



Elżbieta Zielińska

Z Elżbietą Zielińską, przewodniczącą Stowarzyszenia MONAR, i Marią Banaszak, pełnomocnik Zarządu Głównego Stowarzyszenia MONAR ds. badań i rozwoju, rozmawia Dominika Klimek.

TERAPIA UZALEŻNIEŃ – RELACJA „Z PIERWSZEJ RĘKI”



Maria Banaszak

Jak, zdaniem Pań, wygląda obecnie w Polsce system leczenia uzależnień?

E.Z.: Moim zdaniem system, w znaczeniu prawa, jest trochę anachroniczny. Nie uwzględnia w wystarczającym stopniu ewolucji sceny narkotykowej oraz

zmian w zakresie potrzeb i problemów osób uzależnionych. Staramy się dynamicznie dostosowywać metody pracy do potrzeb pacjentów, ale hamują nas ustanawiane normy i wymogi.

Poza tym system jest też niedofinansowany. W wyliczeniach świadczeń, głównie w placówkach stacjonarnych, nie uwzględnia się wzrostu kosztów. Mowa nie tylko o koszcie samej procedury terapeutycznej, ale też utrzymania pacjenta.

Kolejnym problemem jest utrzymywanie sytuacji, w której potrzeby lecznictwa uzależnień są reprezentowane w systemie ochrony zdrowia wyłącznie przez profesjonalistów z obszaru psychiatrii. Tymczasem w pracy ze znaczną częścią uzależnionych pacjentów procedury „czysto medyczne” rzadko znajdują zastosowanie. System leczenia uzależnień silnie wiązany z psychiatrią może powodować zagrożenie wyparcia metod psychoterapeutycznych na rzecz medykacji i procedur medycznych w obszarze, w którym taka zamiana niekoniecznie jest korzystna dla pacjenta.

M.B.: Jak bardzo byśmy się nie starali dostosowywać do potrzeb pacjenta, jak bardzo byśmy nie chcieli zmieniać się razem z nim, to jesteśmy uzależnieni od narzuconych z góry procedur. A w ich ramach zataczamy koło. Trzydzieści trzy lata temu Marek Kotański przeprowadził rewolucję, wyciągając leczenie uzależnień

z ram szpitali psychiatrycznych, zachęcając pacjentów do wzięcia odpowiedzialności za własne leczenie. Obecnie jesteśmy wtłaczani z powrotem do szpitali, czy tego chcemy, czy nie. Proszę też nie zrozumieć mnie źle – to nie znaczy, że nie stosujemy farmakoterapii. Lecznictwo stacjonarne już od dawna nie jest tzw. czystą społecznością terapeutyczną. Czerpiemy z nowości, uczymy się, dostosowujemy, łączymy różne metody psychoterapeutyczne, używamy też leków. Problem polega na tym, że próbuje się z nas zrobić szpital. Placówki, których podstawą funkcjonowania są oddziaływania psychoterapeutyczne, zobligowane są do spełniania wymogów nieadekwatnych do ich realiów – przede wszystkim norm oraz zabezpieczenia pacjentom warunków właściwych dla szpitali. Przykładem jest rozporządzenie mówiące o konieczności zatrudniania pielęgniarek w wymiarze 0,4 etatu na jednego pacjenta. Oznacza to, że w ośrodku działającym na bazie metody społeczności terapeutycznej – czyli gdzie głównym założeniem terapeutycznym jest przejmowanie przez pacjentów odpowiedzialności za swoje zdrowienie oraz, poprzez modelowanie i wzajemne interakcje, uczenie się konstruktywnego funkcjonowania emocjonalnego i społecznego, gdzie farmakoterapia stanowi jedynie oddziaływanie uzupełniające – na 30 pacjentów należałoby zatrudnić 14 pielęgniarek na pełnych etatach... Spełnienie tej normy jest nie tylko przeciwnie skuteczne w odniesieniu do przyjętych metod terapeutycznych (których skuteczność potwierdza się na przestrzeni ponad czterdziestoletnich doświadczeń), ale wypełnienie ich wiązałoby się również z brakiem środków na jakiegokolwiek inne oddziaływanie czy po prostu na utrzymanie funkcjonowania ośrodka. Podobnym przykładem jest obowiązek tworzenia działów farmacji na terenie ośrodków rehabilitacyjnych, w których wielu pacjentów uzależnionych jest od różnego rodzaju leków. Można by mnożyć przykłady norm, które zapewniają

