

czują się dobrze, a lekarz proponuje im rozpoczęcie terapii, gdyż ich układ immunologiczny staje się coraz bardziej zniszczony (w tabeli 2 przedstawiono charakterystykę kategorii klinicznych, a w tabeli 3 – podział infekcji HIV na stadia kliniczne i immunologiczne, zależnie od liczby limfocytów CD4 w krwi obwodowej).

Tabela 2. Charakterystyka kategorii klinicznych.

Charakterystyka kategorii klinicznych	
Kategoria kliniczna A	<ol style="list-style-type: none"> 1. bezobjawowe zakażenie HIV 2. przetrwała uogólniona limfadenopatia 3. ostra (pierwotna) infekcja HIV (ostra choroba retrowirusowa) z towarzyszącymi objawami lub ostra infekcja HIV w wywiadzie
Kategoria kliniczna B	<ol style="list-style-type: none"> 1. objawy ogólne, jeśli nie mogą zostać przypisane żadnej określonej chorobie i utrzymują się przynajmniej przez miesiąc, jak gorączka > 38,5°C lub biegunka utrzymująca się ≥ 1 miesiąc 2. choroby zapalne miednicy, szczególnie gdy powikłane są ropniami jajników lub jajowodów 3. Angiomatosis bacillaris 4. kandydoza jamy ustnej lub pochwy (przewlekłe nawracająca lub źle reagująca na leczenie) 5. dysplazja, rak szyjki macicy (in situ) 6. infekcja Herpes zoster (> 2 dermatomy, > 2 epizody) 7. idiopatyczna czerwienica trombocytopeniczna 8. listerioza 9. leukoplakia włochata jamy ustnej 10. neuropatie obwodowe 11. inne choroby, które nie definiują AIDS, przypisywane infekcji HIV i wskazujące na znaczne upośledzenie odporności komórkowej
Kategoria kliniczna C	<ol style="list-style-type: none"> 1. bakteryjne, powtarzające się zapalenia płuc (2 lub więcej epizodów w czasie 12 miesięcy)* 2. posocznica salmonellozowa, nawracająca 3. zakażenie M. tuberculosis – płuc* lub pozapłucne 4. zakażenie innymi gatunkami lub nie zidentyfikowanymi dotąd mykobakteriami 5. kandydoza przełyku 6. kandydoza oskrzeli, tchawicy lub płuc 7. zapalenie płuc spowodowane P. carinii 8. histoplazmoza (pozapłucna lub rozsiana) 9. kokcydioidomykoza (pozapłucna lub rozsiana) 10. isosporiaza (biegunka utrzymująca się ≥ 1 miesiąc) 11. kryptosporidioza (biegunka utrzymująca się ≥ 1 miesiąc) 12. toksoplazmoza mózgu 13. zakażenie Herpes simplex: przewlekłe owrzodzenia (utrzymujące się ≥ 1 miesiąc), zapalenia płuc, przełyku 14. postępująca wielogniskowa leukoencefalopatia 15. zakażenie wirusem cytomegalii: zapalenie siatkówki z utratą widzenia lub inne lokalizacje (poza wątrobą, śledzioną, węzłami chłonnoymi) 16. encefalopatia związana z zakażeniem HIV 17. zespół wyniszczenia spowodowany HIV 18. mięsak Kaposiego 19. chłoniak immunoblastyczny lub Burkitta, lub pierwotny mózgu 20. inwazyjny rak szyjki macicy

* jednostki dodane do klasyfikacji w roku 1992

Tabela 3. Klasyfikacja stadiów infekcji HIV według Centers for Disease Control and Prevention (CDC – 1992 r.).

Kryteria laboratoryjne (komórki CD4*)	Kryteria kliniczne		
	A bezobjawowa, ostra (pierwotna) infekcja HIV lub PGL*	B choroba objawowa, stany nie należące do A lub C	C choroby wskaznikowe AIDS
1. > 500/ μ l (> 28 proc.)	A1	B1	C1
2. 200 – 499/ μ l (14 – 28 proc.)	A2	B2	C2
3. < 200/ μ l (< 14 proc.)	A3	B3	C3

* PGL – *presistent generalised lymphadenopathy* – przetrwała uogólniona limfadenopatia

Definicja kliniczna AIDS w Polsce obejmuje stadia C1, C2 i C3. W USA rozpoznaje się AIDS także u osób mieszczących się w stadiach A3, B3 (niezależnie od stadium klinicznego).

Obecnie leczenie oferowane jest pacjentom, których liczba komórek CD4 jest niższa od 350/ μ l, niezależnie od liczby cząsteczek wirusa we krwi (wiremii) i pacjentom, których wiremia przekracza 100 000 kopii RNA HIV/ml, niezależnie od liczby komórek CD4. Decyzja o rozpoczęciu terapii antyretrowirusowej jest decyzją bardzo poważną, decyzją na całe życie. Dostępne obecnie leki antyretrowirusowe powinny być stosowane do końca życia pacjenta.

Jednak leki mają działania uboczne, pojawiające się krótko po rozpoczęciu leczenia. Najczęściej są to dolegliwości przewodu pokarmowego (nudności, wymioty, brak apetytu, biegunka), zawroty głowy, osłabienie. Czasem pojawiać się też mogą reakcje uczuleniowe, zaczyna się wtedy problem: jak przyjmować dalej regularnie leki, po których pacjent czuje się gorzej, niż dotychczas? Nawet świadomość, że wraz z czasem zmniejsza się nasilenie objawów niewiele pomaga. Dobry kontakt z lekarzem ułatwia wówczas przetrwanie trudnego okresu, pomaga w uświadomieniu sobie, że leki przyjmowane są po to, by zapobiec wystąpieniu znacznie gorszych infekcji oportunistycznych i nowotworów.

Kolejnym problemem związanym z leczeniem antyretrowirusowym są późne działania uboczne leków antyretrowirusowych. Wraz z czasem ich stosowania poznawane są nowe działania uboczne. Najwcześniej pojawiły się informacje o zaburzeniach gospodarki lipidowej podczas stosowania leczenia, a także redystrybucji tkanki tłuszczowej, polegającej na chudnięciu kończyn i twarzy, a gromadzeniu się tkanki tłuszczowej w jamie brzusznej, a czasem też na karku („byczy kark”). Zdarzają się także zaburzenia gospodarki węglowodanowej, u niewielkiej części pacjentów pojawiać się nawet mogą objawy cukrzycy. Problemem stają się objawy choroby wieńcowej, osteoporoza i inne, rzadkie dotąd schorzenia u osób zakażonych HIV.

