

Artykuł prezentuje wyniki komponentu jakościowego ewaluacji programu „Candis”, przeprowadzonej na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii<sup>1</sup>. „Candis” to zindywidualizowany, krótkoterminowy program terapeutyczny przeznaczony dla osób powyżej 16. roku życia, które chcą ograniczyć używanie przetworów konopi lub w ogóle z nich zrezygnować.

## REKOMENDACJE DOTYCZĄCE POPRAWY REALIZACJI PROGRAMU „CANDIS”

Łukasz Wieczorek

Katarzyna Dąbrowska

Janusz Sierosławski

Instytut Psychiatrii i Neurologii

### Wprowadzenie

Podstawy teoretyczne programu „Candis” wykorzystują założenia dialogu motywującego, opracowane przez amerykańskich psychologów Millera i Rollnicka (2002), oraz podejście behawioralno-poznawcze. Dialog motywujący to bardziej filozofia pracy z pacjentem niż metoda terapii. W dialogu motywującym pacjent traktowany jest podmiotowo, a rola terapeuty polega na wzmocnieniu w pacjencie gotowości do zmiany oraz rozpoznaniu jego zasobów psychicznych i społecznych. To pacjent decyduje, przy wsparciu terapeuty, o celach leczenia. Metody behawioralno-poznawcze odwołują się do założenia, że w uzależnieniu od substancji psychoaktywnych istotną rolę odgrywa proces „uczenia się”. Dlatego w terapii ważne jest, aby osoba korzystająca z niej rozpoznała te mechanizmy, które w jej przypadku doprowadziły do uzależnienia oraz nabyła umiejętności radzenia sobie z problemami w sposób inny, niewymagający sięgania po substancje psychoaktywne. „Cele terapii »Candis« to:

- rozpoznanie swoich problemów związanych z używaniem konopi,
- zaakceptowanie terapii i regularne uczestniczenie w leczeniu,
- dążenie do abstynencji lub redukcji używania jako najważniejszego celu leczenia,
- całkowite zaprzestanie lub ograniczenie używania konopi,
- pozostawanie w abstynencji przy zastosowaniu działań profilaktycznych zapobiegających nawrotom,
- nauczenie się adekwatnego i skutecznego rozwiązywania problemów psychologicznych i społecznych” (<http://www.candisprogram.pl/program>).

### Materiał i metoda

Ewaluacja polega na zbieraniu informacji i ich wykorzystaniu do poprawy jakości realizowanych programów (Hawkins, Netherhood, 1994). Jest działaniem wspierającym realizację programu, w trakcie której zostaje zebrana wiedza pozwalająca na sformułowanie rekomendacji przyczyniających się do podjęcia decyzji o przyszłym kształcie programu. Celem prowadzonej ewaluacji jest rozwój i doskonalenie programu na podstawie zgromadzonego doświadczenia (Ostrowski, Wiśnicka, 2016).

Do przeprowadzenia ewaluacji programu „Candis” wykorzystano metody ilościowe i jakościowe. Prezentowany materiał pochodzi z komponentu jakościowego, w ramach którego przeprowadzono wywiady semi-strukturyzowane. Przygotowano dwa rodzaje dyspozycji do wywiadów – dla pacjentów uczestniczących w programie „Candis” i tych, którzy przegrali leczenie w tymże programie, oraz dla realizatorów. Dyspozycje do wywiadów z uczestnikami i realizatorami zawierały pytania dotyczące kilku obszarów – przyczyn podejmowania leczenia w programie „Candis”, założeń programu, funkcjonowania w trakcie programu i po jego zakończeniu, wiedzy uzyskanej podczas uczestnictwa w programie, mocnych i słabych stron programu oraz rekomendacji dla poprawy realizacji programu.

Dobór uczestników do badania był celowy (*purposive sampling*). Jego istotą jest to, że próbę stanowią respondenci, którzy według badacza dostarczą pełnych i wyczerpujących informacji z punktu widzenia postawionych celów badania. Prowadzący badanie dobiera uczestników na podstawie ogólnej znajomości badanego zjawiska (Wasilewska, 2008). Z uwagi na zasięg programu „Candis” badanie było prowadzone w całej Polsce.

Pierwszym etapem realizacji wywiadów było udzielenie informacji o badaniu, jego celach, zapewnieniu poufności danych. Następnie ankietę pytał o zgodę na udział w badaniu. Wywiady były nagrywane na dyktafon, więc realizator uzyskiwał również ustną zgodę na ich nagranie. Po uzyskaniu zgody ankietę przechodzili do realizacji wywiadu. Po jego zakończeniu wypełniano ankietę odnoszącą się do danych socjodemograficznych oraz nadawano indywidualny kod materiałom badawczym pochodzącym od tego samego respondenta.