dobro pacjenta w warunkach szpitalnych, lecz które nie tylko nie znajdują zastosowania w stacjonarnej terapii uzależnień, ale też zmniejszają jej efektywność, znacznie utrudniają funkcjonowanie tych placówek lub wręcz zagrażają ich istnieniu. Poza tym, pieniądze, które idą za wymogami, są, delikatnie mówiąc, do nich nieadekwatne. Mam wrażenie, że finansowanie było wycenione wiele lat temu i od tamtej pory się nie zmieniło. Problem nie leży więc w wykształceniu kadry, umiejętnościach czy metodach pracy, ale w tak prozaicznej rzeczy jak pieniądze. Co więcej, przez kwestie finansowe wykwalifikowani pracownicy zaczynają odchodzić do prywatnych praktyk.

Czy obserwują Panie jakiegokolwiek zmiany, jeśli chodzi o samych pacjentów?

M.B.: Mniej więcej od dekady liczba osób uzależnionych utrzymuje się na podobnym poziomie, czyli w zależności od źródeł wynosi od 100 do 150 tys. Sam problem jednak zmienia się. Jesteśmy w erze nowych substancji psychoaktywnych – syntetycznych, a co za tym idzie neurotoksycznych. Pacjenci stają się coraz bardziej wymagający – mają coraz większe problemy towarzyszące uzależnieniu, które okazuje się tylko jedną z trudności. Pojawiają się choroby psychiczne, problemy z centralnym układem nerwowym, problemy poznawcze. Spotykamy na przykład osoby z zaburzeniami neurologopedycznymi, mające problemy z mówieniem czy poruszaniem się. W efekcie wymagań wobec nas jest coraz więcej. Rośnie również liczba osób zgłaszających się do leczenia z powodu problemów związanych z nadużywaniem.

Jakie problemy dostrzegają Panie w obszarze leczenia uzależnienia od alkoholu?

E.Z.: W leczeniu osób uzależnionych od alkoholu cały czas stawia się przede wszystkim na krótkoterminowe, teoretycznie tańsze programy, mające doprowadzić pacjenta do abstynencji i nauczyć go utrzymania jej, ale bez przeprowadzenia głębszych procesów. Takie leczenie w praktyce bywa jednak droższe, bo pacjenci często wracają i rozpoczynają kolejną terapię krótkoterminową. Dlatego naszym zdaniem, dla pacjentów alkoholowych korzystne byłoby rozszerzenie oferty poprzez, między innymi, uwzględnienie w niej lecze-

nia długoterminowego, które dałoby szansę na trwałą zmianę stylu życia.

Wciąż za mała jest również liczba programów nisko-progowych i programów redukcji szkód, realizujących terapię nastawioną na zmianę sposobu używania na mniej szkodliwy i/lub używanie kontrolowane; mowa przede wszystkim o alkoholu oraz marihuanie.

A jak system odpowiada na potrzeby pacjentów niepełnoletnich?

E.Z.: Niestety, liczba ośrodków specjalizujących się w pomocy im jest za mała. Nadużywanie substancji bywa w przypadku dzieci i młodzieży tylko jednym z wielu zaburzeń zachowania i zaburzeń psychicznych. COVID i izolacja spowodowały, że ujawniły się pewne problemy rodzinne. Również w tzw. dobrych domach. Do leczenia takich trudności trzeba podejść kompleksowo, w odpowiednim środowisku. Potrzebne są nie tylko oddziaływania ukierunkowane na przezwyciężenie mechanizmów nałogowych, ale również szeroko rozumiane wychowanie, nauka umiejętności społecznych czy praca z rodziną. Niestety, szpitale psychiatryczne to niekoniecznie dobra odpowiedź na te potrzeby.