Mimo tych wszystkich niedogodności związanych z leczeniem antyretrowirusowym, mimo działań ubocznych, wtrwo pamiętać, iż dopiero od 1996 roku mamy możliwość wpływu na przebieg infekcji HIV. Stadium AIDS nie oznacza już w tej chwili wyroku śmierci, jednak zakażenie HIV nie jest jeszcze banalnym przewlekłym zakażeniem, z którym – dzięki lekom – można żyć długo i szczęśliwie. Dlatego tak ważne jest zapobieganie nowym zakażeniom tym wirusem. Zanim stanie się dostępna szczepionka, najważniejszym sposobem unikania zakażeń HIV jest wiedza o tym, jak wirus się przenosi i unikanie z nim kontaktu. Warto też wiedzieć, iż jeśli kontakt z HIV się zdarzy, można zapobiegać zakażeniu. Najwięcej wiadomo o profilaktyce zakażeń zawodowych wśród pracowników służby zdrowia. Wiadomo, że profilaktyczne przyjmowanie przynajmniej dwóch leków antyretrowirusowych, a w sytuacjach dużego narażenia – trzech, zmniejsza znacznie ryzyko zakażenia, które nie jest na szczęście zbyt duże. Ryzyko zakażenia HIV

w następstwie zakłucia (skaleczenia) przedmiotem zanieczyszczonym zakażoną HIV krwią wynosi 0,3 proc.! Profilaktyka poekspozycyjna, czyli leki antyretrowirusowe, powinna być także oferowana w sytuacji seksualnego kontaktu z osobą HIV-pozytywną. Dotyczyć to powinno przede wszystkim osób, z których jedna jest zakażona HIV, a druga nie, które zwykle przestrzegają zasad bezpieczniejszego seksu, a wyjątkowo zdarzyło im się na przykład pęknięcie prezerwatywy. Profilaktyka powinna być także oferowana ofiarom gwałtów, jeśli nie można wykluczyć, iż sprawca był zakażony HIV.

Profilaktyka HIV/AIDS – strategia państwa w 2001 roku

Małgorzata Czerniawska-Ankiersztejn
Dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS, Warszawa*

Minęło 20 lat, od kiedy na świecie pojawił się problem HIV/AIDS. Nikt nie przypuszczał, że u progu XXI wieku będzie to największe zagrożenie, obejmujące wszystkie kontynenty i kraje, stanowiące wyzwanie dla nauki i społeczeństw.

Na nadzwyczajnej sesji Zgromadzenia Ogólnego Organizacji Narodów Zjednoczonych w czerwcu 2001 r. uznano problem HIV/AIDS za kryzys globalny – epidemia HIV/AIDS rozprzestrzeniła się na cały świat i dlatego należy natychmiast podjąć działania o zasięgu globalnym, aby ją powstrzymać. W wielu krajach epidemia zagraża całym zamieszkującym ją społeczeństwom, zbierając obfite żniwo śmierci i niszcząc ciężko wypracowane zyski, zarówno w sferze ekonomicznej, jak i społecznej.

Kofi Anan, Sekretarz Generalny ONZ wypowiadał się w następujących słowach: *„Zachęcanie, by wszyscy wzięli aktywny udział w walce przeciwko AIDS, jest moim osobistym priorytetem. W naszych czasach ta epidemia jest największym wyzwaniem dla zdrowia publicznego. Musimy skorzystać z osiągnięć wszystkich sektorów społeczeństwa. Wzywam do pełnej mobilizacji sił politycznych, by przyznano nowe fundusze, mając na celu spowodowanie natychmiastowej poprawy prewencji, edukacji, opieki i leczenia”*.

Świadomość istnienia epidemii HIV na świecie pojawiła się w społeczeństwie polskim w połowie lat 80. za sprawą działalności środków masowego przekazu, które koncentrowały swoją uwagę głównie na zagrożeniach związanych z rozwojem HIV w Stanach Zjednoczonych. Podkreślano wówczas, że nowa choroba może przybrać na tym kontynencie postać epidemii i zwrócono uwagę, że rozwój zakażeń koncentruje się głównie wśród osób o orientacji homoseksualnej.

Świadomość rozwoju epidemii HIV w Polsce pojawiła się w społeczeństwie polskim dopiero na przełomie lat 1989/90.

Pierwsza zorganizowana kampania informacyjna na skalę ogólnopolską prowadzona była przez mass media w 1989 r. Przyczyną jej zorganizowania były nasilające się protesty i brak zgody społecznej na obecność w najbliższym sąsiedztwie osób, które ujawniły fakt zakażenia i żądania ich izolacji.

W tym też roku została zarejestrowana pierwsza organizacja pozarządowa – Stowarzyszenie Solidarni wobec AIDS – Plus. Członkami-założycielami tej organizacji byli między innymi profesorem medycyny, humaniści, prawnicy i działacze społeczni, którzy w tamtych czasach publicznie przeciwstawiali się narastającej fali nietolerancji i ostrym protestom społecznym wobec osób zakażonych HIV. Bezpośrednimi powodami założenia organizacji były konieczność zintegrowanych oddziaływań wobec negatywnych reakcji społecznych, ochrona dóbr osobistych osób zakażonych oraz konieczność powszechnej edukacji w zakresie HIV/AIDS.

* Od dnia 15 grudnia 2001 r. dyrektorem Krajowego Centrum ds. AIDS jest dr n. med. Anna Marzec-Bogusławska.

Zarządzeniem nr 25 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 28 listopada 1993 r. zostało utworzone Krajowe Biuro Koordynacyjne ds. Zapobiegania AIDS. Biuro, o zasięgu ogólnopolskim, bezpośrednio podporządkowane Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej, między innymi koordynowało wszelkie działania związane z zapobieganiem i zwalczaniem AIDS, w tym realizację strategicznej profilaktyki, opracowanie narodowego programu na szczeblu krajowym i lokalnym oraz dokonywanie okresowej oceny realizacji tych programów.

30 grudnia 1999 r. zarządzeniem Ministra Zdrowia Biuro zostało przekształcone w Krajowe Centrum ds. AIDS. Cele i zadania zostały rozszerzone. Centrum zajmuje się nie tylko koordynacją działań w zakresie profilaktyki i edukacji, ale także koordynacją działań jednostek służby zdrowia w zakresie zwalczania, diagnostyki i leczenia HIV i AIDS. Wiąże się to między innymi z opracowywaniem i aktualizowaniem standardów nowoczesnego leczenia i diagnostyki, jak również opiniowaniem i weryfikacją najnowszych technik diagnozowania HIV/AIDS, aby mogły być wdrażane w wyspecjalizowanych placówkach na terenie kraju.

Ważną rolę w wypracowaniu standardów oraz w prowadzeniu badań klinicznych i naukowych odgrywają ośrodki zajmujące się leczeniem osób żyjących z HIV i chorych na AIDS. Jest ich 14, a grono specjalistów, którzy bardzo wiele robią w tym zakresie, jest w Polsce znakomite.

Krajowe Centrum realizuje w bieżącym roku program polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia – leczenie antyretrowirusowe. W ramach tego programu leczonych jest obecnie 1270 pacjentów. Centrum zakupuje centralnie leki antyretrowirusowe, testy do oznaczania wirerii i poziomu CD4, zajmuje się także dystrybucją leków zgodnie z zamówieniami z 14 placówek w Polsce.

We współpracy z Instytutem Matki i Dziecka realizowane są dwa programy:

1. Rola zakażeń HPV4 oraz związane z tym patologie szyjki macicy;
2. Badanie w kierunku zakażenia HIV noworodków.

W ramach umowy podpisanej z Wojewódzkim Szpitalem Zakaźnym w Warszawie możliwe jest badanie oporności geno- i fenotypowej u każdego pacjenta z niepowodzeniem leczenia.

Na bazie laboratorium Kliniki Chorób Zakaźnych w Bydgoszczy powołana została placówka naukowo-badawcza Polskiej Akademii Nauk, z którą podpisano umowę o współpracy i możliwości prowadzenia badań.