Na prowadzenie badań terenowych otrzymano zgodę Komisji Bioetycznej (nr 16/2017), działającej przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii.

## Wyniki

Zebrane rekomendacje dotyczą trzech obszarów tematycznych: informacja i edukacja o programie „Candis”, zwiększenie dostępu do programu oraz poprawa jakości i adekwatności leczenia.

## Informacja i edukacja

Zdaniem respondentów należy podjąć działania mające na celu upowszechnienie informacji o ofercie programu „Candis” na szerszą skalę. Pacjenci i terapeuci twierdzą, że widoczność programu jest niewielka. Promocja powinna być lepiej dostosowana do odbiorców – nastolatków i osób w wieku około 30 lat.

*Większa promocja tego (programu – autorzy) i jakby zwiększenie świadomości. Może nawet świadomość i promocja jakaś tego jest, ale styl w jakim się to robi, nie trafia do młodzieży. Głównie młodzieży, bo to głównie młodzież jest użytkownikami. Może bardziej trzeba zmienić styl albo po prostu nie robić kiczu. Sposób, w jaki chce się trafić do młodzieży, nie jest alternatywny. (PCPJD17101994)*

*Myślę sobie, że mogłaby być jakaś szersza kampania informacyjna na temat tego programu, bo ci, którzy się dowiedzieli, czy w jakiś sposób z Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, czy Marsz Wolnych Konopi, tam wiem, że też była reklama, no to przychodzi. Też podczas chyba jakichś szkoleń, które były wśród przedstawicieli różnych instytucji: szkoły, sądu itd. Ale wydaje mi się, że można by było większą uwagę na to zwrócić. To znaczy ta reklama mogłaby być szersza, bardziej dostępna. I myślę, że wtedy przychodziłoby więcej tych osób. (TERAJ08041976)*

Promocja powinna kłaść nacisk na zagadnienia poruszane w trakcie realizacji programu, zaakcentować nacisk „Candis” na podmiotowość pacjenta, wspomnieć o możliwości wyboru ograniczenia używania przetworów konopi jako celu leczenia, podkreślać odmiennność „Candis” w stosunku do tradycyjnego lecznictwa, a także możliwość bezpłatnego w nim udziału.

*Myślę, że jeśli można by było zareklamować to w jakiś sposób, tylko w taki właśnie sposób, żeby osoby palące nie poczuły się narkomanami. Żeby to było na zasadzie – jeżeli chcesz przestać albo zmniejszyć, to my ci pomożemy, nie chcesz – nie musisz; bo tak, jak mówię, większość osób palących nie wie o istnieniu czegoś takiego albo wyobraża sobie to tak, jak ja sobie wyobrażałem – a to bardzo odrzuca. (PCKK14021995)*

*Takie uświadamianie, po prostu samo pokazanie, w jaki sposób to działa, w jaki sposób nas ogranicza. (...) Mocniejsza komunikacja, mocniejsze pokazanie po prostu takiej darmowej możliwości skorzystania. (PCMS09091993)*

*Program „Candis” to nie jest normalnie jak odwyk, to się nie kojarzy z MONAR, bo tam na heroinę chodzą uzależnieni. Jakby to było bardziej rozpropagowane, nawet w takich ośrodkach, gdzie młodzież spotyka się, że to jest bardziej taka pogawędka, efekt szkolenia może. (PCIK21081984)*

Aby dotrzeć do jak największej liczby użytkowników konopi, informacje o programie powinny być upowszechniane w miejscach spotkań młodzieży (np. szkoła, galerie handlowe, koncerty muzyki hip-hop), a nie w ośrodkach leczenia uzależnień. W tym celu powinno się wykorzystywać nie tylko stronę internetową, lecz także środki masowego przekazu, np. telewizję. Promocja powinna być prowadzona z wykorzystaniem reklam pojawiających się w internecie bądź na portalach społecznościowych. W udzielanie informacji o programie powinni być zaangażowani lekarze pierwszego kontaktu, pracownicy aptek i pracownicy socjalni.