Różnych substancji zaczynają używać osoby w coraz młodszym wieku. One nie mają szansy na wejście w rolę społeczne bez używek. W związku z obniżającym się wiekiem inicjacji narkotykowej młodzi uzależnieni nie zdążyli być trzeźwymi nastolatkami, nie mówiąc o trzeźwych dorosłych. Na etapie dojrzewania w znacznej mierze konstytuuje się nasza tożsamość, poczucie wartości i kiedy „układamy się ze światem”, szukając w nim swojego miejsca, uczymy się wchodzić w różne role społeczne i stawiać czoła różnym wyzwaniom. Tymczasem osoby, które zaczynają się narkotyzować przykładowo w 15. roku życia, nie mają możliwości nabywać tych doświadczeń na trzeźwo. Można powiedzieć, że pomijają „przewijają” ten etap. Dlatego mam w zwyczaju mówić, że w przypadku takich pacjentów nasza praca to nie tyle resocjalizacja (przystosowanie do powrotu do zdrowego funkcjonowania w społeczeństwie i różnych rolach społecznych), co raczej socjalizacja, czyli nauka od nowa. W tej chwili potrzebna bardziej niż kiedykolwiek. Rodzice są zrozpaczeni, poszukują ośrodków, gdzie ich dzieci mogłyby zacząć żyć „normalnie”. A takich miejsc w Polsce jest bardzo mało.

Jak na system wpłynął rodzaj używanych obecnie środków?

M.B.: Syntetyczne, nowe substancje psychoaktywne przyniosły zupełnie inny rodzaj postępowania terapeutycznego. Jeszcze do niedawna to heroina kojarzyła się z „największym złem”, wypadaniem z funkcjonowania w rolach społecznych, kryzysem narkotykowym lat 80. i 90. Ale muszę podkreślić, że osoby uzależnione w tamtych czasach faktycznie z tych ról wypadały, bo po różne substancje sięgały później niż obecnie, więc zdążyły doświadczyć wchodzenia w relacje społeczne czy rolę pracownika. Część naszych podopiecznych zaczęła brać narkotyki jeszcze jako dzieci. Oni nie mieli okazji dojrzeć na trzeźwo w sensie społecznym, emocjonalnym, również intelektualnym. Do tego są bardzo silnie uzależnieni.

Co więcej, uzależnieni od wielu substancji.

E.Z.: Zgadza się, istotnym symptomem zmian jest gwałtowny wzrost liczby poważnie uzależnionych pacjentów z rozpoznaniem uzależnienia mieszanego, w tym osób ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem nowych substancji psychoaktywnych. To zjawisko powoduje wzrost zapotrzebowania na leczenie w ośrodkach stacjonarnych, co z kolei stawia pod znakiem zapytania zasadność występującej od około 15 lat tendencji do stopniowego zmniejszania nakładów na lecznictwo stacjonarne. Myślę, że wynika ona z przekonania, że stacjonarne placówki leczenia przestają być potrzebne w obliczu zmniejszania się skali narkomanii opioidowej i rozwoju programów substytucyjnych. Jednak używanie nowych substancji psychoaktywnych prowadzi do tak znacznych zaburzeń w funkcjonowaniu psychicznym i społecznym osób uzależnionych, że leczenie ich w trybie ambulatoryjnym ma w wielu przypadkach niewielkie szanse na skuteczność.

M.B.: Obecnie wyjątkiem są ludzie, którzy są uzależnieni tylko od jednego rodzaju substancji. Właściwie większość naszych pacjentów „miesza”. Nawet tzw. pacjenci alkoholowi biorą dodatkowo na przykład leki uspokajające i nasenne, już nie mówiąc o innych substancjach. Dlatego nasza praca staje się coraz bardziej kompleksowa. Psychoterapia uzależnień to tylko jedno z bardzo wielu zadań, które przed nami stoja.

