

Psychoterapia poza kontraktem

Marek Liciński - wykład wygłoszony w czasie I Konferencji Klubu Psychoterapii i Psychoedukacji w październiku 1997 roku.

Chcę Wam powiedzieć o takim postępowaniu terapeutycznym, w którym rolę klienta, przynajmniej na początku, przyjmuje terapeuta. To terapeutcie zależy na udzieleniu pomocy osobie, którą w tym momencie tylko pozornie można nazwać klientem. Nie ośmielałbym się zawracać Wam tym głowy, gdyby nie silne podejrzenie, że to, o czym chcę tutaj mówić, ma miejsce w każdej relacji terapeutycznej, także w tej klasycznej, kiedy to pacjent przychodzi do terapeuty na terapię indywidualną, kiedy mu zależy, bardzo o to zabiega, czeka długo w kolejce i płaci. Chcę Was uczulić na granice dopuszczalnej arbitralności i odpowiedzialności za pacjenta. Chciałbym żebyście się im przypatrzyli i zastanowili czy aby nie jest tak, że powtarzają się one, oczywiście w różnym stopniu, we wszelkiego typu relacjach terapeutycznych bez względu na szkołę, teorię czy podejście.

Będę mówił tutaj, bazując na własnym doświadczeniu, o takim postępowaniu terapeutycznym, w którym terapeuta zabiega nie tylko o zmianę, ale w ogóle o kontakt z pacjentem, bo pacjent nie ma motywacji, czy wręcz nie widzi żadnego powodu do kontaktu. Przy tej okazji chciałbym też postawić pytanie o to, co w tym gronie jesteśmy skłonni uważać za psychoterapię? Ten termin pada, nawet tutaj, w bardzo różnym rozumieniu. Inne pytanie, które chciałbym postawić, to pytanie o granice dozwolonej interwencji. Chodzi oczywiście o interwencję psychologiczną mającą na celu pomoc pacjentowi a nie o zrobienie z nim porządku w imię ochrony jego otoczenia.

Zacznę od zaprezentowania tego, co robimy w naszym zespole i w jaki sposób pracujemy. Mam poczucie, że w tym co robimy i jak robimy jesteśmy dość samotni. Mamy oczywiście wsparcie wewnątrz swojego zespołu i od zespołów pracujących w podobny sposób. Jestem jednak zainteresowany refleksją z zewnątrz, z innego punktu widzenia. Chcę zacząć od tego, dlaczego i w jakich wypadkach podejmujemy działania, na czym one polegają i jakie z tego wynikają zagrożenia. Analizując powody, dla których decydujemy się na podjęcie kontaktu nieproszeni, musimy sobie najpierw postawić pytanie, czy jesteśmy gotowi pracować tylko dla tych, którzy tego chcą, czy też także dla tych, którzy tego potrzebują, zdając sobie sprawę, że to drugie oznacza naszą arbitralną ocenę sytuacji potencjalnego klienta. To ja wyobrażam sobie, że ktoś potrzebuje pomocy i gotów jestem nie przejmować się zbyt jego opinią na ten temat, przynajmniej na początku. W tym miejscu pojawia się już ryzyko i pierwsze pytania; czy taką interwencję można podejmować i czy jest to forma szeroko rozumianej pomocy psychologicznej, czy też forma psychoterapii? Jeśli w naszym rozeznaniu istnieją wystarczające powody, aby rozpocząć działania w kierunku pozyskania klienta, to jak należy postępować, żeby zminimalizować wiele negatywnych konsekwencji tej sytuacji?

