



Psycholog dla medyka



JAK POMÓC KOLEDZE/KOLEŻANCE? DOBRE PRAKTYKI W ZAKRESIE INTERWENCJI KOLEŻEŃSKICH.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Tytuł: Jak pomóc koleżance/koledzie
Autor: Magdalena Flaga-Łuczkiwicz
Nadzór merytoryczny: prof. Dominika Dudek

Zdjęcia: iStock, AdobeStock
ISBN: 978-83-67802-62-8

COPYRIGHT © 2023 Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Przygotowanie merytoryczne i graficzne materiałów w ramach projektu
POWR.07.01.00-00-0006/22 pn. „*Program wsparcia psychologicznego kadry medycznej*”
finansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu
Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój w ramach
Działania 7.1 Osi priorytetowej VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia.

Wszelkie prawa zastrzeżone zgodnie z Ustawą o Prawie Autorskim i Prawach Pokrewnych
z dnia 4 lutego 1994 roku (Dz.U.94 Nr 24 poz. 83, sprost.: Dz.U.94 Nr 43 poz.170).

Warszawa 2023



JAK POMÓC OSOBIE W OSTRYM KRYZYSIE? PIERWSZA POMOC PSYCHOLOGICZNA (PSYCHOLOGICAL FIRST AID, PFA)

Każdy człowiek może znaleźć się w sytuacji, kiedy obok będzie ktoś wymagający natychmiastowej pomocy psychologicznej. **Osoby pracujące w zawodach medycznych, służbach mundurowych lub ratunkowych stają wobec takiego wyzwania szczególnie często**, choć nie każda osoba dotknięta nagłym, trudnym wydarzeniem wymaga udzielenia pierwszej pomocy psychologicznej (PFA, Psychological First Aid). Może się jednak zdarzyć, że będzie ona potrzebna komuś z nas. Analogicznie do szkolenia BLS (Basic Life Support), niezależnie od swojego wykształcenia, trzeba znać podstawowe zasady udzielania PFA.

Celem pierwszej pomocy psychologicznej jest:

- zapewnienie osobie w kryzysie psychicznym bezpieczeństwa i spokoju,
- zabezpieczenie podstawowych potrzeb (pośilek, picie, komfort termiczny itp.),
- udzielenie wsparcia emocjonalnego,
- pośrednictwo w uzyskaniu informacji o sytuacji oraz pomoc w skontaktowaniu się z bliskimi,
- w razie potrzeby przekierowanie do specjalisty.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Zasady udzielania pierwszej pomocy psychologicznej zebrane są w trzy grupy aktywności opisane triadą Look, Listen & Link (ang. patrz, słuchaj i łącz). Pomagając, dostosowuj swoje działanie do konkretnej sytuacji. Nie musisz podejmować zawsze wszystkich opisanych poniżej interwencji, a w razie potrzeby możesz zmieniać ich kolejność.

LOOK (POPATRZ)

- Co się stało (lub dzieje się)?
- Kto potrzebuje pomocy?
- Zapewnij bezpieczeństwo, sprawdź potencjalne zagrożenia.
- Czy istnieje potrzeba udzielenia pomocy medycznej (obrażenia i in.)?
- Oceń podstawowe potrzeby osoby i zapewnij ich zabezpieczenie (coś do picia, spokojne miejsce, komfort termiczny itd.).
- Obserwuj reakcje emocjonalne.

LISTEN (SŁUCHAJ)

- Nawiąż kontakt, przestaw się.
- Bądź obecny, słuchaj z uwagą, aktywnie próbuj zrozumieć.
- Akceptuj uczucia rozmówcy, nie oceniaj, bądź wrażliwy.
- Uspokajaj: mów wolno, prostymi, krótkimi zdaniami. Zasugeruj proste techniki oddechowe (wdech nosem, zatrzymanie, powolny wydech przez usta, oddychanie przeponowe).
- Pytaj o potrzeby i obawy. Pomóż identyfikować najpilniejsze problemy.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





LINK (POŁĄCZ)

- Dostarczaj potrzebne informacje.
- Pomóż nawiązać kontakt z bliskimi.
- Proponuj praktyczne rozwiązania (np. transport do domu).
- Zapewnij dostęp do profesjonalnej pomocy.