E.Z.: Substytucja nie rozwiąże wszystkich problemów, dlatego zmniejszanie finansowania i umniejszanie ważności placówek stacjonarnych jest szkodliwe dla wszystkich. Nie tylko dla społeczności osób uzależnionych, ale również na przykład dla opiekunów dzieci, które w tej chwili bardzo potrzebują pomocy.

M.B.: A jednocześnie część środowiska cały czas próbuje zmienić system leczenia albo na czysto substytucyjny, albo szpitalny, albo tylko i wyłącznie ambulatoryjny. Moim zdaniem placówki stacjonarne są potrzebne. One powinny się też coraz bardziej specjalizować, przystosowując się do potrzeb grup specyficznych: osób z podwójną diagnozą, z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, również dzieci i młodzieży, których największym problemem wcale nie musi być uzależnienie, osób nieheteronormatywnych, które potrzebują bezpiecznych przestrzeni profilowanych do ich potrzeb, kobiet z dziećmi, ofiar przemocy. Szpital nie da takim ludziom możliwości kompleksowego zaspokojenia ich potrzeb. Nawet jeśli oferuje konsultacje psychologiczne, to, w odróżnieniu od środowiska ośrodków stacjonarnych, nie zapewni modelowania pozytywnych postaw i procesów, restrukturyzacji poznawczej, urealnienia poczucia własnej wartości czy przepracowania konfliktów intrapsychicznych. Społeczność terapeutyczna tworzy wyjątkowe warunki do rozwijania poczucia sprawczości, licznych umiejętności społecznych czy budowania asertywności. Daje poczucie bezpieczeństwa, zrozumienia i przynależności. Oferuje również różnego rodzaju poradnictwo.

Tymczasem niektórym osobom leczenie stacjonarne wciąż kojarzy się z celem, który jest nastawiony tylko na stuprocentową abstynencję, i nic poza tym. Obecnie rehabilitacja w placówkach stacjonarnych wcale nie jest zero-jedynkowa. Abstynencja i życie w trzeźwości jest celem maksymalnym, ale to nie znaczy, że jedynym. Po drodze jest szeroki wachlarz innych celów związanych z poprawą jakości życia. Znaczna część naszych pacjentów nie ukrywa, że wcale nie ma zamiaru zrezygnować z wszystkich substancji. Najczęściej dotyczy to marihuany lub alkoholu. Przyjechali po to, żeby zmienić sposób używania na mniej szkodliwy i ryzykowny oraz żeby uporządkować sytuację prawną, socjalną, zmienić relacje z rodziną i styl życia. Ten poprzedni uniemożliwiał im utrzymanie kontroli nad życiem. Dopiero będąc w miejscu bezpiecznym, otoczeni opieką, są w stanie krok po kroku przejść na przykład przez kwestie formalne.

My nie zmuszamy do abstynencji. Jeśli ktoś nie jest na nią gotowy – nie wyrzucamy z ośrodka, a tym bardziej z poradni. Praca ambulatoryjna jest pracą na celach pacjenta i zależy od tego, z jakim celem taka osoba przychodzi. Oczywiście, staramy się motywować ludzi. Wszyscy korzystają na tym, że pacjent zdrowieje, trzeźwieje, dąży do abstynencji, odzyskuje pełną kontrolę nad swoim życiem i wolność, ale to nie znaczy, że jest to jedyny rodzaj pracy, jaką wykonujemy.

Dużo jeszcze jest do zrobienia i wypracowania, ale czy są jakieś rzeczy, które już udało się osiągnąć?