W jakich warunkach pozwalamy sobie na to, żeby decydować za kogoś i podejmować wobec niego postępowanie z nadzieją, że ono mu pomoże, mimo że on co najwyżej się na to godzi. Dotyczy to przede wszystkim dwóch grup pacjentów. Pierwsza z nich to pacjenci psychotyczni, często psychogeriatryczni, o długiej historii choroby, po wielu hospitalizacjach, o znacznym stopniu degradacji psychicznej i społecznej. Drugą grupę stanowią dzieci i młodzież ze środowisk patologicznych i grup kontrkulturowych. Do obu grup należą ludzie, którzy często naruszają granice tolerancji społecznej, prowokując interwencje rodziny, sąsiadów, otoczenia, policji itp. Interwencje te często kończą się przymusową hospitalizacją psychiatryczną lub wyrokiem sądowym. Każda społeczność mniej lub bardziej zgodnie, mniej lub bardziej konkretnie określa granice tego, co jest w niej bezpieczne i tolerowane. Przekroczenie tej granicy wyzwala spontaniczne czy też w sformalizowane interwencje otoczenia, które mają na celu eliminację dewiacyjnego zachowania, izolację dewianta, przywrócenie bezpieczeństwa, czyli normy funkcjonowania obowiązującej w tej społeczności. Osoby, o których mówię, są permanentnie zagrożone takimi interwencjami i represjami ze strony ich naturalnego otoczenia społecznego. Stosowanie wobec tych ludzi wielu środków przymusu przez długi okres czasu łamie ich autonomię i pogłębia degradację psychiczną i społeczną. Konsekwencją jest utrwalenie statusu dewianta, pogłębienie ich problemów życiowych i psychicznych oraz zmniejszenie szansy na zmianę sytuacji i sposobu funkcjonowania. To właśnie jest dla nas ten

szczególny, poważny powód, dla którego mamy odwagę podejmować z nimi kontakt często wbrew ich chęci i bez jakiegokolwiek jasnego kontraktu terapeutycznego. Charakteryzując problemy osób, którymi się zajmujemy, trzeba uwzględnić że mają też one mnóstwo innych problemów. Żyją we wrogim lub obojętnym otoczeniu, ich podstawowe, naturalne potrzeby nie tylko psychiczne, ale także fizjologiczne, są notorycznie niezaspokojone. Zakres ich umiejętności społecznych i życiowych, jest niewielki a ich samodzielność niezwykle ograniczona. Unikają konsekwencji poprzez destrukcję, agresję czy szaleństwo, które stają się ich dominującymi sposobami radzenia sobie w życiu. Niestety polega na tym, że tego typu reakcje adaptacyjne są skuteczne tylko doraźnie, a całkowicie destrukcyjne na dłuższą metę, nie tylko dla otoczenia tego człowieka, ale też dla niego samego. Oczywiście jest też to, że ludzie ci żyją w stałym napięciu, ze stałym poczuciem zagrożenia. Bardzo często cała ich uwaga i energia są skoncentrowane na obronie i radzeniu sobie z zewnętrznymi, czy wewnętrznymi, realnymi, czy wyobrażonymi, zagrożeniami. Olbrzymim problemem dla większości terapeutów czy wychowawców, jest fakt, że ludzie ci rzadko kiedy zwracają się o pomoc, a jeżeli się zwracają, to dotyczy to zupełnie innych spraw niż próby zrozumienia własnego postępowania, jego konsekwencji czy ewentualnej zmiany tego postępowania. Najczęściej zwracają się po pomoc materialną, albo chcą uniknięcia represji społecznych, które sami sprowokowali. Ów brak motywacji do zmiany i niechęć do szukania pomocy w tej sprawie wydają się być tymi niespełnionymi warunkami, które dyskwalifikują ich do psychoterapii. Prawie wszystkie szkoły terapeutyczne stawiają całkowitą dobrowolność i własną motywację pacjenta oraz możliwość zawarcia kontraktu terapeutycznego, jako podstawowe warunki przystąpienia do psychoterapii. Dlatego też swoim rozważaniom nadałem tytuł „psychoterapia poza kontraktem”, a Wy oceńcie, jak to się ma do psychoterapii.

Celem naszego postępowania nie jest oczywiście uszczęśliwianie kogoś wg własnych wyobrażeń, a raczej stopniowe doprowadzenie do takiej sytuacji, żeby mogła rozpocząć się psychoterapia rozumiana jako świadomy proces odbywający się pomiędzy terapeutą i pacjentem pozostających w relacji emocjonalnej, po zawarciu umowy określającej wspólnie uzgodniony cel i zasady postępowania. Z mojego punktu widzenia nie ma znaczenia czy to, o czym mówię, można nazwać wstępnym postępowaniem motywującym, a psychoterapią nazwie się to dopiero od pewnego momentu, gdy zostaną spełnione jej klasyczne warunki. Jeżeli w naszej pracy uda nam się doprowadzić do takiego stanu, motywacji i świadomości pacjenta, że może on zawrzeć z nami kontrakt terapeutyczny, to z reguły mamy za sobą znaczną większość postępowania terapeutycznego i właściwie nie musimy się już tym człowiekiem zajmować bo poradzi już sobie sam. Dla nas ten moment jest raczej końcem postępowania terapeutycznego, albo jak wolicie interwencji psychologicznej, niż jego początkiem. Cała sztuka i trudność wiąże się właśnie z jego umotywowaniem do świadomego procesu zmian.

