****

**Bohdan T. Woronowicz M.D., Ph.D.**

**Trudni pacjenci**

Zanim zaczniemy przyglądać się tzw. „trudnym pacjentom” należałoby odpowiedzieć sobie na pytanie czy są w ogóle „łatwi pacjenci” wśród tych, którzy zgłaszają się do nas po pomoc, gdyż nie radzą sobie ze swoim uzależnieniem. Moim zdaniem „łatwych pacjentów” nie ma. Czasami wydaje nam się, że któryś z pacjentów wszystko rozumie, wykonuje wszystkie nasze zalecenia, sprawia wrażenie, że już dobrze wie jak ma dalej postępować, a tymczasem wkrótce po „zaliczeniu” podstawowego programu psychoterapii uzależnień wraca do picia, brania czy grania. Był dla terapeutów „łatwym” i nie sprawiającym kłopotów pacjentem, bo dobrze wiedział, jak zachowywać się podczas terapii, żeby terapeuta był zadowolony i usłyszał to co chciałby usłyszeć. Okazało się, że w relacji z terapeutami nie był prawdziwy, swoje prawdziwe poglądy ukrywał, a „swoje wiedział”. Inny z kolei pacjent „trudny”, bo „krnąbrny” i kontestujący, ale za to prawdziwy, który wielokrotnie sprawiał kłopot swoją postawą okazywał się wspaniałym „sukcesem terapeutycznym. Dlatego lepiej będzie, kiedy nie będziemy oceniali pacjentów i dzielili ich na tych „łatwych” i tych „trudnych”.

Nie ulega natomiast wątpliwości, że z jednym pacjentem pracuje nam się łatwiej a z innym trudniej, że jeden pacjent stosuje się do obowiązujących w placówce norm a inny nie, jeden wykonuje sumiennie zlecane zadania a inny „miga się”, jeden zgłosił się na terapię pod dużą presją a inny rzeczywiście poszukiwał pomocy.

Bardzo często zgłaszają się do nas osoby, które uważają, że leczenie nie jest im zupełnie potrzebne, bo nie są chore. Należą do nich tzw. wysoko funkcjonujacy alkoholicy (HFA – ang. High Functioning Alcoholic), których bliscy i współpracownicy chronią przed ponoszeniem konsekwencji picia i tym samym uniemożliwiają zauważenie problemów wynikających z picia. Amerykański National Institute for Alcohol Abuse and Alcoholism) szacuje, że niemal co piąta osoba uzależniona od alkoholu to właśnie HFA.

Sporadycznie trafiają też osoby, które nie są uzależnione, lecz zgłaszają się do poradni lub oddziału terapii uzależnień „na przeczekanie” bądź w celu „schowania się”, traktując to jako formę ucieczki od problemów czy w celu zapewnienia sobie alibi. Spotykałem też osoby z poważnymi problemami psychiatrycznymi, które bardzo chciały leczyć się ze swojego wydumanego uzależnienia od alkoholu. Musiałem im długo tłumaczyć, że nie kwalifikują się do tego rodzaju leczenia. Podobnie bywa z osobami upośledzonymi umysłowo z tym, że jeżeli upośledzenie jest niewielkie, to można spróbować włączyć taką osobę do standardowego programu psychoterapii uzależnień jednocześnie uważnie ją obserwując, czy daje sobie radę i czy niej staje się obiektem drwin ze strony niektórych współpacjentów.

Wśród pacjentów sprawiających problemy podczas leczenia spotykamy często osoby sprawne intelektualnie, które same zajmują się zawodowo udzielaniem pomocy, przyzwyczajone są do uczenia lub pouczania innych albo do komentowania i interpretowania wydarzeń. Będą to m.in. lekarze, psychologowie, nauczyciele, dziennikarze czy osoby duchowne. Osoby te często próbują wchodzić w rolę terapeuty, rywalizują z terapeutą, komentują jego decyzje, a nawet pouczają. Na wszelkie tego rodzaju próby ingerowania w przebieg spotkań terapeutycznych należy reagować natychmiast, wyraźnie określając podział ról i wyznaczając granicę, której nie wolno pacjentowi przekraczać. A później konsekwentnie tej granicy pilnować.

