decyzję, bo może się udać, ale może się też nie udać... Czyli pracuję z pacjentem bardziej wykorzystując Dialog Motywujący do zmiany, niż strasząc. To jest też związane z myśleniem o Programach Ograniczania Picia. Bo to też jest świadomy wybór - programu, w którym pacjent będzie się uczył ograniczać picie, ale też

powinien mieć świadomość, że to się może nie udać. I wtedy może warto przejść na program całkowitej abstinencji.

Czego jeszcze uczy Pani przyszłych terapeutów uzależnień?

Na pewno uznawania podmiotowości pacjenta w oparciu o wiedzę naukową. Wiemy o tym, że jak ludzie robią jakieś postanowienia, to dotrzymują ich wtedy, gdy sami określają i wybierają swój cel. Bardzo ciężko jest nam dotrzymać postanowień, gdy ktoś nam je narzuca. Więc pierwsza rzecz – terapeuta zmienia swoją rolę na osobę uruchamiającą pacjenta w kierunku jego zdrowienia. Ale w taki sposób, aby to on zobaczył, że warto. Wprowadziliśmy również w szkole uzasadnienia psychologiczne pojawiających się problemów pacjenta. Uważamy, że uzależnienie pada na podatny grunt. Substancja leczy cierpienie, pacjent szuka w niej ukojenia. Dlatego warto, aby zobaczył, co jest przyczyną jego uzależnienia, co leczy, co substancja mu daje, w czym pomaga.

Zmienił się także sposób myślenia o edukacji. Stary model zakładał wykłady, edukowanie. W nowym modelu, w którym my pracujemy, zakładamy to, co mówi Dialog Motywujący: jeżeli edukacja, to metodą bocznych drzwi, jeżeli prowadzenie grup, to na procesie, z elementami edukacji, czyli rozmawiamy z pacjentami o różnych rzeczach, a nie głosimy im różne rzeczy. Bo ludzie po 10 minutach już nie chcą słuchać tego głosu. To nasze podejście zakłada również, że pacjent jest na tyle mądry, że ma swoje przemyślenia na różne tematy. Więc jak pracujemy nad głodem alkoholu i chcielibyśmy, aby pacjent się dużo dowiedział, to nie wychodzę i nie mówię wykładu o tym, czym jest głód substancji. Tylko przychodzę na zajęcia i proponuję: „może byśmy tak dziś porozmawiali o głodzie alkoholu. Z czym Wam się to kojarzy? Czy macie jakieś przemyślenia, czy macie jakąś wiedzę na ten temat?”.

Czyli chodzi o wydobywanie od pacjentów w myśl Dialogu Motywującego.

Tak, wydobywamy. Dostarczamy tylko tyle, gdy jest to niezbędne. I nagle się okazuje, że pacjenci zaczynają mówić i bardzo dużo wiedzą. A jeśli przychodzi moment, że trzeba pacjenta edukować, to się pytamy, czy chciałby usłyszeć, co na dany temat mówi nauka. Dialog Motywujący zakłada: zapytaj się człowieka, czy chce, abyś mu głosił swoje mądrości. I to jest oczywiste, że ludzie chcą się dowiedzieć. Po to przychodzą na terapię, aby się dowiedzieć. Ale tu znów – to oni mają tę możliwość, to ich decyzja.

Relacja z pacjentem leczy. Terapeuta staje się dobrym obiektem, innym niż ten krzywdzący na pewnych etapach życia, pomieszczającym to, co pacjent mówi, przyjmującym i rozumiejącym jego emocje, rozumiejącym jego mechanizmy obronne. Rozumiejącym siebie w tej terapii. Terapeuta akceptuje, podąża, otacza empatią. Spotykamy się z pacjentem w