Kilka ważnych zasad:

- Udzielając pierwszej pomocy psychologicznej, dajesz wsparcie emocjonalne oraz praktyczne. Nie potrzebujesz osobistych informacji o osobie, której pomagasz. Nie musisz też mieć pełnej informacji na temat zdarzenia, które spowodowało dekompensację psychiczną.
- Szanuj jej godność. Respektuj jej prawo do decydowania, czym chce się podzielić, a kiedy woli milczeć. Nie dopytuj nadmiernie, nie wywieraj presji, nie zmuszaj do opowiadania o wydarzeniu.
- Nie narzucaj swojego punktu widzenia. Nie oceniaj. Nie składaj fałszywych obietnic. Nie udzielaj nieprawdziwych informacji.
- Pomagając innym, nie zapominaj o sobie. Podchodź realistycznie do swoich umiejętności. Monitoruj i akceptuj swoje reakcje emocjonalne, korzystaj z sieci wsparcia. Pamiętaj o aktywnościach, które dobrze wpływają na twój dobrostan.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





JAK WSPIERAĆ EMOCJONALNIE OSOBY PRZECHODZĄCE TRUDNOŚCI W ŻYCIU OSOBISTYM I ZAWODOWYM?

Wszyscy mierzymy się z wyzwaniami życia i czasem mamy gorsze chwile. W zawodach medycznych trudne emocjonalnie sytuacje nie należą do rzadkości. Jednak łatwiej przejść przez zawodowe i życiowe trudności, jeśli nie czujemy się osamotnieni.

Badania pokazują, że tzw. **wsparcie koleżeńskie (ang. peer support)** może być ważnym elementem przyczyniającym się do polepszenia dobrostanu psychicznego osób pracujących w obciążającym środowisku. **Nie trzeba mieć specjalistycznego wykształcenia, by udzielić emocjonalnego wsparcia.** Jeśli chcesz to zrobić, zasygnalizuj osobie przechodzącej trudny czas, że widzisz ją i jesteś obok, gotów pomóc w miarę możliwości.

W trakcie rozmowy słuchaj aktywnie – staraj się zrozumieć rozmówcę, jego perspektywę. Powstrzymaj się od ocen. To, jak ktoś się w danej chwili czuje, jest faktem, więc komentarze w stylu „nie powinieneś tak się czuć” albo „inni mają gorzej” są zbędne. Nie pocieszaj, nie pouczaj, po prostu słuchaj. Nie dąż do uspokojenia rozmówcy za wszelką cenę. Płacz też jest potrzebny. Nie udzielaj od razu rad, ani nie szukaj natychmiastowych sposobów na rozwiązanie problemów. **Po prostu bądź obok.**

Istnieją sytuacje, w których poza **empatycznym słuchaniem i okazywaniem wsparcia** potrzebne jest bardziej konkretne działanie. Jeśli podejrzewasz, że Twojemu rozmówcy potrzebny jest kontakt ze specjalistą zdrowia psychicznego – psychologiem, interwentem kryzysowym, psychoterapeutą, terapeutą uzależnień, psychiatrą (vide rozdział 4) – **pomóż znaleźć odpowiednią osobę, umówić wizytę, dotrzeć na nią.**

Jeśli natomiast nasz rozmówca jest **ofiara aktywnej przemocy**, konieczna jest pilna **pomoc** ze strony organizacji lub jednostek pomocowych **mająca na celu jak najszybsze przerwanie przemocy, zabezpieczenie schronienia, pomocy prawnej i psychologicznej.** Dobrym rozwiązaniem może być kontakt z Niebieską Linią.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



JAK REAGOWAĆ W PRZYPADKU MYŚLI I ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH?

Ryzyko samobójcze u osób wykonujących niektóre zawody medyczne (przede wszystkim u lekarzy) jest **wyższe niż w populacji ogólnej**. Wokół zachowań suicydalnych narosło wiele mitów, które warto odczarować.

Poniżej najważniejsze fakty:

- Rozmowa na temat myśli samobójczych NIE zwiększa ryzyka samobójczego i NIE powoduje pojawienia się myśli tego typu u osoby, która ich wcześniej nie miała. Przeciwnie, rozmowa pozwala zmniejszyć samotność i ból, daje ulgę i nadzieję.
- Każdy gest wsparcia może mieć znaczenie. Nie trzeba być specjalistą, by pomóc osobie zagrożonej samobójstwem.
- Samobójstwo NIE jest objawem słabości czy tchórzostwa.
- Życie osoby mówiącej o swoich myślach samobójczych lub podejmującej próbę samobójczą jest REALNIE zagrożone. Nie wolno traktować takich sygnałów jako „zwracanie na siebie uwagi”.
- Ryzyko samobójcze jest wieloczynnikowe i dynamiczne. To, że ktoś poczuł się w danym momencie lepiej, nie oznacza, że zagrożenie minęło. U niektórych podjęcie decyzji o zakończeniu swojego życia powoduje paradoksalne uspokojenie i „poprawę” samopoczucia.
- Jeśli ktoś próbował wcześniej odebrać sobie życie i przeżył, to nie oznacza, że nie będzie chciał zrobić tego jeszcze raz. Przeciwnie, prawdopodobieństwo kolejnych prób jest wyższe właśnie u takich osób.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