*Sporo osób naprawdę o tym nie wie nic, tak jak ja o tym nie wiedziałem. I mówię: zareklamowanie tego. W mądry i inteligentny sposób, tak jak mówię: chociaż na opakowaniach bletek czy tego typu sprzętach, albo w galeriach, czy czymś takim. Bo nie ma świadomości społecznej o czymś takim jak „Candis”. Ja to mówię na swoim przykładzie i na przykładzie moich znajomych; wszyscy myśleli, że to wygląda tak samo właśnie, że się siedzi z narkomanami. (PCKK14021995)*

*Ja bym go rzeczywiście bardziej rozpromowała, przynajmniej gdzieś w szkołach na przykład. Bo mało kto o nim*

wie. No i podkreśliłabym rzeczywiście jego zalety, czyli to o czym już mówiliśmy – że jest krótki, określony w czasie, indywidualny. (PCMN24011999)

To mogą być koncerty hip-hopowe, moim zdaniem to powinny być wszystkie te miejsca, gdzie spotyka się dużo młodzieży albo ludzi kulturalnych. (PCSS24021988)

My mamy ulotki w różnych instytucjach zaprzyjaźnionych, szkolimy na przykład kuratorów, ale nie ma czegoś takiego, jak się wchodzi do apteki i ma się mnóstwo plakatów na temat nowych leków czy jakichś takich informacji. A mi się wydaje, że gdyby przez kilka miesięcy, na przykład były takie spoty reklamowe na temat „Candis”, takie jak były w różnych innych akcjach narkotykowych, że jest hasło typu: „Marihuana nie jest taka łatwa jak wszystkim się wydaje. W Europie Zachodniej, w Polsce realizujemy program »Candis« dla osób problemowo używających marihuany. Przyjdź, zobacz, zainteresuj się – [www.candisprogram.pl](http://www.candisprogram.pl)”, i koniec. Wystarczyłby spot 15-sekundowy jako reklama społeczna, żeby zaczęto mówić o tym. (TERRR04061971)

### Zwiększenie dostępu do programu

W badaniu zidentyfikowano rekomendacje odnoszące się do zwiększenia dostępności programu „Candis”. Wśród nich znalazły się postulaty dotyczące większej liczby programów działających w mniejszych miejscowościach oraz związane z lokalizacją geograficzną. Rozmieszczenie programów w centrach miejscowości pozwala na skrócenie czasu niezbędnego na dojazd.

Większa ilość programów, lepsze ich zlokalizowanie, bardziej w centrum miast. (PCMS01031992)

Żeby był jeszcze bardziej dostępny. Bo jednak nie wszystkie te ośrodki (terapeutyczne – autorzy) no to posiadają ten program „Candis”, czy terapeutów specjalizujących się w programie „Candis”, tylko bardziej są ogólne. Jest to wszystko brane do jednego worka. (PCAZ01071988)

Terapeuci postulują położenie większego nacisku na współpracę międzyinstytucjonalną, dzięki czemu pacjenci mogliby być kierowani do programu przez odpowiednie instytucje.

Szkoły, kontakt z pedagogami, psychologami szkolnymi. Ale mam tutaj na myśli nie tyle szkoły, ile ośrodków interwencji kryzysowej. Z takim ośrodkiem nasza poradnia współpracuje w (nazwa miejscowości – autorzy) i czasami te osoby są przekierowywane właśnie stamtąd. (TERAŁ16011978)

Dla pacjentów, którzy rzadko spotykali się z terapeutą, istotne było zwiększenie częstotliwości sesji. Rekomendują oni, aby przyjąć minimalną liczbę spotkań w miesiącu, co przyczyni się do zbudowania relacji z terapeutą i ograniczy ryzyko rezygnacji z leczenia.

Narzucić być może rygor terapeutom, żeby w trakcie przeprowadzania programu ustalić, że spotkania muszą być w takich odstępach czasu, a nie innych. Bo to też miałoby jakiś wpływ na budowanie relacji z terapeutą. Ja nie byłem w stanie zbudować żadnej relacji z terapeutą tak na dobrą sprawę przy tak rzadkich spotkaniach. (PCPDW17051995)

Zdaniem pacjentów dostępność i atrakcyjność programu zwiększyłaby się, gdyby był on powszechnie akceptowany przez przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości, na równi z terapią tradycyjną, która pozwala na odstąpienie od ukarania osoby, która się na nią zdecyduje.

Żeby respektowali to wszyscy kuratorzy jako odwyk. Bo myślę, że dużo jest osób, które mają problemy prawne z powodu samego użytkowania marihuany. (PCPPK3041992)

Zdaniem pacjentów wprowadzenie zapisów przez internet zwiększyłoby dostępność programu. Postulowano również poszerzenie oferty o możliwość kontaktu z wykorzystaniem oprogramowania do komunikacji internetowej. Wykorzystanie tego typu technologii zwiększa anonimowość oraz minimalizuje ryzyko stygmatyzacji.