Spotykamy też osoby wymagające specyficznego traktowania podczas terapii np. osoby bardzo młode czy osoby w wieku podeszłym albo kobiety, szczególnie wówczas, kiedy trafiają do grupy złożonej prawie wyłącznie z samych mężczyzn. Podobnie, więcej uwagi trzeba poświęcić osobom bezdomnym oraz osobom o odmiennej orientacji seksualnej, gdy dzieje się to w społeczeństwie o wysokim stopniu homofobii i braku tolerancji.

**Młodzi ludzie**

Istotny wpływ na stosunek młodzieży do alkoholu ma nie tylko środowisko rodzinne i rówieśnicze, ale również reklamy. W niektórych krajach telewizyjne reklamy piwa narzucają nieodparte skojarzenia z dobrą zabawą. Młodzież zauważa więc w pierwszym rzędzie zabawę, a nie alkohol. Szerzy to fałszywe przekonanie, że piwo nie jest alkoholem. Do picia piwa zachęcają też różne znane osoby, symbole sukcesu (w tym również sportowcy) sprzedając telewizji swoje twarze do reklam. Są to celowe chwyty przyczyniające się do lepszego biznesu, niestety kosztem poziomu świadomości społecznej.

Wychodząc z założenia, że młody człowiek, który trafia do placówki czy specjalisty terapii uzależnień, zaczął stosunkowo niedawno używać alkoholu w celu poradzenia sobie z jakimiś problemami życiowymi, należy w pierwszej kolejności starać się zidentyfikować te problemy i podjąć próbę ich konstruktywnego oraz bezpiecznego rozwiązania. Konfrontowanie nie jest na tym etapie najlepszym rozwiązaniem. Motywowanie do podjęcia terapii nie powinno więc, na samym początku, koncentrować się na wykazaniu strat spowodowanych przez alkohol, bo jest ich jeszcze niewiele i młody człowiek nie traktuje ich zbyt poważnie. Chodzi raczej o pokazanie, że można radzić sobie z problemami w sposób inny niż korzystając z „pomocy” alkoholu. Nie należy również, w początkowej fazie leczenia, „etykietować” i używać słowa alkoholik, bo z jednej strony wzbudza to opór u młodego człowieka, a z drugiej może pogłębić negatywną ocenę samego siebie. Przypadki przerwania abstynencji powinny być bardzo szczegółowo analizowane i na ich przykładzie powinien być przygotowany indywidualny program postępowania w trudnych i zagrażających powrotem do picia sytuacjach.

Ważnym elementem terapii jest współpraca z najbliższą rodziną, w której jest okazja do skorygowania niektórych niewychowawczych zasad. Rodzina ma przeważnie tendencję do minimalizowania problemu i bronienia swojego dziecka. Należy też wiedzieć, że kiedy już zdecyduje się na udział w terapii, razem ze swoim dzieckiem, przechodzi przez kolejne fazy uświadamiania sobie problemu. Zaczyna się od fazy niedowierzania (i często zaprzeczania), poprzez fazę obwiniania siebie za zaistniałą sytuację do fazy przystosowania się, polegającej na pogodzeniu się z faktem ewentualnego uzależnienia dziecka (o ile już do tego doszło); wtedy przestaje się oczekiwać na cudowne uzdrowienie, zmniejsza się poczucie winy i może się zacząć konstruktywna współpraca rodziny i terapeuty na rzecz młodego pacjenta.

