

Spółeczność terapeutyczna to metoda niewątpliwie najbardziej efektywna w rehabilitacji pełnoobjawowego uzależnienia narkotykowego. Jest ona także najlepiej dostosowana do terapeutycznych, wychowawczych i resocjalizacyjnych potrzeb rehabilitacji narkomanii, warunkowanych złożoną i wieloaspektową naturą uzależnienia.

SPOŁECZNOŚĆ TERAPEUTYCZNA W REHABILITACJI UZALEŻNIEŃ CZ. II

Janusz Strzelecki

Ośrodek Readaptacyjno-Rehabilitacyjny w Anielinie

Podstawowe formy aktywności w ośrodku

Aktywności pacjentów w warunkach społeczności terapeutycznej odpowiadają temu wszystkiemu, z czego skonstruowana jest codzienna rzeczywistość. Jest więc czas na pracę (codzienne czynności porządkowe, gospodarcze, remontowe), czas na konstruktywny odpoczynek (sport, zabawę, obcowanie z kulturą, życie towarzyskie, rozwijanie własnych zainteresowań) oraz czas na refleksję i autorefleksję.

W każdym z tych trzech wymiarów stymulowany jest rozwój osobisty uczestników programu w kontekście społecznego uczenia się wykreowanym przez społeczność jako środowisko lecznicze. Rozwój ten przekłada się na zmiany na poziomach zachowania, emocji, myślenia, wartości i postaw pacjentów.

Ośrodki rehabilitacyjne oferują w związku z tym w swoich programach następujące formy oddziaływań terapeutycznych:

- terapia pracą i terapia zajęciowa,
- trening w rolach społecznych (funkcjach w społeczności),
- grupowe zajęcia tzw. alternatywne (zmierzające do wykreowania konstruktywnych form spędzania wolnego czasu, np. integracyjne, sportowe i kulturalno-oświatowe),
- zajęcia własne pacjentów (np. praca nad życiorysem, realizacja indywidualnego programu terapeutycznego, prowadzenie dzienniczka uczuć),
- zajęcia indywidualne z terapeutą (np. wywiad diagnostyczny, rozmowy motywujące, sytuacyjne i interwencyjne, zajęcia dotyczące realizacji indywidualnego programu terapeutycznego na temat specyficznych problemów pacjentów związanych np.

z zakażeniem HIV lub orientacją seksualną, elementy psychoterapii indywidualnej),

- grupowe zajęcia edukacyjne (np. ćwiczenia, warsztaty, wykłady na temat podstawowych zagadnień dotyczących uzależnień i ich terapii, dotyczące duchowości, z zakresu psycho- i socjoedukacji, a także poświęcone problematyce chorób współwystępujących z uzależnieniami),
- grupowe zajęcia terapeutyczne (np. zebrania społeczności przyjacielskie, planowe i interwencyjne, spotkania poranne i wieczorne oraz zajęcia poświęcone indywidualnym problemom pacjentów, omówieniu indywidualnych programów terapii).

Wszystkie te formy aktywności powinny znaleźć się w ofertach programowych ośrodków i występować w nich w sposób zrównoważony, to znaczy taki, by udział w części z nich (np. w pracy) nie ograniczał dostępu do pozostałych.

Podstawowe zasady konstruowania programu i regulaminu ośrodka rehabilitacyjnego

Regulamin, czyli zasady przyjęcia i pobytu w ośrodku, stanowi odpowiednik systemu prawnego (niesprzeczny oczywiście z rzeczywistym systemem prawnym) i konstytuuje środowisko lecznicze ośrodka w jego aspekcie „rodzinnym” i „społecznym”. Program zaś jest formą organizacji cyklu czy też procesu terapeutycznego.

Założenia teoretyczne to najważniejszy, ale nie jedyny element w procesie tworzenia programu i regulaminu ośrodka. Inne istotne czynniki wpływające na ich końcowy kształt wynikają między innymi z konieczności dostosowania ich do:

- potrzeb, oczekiwań i specyfiki (np. pod względem statusu serologicznego) aktualnie przebywających

w ośrodku pacjentów, bo tylko wówczas zostanie zrealizowana zasada przyjęcia przez pacjentów współodpowiedzialności za proces terapeutyczny,

- wiedzy i umiejętności zmieniającego swój skład zespołu terapeutycznego, tak by każdy mógł się z programem identyfikować i znaleźć w nim miejsce dla siebie – tylko wtedy uda się zbudować sprawny i zintegrowany zespół,
- „dobrodziejstwa inwentarza” to znaczy położenia i warunków lokalowych – ośrodków się przecież zazwyczaj nie buduje, ale zasiedla i przystosowuje,
- możliwości finansowych, polityki państwa w zakresie przeciwdziałania narkomanii, ogólnej sytuacji społecznej,

Program ośrodka i jego regulamin są zatem zawsze wynikiem kompromisu, wypadkową paru różnych, ewoluujących i częściowo sprzecznych ze sobą czynników.

