

Jolanta Raisler

Psycholog psychoterapeuta, Göteborg, Sztokholm, Szwecja

Moje życie psychoterapeuty w Szwecji

Lata 70. XX wieku w Szwecji to czas politycznej radykalizacji i rosnącej krytyki wobec tradycyjnej psychiatrii. Diagnozowanie i hospitalizację postrzegano jako wyrazy kontroli i ucisku.

Od 1978 roku psycholodzy kończyli jednolite pięcioletnie studia zakończone egzaminem i legitymacją uprawniającą do wykonywania zawodu. Później, w 1985 roku, utworzono podyplomowe pięcioletnie studia psychoterapeutyczne (dwustopniowe: 2 lata i 3 lata), również zakończone egzaminem i legitymacją. Na te studia mogły się starać osoby z już ukończonymi studiami wyższymi: lekarze, pielęgniarki, pracownicy socjalni, psycholodzy.

W tych czasach istniał konflikt między lekarzami i psychologami dotyczący kompetencji tych ostatnich: czy psychologowie mają wystarczające kwalifikacje do samodzielnego leczenia pacjentów z problemami psychicznymi. Stworzenie nowego zawodu miało albo mogło rozwiązać ten konflikt, ale tak się nie stało. Polaryzacja tylko się pogłębiła. Powstały też nowe punkty zapalne i rywalizacja między psychologami i psychoterapeutami. Pod koniec lat 70. studiowałam psychologię na uniwersytecie w Szwecji. Na trzecim roku obowiązywała półroczna praktyka. Wybrałam instytut psychoterapii, a w trakcie jej odbywania zainteresowały mnie psychoterapia dynamiczna i psychoanaliza.

Od czwartego roku psychologii zaczęłam równolegle studiować w instytucie i po czterech i pół roku zostałam psychoterapeutką.

Instytut, w którym się uczyłam, powstał około 10 lat przed moją praktyką. Stworzyła go grupa studentów niezadowolonych ze studiów i interesujących się psychoterapią psychoanalityczną. Zaproszono wykładowców z Ameryki Południowej, którzy prowadzili wykłady, superwizje i w ten sposób przez wiele lat pomagali zbudować instytut oparty na psychoanalizie. Potem zastąpili ich szwedzcy psychoanalitycy.

Psychoterapeuta jako zawód, możliwości kształcenia, wywołały w instytucie, w którym studiowałam, długie, zaangażowane dyskusje. Zastanawiano się, czy ta nowa

sytuacja również oznaczała ryzyko, że państwo/urzędy będą mogły kontrolować programy oraz wpływać na ich treść. Czy lepiej zaakceptować nową organizację systemu czy trzymać się poza nim i zachować niezależność?

Po skończeniu studiów, na początku lat 80. otworzyliśmy razem z kolegami ze studiów prywatny instytut psychoterapii. W tym czasie powstawało wiele takich instytutów, w których kształcili się ludzie, zdobywając zawód, i po ich ukończeniu przyjmowali pacjentów z takimi diagnozami, jak neurozy i borderline czy z zaburzeniami osobowości. Wszyscy pracowaliśmy klinicznie często w pełnym wymiarze godzin. Pacjenci zgłaszali się sami i odbywali psychoterapię na własny koszt. Byli też tacy, którzy mieli skierowanie z państwowej opieki zdrowotnej lub z opieki socjalnej. W takich przypadkach psychoterapia była płacona ze środków publicznych.

Na przykład pracownicy państwowi, urzędnicy i nauczyciele mieli prawo do psychoterapii na koszt ich związków zawodowych.

W tym samym czasie przeprowadzono znaczącą reformę w psychiatrii: duże szpitale psychiatryczne zostały zlikwidowane: opieki w instytucjach psychiatrycznych nie uznawano za dobrą. Twierdzono, że pacjenci jak najdłużej powinni pozostać we własnych domach i radzić sobie sami. Motywy były ekonomiczne, ale argumenty bardzo humanistyczne i popularne.

Tymczasem reformy okazały się bardzo kosztowne, a środki finansowe ograniczone. Służba zdrowia zmuszona była do oszczędzania i dokonywała drastycznych wyborów, cięć i ostrych priorytetów.

Był to także czas, kiedy w wyniku rozwoju i badań naukowych w dziedzinie neurobiologii i farmakologii na rynku pojawiało się coraz więcej leków psychotropowych. Nowe diagnozy, nowe choroby psychicznych stwarzały potrzebę nowych specjalistycznych substancji psychotropowych które znajdowały zastosowanie.

Po kilku latach pracy klinicznej moi koledzy i ja przeszliśmy szkolenie dla superwizorów. A w połowie lat 90. sami zaczęliśmy uczyć psychoterapii, najpierw na pierwszym poziomie, następnie na wyższym. Prowadziliśmy również szkolenia dla superwizorów.