Od dwóch lat tworzone są w województwach punkty anonimowych i bezpłatnych badań dofinansowywane przez Krajowe Centrum, prowadzone są kampanie zachęcające do tych badań. Pierwsza taka kampania odbyła się w 1999 r. pod hasłem *Nie żyj w niepewności, wykonaj sobie test na HIV*, druga, organizowana w roku 2001, ukierunkowana była bardziej na kobiety.

Od początku pojawienia się epidemii można zaobserwować stopniowy rozwój polityki państwa w tym zakresie. W pierwszych latach epidemii była ona ukierunkowana przede wszystkim na przekazanie podstawowych informacji o HIV/AIDS. Od kilku lat polityka państwa obejmuje szeroką edukację społeczną, coraz bardziej dynamiczną, ukierunkowaną nie tylko na zdobywanie wiedzy o AIDS, ale przede wszystkim na zmianę postaw wobec osób żyjących z HIV i promowanie zachowań, które sprzyjają eliminowaniu sytuacji ryzykownych, mogących spowodować zakażenie HIV. Bardzo ważne jest uwzględnienie aspektów promocji zdrowia i prewencji chorób przenoszonych drogą płciową. Istotne znaczenie ma w ogólnej polityce promowanie odpowiedzialnego wychowania seksualnego.

W Polsce realizujemy już II Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki nad Osobami Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS na lata 1999-2003. Pierwszy program, na lata 1986-1989, powstał na mocy uchwały Sejmu RP. Przygotowywał go zespół składający się z wielu wybitnych specjalistów zajmujących się problematyką HIV i AIDS. Program ten realizował trzy cele:

1. usprawnienie istniejącego systemu zapobiegania zakażeniom HIV;
2. edukację społeczeństw, kształtowanie właściwych postaw na podstawie współczesnej wiedzy oraz praw człowieka;
3. zapewnienie zintegrowanej opieki nad ludźmi żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS.

W obecnie realizowanym programie przyjęto dwa główne cele:

1. ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV w Polsce;
2. poprawę jakości i dostępności opieki dla ludzi żyjących z HIV i chorych na AIDS.

Każdy krajowy program przygotowany przez Centrum określa politykę państwa w zakresie zagadnień HIV i AIDS, jest więc rządową, obowiązującą strategią działania, zobowiązującą do określonych zadań liczne instytucje rządowe i pozarządowe. W walkę z HIV/AIDS włączona jest większość ministerstw. Każda z instytucji zobowiązana jest do opracowania w oparciu o Krajowy Program własnej strategii, uwzględniając własne priorytety, potrzeby i możliwości.

Coroczne szczegółowe programy na następne lata powinny być składane do końca maja kolejnego roku, tak aby mogły być włączone do projektu planu budżetowego danej instytucji. Realizatorzy szczegółowych programów zobowiązani są do złożenia corocznego sprawozdania do końca lutego następnego roku.

Dużą rolę w realizacji programów odgrywają organizacje pozarządowe. W bieżącym roku bardzo rozszerzyliśmy współpracę z organizacjami pozarządowymi na szczeblu lokalnym. Realizowane są przez nie wszystkie programy profilaktyczne i edukacyjne. Wyszliśmy z założenia, że organizacje pozarządowe zapewniają istotne wsparcie osobom żyjącym z HIV i chorym na AIDS. Skupiają one ludzi bezpośrednio zainteresowanych problemem HIV i AIDS i mają możliwość korzystania ze środków z różnych źródeł, a dzięki temu możliwość kompleksowych działań.

Na szczeblu wojewódzkim realizują politykę państwa powołani do tego w 2000 r. koordynatorzy-pełnomocnicy wojewody. Administracyjnie usytuowani są przy urzędzie wojewody, a merytoryczny nadzór pełni Minister Zdrowia poprzez Krajowe Centrum ds. AIDS.

Rola pełnomocników polega na inicjowaniu i koordynowaniu działań wynikających z Krajowego Programu Zapobiegania HIV/AIDS na szczeblu lokalnym w oparciu o ocenę własnych zasobów, w tym zasobów organizacyjnych, oraz potrzeb. Ważne jest budowanie sojuszy i wspólne działanie wszystkich instytucji zobowiązanych do realizacji programu, a także wspólne finansowanie wspólnie zaplanowanych programów. Fundusze na ten cel pochodzą z budżetu ministerstwa, ale także z budżetów samorządowych.

Wszystkie organizacje pozarządowe zaangażowane w profilaktykę HIV/AIDS są zobowiązane w określonym terminie (do 15 października) złożyć programy do oceny przez wojewódzkiego koordynatora, który w tym celu powołuje odpowiednią komisję. Zaakceptowane przez komisję programy zostaną przekazane do Krajowego Centrum ds. AIDS do ostatecznej akceptacji merytorycznej i finansowej, a następnie podpisania umowy na realizację.

Krajowe Centrum prowadzi też od lat szkolenia dla lekarzy różnych specjalności, a także kursy dla edukatorów, kończące się uzyskaniem certyfikatu. Pracownicy punktów anonimowego testowania udzielający poradnictwa przed- i potestowego również przechodzą szkolenia zakończone egzaminem.

Ważne zadanie to działalność wydawnicza. Centrum wydaje materiały skierowane do różnych grup odbiorców i w różnej formie, na przykład ulotki, broszury, książki, plakaty, filmy, płyty CD. Cieszą się one ogromnym zainteresowaniem odbiorców.

Rozwija się współpraca międzynarodowa. W naszym bezpośrednim sąsiedztwie znajdują się państwa, w których ponad 1,5 proc. dorosłej populacji zakażone jest HIV. Przy obecnym poziomie migracji między krajami istnieje duże ryzyko, że także i w Polsce liczba zakażeń zacznie się zwiększać. Dlatego bardzo ważna jest współpraca, szczególnie w naszym regionie Europy. Wobec skromnych środków na walkę z HIV/AIDS w naszym kraju nie jesteśmy w stanie wspierać finansowo naszych sąsiadów w ograniczaniu rozprzestrzeniania się zakażeń. Gotowi jesteśmy natomiast dzielić się z nimi naszymi doświadczeniami, szkolić ich, udostępniać nasze materiały edukacyjne.

Dotychczas w żadnym kraju nie udało się zwalczyć epidemii HIV/AIDS, jednak w wielu państwach udało się w znaczny sposób ograniczyć liczbę zakażeń. Jeżeli w ciągu najbliższych lat udałoby się realizować założenia krajowych programów, to można sądzić, że sytuacja epidemiczna w naszym kraju będzie nadal stabilna. W dużej mierze zależy to będzie od naszych wspólnych działań, działań osób, które są do tego zobowiązane, ale także tych, które chcą z własnej woli przyczynić się do zmian postaw i zachowań wobec zagrożenia HIV/AIDS.

Spotkanie z rzeczywistością

Wojciech Tomczyński
Ogólnopolska Sieć Osób Żyjących z HIV/AIDS, Warszawa

Tak się już utarło, że spotkania z osobami, które żyją z wirusem HIV lub z AIDS nazywamy spotkaniami z rzeczywistością – bo jesteśmy świadkami tego, jak żyje się z HIV. Część chorych zdecydowała się na pokazywanie swoich twarzy i mówienie o swojej chorobie, aby choć trochę przybliżyć ludziom ten problem, aby łamać stereotyp, że chory to osoba przyjmująca narkotyki, siedząca gdzieś na dworcu albo w innym centralnym punkcie miasta z tabliczką: mam AIDS. To już się skończyło.

