

Anna Bakuła

Rok: 2004

Czasopismo: Świat Problemów

Numer: 5

Praca z pacjentem we wstępnej fazie leczenia jest moim zdaniem najtrudniejszym fragmentem naszej pracy terapeutycznej, wymagającym dużej wiedzy z zakresu uzależnienia, umiejętności psychoterapeutycznych, a także zwykłego ludzkiego rozumienia cierpienia, wstydu i bólu drugiego człowieka. Pacjent wymaga wówczas nie tyle towarzyszenia mu, ile zręcznego przeprowadzenia przez najgorsze: przez udrękę zespołu abstynencyjnego i głodu alkoholowego, przez wstyd z powodu przyścia do poradni i wiele innych przeżyć.

Nieumiejętne podejście do pacjenta zaczynającego trzeźwieć - zasypywanie go fachowymi pytaniami, wypełnianie kwestionariuszy i testów w pierwszym kontakcie, wmawianie mu, że skoro zgłosił się do poradni, jest uzależniony od alkoholu, twierdzenie, że coś musi albo powinien, że to wstyd pić i nic ze sobą nie robić - wszystko to są ogromne błędy, które mogą spowodować, że pacjent już do nas nie wróci. Co można zrobić, aby pierwsze spotkania z uzależnionym pacjentem spowodowały, że utrzyma się w terapii? To może oczywiście, ale najważniejsze jest nawiązanie ze zgłaszającym się dobrego kontaktu. Trzeba więc dobrze rozumieć, w jakim stanie fizycznym i psychicznym zgłasza się do nas człowiek, który zapewne ma problem z piciem alkoholu, bo do takiej właśnie poradni przyszedł.

Dobre rozumienie pacjenta wymaga doskonałej znajomości choroby alkoholowej, zarówno jej aspektu fizycznego, jak psychicznego.

Znajomość mechanizmów uzależnienia pozwala na spokojne słuchanie, jakie mechanizmy obronne chronią jego picie, i na rozumienie, jak bardzo potrzebuje on doznać uspokojenia, z czym przyszedł i czego od nas oczekuje.

Najczęściej pierwszorazowi pacjenci przestali pić krótko przed przyjściem

do poradni. Sama decyzja przyjscia związana jest zwykle z jakimś czynnikiem zewnętrznym: może to być namowa kuratora sądowego, którego żona wezwała po ostatnim picu, namowa żony lub postawiony przez nią warunek, że inaczej odejdzie; może pracodawca zagroził wyrzuceniem z pracy lub lekarz rodzinny powiedział, że pacjent umrze, jeśli nie przestanie pić, taki jest stan jego wątroby, może kolejna detoksykacja w szpitalu itd. Motywacja do leczenia jest czysto zewnętrzna i nie jest to żadna własna decyzja, a przecież wiemy z doświadczenia, jak bronimy się, kiedy ktoś czegoś od nas wymaga czy żąda, a my tego nie chcemy. Robimy wtedy nie to, co powinniśmy robić, a potem tłumaczymy to na różne sposoby, przerzucając winę na coś lub kogoś innego. Tak samo myśli nasz pacjent: że pracodawca złośliwie przysłał go do poradni, przecież inni też piją, żona się czepia, sama wywołała awanturę, a lekarz przesadza.

Dodatkowo złe samopoczucie, lęk, nudności, zmęczenie wywołane bezsennością, pocenie się i różne inne dolegliwości zespołu abstynencyjnego sprawiają, że siedzący przed nami człowiek myśli głównie o tym, aby doznać ulgi w cierpieniu. Ulgi szybkiej, natychmiastowej. My natomiast oferujemy coś, co jest dla niego w tym momencie mniej korzystne - musi czekać na poprawę stanu somatycznego i psychicznego.

Pamiętajmy, że jeśli pacjent przestał pić wczoraj, to wszystko go boli, ciało i dusza, jest przygnębiony, może ma myśli samobójcze, jest przerażony i zagubiony. I dlatego chce mu się pić - od dawna zapija wszystkie negatywne stany emocjonalne. Na początku zacznijmy więc rozmowę, oczywiście wokół jego picia, ale bez wyciągania testów lub innych papierów w poradni (w Ostrowi Mazowieckiej w pierwszym kontakcie zakładamy jedynie czołówkę historii choroby). Powinniśmy też zadbać o to, aby nasze wypowiedzi były jasne, krótkie, konkretne - zaburzenia koncentracji uwagi sprawiają, że pacjentowi bardzo trudno się skupić.

Pierwszy kontakt to właściwie życzliwa i cierpliwa rozmowa, pochylenie się

nad człowiekiem, danie mu nadziei na lepsze samopoczucie. Ale ważne jest również pokazanie mu, że w związku ze swoim piciem czuje się tak źle fizycznie i psychicznie oraz ma tyle problemów, z którymi już od dawna sobie nie radzi. Nie dlatego pije, że ma problemy, lecz odwrotnie - ma problemy, ponieważ pije.