miejscu, w którym on się znajduje, a nie w którym powinien naszym zdaniem się znajdować. Nasza relacja też się zmienia. Bo na początku terapii ja jestem troszkę bardziej wysunięta do przodu, bo jest trochę edukacji, motywuję pacjenta. Moja rola jest większa. W miarę upływu dni terapii przychodzi taki moment, kiedy pacjent już idzie obok mnie, a potem – ja już jestem z tyłu. Jestem dosyć blisko, bo gdyby się potknął, to jestem, aby go podeprzeć, ale moim celem jest to, aby on uzyskał autonomię i żeby przyszedł taki moment, że on będzie już z przodu, a ja będę gdzieś tam w tyle. I gdy będę kończyła terapię, co też jest ważnym procesem, to on będzie miał świadomość, że byłam jego towarzyszem w poszukiwaniach swego celu życia, siły, mądrości i zawsze może się do mnie zwrócić, ale to on sam teraz idzie swoją drogą. To on to zrobił. To jego mądrość to spowodowała. Jego intuicja.

To jest ta podmiotowość. Jaki jest drugi różniący aspekt?

Moje, nasze, myślenie o pacjentach związane z fachowością, merytoryką, z tym, co jest w klasyfikacjach, czyli niestygmatyzowanie, nieużywanie w stosunku do pacjenta tych wszystkich terminów „alkoholik”, „alkoholizm”, itd. To terapeuta powinien zmienić swoje myślenie na takie, że skoro uzależnienie jest chorobą, to jest to choroba, która jest zewnętrzna. Tak jak mówi prof. Barbaro: nie wkładajcie w pacjenta choroby, ona jest gdzieś zewnątrz. I stąd takie ostatnie nazewnictwo „pacjent z uzależnieniem”. Był „alkoholik”, potem „osoba uzależniona” i nadal ten termin jest poprawny, ale pojawia się następna tendencja: „pacjent z uzależnieniem”, „pacjent z problemem grania w gry hazardowe”. Podobnie, jak się mówi „pacjent ze schizofrenią”. Jeśli my zaczniemy inaczej o pacjencie myśleć, to zaczniemy inaczej go traktować.

Wiele się zmienia z perspektywy pacjenta, ale wiele też się zmienia z perspektywy terapeuty w podejściu, o którym Pani mówi.

Wierzę w to, że jest mnóstwo terapeutów, którzy chcą tak pracować. Znam też osoby, które pracują w nurcie integracyjnym niezwykle humanistycznie. Tam jest niezwykle szacunek do pacjenta, zwracanie uwagi na jego potrzeby, nie używa się stygmatyzującego nazewnictwa. Więc to chyba zależy od ludzi. Oczywiście nurt, w jakim się uczymy, jest niezwykle ważny, ale też to, jakim jest się człowiekiem. Niektórym „podoba” się dociskanie pacjenta, a niektórym nie. Więc myślę, że bez względu na to, w jakim przyszli terapeuci uzależnień nurcie się uczą, wiele zależy od tego, jakimi są ludźmi.

[Czytaj dalej](#)

II część wywiadu z Anną Bakulą: [„Niech przyszłość przyniesie coś dobrego”. Program Ograniczania Picia \(POP\) a ICD-11”](#)

Anna Bakuła - psycholog, certyfikowana specjalistka psychoterapii uzależnień. Autorka programu Studium Terapii Uzależnień realizowanego od 2007 roku w szkole dla terapeutów uzależnień CARE Brok, wykładowca STU. Doradca Dyrektora PARPA do spraw leczenia odwykowego. Kierownik Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia, psycholog w PZP. Wykładowca MCPS i CMPPP przy MEN. W ramach prac Zespołu Ekspertów PARPA zajmowała się standardami leczenia dzieci, młodzieży i młodych dorosłych. Wieloletni biegły sądowy z zakresu psychologii, biegły z zakresu orzekania w przedmiocie uzależnienia od alkoholu. Mediator sądowy. Od wielu lat zajmuje się też pomaganiem osobom doświadczającym przemocy.