- Każde ograniczenie dostępu do środków umożliwiających odebranie sobie życia zmniejsza ryzyko samobójcze, nawet jeśli dla danej osoby nadal dostępne są inne metody.
- Depresja, uzależnienia i inne zaburzenia psychiczne zwiększają ryzyko samobójstwa. Zmniejsza je skuteczne leczenie psychiatryczne.
- Ryzyko śmierci samobójczej jest wyższe u osób samotnych, z przewlekłą chorobą i bólem, w trudnej sytuacji materialnej, po śmierci bliskiej osoby.
- Jeśli osoba bezpośrednio zagrożona samobójstwem odmawia pomocy, istnieje możliwość i obowiązek powiadomienia służb ratowniczych o sytuacji zagrożenia życia. Weryfikacja stanu zdrowia takiej osoby może być przeprowadzona przez psychiatrę w izbie przyjęć szpitala psychiatrycznego, nawet jeśli nie wyrazi ona na to zgody. Szczegółowe regulacje prawne określające postępowanie w sytuacji zagrożenia życia powiązanego ze stanem psychicznym znajdują się w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego.

W dzisiejszych czasach massmedia i social media wywierają ogromny wpływ na wszystkich. Ci, którzy wypuszczają jakiekolwiek treści „w świat”, niezależnie od tego, czy są zawodowymi dziennikarzami, czy po prostu prowadzą swoje konto na Instagramie, Twitterze czy Facebooku, **powinni robić to z dużą uwagą, mając świadomość ryzyka związanego z tzw. efektem Wertera**, czyli „zaraźliwością” zachowań samobójczych. W szczególności dotyczy to osób znanych, będących idolami i wzorami do naśladowania.

WHO stworzyło **zbiór zasad dotyczących tego, jak mówić i pisać o samobójstwach w bezpieczny sposób**. Dokument pod tytułem „*Preventing suicide: a resource for media professionals*” jest dostępny w zasobach internetowych WHO. **Jeśli publikujesz cokolwiek w sieci, komentujesz wydarzenia, edukujesz – powinieneś go znać.**



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





POMOC PROFESJONALNA. KOGO I JAK SZUKAĆ? GDZIE SIĘ ZGŁOSIĆ?

Wsparcie przyjacielskie, choć ważne, nie zastąpi profesjonalnej pomocy specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym. Jej forma zależy od rodzaju i dynamiki problemów występujących u chorego:

- objawów (zaburzeń zachowania, objawów somatycznych i psychopatologicznych, używania substancji),
- rodzaju i nasilenia zaburzeń funkcjonowania,
- możliwości uzyskania wsparcia od członków rodziny.

Decydując, kogo i gdzie szukać, musisz uwzględnić także całkiem prozaiczne sprawy takie jak **możliwość uzyskania danych rodzajów wsparcia w okolicy, kwestie związane z dojazdem, dostępność terminów**. W zawodach medycznych problemem może być zachowanie poufności np. gdy pomoc udzielana byłaby w miejscu pracy danej osoby. Dlatego w miarę możliwości **staraj się skontaktować osobę, którą wspierasz, ze specjalistą z innego szpitala czy przychodni**. Niektórzy mogą preferować prywatną opiekę medyczną, inni tę realizowaną w ramach NFZ. Najlepiej zapytaj o preferencje.

Specjalistami w zakresie zdrowia psychicznego są: psycholog, interwent kryzysowy, psychoterapeuta, terapeuta uzależnień i lekarz psychiatra.

Psycholog to osoba, która ukończyła studia psychologiczne. Może wykonywać testy diagnostyczne, edukować i udzielać doraźnego wsparcia, natomiast nie prowadzi psychoterapii.

Ważne: Nie każdy psycholog jest psychoterapeutą!