Być może możliwość jakichś zapisów internetowych albo chociaż kontaktu internetowego, bo jest trochę bardziej anonimowy i łatwiejszy, jeżeli chodzi o dostęp. I też może jakieś informacje u lekarzy rodzinnych, internistów. (PCSS24021988)

Na pewno on powinien być dostępny tak samo, jak dostępni są nasi znajomi czy inne firmy na Facebooku. Żeby gdzieś można otworzyć okno i napisać, w bardzo prosty sposób dotrzeć, żeby się skontaktować. Gdyby nie znajomi, to w ogóle bym o tym nie wiedział. (PCSS24021988)

### Poprawa jakości i adekwatności leczenia

Najwięcej rekomendacji odnosiło się do poprawy jakości i adekwatności leczenia w programie „Candis”. Wśród rekomendacji z tej grupy można wyróżnić te, które odnosiły się do lepszego rozpoznania potrzeb, pogłębienia diagnozy i zapewnienia bardziej kompleksowego wsparcia, obejmującego kilka obszarów funkcjonowania pacjenta, zaangażowania rodziny w leczenie, pozwalającego na lep-

sze zrozumienie założeń programu, wprowadzenia sesji grupowych dla pacjentów będących na zaawansowanym etapie terapii, ustalania celów, wsparcia po zakończeniu programu dla tych, którzy tego potrzebują, zagadnień programu oraz narzędzi wykorzystywanych w terapii.

### **Rozpoznanie potrzeb i kompleksowe wsparcie**

W związku z używaniem substancji pacjenci doświadczają problemów w różnych obszarach. Zdaniem terapeutów należy bardziej się skupić na rozpoznaniu potrzeb uczestników programu. Dzięki temu w większym stopniu będzie można dostosować do nich prowadzone oddziaływania. Zagwarantowanie specjalistycznego wsparcia socjalnego, prawnego czy związanego z poprawą zdrowia somatycznego sprawi, że pomoc będzie obejmowała wiele obszarów, które wymagają interwencji. Tym samym terapeuci powinni bardziej się skupić na identyfikacji potrzeb pacjentów, kierowaniu ich do odpowiednich instytucji świadczących pomoc oraz monitorowaniu zaspokojenia potrzeb. *Dobra diagnostyka. Nawet ostatnio pacjent, który ma stany lękowe, które pojawiły się w trakcie naszej pracy, powiedział, że podjęcie leczenia, farmakoterapii, spowodowało, że mu się po prostu nie chce palić. Jakby używał marihuany, zresztą nie on jeden, do tego, żeby przykrywać objawy czegoś zupełnie innego. I w sumie to leczenie nasze związane z odstawieniem marihuany było objawowe. Ograniczenie się wyłącznie do marihuany wydaje się być mniej skuteczne niż zobaczenie pacjenta w szerszym kontekście. Jak widzisz pacjenta w szerszym kontekście, to możesz wtedy zaproponować mu inne oddziaływanie. I wtedy to może przynieść znaczną poprawę. Nie musi, może. Właśnie dlatego jestem za tym, żeby program nie był oderwany od kompleksowej opieki.* (TERNM29021980)

*Moim zdaniem to na pewno warto uwzględnić taką mapę problemów i rozpoznawać te szersze potrzeby uczestników. Ewentualnie dążyć do tego, żeby oni mieli ofertę takiej pracy pogłębionej, czy wsparcia socjalnego, prawnego, zdrowotnego. Żeby ten program był częścią jakiegoś systemu, który wspiera i w zależności od potrzeb dalej można przekierowywać daną osobę.* (TERAD14021971)

*Poza programem krótkoterminowym byłaby możliwość długoterminowej terapii, możliwość konsultacji psychiatrycznych, pomocy psychologicznej, wsparcia dla bliskich, pomocy grupowej, różnych innych oddziaływań,*

*takich, które mogą być pomocne w procesie leczenia długoterminowego.* (TERNM29021980)

*Na pewno on (program „Candis” – autorzy) nie powinien być samodzielną opcją. Powinien być obudowany różnymi możliwościami pracy w obszarach, które się uwydatniają w trakcie terapii. Bo się uwydatnia, że na przykład ktoś jest DDA (Dorosłe Dziecko Alkoholika – autorzy) albo ma depresję, lęki, duże deficyty w innych obszarach, gdzie należy pracować. Ten „Candis” powinien być obudowany dodatkową ofertą i wsparciem terapeutycznym dla bliskich czy dla rodziny.* (TERKŻ17041977)