E.Z.: To, z czego jesteśmy dumni, to środowisko zawodowe i jego profesjonalizacja. Czasem liczba ukończonych przez terapeutów szkoleń i szkół, liczba godzin, które muszą przepracować zanim otrzymają jakiegokolwiek certyfikaty uprawniające do pracy z osobami uzależnionymi, może wręcz przytłaczać. Większość osób chce się szkolić. Ma świadomość tego, że trzeba być profesjonalnym.

M.B.: Co więcej, obecnie proces szkolenia się jest bardzo długi i kosztowny. Kształcenie w kierunku psychoterapeuty uzależnień zaczyna się dopiero po studiach!

E.Z.: Terapeutom uzależnień nie jest łatwo, bo oczekuje się od nich coraz większej wszechstronności. Niejednokrotnie, przed podjęciem decyzji o rozpoczęciu terapii, pacjenci dzwonią do ośrodków, upewniając się, czy placówka jest w stanie odpowiedzieć na wszystkie ich potrzeby. A ośrodki starają się do tych potrzeb dostosować. Członkowie kadry merytorycznej posiadają dyplom psychologa czy specjalizację w psychoterapii uzależnień. Poszukiwani są ludzie mający jeszcze dodatkowe specjalizacje, które mogą przydać się pacjentom, takie jak np. seksuologia czy praca z traumą.

Czy oprócz profesjonalizacji kadry coś jeszcze możemy uznać za sukces?

E.Z.: W placówkach, które zajmują się uzależnieniami, cele pracy są możliwie dostosowywane do potrzeb pacjenta. Nawet w ośrodkach, gdzie podstawą jest terapia grupowa oparta na metodzie społeczności terapeutycznej, coraz większy nacisk jest kładziony na terapię indywidualną i indywidualizowanie celów terapeutycznych. Coraz szerzej wprowadza się nowoczesne metody leczenia i integrowanie różnych

nurtów, głównie psychoterapeutycznych i socjoterapeutycznych. Terapia poznawczo-behawioralna uzupełniana jest technikami zaczerpniętymi z terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach, terapii Gestalt, terapii schematu czy strategiczno-strukturalnej terapii uzależnień. Oddziaływania dostosowuje się do indywidualnych potrzeb.

M.B.: W latach 70. i 80. ubiegłego wieku owszem, niektóre sposoby oddziaływań były intuicyjne, bo wynikały z niedostatecznej wiedzy. W momencie, kiedy wiedza zaczęła się pojawiać, czerpiemy z niej na bieżąco. Poza tym system staje się coraz bardziej holistyczny. Oczywiście, ma on sporo braków, ale obecnie już jesteśmy w stanie przeprowadzić pacjenta przez cały proces: od konsultacji w poradni, gdzie będą zaopiekowani też jego bliscy, przez skierowanie na leczenie specjalistyczne lub do placówki stacjonarnej, po ofertę postrehabilitacyjną. Ciągle brakuje hosteli, ale współpracujemy z całym szeregiem różnych innych organizacji. W zależności od potrzeb kierujemy pacjenta na terapię DDA, terapię traumy, do seksuologa. Już wiemy, że nie jesteśmy bogami i wszystkiego nie jesteśmy w stanie zrobić sami. Myślę, że trzydzieści lat temu była taka tendencja. Teraz jasno możemy wskazać, gdzie kończą się nasze kompetencje i pokierować pacjenta dalej.

E.Z.: Współpracujemy na przykład z organizacjami, które są lepiej finansowane i mają znacznie lepiej od nas rozbudowany system pomocy mieszkaniowo-hostelowej. Niejednokrotnie przekierowujemy do nich pacjentów, którzy ukończyli terapię w ośrodku Monaru. Na etapie usamodzielniania się pacjenci często utrzymują kontakty z co najmniej dwiema instytucjami jednocześnie. Od nas otrzymują wsparcie psychoterapeutyczne i poradnictwo, a od innych instytucji pomoc socjalną i wsparcie postrehabilitacyjne. Ale dla mnie niezwykle istotne jest też to, że obecnie do placówki stacjonarnej lub ambulatoryjnej przychodzą osoby z pakietem spraw, którymi trzeba się zająć i wychodzą dopiero wtedy, gdy wszystkie są już załatwione. Wyspecjalizowaliśmy się w takiej pracy. Wiemy, że niektórzy mają poważne traumy związane z natłokiem rzeczy, które się im pokomplikowały w życiu i które doprowadziły do tego, że jedynym rozwiązaniem wydaje się tym pacjentom znieczulenie i zapomnienie. Problemy ich przerastają. Dlatego próbujemy pomóc, żeby na spokojnie mogli myśleć o swojej terapii i zdrowieniu. Na koniec, jeśli chodzi o osiągnięcia, superwizja pracy