Interwent kryzysowy jest to osoba po odpowiednim szkoleniu, która specjalizuje się w krótkoterminowej pomocy osobom w ostrym kryzysie (przemoc, nagłe wydarzenia losowe, śmierć bliskiej osoby itd.). Interwencja kryzysowa, poza wsparciem psychologicznym, może obejmować zapewnienie tymczasowego schronienia, pomoc prawną i społeczną.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Psychoterapeuta to osoba, która ukończyła studia psychologiczne, medyczne lub pokrewne (np. pedagogikę) oraz podyplomowe szkolenie z psychoterapii trwające 4 lata i obejmujące przygotowanie teoretyczne, praktyczne oraz własne doświadczenie uczącego się terapeuty w roli pacjenta. Specjalista regularnie poddaje swoją pracę z pacjentami superwizji (superwizor to doświadczony psychoterapeuta o długim stażu pracy i dodatkowym szkoleniu). Istnieją różne metody psychoterapii, tzw. nurty:

- psychodynamiczny,
- poznawczo-behawioralny,
- humanistyczny,
- systemowy,
- integracyjny.

W wyborze odpowiedniego kierunku istotne są także czynniki takie jak **temperament osoby szukającej pomocy, jej oczekiwania, wcześniejsze doświadczenia oraz** – znów proza życia – **dostępność specjalisty**. Pierwsze 1-3 spotkania z psychoterapeutą służą wzajemnemu poznaniu się i wstępnemu określeniu celu terapii. Pacjent sprawdza, czy dany terapeuta mu „pasuje” (to bardzo ważne!), a ten z kolei orientuje się, czy pomoc danemu pacjentowi leży w jego kompetencjach. Jeśli obie strony są zgodne co do woli dalszej współpracy, ustala się jej warunki i wtedy zaczyna się właściwa psychoterapia. Sesje terapeutyczne trwają 45-50 minut i przeważnie odbywają się raz tygodniu.

Inną formą psychoterapii jest **terapia grupowa**. Jej rozpoczęcie zawsze jest poprzedzone wstępnymi spotkaniami indywidualnymi, a grupy mogą być dobrane pod kątem określonego problemu (np. grupy DDA/DDD dla osób zaburzeniami lękowymi, odżywiania, w żałobie itd.)





Terapeuta uzależnień to osoba, która ukończyła specjalistyczne szkolenie z zakresu leczenia osób uzależnionych od alkoholu, innych substancji psychoaktywnych, hazardu, pornografii, seksu, gamingu itd. Może równolegle być psychoterapeutą (ale nie musi). W terapii uzależnień szczególnie ważne są spotkania grupowe, czasem równoległe z indywidualnymi. Osoby uzależnione mogą uczestniczyć w spotkaniach **grup samopomocowych (AA, NA itd.)**, które dla wielu są źródłem wsparcia i motywacji do leczenia. Jednak należy pamiętać, że mityngi nie są terapią uzależnień.

Lekarz psychiatra diagnozuje i leczy zaburzenia i choroby psychiczne. Stosuje farmakoterapię krótko- i długoterminową, zaleca psychoterapię, potrzebne badania, kieruje w razie potrzeby do szpitala. Może przeprowadzić detoksykację od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych – przeważnie w warunkach szpitalnych. W skrajnych sytuacjach, w przypadku zagrożenia życia pacjenta albo życia lub zdrowia innych osób, specjalista może zdecydować o przyjęciu do oddziału psychiatrycznego także wbrew woli pacjenta. Sytuacje te są precyzyjnie określone w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego i każdorazowo zgłaszane do sądu opiekuńczego i rodzinnego, który w trybie pilnym zatwierdza (lub nie) decyzję lekarza.

Panuje przekonanie, że w „lżejszych” przypadkach w pierwszej kolejności korzysta się z pomocy psychologa lub psychoterapeuty, a dopiero problemy większego kalibru upoważniają do wizyty u psychiatry. W praktyce jednak lepiej przyjąć, że w razie wątpliwości psychiatra jest bezpieczną „*pierwszą instancją*” – jest w stanie zbadać i zdiagnozować pacjenta, ocenić ogólny stan zdrowia, oszacować ryzyko samobójcze, zalecić w razie potrzeby leki, dać zwolnienie, skierować do szpitala czy na psychoterapię, a nawet zasugerować jej pożądany nurt. Co ważne, **konsultacja psychiatryczna nie zawsze kończy się przepisaniem leków psychotropowych**. Z drugiej strony, doświadczony psycholog czy psychoterapeuta po konsultacji, jeśli uzna za potrzebne, przekaze pacjentowi informację, że w jego ocenie wskazana jest konsultacja lekarska.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Do zapisania się do lekarza psychiatry czy do psychologa w ramach NFZ nie jest wymagane skierowanie. **Stopniowo wprowadzana na terenie kraju sieć Centrów Zdrowia Psychicznego zapewnia opiekę blisko miejsca zamieszkania.** W miejscach, gdzie CZP istnieją, można się zgłosić bez skierowania do punktu konsultacyjnego i zostać objętym kompleksową opieką zarówno psychologiczną, jak i lekarską. Tam, gdzie nie działa CZP, trzeba zapisać się do psychiatry w Poradni Zdrowia Psychicznego.