**Osoby w „jesieni życia”**

U osób w wieku podeszłym spotykamy dość często zmiany organiczne w obwodowym układzie nerwowym charakteryzujące się zaburzeniami poznawczymi (otępiennymi) o różnym nasileniu oraz zmianami osobowościowymi (charakterologicznymi). Nierzadko też spotykamy u skłonność do nadużywania alkoholu, prowadzącą niekiedy do uzależnienia. Problemy zdrowotne komplikuje dodatkowo przewlekłe przyjmowanie leków z powodu różnych chorób somatycznych. Większe predyspozycje do sięgania po alkohol mają ludzie samotni, a wśród nich osoby owdowiałe oraz chorujące. Poszukiwanie ulgi w alkoholu dotyczy w ogóle osób, które znalazły się w niekorzystnej sytuacji życiowej, zarówno w młodszym, jak i starszym wieku.

Stopniowe pogarszanie się stanu zdrowia, osłabienie zdolności poznawczych, wzroku i słuchu, osłabienie lub zaniki pamięci, ograniczenia ruchowe wynikające z degeneracji lub stanów zapalnych stawów czy osteoporozy wpływają niekorzystnie na ogólne samopoczucie. W celu chwilowej poprawy i złagodzenia dolegliwości bólowych sięga się coraz częściej po alkohol. Innym powodem bywa utrata bliskiej osoby, a w konsekwencji samotność i nagła zmiana sytuacji społecznej i materialnej. Takie zdarzenia nierzadko prowadzą do wystąpienia objawów zespołu depresyjnego i „leczenia się” przy pomocy alkoholu. Poważnym przeżyciem jest także przejście na emeryturę, kiedy to wiele osób reaguje na nową sytuację depresją i sięganiem po leki czy alkohol.

Wśród tych osób można wydzielić dwie grupy. Grupa pierwsza to osoby, u których problem alkoholowy ma długą historię, niekiedy „od młodości”. Jakoś jednak przetrwały i w późnym wieku traktowane są jako „niedobitki”, bowiem wielu ich rówieśników już nie żyje w związku z różnego rodzaju następstwami szkodliwego picia lub uzależnienia od alkoholu. Tę grupę bardzo łatwo zidentyfikować, szczególnie w gabinecie lekarskim, ponieważ większość z nich ma poważne problemy zdrowotne takie jak np. marskość wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki, utrwalone nadciśnienie tętnicze, zapalenie wielonerwowe, encefalopatię, otępienie czy inne stany wynikające ze szkodliwego używania alkoholu. Pozostała grupa pijących seniorów to osoby, które zaczęły pić alkohol w dużych ilościach w wieku późniejszym, nierzadko w wyniku stresów związanych z procesem starzenia się i ograniczeniami późnego wieku.

Starsze osoby, pijące alkohol, ich rodziny czy przyjaciele mogą błędnie przypisywać efekty działania alkoholu procesowi starzenia się, przewlekłej chorobie lub działaniu ubocznemu przyjmowanych leków. Lekarze są skłonni przypisywać skutkom starzenia się takie objawy jak: zaburzenia poznawcze, niedożywienie bądź częste upadki, nie rozpoznając zjawiska nadużywania czy uzależnienia od alkoholu. Podobnie, wielu lekarzy uważa, że występowanie objawów depresyjnych u starszych osób jest jednym z symptomów starzenia się i nie traktuje ich jako zaburzenie, które należy leczyć.

Pomoc osobom w „jesieni życia” powinna różnić się nieco od pomocy udzielanej innym osobom z zaburzeniami używania alkoholu. Z badań wynika, że wiek jest sam w sobie istotnym czynnikiem wpływającym na nasilenie objawów alkoholowego zespołu abstynencyjnego. Z tego powodu osoby starsze mogą wymagać dłuższego niż młodzi okresu detoksykacji przed rozpoczęciem programu psychoterapii, jak również dawka benzodiazepin potrzebna do opanowania objawów abstynencyjnych powinna być u nich większa niż u młodych pacjentów. Z badań naukowych wynika, że najlepszy efekt terapeutyczny uzyskiwały osoby po 54 roku życia biorące udział w niekonfrontacyjnych, odbywających się raz w tygodniu, sesjach grupowych poświęconych głównie socjalizacji i wsparciu. Stwierdzono także, że pacjenci w wieku podeszłym uczestniczyli w ponad dwukrotnie większej liczbie sesji i ponad czterokrotnie częściej brali udział w całym programie leczenia niż osoby leczone w standardowych grupach dla osób w różnym wieku.