personelu terapeutycznego stała się już standardem we wszystkich placówkach.

Jakie są w takim razie cele zmiany tego systemu?

E.Z.: Cele są wyznaczane przez problemy, które obecnie mamy. Najważniejszym celem, który mocno wpływa na naszą pracę i jej jakość, jest doszacowanie wyceny świadczeń. Drugim, równie ważnym, jest oddzielenie w koszyku świadczeń gwarantowanych świadczeń dla dzieci i młodzieży od świadczeń dla osób dorosłych. Przyczyna jest prosta: leczenie dzieci jest kosztowniejsze i wymaga jeszcze większej liczby specjalistów. Poza tym bardzo ważne jest uwzględnienie w systemie zmiany wzoru używania substancji psychoaktywnych. Uzależnienia obecnie są mieszane, łączone, a procedura wciąż wygląda tak, że świadczeniodawca kupuje od nas usługę albo leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych, albo leczenia uzależnienia od alkoholu.

M.B.: Albo leczenia uzależnień behawioralnych. Tymczasem występują one parami, trójkami albo nawet czwórkami. Pacjenci biorą stymulanty, popijają alkoholem i jednocześnie szkodliwie grają w gry komputerowe lub uprawiają hazard. Część osób uzależnionych od stymulantów ma jednocześnie problem z uzależnieniem od pornografii, a na stany lękowe bierze leki. Kombinacje można wymieniać w nieskończoność.

E.Z.: Fakt, że świadczeniobiorca kupuje „wyzolowaną” usługę, nie uwzględniając złożoności problemu, komplikuje nam pracę i powoduje, że musimy naginać się i dostosowywać do norm, które zostały odgórnie narzucone.

M.B.: Chodzi o to, żeby system zaczął bardziej dostosowywać się do potrzeb pacjentów, a nie odwrotnie. Prócz tego chcemy być reprezentowani w procesie ustawodawczym przez osoby, które mają coś wspólnego z terapią uzależnień. Osoba specjalizująca się w psychiatrii nie wystarczy. Warto by uzupełnić reprezentację o osoby specjalizujące się również w psychoterapii uzależnień, aby móc dopasować system do faktycznych potrzeb pacjenta, a nie odwrotnie. Z braku kompletnej reprezentacji wynika dużo niedopasowanych rozporządzeń.

E.Z.: Chcemy skutecznie docierać z naszymi postulatami. Nie będziemy przecież organizować manifestacji i protestów. Potrzebujemy być wysłuchani i zrozumiani.

M.B.: Pośrednim celem jest tu integracja środowiska. Mam nadzieję, że wszyscy chcemy przede wszystkim

dobra pacjenta. Nawet jeśli nasze zdanie na temat szczegółów metod, którymi powinniśmy pomagać, różni się, to myślę, że naszym celem powinno być usprawnienie komunikacji i zrozumienie, że stoimy po jednej stronie. Niezgoda działa na niekorzyść wszystkich: i nas, przedstawicieli systemu pomocowego, i naszych podopiecznych. Możemy nawet ustalić kilka stanowisk dotyczących tego, jak pomagać najlepiej. Potrzeby pacjentów są różne, więc im szersza będzie nasza oferta, tym lepiej. Tylko wspierajmy się w tym i uzupełniamy, a nie walczmy ze sobą. I pamiętajmy, kto jest najważniejszy – pacjent.