Skierowanie potrzebne jest do przyjęcia do oddziałów psychiatrycznych: dziennych, o profilu terapeutycznym, diagnostycznym, odwykowym itp. W przypadku oddziału psychiatrycznego realizującego ostry dyżur przyjęcie w trybie nagłym jest możliwe także bez skierowania, po zgłoszeniu się na izbę przyjęć.

Przy korzystaniu z usług prywatnych konieczne jest weryfikowanie kompetencji. Obecnie bowiem zawód psychoterapeuty nie jest regulowany ustawowo i spotyka się osoby posługujące się tym tytułem mimo braku odpowiednich kwalifikacji. Na stronach prywatnych gabinetów i ośrodków są dostępne **opisy wykształcenia i doświadczenia specjalistów.** Rekomendowane jest sprawdzanie, czy rzeczywiście specjalista jest po certyfikowanym 4-letnim szkoleniu (ewentualnie w jego trakcie). Rekomendacje innych pacjentów mogą być pomocne, jednak i tak trzeba znaleźć „swojego” terapeutę. Nawet najbardziej kompetentna i polecana osoba może „nadawać na innych falach” i się nie sprawdzi. Warto z dystansem podchodzić do opinii na popularnych platformach do umawiania wizyt. Znane są przypadki ich kupowania.

Krótkoterminowe, darmowe wsparcie psychologiczne można uzyskać w ramach programów i projektów realizowanych przez niektóre NGOsy, uczelnie medyczne i jednostki samorządu zawodowego. Warto zorientować się, z czego aktualnie można skorzystać w danym rejonie czy jednostce organizacyjnej. Zwykle ta pomoc dostępna jest szybko, a specjaliści jej udzielający mają doświadczenie w pracy z medykami, co nie jest bez znaczenia.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



ZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA ZAWODU. DYLEMATY WSPÓŁ-PRACOWNIKÓW I PRZEŁOŻONYCH

By dobrze pomagać pacjentom, trzeba być w wystarczająco dobrej formie fizycznej i psychicznej. Jeśli pogorszony z powodu choroby stan zdrowia uniemożliwia pracę, medyk (jak każdy inny człowiek) idzie na zwolnienie, by wrócić do pełni sił.

Problemem może być sytuacja, gdy zdrowie medyka szwankuje na tyle, że może to negatywnie wpływać na jego pracę, ale bagatelizuje on problem i nie jest zainteresowany szukaniem dla siebie fachowej pomocy oraz czasowym powstrzymaniem się od aktywności zawodowej. **Najczęściej takie sytuacje dotyczą osób z problemem uzależnienia od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych.** Problematyczne mogą być też nielezione objawy maniakalne, psychotyczne, depresyjne, obsesyjne i inne. Ze względu na wydłużenie czasu życia coraz częściej przyjdzie nam zmierzyć się z sytuacją pojawienia się u aktywnych zawodowo medyków objawów zaburzeń funkcji poznawczych związanych z wiekiem, aż do objawów otępienia.

W stosunku do uzależnionych w naszej kulturze istnieje tendencja do normalizowania nawet intensywnego picia (przecież „wszyscy piją”), umniejszania wagi problemu, nawet wobec oczywistych, niepokojących sygnałów, rezygnowania z interwencji w imię „nie wtrącania się w prywatne życie”, „zamiatania pod dywan” problemów i udawania, że się ich nie widzi.

Zgłaszanie przełożonym czy organom samorządu zawodowego sytuacji związanych z zachowaniem uzależnionego kolegi jest postrzegane jako „donoszenie”. To fatalne w skutkach myślenie i postępowanie będące zupełną odwrotnością tego, co można określić mądrą i skuteczną pomocą.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Objawami psychologicznym w uzależnieniu są **minimalizacja i zaprzeczanie**. Oznacza to, że osoba uzależniona, przekonując nas, że nie ma żadnego problemu, nawet w niebudzących wątpliwości sytuacjach, jest NAPRAWDĘ przekonana do tego, co mówi. Neguje oczywiste dowody, bo psychologiczne mechanizmy blokują przyjęcie do wiadomości tego, co realne. Jeśli obiecuje, że nigdy więcej się nie napije, to NAPRAWDĘ w to wierzy. W jej umyśle zachodzi wiele innych procesów psychologicznych, których skutki znamy, ale minimalizacja i zaprzeczanie są najważniejsze w kontekście, o którym teraz rozmawiamy.