Jeżeli zapytacie z czego wynika ten brak motywacji, tak powszechny w środowiskach, w których pracujemy, to powiem, że nie wynika on z dokonania świadomego wyboru, ale z tego, że historie życia tych ludzi, warunki, w których żyją, sposób przeżywania i rozumienia świata powoduje, że nie wierzą oni w możliwość jakiegokolwiek zmiany od nich zależnej. Uważają, że ich sytuacja zależy wyłącznie od losu a ich wpływ na swoje życie polega wyłącznie na umiejętności jego doraźnego wykorzystania. Ludzie ci nie wierzą, że mogliby mieć wpływ na swoje życie, swój los, a nawet na tak niezrozumiałe dla nich sprawy jak własna osobowość, charakter czy sposób postępowania. My mamy głębokie przekonanie, że człowiek może mieć wpływ na własne postępowanie, może sobą kierować i może siebie bardzo głęboko zmienić. Nie są to tylko nasze ideały, ale taka jest nasza rzeczywistość.

Większość ludzi, z którymi pracujemy to osoby samotne. Często są dosłownie samotne, ale równie często przebywają w rodzinach, które albo się nimi w ogóle nie interesują, albo traktują je bardzo przedmiotowo. Są to więc osoby pozostawione samym sobie w swoich podstawowych problemach, a przynajmniej tak to przeżywają i rozumieją. Dla nich wrogość czy obojętność jest normą. Postępowanie wobec tych ludzi rozpoczynamy od działań, które nie przypadkiem w swoim gronie nazywamy uwodzeniem. **Po pierwsze** - staramy się jasno i wyraźnie okazywać własne zaangażowanie w ich sprawy. Powtarzamy im, że zależy nam, aby w różnych sprawach im pomóc, że będziemy do nich regularnie przychodzić, chyba, że to uniemożliwią. Deklarujemy gotowość do poszukiwania z nimi kontaktu i do pomagania im, mimo, że nas w ogóle o to nie prosili. Z reguły nie dowierzają,

albo zgłaszają różnego rodzaju zastrzeżenia i obawy. **Po drugie** - staramy się możliwie szybko, konkretnie i efektywnie pomóc im w różnych problemach, których mają niezliczoną ilość. Staramy się być w tym użyteczni i skuteczni tak dalece, jak to jest tylko możliwe w rozsądnych granicach kosztów (nie mam tutaj na myśli pieniędzy). **Po trzecie** - nie stawiamy żadnych, czy prawie żadnych warunków wstępnych. Mamy świadomość, że jest to manipulacja, i że właściwie prawie każdego, szczególnie potrzebującego pomocy, można w ten sposób związać. Jeżeli będziecie w stosunku do kogoś zaangażowani ze względu na niego, skoncentrowani na nim, gotowi do pomocy, skuteczni w tej pomocy i nie będziecie za to nic chcieli, to moim zdaniem jest tylko kwestią czasu, kiedy przestanie się bronić przed kontaktem z wami. I tak też się dzieje w naszej pracy. Dlaczego tak działamy, dlaczego zaczynamy od uwodzenia? Po pierwsze znakomita większość tych osób jest w takiej sytuacji, że żadne inne postępowanie terapeutyczne nie mogłoby mieć miejsca. Oni są „nieprzytomni”, bo zarówno ich stan psychiczny jak i realna sytuacja życiowa, społeczna itd., są na tyle trudne i groźne, że nie ma mowy, żeby zechcieli się zajmować takimi fanaberiami jak własny rozwój czy poszerzanie świadomości. Muszą najpierw uzyskać zaspokojenie podstawowych potrzeb, a także minimum psychologicznego bezpieczeństwa po to, żeby móc „oprzytomnieć”, odwrócić wzrok od realnych, czy urojonych zagrożeń i wykorzystać zaoszczędzoną w ten sposób rezerwę energetyczną do poruszania się na meta poziomie. To jest podstawowy powód, dla którego pozwalamy sobie na taką manipulację. Zdajemy sobie sprawę z tego, że jeśli ktoś nie może sam zaspokoić swoich potrzeb i nagle pojawia się skuteczne, dobre i prawie bezwarunkowe źródło zaspokojenia tych potrzeb, to nieuchronnie prowadzi to do zależności. Osoba taka zaczyna wiązać się z tym źródłem, z tą osobą, a konsekwencją jest uruchomienie całego procesu przeniesieniowego, rzutowanie nierealnych oczekiwań i rozwój terapeutycznej relacji emocjonalnej. Oczywiście mówiąc o tym celowo upraszczam i przejawiam żeby być jednoznacznie rozumianym, ale proszę pamiętać, że proces ten trwa wiele miesięcy, a czasem lat, po drodze zdarza się mnóstwo kryzysów, zawodów, prób sprawdzania i niepowodzeń. Moim zdaniem jest tylko kwestią umowy, czy nazwiemy to psychoterapią, czy wstępnym etapem motywowania do zmiany. My psychoterapią nazywamy taką więź między terapeutą i pacjentem, gdzie w wyniku powstałej relacji emocjonalnej następuje proces odblokowywania kolejnych potencjałów emocjonalnych, uwalniania nowych możliwości i weryfikowania oczekiwań i dotychczasowych sposobów radzenia sobie pacjenta ze swoimi problemami psychicznymi i życiowymi. Jest rzeczą oczywistą, że człowiek, który radzi sobie z sobą samym, funkcjonuje również sprawniej w realnych sytuacjach życiowych.