Jak państwo wiedzą, AIDS dotyczy wszystkich, począwszy od niemowląt, na staruszkach skończywszy. Ja zaliczam się już do dinozaurów, bo w tym roku minęło 15 lat, od kiedy jestem zakażony. Wytworzyłem już sobie osłonę, taki płaszcz ochrony, żeby móc znowu żyć, tak normalnie, móc się normalnie uśmiechać. Ktoś na pewnym spotkaniu czynił mi wyrzut, jak ja się mogę w ogóle uśmiechać, skoro jestem zakażony. A przecież ja jeszcze nie umieram, nie mam zamiaru, mam prawo się śmiać i być szczęśliwym. Jestem normalną, zdrową psychicznie osobą, mam sprawny umysł, interesuje mnie życie społeczne, polityka, ekonomia, geografia – to, co wszystkich ludzi. Nie chcę dopuścić, by ktoś zepchnął mnie na margines życia.

Teraz, po latach, mogę przyznać, że kiedyś sam zepchnąłem się na margines. Bo kiedy człowiek dowiaduje się, że jest zakażony, to nie jest to radosna wiadomość. W 1986 r., kiedy odkryto HIV-2, ja byłem już zakażony HIV-1. Ta informacja zwolniła moje reakcje, wprawiła w apatię. Obliczałem, że zostało mi pół roku życia.

Teraz ludzie wiedzą o chorobie nieporównanie więcej niż pod koniec lat osiemdziesiątych, choć nadal wielu sądzi, że ten problem ich nie dotyczy. Ja też tak sądziłem. Na początku myślałem, że po pół roku wszystko się skończy. Zatracałem się, staczałem się. Ja akurat nie piłem ani nie narkotyzowałem się, ale jakieś proszki nasenne – tak żeby przeczekać te pół roku, a potem się stąd zwinąć. Ale po tym czasie okazało się, że jeszcze nie umieram. Otworzyło się coś we mnie. Pan Bóg mnie nie chce, więc albo mam tu coś jeszcze do zrobienia, albo jest to zadana mi pokuta – w każdym razie muszę coś jeszcze zrobić.

W 1990 roku związałem się z grupą organizowaną przez Marka Kotańskiego. To była grupa osób zakażonych, która spotkała się poprzez jego telewizyjny apel w lokalu Monaru w Warszawie. Związała się organizacja Solidami wobec AIDS – Plus.

Potem był dom dla osób seropozytywnych w Kawęczynie. Niestety po miesiącu wykurzyli nas stamtąd. Związał się komitet protestacyjny i wyrzucili nas, to było 31 stycznia. Ten dom potem się chyba zawalił, bo nic tam się nie działo. A nas przygarnęła ówczesna minister zdrowia, pani Krystyna Sienkiewicz, obecna senator.

Dwa tygodnie spędziliśmy na podłodze w sali konferencyjnej budynku Ministerstwa Zdrowia. Świadomość była tak mała – nawet wśród pracowników ministerstwa – że jedzenie przynosili nam w słoiczkach, które szły potem do wyrzucenia, bo każdy się bał wziąć coś po nas. Łazienkę mieliśmy wydzieloną, nie wolno nam było łązić gdzieś indziej. Była nas wtedy piątka, z tej grupy dwie osoby już nie żyją; zostało nas troje weteranów. Związaliśmy się też wtedy z ks. Arkadiuszem Nowakiem, który jeszcze jako student Akademii Teologicznej w Warszawie, wraz ze swym kolegą Joachimem, tak jakoś się nami serdecznie zajął. Pomagali nam w szpitalu, potem zostało to zatwierdzone administracyjnie.

15 lutego 1990 r. pani minister zebrała nas, pamiętam, w dużej sali i powiedziała, że mamy załatwiony dom w Konstancinie i możemy się tam zaraz przeprowadzać. Tam zamieszkaliśmy.

Myśleliśmy, że najlepszą formą obrony będzie odcięcie się od świata i ludzi. Wydawało mi się wtedy, że o tu, mam krzyżyk na czole i kto spojrzy, ten od razu wie, że jestem zakażony. To był koszmarny stan. Ja spędziłem w tym domu 7 lat. Przewinęło się przez niego w tym czasie około 80 osób. Wtedy poznałem też chorych narkomanów, ich było najwięcej. Wcześniej nie znałem tej grupy, ich języka, więc się człowiek nauczył czegoś nowego. Ja zawsze uczę się pokory i wtedy pomyślałem, że są jeszcze więksi nieszczęśnicy ode mnie, bardziej dotknięci chorobą, podwójnie.

Pewien chory w rozmowie z księdzem żalił się, że po to się wyleczył z narkomanii, żeby teraz umrzeć na AIDS. A ja w ciągu tych 15 lat poznałem osoby, które się wyleczyły z narkomanii pod wpływem choroby, zaczęły się uczyć, pracować nad sobą, nawiązywać kontakty, przyjaźnie, normalnie teraz pracują, mają nawet swoje firmy. I leczą swoją chorobę, tak jak ja to robię od 1991 r., kiedy podano mi leki antyretrowirusowe. Niestety te leki trzeba teraz brać bez przerwy. Kiedy pod wpływem nowych informacji zrobiłem sobie w zeszłym roku trochę wolnego, to mi na dobre nie wyszło. Wirus szybko mutuje, wzrasta wiremia.

Bardzo znaczący jest kontakt z lekarzami. Mamy w kraju fantastycznych lekarzy i wierzymy im – to bardzo istotne jeśli chodzi o życie z wirusem. Ważne jest, by wierzyć tej medycynie, nie zdać się na alternatywną. Oczywiście można stosować terapie alternatywne, ale nie wyłącznie. Moich znajomych, którzy przerzucili się na medycynę tybetańską nie udało się uratować.

Nie ma problemów z opieką medyczną dla chorych na AIDS. Lekarze są wspaniali. My nie znamy pojęcia lekarza pierwszego kontaktu, nasi lekarze to specjaliści z ośrodków. Nasze życie związane jest z ciągłymi badaniami kontrolnymi, pobieraniem krwi, uczestnictwem w programach. Ale to jest cena za to, że możemy żyć, że coraz mniej ludzi umiera. Statystyki mówią, że w Polsce umieralność znacznie spadła; na początku było mnóstwo zgonów.

W naszym kraju wiele zrobiono dla nas, żebyśmy mieli warunki do normalnego życia. W porównaniu z kolegami na przykład na Litwie, w Rosji, na Ukrainie, a nawet na Słowacji czy w Czechach, mamy fantastyczne warunki i doskonałą opiekę. Nasze niepotrzebne, odstawione leki wysyłamy czasem za granicę, gdzie nie ma ich wcale. I ciągle czekamy na lek, który pozwoli na całkowite wyeliminowanie wirusa.