Wszyscy słyszeliśmy o sytuacjach, gdy ktoś próbował pracować następnego dnia po picu, w stanie niepewnej trzeźwości lub z dyskretnymi objawami zespołu abstynencyjnego, gdy ktoś reagował podejrzanie impulsywnie albo sprawiał wrażenie „przytłumionego”, gdy z niejasnych powodów trudno było się doliczyć leków narkotycznych na oddziale. Słyszeliśmy o miejscach, gdzie takie sytuacje powtarzały się w odniesieniu do konkretnej osoby. Spójrzmy prawdzie w oczy: **często współpracownicy doskonale zdają sobie sprawę, że dana osoba ma poważny problem z alkoholem czy inną substancją psychoaktywną.**

W środowisku domowym członkowie rodziny alkoholika współuzależniają się i przystosowują do sytuacji: minimalizują i zaprzeczają (analogicznie do samego uzależnionego), wspomagają osobę pijącą, wyręczają ją, odciążają, naprawiają to, co zawałiła, kryją ją przed innymi, pomagają funkcjonować. Działają w najlepszych intencjach. Wierzą że ich postępowanie pomaga i alkoholik się „poprawi”. Tymczasem podtrzymują status quo, umożliwiając uzależnionemu uniknięcie konfrontacji ze skutkami choroby i kontynuowanie dalszego picia.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Bywa, że mechanizmy współuzależnienia uruchamiają się też w pracujących z osobą uzależnioną, szczególnie jeśli wiążą ich relacje przyjacielskie. Krycie kolegi, pilnowanie go, poprawianie jego błędów i inne formy „pomocy” mogą trwać latami. Takie zachowania szkodzą, ponieważ:

- podtrzymują destrukcyjne zachowania osoby uzależnionej – nie ma konsekwencji, więc nie ma powodu, by je zmieniać;
- konserwują zaprzeczanie i iluzję, że wszystko jest w porządku, uniemożliwiając osobie uzależnionej dostrzeżenia i przyjęcia do wiadomości choroby;
- opóźniają moment podjęcia leczenia odwykowego;
- powodują narażenie bezpieczeństwa pacjentów – za którymś razem nie uda się „upilnować” uzależnionego i zapobiec popełnieniu błędu;
- zwiększają ryzyko dla przyszłości zawodowej osoby uzależnionej oraz jej bezpieczeństwa prawnego (vide punkt 3.);
- narażają osoby „pomagające” na przedłużające się poczucie bezsilności, frustracji, złości, a w skrajnych przypadkach także na odpowiedzialność prawną.

W szczególnej sytuacji są ci, którzy zarządzają ludźmi i mają w zespole osobę uzależnioną, która się nie leczy. Szef może uczestniczyć w „grze” iluzji i zaprzeczeń, udając lub rzeczywiście nie widząc problemu. Jednak prędzej czy później staje wobec wyzwania związanego z koniecznością podjęcia konkretnych działań wobec podwładnego. Zwykle dzieje się to zdecydowanie za późno, gdy wydarzy się trudna sytuacja – taka, której nie da zignorować. Co może zrobić szef? Jest kilka możliwości.

Pierwszą jest klasyczne **pozbycie się problemu**, czyli zwolnienie podwładnego. Osoba uzależniona ma szansę skonfrontować się z konsekwencjami swojego nałogu. Jednak jeśli dotychczas nie miała wglądu w swoje problemy, istnieje duże ryzyko, że odpowiedzialnością za zwolnienie obciąży szefa i po prostu poszuka pracy gdzie indziej, nie dokonując żadnych zmian w swoim życiu.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Drugą opcją jest tzw. wezwanie na dywanik i nakazanie poprawy pod groźbą zwolnienia. Postępując w ten sposób, szef ulega iluzji posiadania wpływu na drugą osobę, przeszacowuje moc „silnej woli”. Dalej możliwe są dwa scenariusze. Jeśli przy kolejnej „wpadce” nie dotrzyma słowa i znów ograniczy się do uzyskania od uzależnionego deklaracji poprawy, niepostrzeżenie wejdzie w błędny cykl grożenia, proszenia, obiecywania i łamania obietnic – zatem klasyczne, psychologiczne mechanizmy uzależnienia i współuzależnienia będą działać w najlepsze. W drugim scenariuszu szef rzeczywiście zwalnia pracownika, zgodnie z tym, co zapowiadał. Z perspektywy terapii uzależnień taka sytuacja jest o tyle lepsza, że bez wątplenia konfrontuje uzależnionego z konsekwencjami, co może skutkować przyjęciem do wiadomości choroby i stanowić pierwszy krok do decyzji o leczeniu. Jednak brakuje jednej, bardzo ważnej rzeczy: **WSPARCIA**.