Przejdę teraz do omówienia potencjalnych zagrożeń wynikających z takiego rodzaju postępowania jakie realizujemy wobec naszych pacjentów, przynajmniej tych zagrożeń, których jesteśmy świadomi. Terapeuta, który wchodzi w taki związek z człowiekiem, z rodziną, a czasami nawet z grupą społeczną, zyskuje ogromną władzę, możliwość olbrzymiego wpływu, a co za tym idzie możliwość wykorzystywania i **NADUŻYWANIA WŁADZY**. Nie będę się zajmował sytuacją, kiedy ktoś robi to świadomie. Chcę powiedzieć o konsekwencjach nadużywania władzy, gdy dzieje się to bez świadomości skutków.

Pierwszym zagrożeniem jest **DOMINACJA**, czyli nieświadome narzucanie własnych decyzji i kształtowanie sytuacji niezgodnie z gotowością i wolą pacjenta w stopniu większym niż jest to niezbędne. Ja nie wiem gdzie tę granicę ustalić, żeby było jasne kiedy nadużywamy władzy, kiedy korzystamy z niej więcej niż jest to konieczne dla ochrony tego człowieka albo jego otoczenia. Złudzeniem jest poczucie, że granica ta wynika z mojej umowy z pacjentem. Sytuacja jest taka jakbym umawiał się z kimś w więzieniu. Mój klient ma bardzo ograniczony wybór i na wiele rzeczy zgodzi się byleby np. nie trafić do więzienia, albo nie mieć gorszych warunków, niż ma. Nieistotne jest, czy my się umawiamy, czy nie, bo jego wybór jest według mnie tylko grą.

Drugim takim niebezpieczeństwem jest **INDOKTRYNACJA**. Mamy z tym do czynienia zawsze w tego typu relacjach, kwestią jest czy mam tego świadomość, czy nie, czy kontroluję to i czy stosowanie indoktrynacji jest czymś poważnie uzasadnione. W sytuacji, gdy pracujemy z dziećmi czy z młodzieżą w pewnym wieku, nie sposób uchronić się od modelowania pacjentów, a być może byłoby nierozsądne unikanie przekazywania pewnych wzorców. Można np. uczyć ich co jest dobre, a co złe, albo uczyć ich stawiania i rozstrzygania samemu pytań itp. Nie jest przypadkiem czego się

uczy. Jeśli mówię tutaj o indoktrynacji jako zagrożeniu, to w sensie kształtowania kogoś bardziej niż jest to merytorycznie uzasadnione.