*W pogłębieniu diagnozy istotne znaczenie ma konsultacja psychiatryczna, jednak nie każda placówka realizująca program „Candis” ma możliwość jej przeprowadzenia lub zlecenia. Terapeuci postulują, aby w ramach programu pacjenci, którzy tego potrzebują, mogli odbyć konsultację psychiatryczną. Jest ona szczególnie istotna na początku leczenia, gdyż dzięki temu można zidentyfikować zaburzenia współwystępujące i zagwarantować pacjentowi odpowiednią pomoc.*

*Nie zawsze jest możliwość pomocy psychiatry. Czasami to się zdarza i jest potrzebne, no i trzeba mieć jakieś miejsce, gdzie można pacjentów skierować. Więc to nie każda placówka ma, a to rzeczywiście dobrze mieć na przykład zaprzyjaźnionego czy współpracującego psychiatrę, do którego można odesłać pacjenta z takim problemem.* (TERAŁ28081975)

*Żeby w ramach ubezpieczenia dostać się do psychiatry trzeba czekać dwa, trzy miesiące. Często ten klient pieniędzy na pójście prywatnie nie ma, a na przykład ma objawy. Bo wiadomo, teraz ta marihuana to są mieszanki różnych dziwnych rzeczy. Często po tej pseudomarihuanie pacjenci mają różne objawy odstawienne, psychotyczne. Ja muszę go wysłać (do psychiatry – autorzy), to jak on się nie dostanie, to on mi wypadnie. Ja nie mam mu w tej chwili do zaproponowania, w ramach programu, psychiatry. Taki klient już prawdopodobnie nie wróci. Opieka psychiatryczna jest niezbędna w tym programie. Dlatego, że ta marihuana, to nie jest marihuana sprzed 20 lat. No i często są różne dolegliwości psychiczne związane (z używaniem – autorzy) czy pojawiające się po odstawieniu.* (TEREB25081969)

*Ponad połowa pacjentów ma wskazania do diagnozy (psychologa lub psychiatry – autorzy), żeby sprawdzić, czy nie ma tam dodatkowych komponentów. No i te badania, gdzie pacjenci są kierowani, pokazują np. uszkodzenia organiczne.* (TERNM29021980)

### Zaangażowanie rodziny

Terapeuci proponują uzupełnienie programu o sesje z udziałem rodziny oraz o sesje, na których poruszano by kwestie praw przysługujących pacjentom. Zaangażowanie rodziny pozwoliłoby jej zrozumieć założenia programu i zmiany, jakie zachodzą w użytkowniku, poznać cele leczenia, np. zaakceptować ograniczenie używania przetworów konopi.

*Możliwość tej pracy z rodziną, nawet taka wstępna, która też pozwoli, żeby rodzina zrozumiała filozofię tej pracy. Bo później robi się nieraz taka trudna sytuacja, że pacjent się tak czuje, że jest w jakiejś koalicji z terapeutą, o której rodzina nie może wiedzieć. (TERAŁ28081975) Myślę sobie, żeby tam weszła możliwość pomocy rodzinie. Jeżeli przysyła go (użytkownika – autorzy) na przykład żona albo mąż, albo partner, to żeby też była oferta, żeby oni mogli skorzystać z pomocy dla siebie. Żeby też dowiedzieli się coś, na czym polega uzależnienie, żeby mogła być jakaś sesja rodzinna, sesja małżeńska, sesja par, żeby sobie ustalili jakieś warunki, żeby w różnych sytuacjach kryzysowych członek rodziny nie wpadał w panikę, która powoduje, że ten ktoś się później napina i ten głód marihuanowy się powiększa, żeby nie powodować napięć. To już się dzieje, Biuro (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii – autorzy) się na to otworzyło i są takie możliwości, ale żeby to było kompleksowe. To zresztą jest bolączka wielu programów. (TERRR04061971)*

*Ja bym chciał raz na miesiąc spotkać się z rodziną i zapytać jak (imię – autorzy) funkcjonuje. Oni mówią: „teraz jest super i widać, że się angażuje w życie domowe i się nie zamyka w pokoju” i ja to wiem. On mi może to powiedzieć na indywidualnym – że teraz częściej jadają wspólnie kolację w domu, bo on jest bardziej otwarty, to muszę mu wierzyć i mu wierzę, ale bywało tak, że się często rozczarowałem i się zdziwiłem. Po dwóch miesiącach przyszła dziewczyna załamana, że się od niego wyprowadziła, bo nie da się z nim żyć, bo jest agresywny. Nie pali oczywiście, ale nie radzi sobie z emocjami. (TERRR04061971)*

### Sesje grupowe

Respondenci postulują wprowadzenie sesji grupowych dla pacjentów będących na dalszym etapie leczenia. Celem tych sesji byłoby udzielanie wsparcia w codziennych sytuacjach oraz pomoc w radzeniu sobie z problemami.