Jeśli chcesz pomóc uzależnionemu mądrze i skutecznie, musisz wiedzieć, że uzależnienie jest chorobą wieloczynnikową, przewlekłą, nawracającą i podstępą. W związku z tym twoje działania, mimo szczerych chęci i zaangażowania, mogą nie przynieść teraz efektu, nawet jeśli zrobisz wszystko jak należy. Akceptując to, że nie masz wpływu na wszystko i wszystkich, ustrzeżesz się przed frustracją, rozczarowaniem, obwinianiem siebie czy innych.

Podobnie w przypadku innych chorób **możesz zrobić dokładnie tyle, ile jest w twojej mocy i nic więcej**. Jak więc działać, by interwencja miała większą szansę być skuteczną?

Jeśli nie zdecydowałeś się na łatwiejszą opcję pozbycia się problemu, tylko zadajesz sobie trud podjęcia próby pomocy, można założyć, że „Ci zależy”. Poniżej wskazówki, które mogą ułatwić Ci podjęcie i przeprowadzenie interwencji w sytuacji, gdy jako szef musisz odsunąć podwładnego od pracy ze względu na jego stan, oferując mu równocześnie wsparcie i pomoc.

- Przeprowadź rozmowę w momencie, gdy jesteś spokojny i pewny swojej decyzji, ponieważ intensywne emocje utrudniają komunikację. Monitoruj je w trakcie rozmowy, by nie dopuścić do silnego wzburzenia.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



- Stwórz warunki, które umożliwiają poszanowanie godności rozmówcy, najlepiej rozmawiajcie w cztery oczy w komfortowym miejscu.
- Jeśli cenisz swojego rozmówcę i jego pracę, powiedz mu to. Możesz też zaznaczyć, że jest ważną osobą w zespole, że jest lubiany/a – cokolwiek, co będzie pozytywnym komunikatem na jego/jej temat. WAŻNE: to musi być prawda. Jeśli nie przychodzi ci nic takiego do głowy, nic nie mów.
- Trzymaj się faktów: tego, że problem istnieje, ty o nim wiesz i że na ten moment twoim obowiązkiem jako przełożonego jest odsunięcie twojego rozmówcy od pracy. Prawdopodobnie będzie on próbował zaprzeczać, minimalizować, przekonywać, że jest inaczej. W takiej sytuacji poproś, by pozwolił Ci teraz dokończyć, bo to, co chcesz powiedzieć, jest ważne



- Staraj się mówić ze swojej perspektywy, używając tzw. „komunikatu ja”. Nie bój się powiedzieć, że rozmowa nie jest dla ciebie łatwa i przypuszczasz, że dla drugiej strony podobnie. Okaż swoją troskę. Podkreśl, że widzisz, że twój rozmówca przechodzi trudny czas, że jest ci przykro (ale nie masz wyboru).
- Powstrzymaj się od komunikatów w stylu: *„jesteś nieodpowiedzialny, lekkomyślny, niesłowny, nie można ci ufać ani na ciebie liczyć, nie nadajesz się do niczego itd.”* Ta rozmowa nie ma służyć wylewaniu twoich emocji, frustracji, złości i rozczarowania ani poniżaniu rozmówcy. Poza tym jest prawdopodobne, że słyszał to już wiele razy, albo nawet sam sobie to mówi.
- Proponuj konkretne, konstruktywne rozwiązania: pomoc w umówieniu do specjalisty, powiadomienie kogoś bliskiego (jeśli rozmówca sobie życzy), informacje na temat dostępnych opcji leczenia. Poinformuj, że pójdziecie na zwolnienie i podjęcie leczenia uważasz za niezbędne, że dopiero po zadbaniu o siebie twój podwładny będzie mógł myśleć o powrocie do pracy. Z terapeutycznej perspektywy najlepsza jest sytuacja, gdy po intensywnym, skutecznym leczeniu (kilkumiesięcznym) osoba może wrócić na swoje poprzednie stanowisko. Ma wówczas poczucie, że w pracy „czekają na niego”. Nie obiecuj tego jednak w sytuacji, gdy wiesz, że nie będzie to możliwe, albo gdy nie zamierzasz się na to zgodzić. Wtedy mów ogólnie np. o możliwości powrotu do wykonywania swojego zawodu.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



- Bądź przygotowany na gwałtowne reakcje emocjonalne. Staraj się przyjmować je ze spokojem. Reaguj jednak stanowczo w sytuacji, gdy Twój rozmówca zaczyna zachowywać się agresywnie. Zaproponuj dokończenie rozmowy za jakiś czas, gdy silne emocje opadną.