Kolejnym zagrożeniem jest DEMORALIZACJA (nie chodzi mi tutaj o moralność tylko o morale), czyli zagrożenie uzależnieniem przez niepotrzebne wyręczanie. Powoduje to znaczne obniżenie poziomu własnej odpowiedzialności tych osób za swoje życie, za swoje wybory i za konsekwencje tych wyborów. Według mnie każda pomoc niesie ze sobą zagrożenie tego typu demoralizacji i w konsekwencji nadwątlenia czyjejś odpowiedzialności. Jest kwestią rozumu, sumienia, czy serca, jaką pomoc ktoś uzna za niezbędną, jaka pomoc jest takim „dokarmianiem”, ratującym życie, a jaka jest już niepotrzebnym uzależnieniem.

Kolejne zagrożenie to wzbudzanie a potem ZAWODZENIE OCZEKIWAŃ. Ta sprawa jest w naszym zespole szczególnie podkreślana, bo mamy przekonanie, że bardzo wiele utrwalonych problemów ludzi bierze się właśnie z zawiedzionych oczekiwań. Ja rozumiem, że każdemu może się zdarzyć wzbudzić jakieś oczekiwanie, a potem okazuje się, że to jest niemożliwe do realizacji. Zdaję sobie także sprawę z tego, że wielu pacjentów oczekuje od nas rzeczy, których nigdy w życiu im nie obiecaliśmy. Ale profesjonalny terapeuta powinien o tym wiedzieć, uwzględniać to w swoim postępowaniu i neutralizować skutki, także zabiegać o to, aby czyjeś oczekiwania wobec nas były realistyczne i adekwatne. Trzeba sobie jasno powiedzieć, że sposób naszego postępowania, to wszystko, od czego zaczynamy w kontakcie z pacjentem, jest rodzajem oszustwa. My udajemy dla tego człowieka kogoś zupełnie innego niż jesteśmy gotowi być na dłuższą metę. Więc nieuchronnie budzimy różne oczekiwania, a potem nieuchronnie zawodzimy je. Chodzi jednak o zachowanie tej rozsądnej granicy. Postępujemy tak, bo nie znamy innego sposobu, który w stosunku do tych osób byłby porównywalnie skuteczny.

Kolejne bardzo poważne zagrożenie to skutki PRERWANIA TERAPII. Z naszego punktu widzenia nie ma znaczenia czy to my się wycofujemy z terapii, czy ktoś się wycofa. Trzeba jednak w tym momencie pamiętać, że jest to osoba realnie od nas uzależniona, na której życie mamy wielki wpływ, u której sprowokowaliśmy już jakiś proces emocjonalny, w wyniku którego straciła ona wiele swych dotychczasowych, rutynowych mechanizmów obronnych. Straciła część z nich lub są one poważnie osłabione, ponieważ znalazła się w szczególnej sytuacji korekcyjnej, takiej, która odbiega od normalnego życia. Moim zdaniem dzieje się to w każdym procesie terapeutycznym, acz nie zawsze konsekwencje są tak wyraziste. Przykładem może być dzieciak z grupy kontrkulturowej, który dobrze w niej funkcjonował. W jego historii życia był to pierwszy układ nie tylko społeczny, ale też emocjonalny, który był dla niego na tyle podtrzymujący, że dzięki niemu żyje. Grupy takie stanowią problem z punktu widzenia społecznego, ale dla tych dzieci jest to bardzo często psychiczny i życiowy ratunek. Podejmując interwencję wobec takiego dzieciaka, doprowadzamy do jego wyjścia z grupy w taki sposób, że już nie bardzo może do niej wrócić. Także to, co się z nim w międzyczasie stało, co zobaczył i zrozumiał, też uniemożliwia mu powrót. Jeśli w takim momencie coś nam się nie udaje (np. nie zdobyliśmy pieniędzy na kontynuację programu albo popełniliśmy jakiś błąd), albo on się wycofuje, to prognozy dla tego człowieka są dość kiepskie. Dla losów tych ludzi nie ma większego znaczenia na kogo da się zrzucić odpowiedzialność. Zdarzają się też takie problemy, o których wspominaliśmy już przy okazji terapii rodzinnej, że pracując z ludźmi, którzy prowokują wiele sytuacji groźnych nie tylko dla siebie, ale i dla innych, jesteśmy w sytuacji wyboru pomiędzy chronieniem pacjenta, a chronieniem jego otoczenia. Nie ma w większości wypadków żadnego dobrego wyjścia, jest tylko wybór mniejszego zła.