Aby egzaminować na poziomie uczelni wyższej i, tym samym, by nasi studenci mogli otrzymać legitymację psy-

Adres do korespondencji:

Jolanta Raisler
Göteborg, Sztokholm, Szwecja
e-mail: jolanta.raisler@gmail.com

choterapeuty po studiach w naszym instytucie, w 2002 roku uzyskali wszystkie związane z tym uprawnienia. Cztery lata później HSV, organ odpowiedzialny za uniwersytety, postanowił ocenić wszystkie programy. Spośród osiemnastu badanych szkół, w tym znalazły się uniwersytety i prywatne uczelnie, aż czternastu cofnięto uprawnienia. W tej grupie znaleźliśmy się też my.

Władze odpowiedzialne za kwestie zdrowia i opieki medycznej, *The National Board of Health and Welfare* (Socialstyrelsen) wydały krajowe wytyczne dotyczące leczenia zaburzeń lękowych i depresyjnych — należało stosować ECT, leki psychotropowe ewentualnie w połączeniu ze zmanualizowaną terapią CBT (*cognitive behavioral therapy*).

Dynamiczną psychoterapię psychoanalityczną uznano za zbyt kosztowną, zbyt powolną, opartą na nieaktualnych naukowo wątpliwych teoriach. Ocenę uzasadniano brakiem badań naukowych.

Ośrodki zdrowia otrzymały dodatkowy bodziec ekonomiczny, gdy mogłoby ofiarować swoim pacjentom 10 spotkań terapii CBT.

Brakowało psychoterapeutów CBT, więc w szybkim tempie zaczęto szkolenia zróżnicowane pod względem jakości i poziomu. Dynamiczni psychoterapeuci szkolili się na krótkich kursach.

Strona reprezentująca medycynę i farmakologię wyparła całkowicie psychoterapię dynamiczną, psychoanalityczną czy psychoanalizę, a argumentami były ograniczone środki przeznaczone na leczenie chorób psychicznych oraz brak ewidencji i badań naukowych.

Programy kształcące psychologów czy psychoterapeutów kładły większy nacisk na diagnostykę czy neuropsychologię. Trzęsienie ziemi, kataklizm — nadeszły zmiany, które dotknęły wielu psychoterapeutów, podważyły ich profesjonalną identyfikację, dotknęły ekonomicznie i prywatnie. Bo przecież tak wielu doświadczonych psychoterapeutów dynamicznych i psychoanalitycznych mogło świadczyć

i świadczyło o wynikach swojej pracy, która pomogła wielu pacjentom w drodze do zdrowia. I naturalnie istnieją wyniki badań naukowych, które to potwierdzają. Wynika z nich, że 75 procent pacjentów z zaburzeniami psychicznymi woli rozmowę niż leki psychotropowe.

Kraje, takie jak Dania, Norwegia, Finlandia i Niemcy, mają krajowe wytyczne obejmujące dostęp do różnych metod psychoterapeutycznych, ponieważ nie ma podstaw naukowych mówiących, że niektóre metody są lepsze niż inne.

Według raportu *The National Board of Health and Welfare* (Socialstyrelsen) w latach 2010–2016 o 67% zwiększyło się przepisywanie leków przeciwpsychotycznych u dzieci, o 70% uspokajających i o 100% leków przeciwdepresyjnych, Konsumpcja leków psychotropowych w Szwecji będzie kosztować 2,4 mld koron szwedzkich. Według Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju Szwecja dzisiaj ma jedną z najwyższych na świecie konsumpcji leków przeciwdepresyjnych, to znaczy, że zażywa je około 10% ludności. To o 60% więcej niż w Niemczech i 40% więcej niż w Norwegii.

W 2017 roku weszły nowe wytyczne — identyczne do tych już wcześniej mocno krytykowane. Tym razem jest reakcja jeszcze silniejsza: prawie 90 konsultacyjnych instancji odpowiedziało krytycznie. Naukowcy i organizacje pacjentów zaprotestowali. Wytyczne krajowe będą praktycznie eliminować możliwość innej psychoterapii niż CBT. Oznacza to, że leczenie psychoterapią dynamiczną, rodzinną czy innymi formami „rozmów” i sprawdzonych form psychoterapii, które istnieją dziś w opiece publicznej, po prostu zanikną.

Obecnie w Szwecji jest 6000 psychoterapeutów dynamicznych; 75% z nich osiągnie wiek emerytalny w 2020 roku.

Mój instytut nadal istnieje, moi koledzy i ja nadal prowadzimy psychoterapię. Pracujemy również w prywatnej wyższej szkole, kształcąc nowe kadry psychoterapeutów.