Niektórzy są odporni na leki. Ja miałem już sześć razy zmienianą terapię, bo takie są wymogi leczenia. Wciąż następują zmiany w wirusie, pojawiają się też negatywne skutki uboczne: choroby organów wewnętrznych, zmiany w ciele. Pacjenci bardzo się tego boją. Producenci leków proponują coraz to nowe kombinacje, żeby wyeliminować jak najwięcej skutków ubocznych i żeby można było brać tych leków jak najmniej. Przecież nawet aspiryny za dużo może zaszkodzić. Ale taka jest nasza decyzja. Dzięki temu człowiek może podróżować, spotykać się, iść do dyskoteki, uprawiać sport. Tylko bez przesady z wysiłkiem fizycznym. Ja jestem teraz na siódmej

terapii: łykam po 10 proszków rano i wieczorem. Ale przynajmniej nie muszę przestrzegać rygorów diety przy przyjmowaniu leków.

Zakażenie całkowicie zmieniło moje życie. Byłem wcześniej aktywny zawodowo, miałem żonę, trójkę dzieci. Nieźle mi się powodziło. Gdy zakażłem się, przestałem pracować, odszedłem od rodziny. Miałem ogromne poczucie winy i nie nadawałem się psychicznie do pracy. Koncentrowałem się tylko na swoim wirusie, to było bardzo egoistyczne. Pracując w organizacjach staramy się ludziom pokazać, że lepiej jest inaczej podchodzić do swojego nieszczęścia. Lata 1986-1993 to okres marazmu w moim życiu: zamknąłem się w sobie, nie myśleć o niczym. Unikałem ludzi.

W 1993 r. do Konstancina przyjechała delegacja francuska. Nie chciałem z nimi rozmawiać, znowu występować jako małpa w klatce. Kiedyś nawet zdarzył się taki nietakt: ktoś przyjechał do nas z ministerstwa z pomarańczami – i od tego czasu nie chcieliśmy się więcej pokazywać. Ale ci Francuzi byli bardzo zdecydowani, chcieli się spotkać. Przewodniczący delegacji koniecznie chciał ze mną porozmawiać. Przedstawił mi faceta, który wtedy, w 1993 roku, był od 12 lat chory na AIDS. Był to wtedy fenomen. Wozili go po całym świecie i pokazywali, jaka jest potęga medycyny. On otworzył mi oczy; zobaczyłem, że można robić coś dla innych, konstruktywnie żyć. Wtedy postanowiłem włączyć się w działania dla środowiska.

Złożyliśmy z kolegami Stowarzyszenie Wolontariuszy wobec AIDS „Bądź z nami”. Jest to jedna z większych organizacji pozarządowych, licząca się, poważana. Przedstawiciele tego stowarzyszenia brali udział w opracowywaniu I i II krajowego programu, co jest dużą satysfakcją. Organizujemy ogólnopolskie spotkania ludzi żyjących z AIDS. To droga, jeśli ktoś chce robić cokolwiek dla środowiska. Ja na przykład jako ojciec dorosłych dzieci tłumaczyłem im, jak unikać zakażenia. Moja córka powiedziała, że jak będzie wychodziła za mąż, to na pewno poprosi o zrobienie testu na HIV.

Bardzo pomógł mi powrót do wiary, gdy uważałem już, że moje życie dobiegło końca. Zakażony zostałem za granicą, gdzie wtedy mieszkalem. Napadnięty, bez niczego wróciłem do Polski. I wtedy też powróciłem do religii. Jak trwoga, to do Pana Boga. Ale to bardzo mi pomogło. Ważne są dla mnie pielgrzymki. Wcześniej chodziłem, teraz jeżdżę, bo bywa, że pogoda jest zła, łatwo się przeziębic, a to może być groźne.

■ ■ ■

W Konstancinie miałem sen: trafilem do nieba, przed oblicze Stwórcy. I słyszę głos:

– Wojciechu, nie byłeś taki zły na tej ziemi. Co mogę dla Ciebie zrobić, jak Cię wynagrodzić?

Ja zawsze ciekawski byłem, więc chciałem zobaczyć swój pogrzeb.

No i zobaczyłem cmentarz w Warszawie, nasz rodzinny grobowiec, moją mamę, dzieci, krewnych, przyjaciół, znajomych, pełno kwiatów, moją urnę...

– Tylko tyle? – pyta Pan Bóg. – Może coś jeszcze?

Więc pytam:

– Ale w którym roku umarłem?

Pada odpowiedź:

– 2027.

Dziś mam 55 lat. Będę miał 81, gdy zejdem z tego świata. Ale mam nadzieję, że do tego czasu coś jeszcze zrobię, komuś pomogę...

Ważne informacje

Zapadalność i umieralność na HIV/AIDS w Polsce

Od momentu wdrożenia badań w 1985 r. do 31 grudnia 2001 r. stwierdzono zakażenie HIV u 7307 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 4565 zakażonych w związku z używaniem narkotyków. Ogółem odnotowano 1116 zachorowań na AIDS, 555 chorych zmarło. W 1993 i 1994 r. chorobą wskaźnikową AIDS był zespół wyniszczenia w przebiegu HIV/AIDS; od 1995 r. chorobą wskaźnikową jest kandydoza przełyku. Poniżej zamieszczamy tabele obrazujące sytuację epidemiologiczną województwa śląskiego na tle kraju.

Tabela 1. Badania w kierunku przeciwciał anti-HIV w 2000 r.

Grupa badanych	Liczba badań ogółem ^a	W tym serologicznie dodatnich ^a	
		liczba osób	częstość ^b
Homo- i biseksualiści	378	29	7,7
Stosujący środki odurzające we wstrzyknięciach	3 106	332 ^c	10,7
Osoby trudniące się prostytutką	146	–	–
Biorcy krwi, nasienia, tkanek i narządów	15 494	–	–
Chorzy na hemofilię	404	–	–
Osoby z ww. grup razem	19 528	361	1,8
Dawcy krwi	971 057	29 ^c	0,003
Inni/brak danych	91 732	241	x
Obywatele polscy ogółem	1 082 317	630	0,06
Obcokrajowcy	254	10	3,9

^a – bez MSW i PKP; ^b – liczba osób serologicznie dodatnich na 100 wykonanych badań; ^c – jeden kandydat na krwiodawcę zakaził się w związku ze wstrzykiwaniem środków odurzających

Rysunek 1. Zapadalność na AIDS (na 100 tys.) w latach 1986-2000.

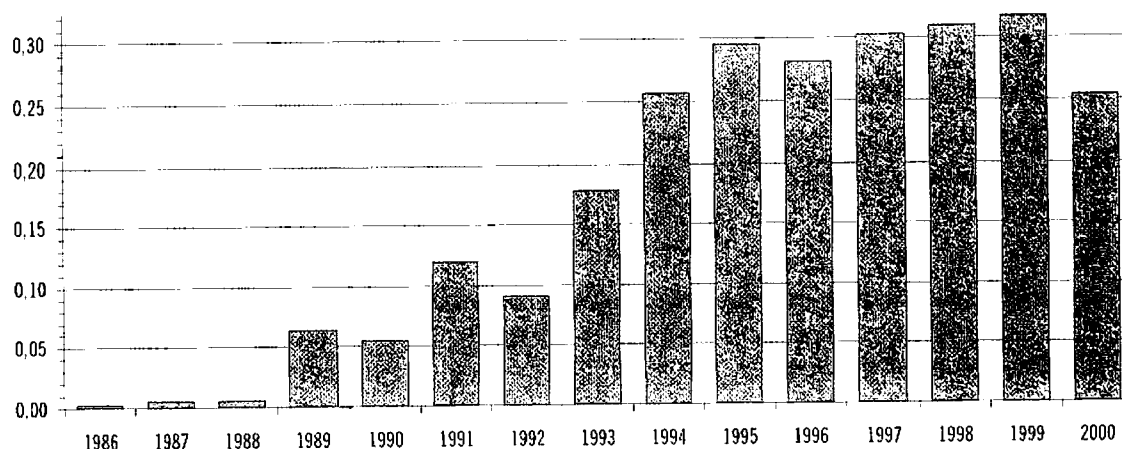


Tabela 2. Liczba zachorowań na AIDS według daty rozpoznania (w kwartałach i ogółem), zapadalność oraz liczba i procent hospitalizowanych w Polsce w latach 1998, 1999 i 2000.