**Kobiety**

Z badań wynika, że kobiety decydują się na podjęcie leczenia po około siedmiu latach intensywnego picia, tj. około dwukrotnie wcześniej niż mężczyźni. Stosunek liczby kobiet leczonych do liczby leczonych mężczyzn jest znacznie mniejszy niż stosunek liczby uzależnionych od alkoholu kobiet do liczby uzależnionych mężczyzn.

Podczas terapii należy uwzględniać dodatkowe i specyficzne dla kobiet czynniki, które mogą wpływać na przebieg terapii. Najpoważniejszymi przeszkodami w leczeniu uzależnionych kobiet może być, z jednej strony sprzeciw rodziny, która ukrywa problem przed otoczeniem, a z drugiej poczucie wstydu i winy uzależnionej kobiety, bowiem przyznanie się do uzależnienia może być traktowane jako dowód na niewywiązywania się z roli matki czy żony. Dochodzi też lęk przed wykryciem zaniedbywania swoich dzieci i obawa przed ich utratą, a także trudności w zapewnieniu opieki nad dzieckiem w razie konieczności udania się na leczenie stacjonarne. Trzeba też mieć świadomość, że sprawy istotne dla kobiet mogą być pomijane, ponieważ większość uczestników grupy terapeutycznej stanowią najczęściej mężczyźni. Dodatkowo należy wiedzieć, że kobiety preferują terapię indywidualną i do tego w warunkach bardziej kameralnych, głównie pragnąc uniknąć społecznego piętna „alkoholiczki” Mogą też unikać mężczyzn-terapeutów, ponieważ w przeszłości padały ofiarą mężczyzn (były bite, gwałcone itp.). Do tego, mniej chętnie niż mężczyźni dzielą się z innymi osobami informacjami o doświadczanych problemach. Wyjątkowo trudne w procesie leczenia może być dla kobiet nauczenie się umiejętności koniecznych do zerwania związku z mężczyzną, który pije, stosuje przemoc lub/i wykorzystuje ją.

Programy terapii uzależnienia od alkoholu były opracowywane głównie z myślą o mężczyznach. Jednym z elementów terapii jest konfrontacja z objawami uzależnienia oraz stratami, które zostały spowodowane przez picie alkoholu. Zbyt duży nacisk na te elementy w początkowych etapach terapii może zniechęcić wiele kobiet do leczenia. Wiadomo, że liczne problemy wynikające z nadużywania alkoholu przez kobiety wykracza poza stereotyp kobiety jako matki oraz opiekunki. Kobiety w obecności mężczyzn ukrywają wiele spraw ze wstydu i z obawy przed napiętnowaniem, opracowano więc programy lecznicze przeznaczone wyłącznie dla kobiet. Programy te uwzględniają problemy seksualne kobiet, m.in. wykorzystywanie, kazirodztwo, leczenie zaburzeń seksualnych, a także radzenie sobie z przemocą, uczenie roli związanej z płcią, rozwijanie umiejętności rodzicielskich, wzmacnianie siły i kompetencji, pomoc prawną, oraz kierowanie do kobiecych grup wsparcia. Kobiece grupy terapeutyczne są dla nich bardziej korzystne niż koedukacyjne, ponieważ uczestniczki czują się w nich bardziej bezpiecznie, bardziej wspierają się wzajemnie, odpada kwestia rywalizacji o zainteresowanie ze strony mężczyzn. Są też bardziej skłonne konfrontować siebie wzajemnie we „własnym gronie”. Zaobserwowano, że kobiety znacznie chętniej podejmują leczenie w takich programach i robią to na wcześniejszych etapach rozwoju choroby. Jednocześnie do tych programów zgłasza się (w porównaniu z programami koedukacyjnymi) więcej alkoholiczek i narkomanek, które są lesbijkami bądź były w dzieciństwie lub są nadal wykorzystywane seksualnie.