*Ja na przykład teraz zacząłem grupę dla osób, które są już na jakimś etapie programu „Candis”, albo po programie „Candis” jako grupa wsparcia, żeby omawiać realne sytuacje z życia w jakich ktoś się znalazł. Wtedy życiowe rzeczy można odegrać, coś na zasadzie dramy. Jak się tu zachować, żeby dostać informacje zwrotne, jakie ma spojrzenie, jakie odruchy, jaki ton, żeby zapanować nad agresją, żeby to było jak najbardziej realne, adekwatne. Bo te propozycje zadań (w sesjach programu – autorzy), to były takie sztuczne bardzo. (TERRR04061971)*

### Cele programu

Zdaniem pacjentów nie wszyscy terapeuci akceptują ograniczenie używania przetworów konopi jako cel leczenia. Z perspektywy pacjentów terapeuci powinni kłaść równy nacisk na oba cele terapii – zarówno na abstynencję, jak i ograniczanie używania. Ich zdaniem rozpoczynanie leczenia od utrzymywania abstynencji jest trudne i zniechęca do jego podejmowania. Zbyt duży nacisk wywierany na pacjenta przez terapeutę związany z podjęciem abstynencji, może skutkować porzuceniem przez niego terapii.

*Na pewno bardziej powinien pomagać przede wszystkim z ograniczeniem, a nie z taką zupełną abstynencją. Bo jak się zaczyna od pełnej abstynencji, to jest bardzo trudne. (PCPZR28091998)*

### Wsparcie po zakończeniu programu

Wśród rekomendacji dotyczących jakości i adekwatności leczenia prowadzonego w ramach programu „Candis” pojawił się postulat zapewnienia wsparcia po zakończeniu uczestnictwa w programie.

*No mnie zostało zaproponowane, jeśli będę chciała jakiegos wsparcia po zakończeniu tej terapii, a nie będzie to już nazwane programem „Candis”, to że mam się zgłosić. No ale nie wiem, może nie wszędzie tak jest. Słyszałam, że nie wszędzie. Czasami się po prostu kończy i koniec. (PCMN24011999)*

*Z perspektywy pracy poradnianej, to widzę, że te 10 sesji to jest za krótko. Wiadomo, może jakiś podtrzymujący kontakt, może bardziej w tym kontekście, czy dalej sobie radzi czy nie. (TERMS30121991)*

Niektórzy pacjenci postulowali, aby po zakończeniu sesji przewidzianych w programie „Candis” i uporaniu się z problemem używania przetworów konopi, objąć ich wsparciem psychologa bądź psychoterapeuty, który pomoże im poradzić sobie z innymi istniejącymi pro-

blemami. Dla niektórych pacjentów używanie substancji było jednym z wielu problemów, z którymi się borykają. Myślę, że jakoś poszerzenie optyki, przez którą się patrzy na pacjenta. Nie tylko przez ten pryzmat uzależnienia, ale też właśnie w jakichś innych paradygmatach psychologicznych. Przyszło mi do głowy coś takiego, że pacjent powinien mieć dwóch psychologów na różnych stopniach swojej terapii. Najpierw kogoś, kto zajmie się problemem uzależnienia, a kiedy ten problem już nie będzie taki naglący, zajęłby się właśnie innymi problemami. To terapeuta uzależnień by wybierał, stwierdzałby, jaki problem jest dominujący u tej osoby i do jakiego psychologa by należało ją skierować w takim wypadku. (PCMS01031992)

### Zagadnienia programu i wprowadzanie nowych treści

W ramach poprawy jakości i adekwatności leczenia respondenci proponują poszerzenie programu o dodatkowe sesje. Mieliby w nich uczestniczyć pacjenci, których problemy wynikające z używania przetworów konopi, są dotkliwsze, bardziej złożone. Ich celem byłoby objęcie wsparciem pacjentów przez dłuższy czas. Można by ewentualnie więcej spotkań zrobić w niektórych przypadkach, jakby terapeuci mieli taką możliwość. Ja znam dużo osób, które mają sporo większy problem z tym. (PCPJS02121991)

Terapeuci rekomendowali większą elastyczność we wprowadzaniu nowych treści do programu bądź dokonywaniu zmian w kolejności realizacji zaplanowanych sesji. Ich kolejność powinna być dostosowana do sytuacji użytkownika. Zdaniem terapeutów podczas pierwszych spotkań większy nacisk powinno się położyć na problem radzenia sobie z poczuciem samotności, ze wstydem niż na omawianie działania marihuany na ośrodkowy układ nerwowy.