Ogólna charakterystyka regulaminu i programu ośrodka rehabilitacyjnego

Rehabilitację uzależnienia w warunkach społeczności terapeutycznej można ująć jako celowe, moderowane przez grupę osób o różnym potencjale rozwojowym, stopniowe wywoływanie i utrwalanie szeregu najczęściej wzajemnie się warunkujących pozytywnych zmian osobowych, począwszy od zmian najprostszych dotyczących stylu bycia, a skończywszy na zmianach złożonych, wymagających wielomiesięcznej pracy – postaw wobec siebie, innych ludzi, świata.

Do zmian tych dochodzi w swoistym wykreowanym przez społeczność środowisku leczniczym, funkcjonującym zazwyczaj w sposób pisemnie unormowany w formie regulaminu ośrodka. Regulamin określa zasady przyjęcia do ośrodka i pobytu w nim. Tak jak z oczywistych powodów nie ma dwóch takich samych ośrodków, tak nie ma dwóch takich samych regulaminów. Trudno też wyeksplikować katalog zasad bezwzględnie obowiązujących we wszystkich społecznościach. W świetle podejmowanych prób tworzenia społeczności z udziałem pacjentów substytucyjnych nawet zasada utrzymywania abstynencji narkotykowej wydaje się wątpliwa jako wspólna, bo przecież nie da się uznać, że metadon czy buprenorfina nie są narkotykami, a ich użytkownicy nie są osobami „czynnie” uzależnionymi.

Można jednak zaryzykować twierdzenie, że w społeczności typu „drug free” wspólne są zasady dotyczące utrzymywania abstynencji od środków i substancji

psychoaktywnych oraz niestosowania przemocy. Prawdopodobnie dotyczy to także zasad odnoszących się do nieprzyjmowania leków bez zalecenia lekarskiego oraz obowiązku uczestniczenia we wszystkich aktywnościach wprowadzonych przez społeczność.

Regulaminy formułują poza tym – często bardzo drobiazgowo – także szereg innych norm współżycia w „środowisku leczniczym”, począwszy od zasad dotyczących sposobu podejmowania decyzji w sprawach grupy i poszczególnych jej członków, a skończywszy na zasadach związanych z koniecznością utrzymania w ośrodku właściwych warunków sanitarnych.

Zmiany składające się na proces terapeutyczny są weryfikowane w końcowym okresie pobytu w społeczności (w tzw. fazie wyjścia) w warunkach rzeczywistości zewnętrznej wobec ośrodka. Tworzą one dosyć specyficzny proces, mający własną logikę i dynamikę. W procesie tym da się wyodrębnić pewne fazy (etapy) rozwojowe i to one właśnie stanowią podstawę organizacji cyklu terapeutycznego.

Pobyt pacjenta w ośrodku stacjonarnym (społeczności terapeutycznej) przebiega według następujących etapów (Karpowicz, 2002, s. 82 i n.):

1. Etap motywacyjny: jest okres preorientacji, z jednej strony zapoznawania się ze społecznością i programem, a z drugiej poznawania nowo przybyłego i motywowania go do pozostania w ośrodku, przy czym decydującą rolę odgrywa wówczas motywacja zewnętrzna (negatywna) nie tyle do terapii, ile do pobytu, zazwyczaj traktowanego jako zło konieczne; okresowo w zmiennym natężeniu pojawiają się odroczone psychofizyczne objawy odstawienne lub dyskomfort związany z wydłużającym się okresem abstynencji; typowa dla tego okresu jest silna ambiwalencja emocjonalna, wynikająca, po pierwsze z jednoczesnego poczucia straty narkotyku i strat poniesionych przez narkotyk, po drugie, będąca konsekwencją różnic między dotychczasowym stylem życia a tym, który proponowany jest w ośrodku.
2. Etap adaptacji do warunków panujących w ośrodku: dochodzi wtedy do przystosowania się do zasad współżycia obowiązujących w ośrodku, stałego rytmu dnia, tygodniowego rozkładu zajęć, codziennego uczestnictwa w pracy, zajęciach terapeutycznych i alternatywnych, do utrzymywania właściwej higieny osobistej, dbania o porządek w bliższym i dalszym otoczeniu; pacjenci podejmują wówczas prace i obo-

wiązki o niewielkim stopniu odpowiedzialności, nadal utrzymuje się słabnąca już ambiwalencja; w tym okresie dochodzi do nawiązania pierwszych indywidualnych kontaktów z otoczeniem, co często decyduje o pozostaniu w ośrodku, a także inicjuje proces modelowania (zgodnie z zasadą, że najważniejszą relacją terapeutyczną w ośrodku są relacje pomiędzy poszczególnymi członkami społeczności); zmiany są niewielkie, przede wszystkim o charakterze dostosowawczym na poziomie zachowań, motywacja nadal pozostaje głównie zewnętrzna.