Rok	Liczba zachorowań w kwartałach				Liczba zachorowań w roku	Zapadalność na 100 tys.	Hospitalizacja	
	I	II	III	IV			liczba	%
1998 r.	39	24	29	28	120	0,31	119	99,2
1999 r.	36	30	31	26	123	0,32	120	97,6
2000 r.	27	27	22	22	98	0,25	98	100,0

Tabela 3. Liczba zachorowań na AIDS według daty rozpoznania (w kwartałach i ogółem), zapadalność oraz liczba i procent hospitalizowanych według województw w 2000 r.

Województwo	Liczba zachorowań w kwartałach				Liczba zachorowań w roku	Zapadalność na 100 tys.	Hospitalizacja	
	I	II	III	IV			liczba	%
dolnośląskie	3	3	9	6	21	0,71	21	100,0
kujawsko-pomorskie	4	1	3	2	10	0,48	10	100,0
lubelskie	–	–	–	–	–	–	x	x
lubuskie	1	3	–	2	6	0,59	6	100,0
łódzkie	1	–	–	1	2	0,08	2	100,0
małopolskie	–	–	–	–	–	–	x	x
mazowieckie	1	–	–	–	1	0,02	1	100,0
opolskie	1	1	2	–	4	0,37	4	100,0
podkarpackie	–	–	–	–	–	–	x	x
podlaskie	–	2	–	1	3	0,25	3	100,0
pomorskie	8	2	4	2	16	0,73	16	100,0
śląskie	5	7	3	3	18	0,37	18	100,0
świętokrzyskie	–	–	–	–	–	–	x	x
warmińsko-mazurskie	1	–	–	–	1	0,07	1	100,0
wielkopolskie	1	1	1	1	4	0,12	4	100,0
zachodniopomorskie	1	7	–	4	12	0,69	12	100,0

Tabela 4. Liczba zachorowań według wieku, płci i grupy przenoszenia zakażenia w 2000 r.

Grupy wieku	Płeć			Ogółem	Grupa przenoszenia zakażenia			Ogółem
	Mężczyźni	Kobiety	H-/Bi		N	Hetero	Inni	
0-19	–	3	–	3	–	–	3 ^a	3
20-29	19	7	2	26	14	5	5 ^b	26
30-39	36	7	2	43	27	11	3 ^b	43
40-49	17	5	8	22	7	6	1 ^b	22
50-59	4	–	1	4	1	1	1 ^b	4
60+	–	–	–	–	–	–	–	–
Ogółem	76	22	13	98	49	23	13	98

H-/Bi – homo i biseksualiści; N – stosujący środki odurzające we wstrzyknięciach; Hetero – zakażeni drogą ryzykownych kontaktów heteroseksualnych; ^a – jedenastomiesięczne dziecko matki zakażonej HIV oraz osoby zakażone prawdopodobnie w związku z: zastosowaniem środków krwiopochodnych (8-latką) i wykonaniem tatuażu (17-latką); ^b – kobieta trudniąca się prostytutką oraz chorzy bez informacji o drodze zakażenia

Tabela 5. Liczba zgonów i umieralność chorych na AIDS (na 100 tys.) w 2000 roku według województw.

Województwo	Liczba zgonów	Umieralność
dolnośląskie	6	0,202
kujawsko-pomorskie	7	0,333
lubelskie	–	–
lubuskie	–	–
łódzkie	2	0,076
małopolskie	–	–
mazowieckie	3	0,059
opolskie	2	0,184
podkarpackie	–	–
podlaskie	1	0,082
pomorskie	5	0,228
śląskie	6	0,124
świętokrzyskie	–	–
warmińsko-mazurskie	1	0,068
wielkopolskie	2	0,060
zachodniopomorskie	4	0,231
POLSKA	39	0,101

Tabela 6. Liczba zgonów i umieralność chorych na AIDS (na 100 tys.) w 2000 roku według środowiska.

Środowisko	Liczba zgonów	Umieralność
Miasto	35	0,146
Wieś	2	0,014

2 zgony – brak danych o środowisku

Tabela 7. Liczba zgonów i umieralność chorych na AIDS (na 100 tys.) w 2000 roku według wieku i płci.

Grupy wieku	Liczba zgonów		Ogółem
	Mężczyźni	Kobiety	
0-14	–	–	–
15-19	–	1	1
20-24	1	–	1
25-29	2	4	6
30-34	8	1	9
35-39	9	–	9
40-44	5	1	6
45-49	3	–	3
50-54	2	–	2
55-59	2	–	2
60+	–	–	–
Ogółem	32	7	39

Źródło powyższych danych: Zakład Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny (www.pzh.gov.pl/epimeld)

Punkty testowania

Tabela 8. Wykaz punktów testowania w województwie śląskim.

Nazwa placówki	Dane placówki	Godziny pracy, zakres działalności
Centralne Laboratorium Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych, Pracownia HIV	40-038 Katowice ul. Lompy 16 tel. (32) 255 29 50 kier. Iłona Kulawik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ czynne: PN-PT 7.00-16.30 ▪ bezpłatne dla osób przyjmujących narkotyki w zastrzykach ze zleceniami lekarskimi z placówki posiadającej umowę na badania w kierunku HIV ▪ testy anonimowe
Dział Zamiejscowy Śląskiej Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bielsku-Białej	43-300 Bielsko-Biała ul. Broniewskiego 21 tel. (33) 815 82 26 fax (33) 815 73 78 isbb@bb.onet.pl kier. B. Podzorska	<ul style="list-style-type: none"> ▪ czynne: PN-PT 8.00-9.00 ▪ wszystkie badania płatne ▪ testy anonimowe
Szpital Specjalistyczny	41-500 Chorzów ul. Zjednoczenia 10 tel. (32) 241 32 55(9) fax (32) 241 71 92 odtawkmb@pik-net.pl	<ul style="list-style-type: none"> ▪ czynne: PN-PT 12.00-16.00 ▪ ubezpieczeni bezpłatnie, nieubezpieczeni płatnie ▪ testy anonimowe ▪ poradnictwo przed- i potestowe
SP ZOZ Miejski Szpital, Pracownia Immunopatologii i Odczynów Serologicznych	42-200 Częstochowa ul. Mirowska 15 tel. (34) 365 66 34, 365 14 15 fax (34) 365 14 20 kier. Iwona Zbrojkiewicz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ czynne: PN-PT 8.00-14.30 ▪ osoby przyjmujące narkotyki w zastrzykach mogą zbadać się na obecność wirusa bezpłatnie ▪ testy anonimowe ▪ poradnictwo przed- i potestowe
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny	42-200 Częstochowa ul. Bielska 104/118 fax (34) 365 17 56 organizacja@data.pl dyr. dr n. med. Z. Świderek	<ul style="list-style-type: none"> ▪ czynne: PN-ND 8.00-20.00 ▪ bezpłatnie tylko ze skierowaniem wydanym przez lekarza WSS ▪ testy anonimowe
Przychodnia MEDIL	34-300 Żywiec ul. Półkole 38 tel. (33) 861 55 21 dr Barbara Piwowarczyk	<ul style="list-style-type: none"> ▪ czynne: PN-PT 8.00-18.00, SB 8.00-12.00 ▪ bezpłatne badanie za życzenie pacjenta ▪ testy anonimowe
Przychodnia MEDIL	34-300 Żywiec ul. Komorowskich 27 tel. (33) 861 55 21 dr Barbara Piwowarczyk	<ul style="list-style-type: none"> ▪ czynne: PN-PT 8.00-18.00 ▪ bezpłatne badanie za życzenie pacjenta ▪ testy anonimowe
Laboratorium Analityczne MEDICUS	34-300 Żywiec ul. Sienkiewicza 19 tel. (33) 861 16 45 dr Maurycy Jakubiec	<ul style="list-style-type: none"> ▪ czynne: 7.00-13.00 ▪ testy anonimowe
ZOZ Laboratorium Analityczne Szpitala	34-300 Żywiec ul. Sienkiewicza 50 tel. (33) 861 40 30 do 34 kier. Grzegorz Duda	<ul style="list-style-type: none"> ▪ czynne: PN-PT 7.00-20.00 ▪ bezpłatnie ze skierowaniem lekarskim, pozostali płatnie ▪ testy nie są anonimowe