Skupić się bardziej na tym, co w związku z paleniem przeżywa pacjent, co przeżywa w związku z tym, jak przestanie palić. Większym problemem jest, co tu ze sobą zrobić. Jak przestanie palić, to odsuną się od niego najbliżsi znajomi i będzie miał poczucie samotności. Dla mnie to jest istotniejsze niż to, żeby ktoś tam wiedział, jak działa marihuana na synapsy, na mózg. Więc pewne rzeczy można tam streścić, a na pewnych się skupić, podążając za pacjentem, za klientem, co jest dla niego ważniejsze. Z czym on ma problem. Jakby podążanie za, ale jednocześnie realizowanie treści. (TERRR04061971)

Ja myślę, że warto wtrącić dwie-trzy sesje na temat pracy nad wstydem, na temat pracy nad jakąś nieśmiałością pacjenta. Często w trakcie terapii wychodzi, dlaczego pacjenci używali tego. Dawało im to jakąś akceptację wśród rówieśników, kumpli, czuli się jakoś bardziej okej, chociaż wiedzieli, że to nie jest dobre, co robią, ale wchodzili w to, żeby zyskać akceptację. Więc właśnie ta kwestia akceptacji i głębszej pracy nad tym. Gdyby były poświęcone dwie-trzy sesje minimum na ustalenie z pacjentem, nad czym on chciałby popracować w kontekście braków, funkcjonowania społecznego czy psychologicznego, które powoduje często, że on pali. (TERAŁ16011978)

Dla terapeutów istotne było nie tylko trzymanie się sztywno scenariusza programu „Candis”, ale również pogłębianie terapii, poznawanie sytuacji pacjenta, historii używania substancji, czyli czynników mogących mieć wpływ na wzór używania przetworów konopi. Żeby była ta większa elastyczność, żeby można było też wprowadzać takie wątki dotyczące też badania historii życia pacjenta. Jeśli on ma na to gotowość, oczywiście. Żeby on jakoś tam lepiej rozumiał, co on wnosi na sesję. Bo też pacjenci mają tego kupę. Przychodzą tylko z problemem trawki, ale często się tak zdarza, że dużo jest też takich rzeczy bieżących, które się u nich dzieją. (TERAŁ28081975)

### Narzędzia wykorzystywane w programie

Część rekomendacji wynikających z badania odnosiła się do jakości materiałów wykorzystywanych w programie „Candis”. Zdaniem terapeutów w materiałach znajdują się sformułowania, które mogą być niezrozumiałe dla pacjentów. Dlatego też wymagają one weryfikacji i modyfikacji na język przystępny dla użytkowników. Zaleca się również ich adaptację do warunków polskich. Zdaniem niektórych jakość tłumaczenia na język polski jest niedostateczna.

Te treści ja też przegryzłem, one też są trudne do zrozumienia. Oczywiście, jak miałem studenta medycyny, to on wszystko wiedział o działaniu (marihuany – autorzy). Natomiast ci wszyscy użytkownicy, którzy uważają się za specjalistów od palenia marihuany, od jej działania, to jak przechodzimy do konkretów, to ich wiedza też jest taka bardzo potoczna. Ja myślę, że to też ma mniejsze znaczenie na przykład, żeby ktoś wnikał w biochemię mózgu niż to, co mu marihuana daje emocjonalnie i społecznie. Ogólnie powiedzieć jak substancje psychoak-

tywne – jedne działają tłumiąco na OUN (ośrodkowy układ nerwowy – autorzy), inne pobudzająco, inne zaburzająco, i tę wiedzę można zminimalizować. Ktoś może dostać wskazówkę do artykułu o marihuanie, który jest na stronie „Candisa”, i jest bardziej przystępnym językiem (napisany – autorzy). Generalnie myślę, że ta praca terapeutyczna polega na tym, żeby te treści stały się bardziej przyswajalne, żeby mówić prostym językiem, przekazywać je. (TERRR04061971)