3. Etap transformacji, będący kluczowym okresem pobytu pacjenta w ośrodku: powinno się wówczas pojawić wiele istotnych zmian nie tylko w zachowaniach, ale przede wszystkim w systemie wartości i postawach między innymi wobec używania narkotyków jako konsekwencji podjęcia rzeczywistej decyzji o zaprzestaniu ich przyjmowania, wobec subkultury narkotykowej na rzecz najpierw norm współżycia kreowanych przez społeczność, a później przez społeczeństwo, wobec innych osób początkowo w ośrodku, a następnie poza nim, wobec rodziny, w kontekście zadośćuczynienia i wybaczenia, wobec samego siebie, świata, duchowości – wobec tego wszystkiego, co konstytuuje końcową globalną zmianę osobistej tożsamości; powinna się w tym okresie rozbudować motywacja wewnętrzna (pozytywna) – od tego, na ile zmiany pojawiające się wówczas będą rzeczywiście uwewnętrznione, a na ile pozorowane i wymuszone przez otoczenie, uzależniony jest końcowy efekt terapii.

4. Etap konfrontacji zapoczątkowujący tzw. fazę wyjścia: jest to kolejny kluczowy, często bardzo trudny okres sprawdzania umiejętności i doświadczeń nabytych w ośrodku w warunkach rzeczywistości zewnętrznej wobec niego, a zatem w warunkach braku kontroli ze strony bezpośredniego otoczenia: do konfrontacji tej dochodzi w środowisku często przypadkowym, zasadniczo różniącym się od „tre-

ningowego” środowiska leczniczego wykreowanego przez społeczność; okres ten to jednocześnie czas na rozpoczęcie poszukiwania dla siebie miejsca poza ośrodkiem i konkretne planowanie własnej coraz bardziej samodzielnej przyszłości.

5. Etap asymilacji, rozpoczynający życie poza ośrodkiem (pacjent na tym etapie jest jeszcze w mniej lub bardziej ścisłym kontakcie ze społecznością lub zespołem terapeutycznym); jest to okres integracji ukształtowanych w ośrodku zachowań, umiejętności i postaw z realiami codziennego życia.

Aktywności pacjentów w warunkach społeczności terapeutycznej odpowiadają temu wszystkiemu, z czego skonstruowana jest codzienna rzeczywistość. Jest więc czas na pracę (codzienne czynności porządkowe, gospodarcze, remontowe), czas na konstruktywny odpoczynek (sport, zabawę, obcowanie z kulturą, życie towarzyskie, rozwijanie własnych zainteresowań) oraz czas na refleksję i autorefleksję.

Etapy te mają charakter modelowy. Mogą służyć jako punkt odniesienia, ale w praktyce najczęściej nakładają się na siebie, wzajemnie przenikają. Zdarza się, że pacjenci wchodząc w kolejne nawrotowe kryzysy, wracają na krócej lub dłużej do wcześniejszych etapów rozwojowych. Ale to dobrze, ponieważ nie ma terapii bez kryzysu.

Pobyt w ośrodku, terapia to z perspektywy całego życia pacjentów stosunkowo krótki okres, jego fragment, epizod, jak by powiedział De Leon (2003, s. 95-96). Epizod, który niczego nie zamyka, a jedynie coś otwiera. Krótki, ale

intensywny, bo zmierza do przygotowania członków społeczności kończących terapię do dłuższego, zainicjowanego w ośrodku procesu dochodzenia czy też powrotu do zdrowia w „nieterapeutycznych” warunkach późniejszego samodzielnego życia na zewnątrz.

Bibliografia

- De Leon G., „Społeczność terapeutyczna. Teoria. model. metoda”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2003.
- Gaś Z., „Wspólnota terapeutyczna w leczeniu uzależnień”, Pracownia Wydawnicza Fundacji „Masz Szansę”, Lublin 1992.
- Karpowicz P., „Narkotyki. Jak pomóc człowiekowi i jego rodzinie?”, Kreator, Białystok 2002.
- Kooyman M., „Społeczność terapeutyczna dla uzależnionych. Bliskość, rola rodziców i skuteczność terapii”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2002.
- Kratochvil S., „Społeczność terapeutyczna i psychoterapia grupowa w leczeniu nerwic”, PWN, Warszawa 1988.