*Osoby bezdomne*

Należy pamiętać o tym, że stosunek osób bezdomnych do leczenia jest najczęściej negatywny m.in. dlatego, że ich dotychczasowe doświadczenia z kontaktów z placówkami ochrony zdrowia są złe lub bardzo złe. Spotykali się bowiem często z pogardą, lekceważeniem, a nawet z bezwzględnością i brutalnością. Jeżeli nawet uda się taką osobę nakłonić do podjęcia leczenia to na pierwszym etapie powinien to być podstawowy program psychoterapii uzależnień prowadzony w warunkach stacjonarnych, umożliwiających odizolowanie się od dotychczasowego (ulicznego) środowiska. Po zakończeniu takiego programu problemem staje się kontynuacja leczenia w warunkach ambulatoryjnych z powodów mieszkaniowych i w związku z grożącym powrotem do patologicznego środowiska, które ośmiesza wszelkie próby poradzenia sobie z problemem dotyczącym alkoholu czy narkotyków. Z tego powodu terapia uzależnienia u osób bezdomnych musi być ściśle powiązana z realizacją programu wychodzenia z bezdomności i powinna uwzględniać udzielenie pacjentowi pomocy socjalnej, a przede wszystkim w znalezieniu bezpiecznego tzn. niepijącego środowiska. Grupy Anonimowych Alkoholików czy Narkomanów mogą spełniać bardzo pożyteczną rolę jako naturalny system wsparcia i pomocy wzajemnej.

**Osoby o odmiennej orientacji seksualnej**

### W nietolerancyjnych społeczeństwach panuje zacofane przekonanie, że homoseksualizm jest sprawą wyboru, zachowania LGBT są grzeszne i „zboczone”, a osoba o odmiennej orientacji seksualnej jest „zboczeńcem oraz dewiantem” stanowiącym zagrożenie dla „normalnej” rodziny, Z tego powodu osoby LGBT muszą liczyć się z tym, że ze strony niektórych pacjentów spotkają je negatywne, a nawet wrogie postawy. Rolą profesjonalnych terapeutów jest absolutna niezgoda na wszelkie przejawy dyskryminacji czy szykan ze strony jednych pacjentów przeciwko innym. Dotyczy to nie tylko stosunku do LGBT, ale do wszystkich rodzajów odmienności, jakie mogą wystąpić w społeczności terapeutycznej podobnie, jak występują w każdym społeczeństwie.Rola dla personelu profesjonalnego jest tu niezwykle ważna, bowiem pacjenci — wszyscy bez wyjątku — powinni otrzymywać wyłącznie wiedzę opartą o podstawy naukowe oraz odbywać terapię w warunkach maksymalnie bezpiecznych.

### Wśród pacjentów zdarzają się osoby, które mają już za sobą tzw. *coming out*, czyli ujawnienie własnej orientacji seksualnej i od początku nie ukrywają tego faktu, ale zdarzają się też osoby, które do końca terapii nie ujawniły jej. Można próbować przekonywać, że byłoby dobrze ujawnić tę tajemnicę, bo wówczas łatwiej będzie mówić o swoich wstydliwych sprawach. Trzeba jednak szanować decyzję pacjenta i nie wymuszać zmiany podejścia do tego problemu. Moje doświadczenie jako lekarza mówi mi, że osoby o odmiennej orientacji mogą brać udział w standardowych programach psychoterapii uzależnień, ale warto też poszukać dla nich możliwości nawiązania kontaktu z osobami LGBT już po przejściu terapii i zdrowiejącymi z uzależnień. Byłem świadkiem sytuacji, kiedy pacjent podchodził z ogromnymi obawami do swojego *coming outu* przed grupą, natomiast po jego dokonaniu okazywało się, że pacjenci gratulowali mu odwagi i okazywali zrozumienie, a nawet podziw.

Mówiąc o tzw. „trudnych pacjentach” powinniśmy rozważyć, czy to pacjent jest tak bardzo trudny, czy może terapeuta ma zbyt mało doświadczenia lub umiejętności.

***ad@batory.org.pl***