E.Z.: Jednym z priorytetowych tematów, którego również dotyczą nasze cele, jest zmiana norm związanych z zatrudnianiem pielęgniarek i tworzeniem działów farmacji. Nieadekwatne wymagania w tym zakresie wynikają z osadzenia nas, ośrodków leczenia uzależnień, w obszarze psychiatrii. My zajmujemy się głównie leczeniem psychoterapeutycznym, aktywizacją, tymczasem wymogi mamy takie, jak szpitale psychiatryczne.

M.B.: Gdybyśmy mieli je spełnić, powinniśmy w placówce na 30 osób utworzyć prawie 15 etatów pielęgniarskich. Tymczasem nasza placówka jest po prostu domem, gdzie mieszkają podopieczni i na co dzień poddawani są działaniom psychoterapeutycznym.

E.Z.: Na szczęście spotykamy się z olbrzymim zrozumieniem ze strony Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. Dzięki temu normy dotyczące liczby pielęgniarek udało się zmienić. Ale pozostała jeszcze kwestia działów farmacji, które w związku z przypisaniem nas do obszaru psychiatrii również powinny pojawić się w placówkach leczenia uzależnień. Oczywiście, czasami korzystamy z farmakologii, ale nie widzimy potrzeby, żeby otwierać aptekę i zatrudniać farmaceutę na terenie placówki, w której mieszka 30 pacjentów. Dlatego mam nadzieję, że nasz zespół przekona ustawodawcę, że nie można nas wszystkich wrzucać do jednego worka.

Czy myślą Panie, że osiągnięcie tych celów może być w jakiś sposób utrudnione przez pandemię?

E.Z.: Izolacja i konieczność zmiany funkcjonowania spowodowały pojawienie się kolejnych problemów. Jest wiele osób, które potrzebują pomocy, bo przez odosobnienie i zamknięcie w domu, również w samotności, częściej sięgają po używki. To się także mocno odbiło na dzieciach i młodzieży.

M.B.: Od momentu rozpoczęcia pandemii statystyki dotyczące depresji i prób samobójczych wśród osób niepełnoletnich poszybowały w górę. Izolacja ujawniła różne problemy rodzinne, i to wcale nie chodzi o domy dysfunkcyjne, gdzie jest alkohol i przemoc. Nie tylko tam dzieci cierpią. Również w domach tzw. rodzin wysokofunkcjonujących niepewność, presja, samotność, problemy z tożsamością, przeniesienie relacji do internetu zaszkodziły młodym. Mają oni duże trudności z radzeniem sobie z rzeczywistością, więc sięgają po substancje psychoaktywne. Myślę, że w związku z tym potrzeby nie będą małe, wręcz będą rosły, staną się bardziej różnorodne, więc będziemy potrzebowali coraz więcej specjalistów. Będziemy musieli integrować psychoterapię uzależnień z innego rodzaju oddziaływaniami psychoterapeutycznymi, jak np. pracą z depresją czy lękiem. Spodziewam się, że te dwie trudności będą występować najczęściej, a uzależnienie będzie się do nich po prostu przyklejać, raczej nie na odwrót.