Ważne jest, aby dobrze ocenić stan fizyczny pacjenta. Jeżeli jest on w silnym zespole abstynencyjnym, trzeba pomyśleć o detoksykacji. Jeśli w wywiadzie były stany deliryjne lub majaczeniowe, psychozy, epilepsja - wówczas bezwzględnie wymagana jest konsultacja lekarska i zapewne również detoksykacja. Ci, którzy będą spędzać w domu czas potrzebny na odtrucie organizmu, powinni dostać od nas wskazania. Wiem, że alkoholicy to mistrzowie leczenia objawów odstawienia, ale naszym zadaniem jest również udzielenie im porady, jak wytrwać do następnej wizyty i nie pójść pić.

Na tym wielu alkoholików kończy „leczenie”. Ci, którzy wracają do poradni, ciągle jeszcze mają problemy somatyczne, są w obniżonym nastroju, mają trudności ze snem, z napięciem, z lękiem. Po postawieniu diagnozy zostają zakwalifikowani do grupy terapeutycznej. W większości placówek odwykowych obserwujemy w grupach wstępnych, że wielu pacjentów wypada z terapii. Dlaczego tak się dzieje? Co możemy zrobić, żeby bardziej skutecznie zatrzymać pacjenta? Przyjrzyjmy się, co utrudnia trzeźwienie we wstępnej fazie terapii.

- Złe samopoczucie fizyczne - dolegliwości wątroby, kłopoty żołądkowe, problemy z ciśnieniem, brak snu, nudności, brak apetytu i inne.
- Złe samopoczucie psychiczne - obniżony nastrój, niepokoje i lęki, trudności z koncentracją uwagi, pamięcią, myśleniem i inne.
- Spiętrzone problemy rodzinne - obrażona małżonka, brak pieniędzy w domu, problemy z dziećmi i wiele innych.
- Problemy w pracy - niechęć szefa, kolegów, utrata pracy, długi w pracy i inne.
- Problemy społeczne - przyjaciele i znajomi podchodzą z dużym dystansem, utrata zaufania, negatywna opinia i inne.

- Silny głód alkoholowy i brak jakiejkolwiek umiejętności radzenia sobie z nim.
- Brak umiejętności dobrego rozumienia tego, co wokół pacjenta się dzieje, pokonywania trudności i problemów oraz wielu innych umiejętności potrzebnych do trzeźwego życia.
- Brak własnej decyzji o trzeźwieniu.
- Silne działanie psychologicznych mechanizmów uzależnienia.
- Brak korzyści z trzeźwienia na tym etapie, co więcej - pojawienie się wielu trudności związanych z trzeźwieniem, takich jak nieprzyjemne stany emocjonalne, spiętrzenie problemów życiowych, złe samopoczucie.
- Nieznajomość podstawowych zasad trzeźwienia, takich jak HALT [*], zasada nietrzymania alkoholu w domu, niechodzenie tam, gdzie piją, i inne.

Są również czynniki utrudniające trzeźwienie, które związane są z terapią lub terapeutą.

- Zbyt trudne zajęcia w grupie wstępnej, nieuwzględniające możliwości percepcyjnych pacjenta w tym momencie; zbyt długie mikrowykłady i w ogóle zajęcia.
- Subiektywne przekonanie terapeuty, że w grupie tego rodzaju tak czy inaczej dużo osób wypada z terapii.
- Powierzenie tej najtrudniejszej grupy najmniej wykształconym terapeutom.
- Praca schematyczna, nudna, bez inwencji terapeuty, gdy - zwłaszcza w przypadku problemów poznawczych - przekazywany materiał powinien być atrakcyjny.
- Często zmieniający się terapeuci na zajęciach grupowych, zamienianie się grupami, zastępowanie wzajemne. Pacjent na tym etapie terapii jest często pełen lęku: boi się ludzi, ich wypowiedzi, ocen. Tym bardziej więc powinien czuć się ze swoim terapeutą bezpiecznie. To właśnie terapeuta często jest pierwszym pomostem pomiędzy nim a trzeźwym życiem.
- Pomijanie zgłaszanych przez pacjenta trudnych problemów i mówienie mu, żeby się tym na razie nie zajmował.

- Słaba znajomość pacjentów, ograniczanie się w kontaktach jedynie do grup. Pacjent na początku trzeźwienia powinien być otoczony opieką, powinien mieć poczucie, że terapeuta zna jego problemy i stara się go zrozumieć.

- Brak stałego motywowania do zmiany, przyjmowanie przez terapeutę założenia, że pacjent już chce nad sobą pracować.

- Słaby program grupy wstępnej ograniczający się do rutynowych mikrowykładów edukacyjnych.

Pacjent stoi okrakiem pomiędzy decyzją o leczeniu się, a decyzją o dalszym picu. Jest bardzo słaby, jego postanowienia również nie są trwałe. Czy zostanie w terapii, to oczywiście kwestia wyboru, ale ten wybór zależy w dużej mierze od naszej oferty terapeutycznej, naszego profesjonalizmu oraz empatii, zdolności do pochylania się nad cierpieniem, umiejętności pomagania i bycia z człowiekiem, który znalazł się w kryzysie.

[*] Skrót od angielskich słów hungry, angry, lonely, tired - głodny, zły, samotny, zmęczony. Niedopuszczanie do takich stanów to główna zasada programu HALT, który powstał w AA.