Budowanie więzi w terapii i profilaktyce

Krzysztof Klajs

Psychoterapeuta, Polski Instytut Ericksonowski, Łódź

Kiedy zapoznawałem się z programem konferencji, to tytuł *Młodość – miłość – AIDS – Ty* przyciągnął moją uwagę. Pomyślałem, że skoro jest tyle wystąpień dotyczących AIDS, to powiem o tym, co mieści się w przestrzeni: *miłość, młodość i Ty*. Warto się zastanowić, kogo słowo TY dotyczy. **Ja rozumiem, że TY dotyczy nas – dorosłych, którzy pracują z młodzieżą w obszarze łączącym się z bardzo trudnymi emocjami. W tytule konferencji jest to połączone z miłością, ale przez kolejne wypowiedzi przewija się raczej śmierć albo ryzyko śmierci.** Chcę powiedzieć o tym, co dzieje się w przestrzeni pomiędzy dorosłymi, którzy usiłują pomóc ludziom niedojrzałym, niepełnoletnim w sytuacjach, które są bardzo trudne i, przynajmniej potencjalnie, łączą się z ryzykiem śmierci.

Podstawowym pytaniem, na które powinien sobie odpowiedzieć pomagający jest – kim jestem wobec osoby, której pomagam? Jeśli ten, komu pomagam, jest niepełnoletni, czyli nie jest w stanie przetrwać samodzielnie w społeczeństwie, wtedy pytanie się rozszerza – kim jestem wobec tej osoby i jej rodziny?

Każdy ma rodzinę. Nawet jeśli wydaje się, że dziecko nie ma rodziny, to zarówno biologicznie, jak i psychologicznie jest to niemożliwe. Kto nie ma rodziny, nie pojawia się na świecie. Każdy, kto jest na świecie, ma rodzinę. Zdarza się, że rodzina z rozmaitych i zawiłych powodów wyrzuca kogoś poza swoją przestrzeń. Proces wyrzucania i jego skutki są bardzo bolesne dla wszystkich członków rodziny. Jeżeli wyrzucane jest dziecko, ten proces jest dla nas często zupełnie niezrozumiały.

Pomagając, wszystko jedno, czy z pozycji nauczyciela, czy wykwalifikowanego terapeuty, powinniśmy się odnieść do tego, kim jesteśmy wobec systemu rodzinnego. Mamy dwie podstawowe możliwości. Czasem jesteśmy protezą wobec systemu, czyli uznajemy, że system, w którym dziecko powinno się przygotowywać do dorosłego życia i wchodzić w nie jest na tyle niesprawny, że musimy funkcjonować jako jego zastępczy szkielet. Konsekwencją takiej decyzji pomagającego z reguły jest to, że system nie ma więcej szans, żeby być systemem funkcjonalnym. Drugą możliwością, zdecydowanie lepszą, jest przyjęcie założenia, że jesteśmy po to, aby wesprzeć system, tak by mógł ponownie spełniać swoje funkcje.

Kto należy do systemu? Wobec dziecka systemem są rodzice, rodzeństwo, dziadkowie, rodzeństwo rodziców i rodzeństwo dziadków. Czasem wydaje nam się, że systemu nie ma, jednak warto sobie zadać pytanie, kto wchodzi w skład tej konkretnej rodziny, z którą przychodzi nam pracować. Truizmem jest stwierdzenie, że każdy ma ojca, chociaż terapeuci czasem pracują tak, jakby o tym zapominali, być może dlatego, że gdy zwracają się do nas z prośbą o pomoc dorośli, to zazwyczaj są to matki. Mówią, że potrzebują pomocy w odniesieniu do swojego dziecka. Naszym pierwszym pytaniem jest: „Czy pani sama wychowuje to dziecko?” – „Tak, sama”. Wtedy pojawia

się następne „dlaczego?”, ponieważ dziecko nie zrodziło się samo. Kiedy wiemy, kto wchodzi w skład systemu, to powinniśmy aktywnie szukać kontaktu z systemem i współpracować z nim tak, żeby spełniał swoje funkcje. Mówimy o patologii rodziny, kulcie pieniądza, przemocy, agresji. To nie są powody, dla których nie mielibyśmy z systemem współpracować; to są powody, dla których musimy z systemem pracować.

Przedstawię kilka podstawowych kryteriów sygnalizujących, kiedy należy się zatroszczyć o kontakt z systemem i kiedy należy z systemem pracować. Chcę wyraźnie podkreślić, że jestem zdania, iż decyzja osoby pomagającej, aby być proteżką dla systemu, jest wyborem ostatecznym, wtedy gdy nie ma innej możliwości. Jeśli jest jakakolwiek możliwość wspierania systemu, powinniśmy to robić.

Kiedy do placówek, którymi kieruję, zgłaszają się młodzi ludzie albo dorośli z prośbą o pomoc w kwestii osoby niepełnoletniej, taką młodą osobę nazywamy WIP, czyli wyraźnie identyfikowanym pacjentem. To skrót, który uwrażliwia nas na to, że dziecko z problemowym czy objawowym zachowaniem to tylko wierzchołek góry lodowej patologii systemu rodzinnego. Jest siedem wskazań do pracy z systemem. Wskazania do uwzględnienia systemu nie odnoszą się tylko do terapii. Ważne są również w poradnictwie, bo poradnictwo nie jest niczym innym, jak ekspresową formą interwencji.

Wyraźna i bezpośrednia zależność WIP od systemu jest pierwszym wskazaniem.