Wśród rekomendacji pacjentów pojawił się postulat ograniczenia konieczności wypełniania materiałów edukacyjnych. Woleliby, aby ten czas był poświęcony na rozmowę, ewentualnie udział w ćwiczeniach, w których nie ma obowiązku pisania. Rekomendowali również implementację aplikacji elektronicznej wspomagającej leczenie. Mogłaby ona rozwiązać problem drukowania materiałów, ich formatowania, wypełniania przez pacjentów kartek z ćwiczeniami, umożliwiałyby praktycznie natychmiastową kontrolę nad efektami leczenia. *Może mniej właśnie wypełniania, pisania, a więcej na przykład rozmowy. Więcej takich ćwiczeń niepiszących. Bo to wydaje mi się, że wymaga większej koncentracji, a często osoby palące mają problemy z koncentracją.* (PCMS20041994)

*Można zrobić taką aplikację, stronkę zrobić, gdzie taki uzależniony mógłby to wszystko kontrolować, np. zamiast na papierze, niszczyć drzewa, to może jakąś taką faktycznie apkę. W dobie smartfonów myślę, że byłoby to sprawdzone. Jest wiele takich programów do rzucania papierosów, czemu nie marihuany?* (PCJD07121996)

## Podsumowanie

Wśród rekomendacji pacjentów i terapeutów można wyróżnić te, które odnoszą się do informacji o programie i edukacji, zwiększenia dostępności programu oraz do poprawy jakości i adekwatności prowadzonych oddziaływań. Niektóre z postulatów wydają się dość proste do wprowadzenia, np. poprawa działań promocyjnych w celu lepszego dotarcia do użytkowników, weryfikacja materiałów, implementacja aplikacji na urządzenia mobilne wspomagającej leczenie. Inne wymagają poniesienia dość dużych nakładów finansowych, np. zwiększenie liczby miejsc oferujących program „Candis”, zwiększenie liczby terapeutów realizujących program, zapewnienie pacjentom kompleksowego wsparcia obejmującego różne obszary życia.

Warto rozważyć, czy potrzebne są szersze działania promocyjne dotyczące programu, jeśli z powodu barier finansowych występują ograniczone możliwości zwiększenia dostępności programu „Candis”.

Część rekomendacji dotyczyła obszarów czy rozwiązań, które już są częścią programu „Candis”. Nie zostały one przedstawione w artykule. Warto tym samym zastanowić się, dlaczego respondenci postulowali wprowadzenie tych zmian. Może to wynikać ze zmian, które są wprowadzane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w funkcjonowaniu programu, a które nie docierają do realizatorów. Inną przyczyną może być niedostateczna znajomość całej oferty programu zarówno przez pacjentów, jak i realizatorów. Oznaczałoby to konieczność wprowadzenia systemu bieżącego przepływu informacji między KBPN a realizatorami, przeprowadzenia uzupełniającego szkolenia dla realizatorów oraz bardziej szczegółowego opisu oferty, z którą mogliby się zapoznać pacjenci.

Wydaje się, że ważnym elementem działalności Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, jako podmiotu finansującego, powinno być stałe, systematyczne i oparte na jasnych kryteriach monitorowanie jakości realizacji programu „Candis”. Z zebranego materiału wynika, że w niektórych przypadkach program został zmodyfikowany według potrzeb i poglądów realizatorów, a jego główna idea mogła ulec zatarciu.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Badanie zostało sfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji ministra zdrowia (umowa nr 74/H1/MK/2017).

## Bibliografia

- Hawkins J., Nederhood B., „Podręcznik ewaluacji programów profilaktycznych. Nadużywanie substancji uzależniających i inne problemy społeczne”, tłum. K. Okulicz-Kozaryn, K. Ostaszewski, A. Pisarska, IPIŃ, PTP Pracownia Wydawnicza, Warszawa-Olsztyn 1994.
- Miller W., Rollnick S., „Motivational Interviewing: Preparing People for Change”, Guilford Press, 2002.
- Ostrowski Ł., Wiśnicka M., „Ewaluacja. Jak to się robi? Poradnik dla programów Polsko-Amerykańskiej Fundacji Wolności, Fundacja Pracownia Badań i Innowacji Społecznych „Stocznia”, 2016, [http://stocznia.org.pl/app/uploads/2013/01/Ewaluacja\\_Jak\\_to\\_sie\\_robi\\_www.pdf](http://stocznia.org.pl/app/uploads/2013/01/Ewaluacja_Jak_to_sie_robi_www.pdf)
- strona internetowa programu „Candis”: <http://www.candisprogram.pl/>
- Wasilewska E., „Statystyka opisowa nie tylko dla socjologów”, Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2008.