Kwestią budzącą ogromne emocje jest **zgłaszanie do organów samorządów zawodowych podejrzenia, że medyk ze względu na stan zdrowia nie może wykonywać zawodu. Nie powinniśmy traktować tej opcji jako „donoszenie” czy „karanie”**. Podjęcie tej interwencji jest dyktowane dobrem pacjentów, którzy mogliby ucierpieć pod opieką osoby niezdolnej do wykonywania zawodu (a każdy z nas i naszych bliskich może być pacjentem!). Ale jest jeszcze drugi powód, równie ważny: **szansa na uzyskanie pomocy**. Ryzyko zawieszenia prawa wykonywania zawodu może właśnie być tym, co skłoni osobę chorą do podjęcia leczenia, zatrzyma zsuwanie się po równi pochyłej i uratuje – całkiem dosłownie – życie.





ZDROWE POMAGANIE. JAK WSPIERAĆ INNYCH, NIE NADUŻYWAJĄC SIEBIE?

Instrukcja bezpieczeństwa w samolotach zawiera jasny przekaz: **najpierw zadbaj o siebie** („załóż maskę tlenową”), **a dopiero potem pomóż innym**. To podstawowa zasada, o której nie powinniśmy zapominać. Jako przedstawiciele zawodów medycznych jesteśmy przyzwyczajeni do zajmowania się innymi oraz zapominania o sobie, ignorowania swoich potrzeb, poświęcania się dla innych. To droga donikąd. Zadbanie o własne zdrowie i samopoczucie jest podstawowym warunkiem koniecznym do tego, by profesjonalnie i skutecznie pomagać innym.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

LITERATURA

1. *A Short Introduction to Psychological First Aid for Red Cross and Red Crescent Societies*, International Federation of Centre of Red Cross and Red Crescent Societies Reference Centre for Psychosocial Support, 2019.
2. Mosiołek A. (red.), *Uzależnienia w ujęciu interdyscyplinarnym. Diagnoza, leczenie, konsekwencje*, „Prawo Medyczne 24”, Warszawa, 2017: Justyna Leszczyńska „Życie a (NIE) pomaganie w picciu”; Tytus Koweszko „Samobójstwo w uzależnieniach”
3. Suresh R, Alam A, Karkossa Z., *Using Peer Support to Strengthen Mental Health During the COVID-19 Pandemic*, „A Review. Front Psychiatry”, 2021, nr 12:714181, doi: 10.3389/fpsy.2021.714181. PMID: 34322045; PMCID: PMC8310946.
4. Szulc A., Koweszko T., Gałęcki P. (red.), *Samobójstwo*, Wyd. 1., Warszawa, Medyk Sp. z o.o., 2016.
5. Tennant K., Long A., Toney-Butler T.J., *Active Listening* [W:], „StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL)” [online], StatPearls Publishing; 2023, [Updated 2023, May 1].
6. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 o ochronie zdrowia psychicznego, tekst jednolity z dnia 14 września 2022, Internetowy System Aktów Prawnych [online], <https://isap.sejm.gov.pl/>
7. Yu Moutier Ch., Pisani A.R., Stahl S.M., “Suicide prevention” [W:] *Stahl’s Handbooks*, Cambridge, Cambridge University Press, 2021, <https://doi.org/10.1017/9781108564618>
8. van der Meulen K., Granizo L., Del Barrio C., *Emotional Peer Support Interventions for Students With SEND*, „A Systematic Review. Front Psychol”, 2021, nr 12:797913, doi: 10.3389/fpsyg.2021.797913. PMID: 35027905; PMCID: PMC8748258.
9. World Health Organization, *Preventing suicide: a resource for media professionals, Update 2017*, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258814/WHO-MSD-MER-17.5-eng.pdf>



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Ministerstwo
Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



O autorce



lek. Magdalena Flaga-Łucziewicz

Specjalistka psychiatra, psychoterapeutka, liderka grup Balinta. Interesuje się zdrowiem psychicznym lekarzy innych pracowników zawodów pomocowych. Prowadzi jedyną w Polsce Poradnię Zdrowia Psychicznego dla Lekarzy i Studentów Medycyny (przy NZOZ Centrum Terapii Dialog w Warszawie). Pełnomocniczka ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie oraz Naczelnej Rady Lekarskiej. Orędowniczka walki ze stygmatyzacją w psychiatrii, szczególnie w środowisku medyków.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**



**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