Jeśli chodzi o sposoby radzenia sobie z tymi wszystkimi problemami etycznymi, to niestety nie mamy żadnych rewelacji. Po pierwsze staramy się, szczególnie w stosunku do młodych osób, które się uczą zawodu, zabiegać o to, aby odróżniały przyjaźń od przyjacielskości tzn. żeby odróżniały zaangażowanie się wobec drugiego człowieka od zaangażowania się w jego problemy. Wydaje się, że każda osoba nawet intuicyjnie wyczuwa czy ktoś szuka z nią kontaktu jako z osobą, czy ktoś szuka z nią kontaktu ze względu na np. pomoc czy rozwiązanie jakiegoś problemu. To jest bardzo ważne rozróżnienie moim zdaniem. Ale niektórzy, szczególnie początkujący terapeuci mają tendencję do szukania w kontakcie z pacjentem aprobaty, sympatii czy przywiązania. Robią to z różnych powodów: niewiedzy, niezrozumienia, ale też z potrzeby dowartościowania się. W ten właśnie sposób produkują nieadekwatne oczekiwania angażując się i koncentrując nie tylko na problemach tego

człowieka, ale także na nim samym. I znów problemem jest gdzie leży ta granica, żeby to miało sens, bo przecież koncentrowanie się tylko i wyłącznie na czyichś problemach z pominięciem osoby też jest błędem. Nie znam jednoznacznych rozwiązań tego i innych problemów. Sygnalizuję tylko co należałoby objąć refleksją. Jak już mówiłem, staramy się także udzielać pomocy tylko niezbędnej aby ten proces ruszył, proces budzenia w kimś świadomości, odpowiedzialności, formułowania własnych celów, podejmowania własnych, dojrzałych decyzji. Proponujemy też różne formy pracy grupowej (terapia grupowa, grupy wsparcia, praca z rodzinami), żeby pacjent nie „wisiał” tylko na jednym terapeutce, żeby źródłem oparcia, czy źródłem poznania nowych doświadczeń, była nie tylko relacja terapeutyczna, ale też inne relacje z innymi ludźmi, które mogą być korekcyjne.

Wszystkim tym działaniom towarzyszy wstępna i bieżąca edukacja członków zespołu terapeutycznego oraz trening własny. Staramy się aby każdy w naszym zespole był w jakiejś grupie superwizyjnej lub miał indywidualny układ superwizyjny. Najczęściej, jeśli to tylko możliwe, pracujemy w zespołach przynajmniej dwu - osobowych, aby mieć możliwość szybkiej wymiany myśli i refleksji. Dużo też czasu poświęcamy omawianiu w zespole tego, co robimy, z czym się borykamy, czego nie rozumiemy. Daje nam to możliwość oparcia i pracy z własnymi problemami emocjonalnymi czy etycznymi, od których nie jesteśmy wolni w trakcie naszej pracy.

Na zakończenie chciałbym powrócić do porównania omówionego tu sposobu pracy i wynikających z niego problemów klinicznych i etycznych, do sytuacji nawiązywania kontaktu i zawierania kontraktu w klasycznej psychoterapii gabinetowej. W mojej własnej praktyce psychoterapeutycznej z umotywowanymi pacjentami oraz w doświadczeniach wielu moich kolegów z którymi udało mi się otwarcie rozmawiać o tym, wszystkie te problemy i wątpliwości pojawiają się na codzień. Występują tylko w znacznie mniejszym stopniu i mają znacznie mniej dramatyczne skutki. Bardzo rzadko zdarza mi się pacjent, który naprawdę i to na wstępie zainteresowany jest pogłębieniem i poszerzeniem własnej świadomości oraz wsparciem w wynikających z tej świadomości zmianach swojego funkcjonowania. Z reguły oczekuje tylko ulgi w dolegliwościach, pomocy w uniknięciu konsekwencji własnego postępowania, potwierdzenia własnych racjonalizacji lub przerwania odpowiedzialności za własne problemy i wybory na swoich bliskich. Prawie zawsze muszę podjąć pewną grę udając, że się na to godzę (np. nie mówiąc jasno jak rozumiem jego oczekiwania i na co naprawdę jestem gotów), albo nie będzie on skłonny podjąć kontaktów ze mną. Oczywiście w gabinecie zaspokajam jego potrzeby psychiczne a nie życiowe, ale wydaje mi się to raczej różnicą ilościową niż jakościową.

Opracowanie: Małgorzata Maj - Nęcka