Zawsze dotyczy to osób niepełnoletnich, które są ekonomicznie i prawnie zależne od systemu. Kiedy WIP lokuje przyczynę swoich kłopotów w systemie, kiedy systemowi, rodzinie poświęca się znaczną ilość czasu i uwagi podczas rozmowy, kiedy młody człowiek mówi, że czuje się nadmiernie kontrolowany, jest przemoc czy alkohol w rodzinie – czyli mówi: „*To przez ten system jest mi źle*” – wtedy należy zająć się systemem. Zamiast poprzestać na diagnozie i satysfakcji z poznania przyczyny, musimy zbudować pomost do pracy z rodziną. Jeżeli nie zajmiemy się systemem, będzie nam trudniej.

Pierwszy kontakt z osobą pomagającą podejmuje ktoś inny, nie WIP.

Najczęściej dzwoni matka i mówi: „*Czy nie zajęlibyście się moim dzieckiem?*” lub „*Moje dziecko jest bardzo agresywne*”. Możemy się zająć dzieckiem, ale wtedy, kiedy matka z tym dzieckiem przyjdzie. Z dzieckiem oraz z ojcem dziecka. Często słyszymy: „*Mój mąż tutaj nie przyjdzie*”. A dlaczego nie przyjdzie? – ponieważ „*pracuje i nie ma czasu*” albo dlatego, że „*ja nie wychowuję tego dziecka z mężem*”. Wtedy nasze wysiłki idą w tę stronę, żeby (w celu terapii czy też rozmowy o dziecku) ojciec dziecka się pojawił. Kluczowym pytaniem, jakie zadajemy matce, jest pytanie, czy ona chce, żeby ojciec dziecka tutaj przyszedł. Wtedy często słyszymy odpowiedź, że ona nie chce mieć z nim w ogóle do czynienia. No tak, ale mówimy tutaj o dziecku, które z ojcem powinno mieć do czynienia.

Na spotkanie przychodzi więcej niż jedna osoba.

Każdy, kto do nas przychodzi, ma do nas sprawę, nawet jeśli mówi, że do nas sprawy nie ma. Najczęściej słyszymy, że: „*Ja tu panu na chwilę zostawię moje dziecko – kiedy mam po nie przyjść?, kiedy się skończy to spotkanie?*”. To typowa sytuacja, w której mówimy, że „matka przynosi dziecko do naprawy” i oczekuje, że za godzinę czy po 10 spotkaniach będzie naprawione. Będzie, ale tylko wtedy, kiedy matka zostanie i będziemy wspólnie coś próbowali naprawiać.

Kolejne wskazanie pozornie wydaje się nie dotyczyć placówek publicznych (ale to jest tylko iluzja) – **kto inny płaci, a kto inny odbywa terapię**. Jeżeli dostajemy zlecenie z instytucji, ze szkoły albo z innego miejsca, powinniśmy wejść w kontakt z tą instytucją lub osobą, która domaga się zmiany.

Wskazaniem jest jeśli pomagający przewiduje, że **w wyniku terapii może dojść do poważnych zmian w systemie**, czyli np. w wyniku tego co robimy, może dojść do zerwania czy osłabienia więzi.

Ostatnie wskazanie do uwzględnienia systemu w terapii głównie dotyczy się **możliwości prób samobójczych czy też działań autoagresywnych** – gdy osoba pomagająca sądzi na podstawie swojej wiedzy zawodowej, że WIP jest nastawiony autoagresywnie. Kiedy mówimy o AIDS, to działania autoagresywne są tutaj podstawową kwestią. O agresji teoretycznie wiadomo dość dużo. Wiadomo skąd się bierze i co ją zmniejsza. Wiedza na temat agresji młodych ludzi mówi nam, że jej 90 proc. odbywa się w przestrzeni systemowej, czyli rodzinnej, w przestrzeni między rodzicami a dziećmi. Z tego powodu nieuwzględnianie systemu jest bardzo niekorzystne.

Wymienię teraz kilka podstawowych błędów popełnianych w pracy z młodzieżą.

Pierwszym błędem, jest cała władza w ręce dziecka, jak nazywamy go, parafrazując inne zdanie, przy czym dziecko to każdy, kto nie jest w stanie samodzielnie w społeczeństwie żyć.

Kiedy dzwonią do nas rodzice i mówią: „*Mam kłopot z synem, bo jest agresywny, ale on powiedział, że na terapię nie przyjdzie*” albo „*powiedział, że może przyjdzie, ale na pewno nie będzie współpracować*”, to błędem jest, gdy w takiej sytuacji terapeuta powie, że bez współpracy to tutaj się nic nie da zrobić. Równie dobrze mogliśmy rodzicom powiedzieć: „*No dobrze, to w takim razie, jeżeli dziecko ma kierować całą sytuacją, to proszę oddać mu wszystkie klucze od domu, karty kredytowe, pieniądze i niech tym rządzi, bo państwo jesteście bezradni*”. Oczywiście, często pracujemy z rodzinami, gdzie dzieci nie chcą współpracować. Zaczynamy zawsze od próby przywrócenia hierarchii w rodzinie, co oznacza, że spotykamy się z rodzicami bez względu na to, czy dziecko chce, czy nie chce się z nami spotkać. Prosimy rodziców, żeby poinformowali dziecko o terminie ustalonej wizyty i odbywamy ją także wtedy, kiedy dziecko się nie pojawia. Często na pierwszych kilku sesjach, kiedy dziecka nie ma, podejmujemy różne decyzje dotyczące zmian w systemie. Dziecko jest informowane, że te decyzje zostały podjęte na terapii. Jest zapraszane i może przyjść, ale jeżeli nie będzie przychodzić, to będziemy mówić o nim bez niego, co z reguły w takich sytuacjach działa.

Kolejnym błędem jest przeświadczenie, że terapia czy też pomoc psychologiczna polega głównie na usprawnieniu komunikacji.

Przyczyny zaburzeń nie polegają na tym, że w rodzinie się nie rozmawia, to raczej jest skutek. Przyczyna zaburzeń częściej polega na tym, że w rodzinie nie ma właściwej hierarchii i dziecko próbuje przejąć obowiązki rodzica (na przykład usiłuje zarobkować prostytuując się lub próbuje przejąć władzę), czego oczywiście nie jest w stanie udźwignąć. Założenie, że w terapii rodziny chodzi głównie o poprawę komunikacji jest błędem.

Błędem jest odsuwanie rodziców od uczestnictwa w terapii.

Terapeuta ma do wyboru: albo wejdzie w koalicję z dzieckiem, wtedy często jest to koalicja przeciwko rodzicom, co powinno prowadzić do refleksji: czy to udźwignę, czy jestem w stanie być rodzicem zastępczym, rodziną zastępczą?, czy jestem gotowy do psychologicznej adopcji? (sądzę, że mało kto jest w stanie to unieść), albo wejdzie w koalicję z systemem, wspierając ten system.

Terapeuta pracujący z młodzieżą, zwłaszcza agresywną, może oczekiwać, że prędzej czy później sam będzie obiektem agresji. Może być i czuć się obwiniany. Powinien być na to przygotowany, co oznacza umiejętność konfrontacji i przyjęcia założenia, że pacjent nie musi lubić terapeuty i jego pracy, a terapeuta nie czerpie satysfakcji z tego typu gratyfikacji. Terapeuci dbający przede wszystkim o „dobry kontakt” i „prawidłową komunikację” mogą tu doświadczać trudnych emocji.