E.Z.: Kolejny cel wiąże się z uporządkowaniem kwestii finansowania. Mamy wyspecjalizowane placówki, które oferują osobom uzależnionym „dodatkowe” usługi, których jednak nie ma w kontrakcie. Nie istnieje na przykład kontraktowanie leczenia stacjonarnego dla osób uzależnionych ze współwystępowaniem chorób przewlekłych. A jest taka potrzeba. Nasz system finansowania jest tak skonstruowany, że nie można jednocześnie korzystać z dwóch świadczeń. Dlatego często tacy pacjenci z powodu złego stanu zdrowia i chorób przewlekłych nie biorą udziału w leczeniu uzależnień, mimo że tego potrzebują. Jeśli pacjent z uzależnieniem potrzebuje rehabilitacji, musimy na jeden dzień wypisać go z ośrodka, bo nie może on korzystać z dwóch świadczeń. To bardzo uciążliwe. Podobne utrudnienia dotyczą matek z dziećmi. Owszem, w polskim systemie istnieją dla nich tzw. domy. Ale działają one na zasadzie schronisk. Natomiast są też dobrze radzące sobie osoby, które mają, gdzie mieszkać, ale mają też dzieci i chcą się leczyć. Jeżeli takie leczenie wymaga dłuższego pobytu w ośrodku, to bardzo często potencjalne pacjentki nie decydują się na podjęcie terapii, bo nie chcą się rozstawać z dzieckiem. W Monarze mamy kilka placówek, które wybudowały oddzielne budynki dla matek z dziećmi. Są też programy dostosowane do potrzeb samotnych matek, mające pomóc im w podejmowaniu ról rodzicielskich. Ale na to wszystko nie ma dodatkowego finansowania. Brakuje też hosteli dla osób kończących terapię, które często nie mają dokąd pójść,

bo pochodzą ze środowisk sprzyjających powrotowi do używek. Natomiast pacjenci po wyjściu z ośrodka potrzebują spokojnego miejsca i czasu, żeby trochę popracować i zarobić pieniądze na wynajęcie mieszkania.

Potrzebne są też obozy rekreacyjno-terapeutyczne. Zdobywanie nowych, zdrowych pasji i nauka spędzania wolnego czasu w sposób konstruktywny, jak na przykład wyjazdy na kajaki czy na skałki, to również istotny element procesu rehabilitacji. Leczenie to nie jest przecież tylko leżenie w łóżku; to jest przystosowywanie do życia, do tego, żeby poznać inne sposoby spędzania wolnego czasu niż pójście na imprezę.

M.B.: Te wszystkie działania naprawdę są potrzebne. Biorąc pod uwagę niepewną rzeczywistość, szczerze wątpię, że zmniejszą się problemy związane z uzależnieniami. Żyjemy obecnie w czasach, które charakteryzuje relatywizm norm i wartości oraz brak stałości różnych elementów rzeczywistości. Po pierwsze, na całym świecie rozwija się tendencja do radykalizowania się opcji politycznych i polaryzowania społeczeństw. Oznacza to, że zagrożenie konfliktami, zarówno wewnętrznymi, jaki i międzynarodowymi, stało się ponownie bardzo realne. Po drugie, pandemia COVID-19 uświadomiła nam, jak niewiele potrzeba, aby funkcjonowanie całego otaczającego nas świata dosłownie „stanęło na głowie”. Co za tym idzie, straciliśmy również pewność stabilności sytuacji gospodarczej i ekonomicznej. Oczywiście wzrósł również ogólnospołeczny lęk o zdrowie oraz niepewność dotycząca wydolności służby zdrowia. Jak nigdy wcześniej zasiana została wątpliwość co do rzetelności i prawdziwości przekazywanych informacji, teorie spiskowe mnożą się na potęgę, a ludzie nie wiedzą już, w co i komu wierzyć. Po trzecie, zdajemy sobie coraz bardziej sprawę, że światowa katastrofa ekologiczna, wraz ze wszystkimi swoimi konsekwencjami, realnie może stać się naszym udziałem. Poczucia bezpieczeństwa nie zwiększa również tendencja do ogólnego zrelatywizowania wartości i upadku autorytetów. Młodym ludziom coraz trudniej jest znaleźć stabilny punkt odniesienia. Internetowy i medialny szum oraz chaos informacyjny także nie ułatwiają tego zadania, a przeniesienie wielu relacji do sieci i mediów społecznościowych powoduje osłabienie i mniejszą stabilność więzi międzyludzkich, szczególnie ważnych zwłaszcza na etapie dojrzewania. Dlatego obawiam się, że jako społeczeństwo będziemy coraz bardziej pogubieni.

Dziękuję za rozmowę.