

Lecznictwo odwykowe a deinstytucjonalizacja opieki medycznej

Beata Hoffmann



Uniwersytet Warszawski

Warszawa 2022

Wprowadzenie

Prace analityczno-badawcze Uniwersyteckiego Obserwatorium Deinstytucjonalizacji Praktyk Pomocowych – UODI

Deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych to proces przechodzenia od organizowania wsparcia opartego na rozwiązaniach zakładowych, gdzie kluczową rolę odgrywają placówki całodobowe długookresowego pobytu – do organizowania wsparcia w sposób środowiskowy, z wykorzystaniem infrastruktury usług społecznych oraz zasobów lokalnych społeczności.

Polska, podobnie jak inne państwa członkowskie Unii Europejskiej, zobowiązana jest do wdrażania polityki deinstytucjonalizacji działań służb społecznych (dalej jako polityka DI) w unijnym okresie programowania 2021-2027. Krajowy program przedstawiony został w przyjętej przez rząd w czerwcu 2022 r. „Strategii rozwoju usług społecznych”, obejmującej nieco dłuższy okres – do 2030 r. (z rozszerzeniem do 2035 r.).

Deinstytucjonalizacja w ujęciu socjologicznym jest procesem zmiany, a nie punktem dojścia. Profesjonalnych praktyk pomocowych nie można w pełni zdeinstytucjonalizować. Instytucją jest bowiem każde zorganizowane działanie społeczne *per se*, a więc m.in. także środowiskowe usługi społeczne. Zrozumienie procesualnego charakteru deinstytucjonalizacji pozwala dostrzec dwa ważne założenia programowe polityki DI, a dotyczące: (1) potrzeby konsekwentnego, ale rozłożonego w czasie wdrażania podejścia środowiskowego oraz (2) niezbędności stosowania różnorodnych form i metod wsparcia.

Wsparcie środowiskowe to prowadzenie działań pomocowych w środowisku życia osób wspieranych, bez konieczności opuszczania przez nich swoich domów i rodzin czy rezygnacji z aktywności społecznej i zawodowej, których podtrzymywanie sprzyja zachowaniu zdrowia fizycznego, psychicznego i duchowego.

Na deinstytucjonalizację praktyk pomocowych warto patrzeć jak na proces będący przejawem dbałości o dobrostan obywateli – adresatów wsparcia. Ów dobrostan jest celem polityki DI i zarazem wyznacza granice jej implementacji. Uwzględniając powyższe, można zrekonstruować dwa cele operacyjne polityki DI. Pierwszym jest dążenie do zastąpienia placówek długookresowego całodobowego pobytu przeznaczonych dla osób wymagających opieki i leczenia, innymi rozwiązaniami organizacyjnymi, przy jak największym udziale

środowiskowych usług społecznych. Celem drugim jest dążenie do reorganizacji funkcjonowania form placówkowych, zwłaszcza placówek dziennego pobytu (w Polsce są to środowiskowe domy samopomocy, dzienne domy seniora, świetlice socjoterapeutyczne i wiele innych), tak aby funkcjonowały one w sposób otwarty i stawały się częścią infrastruktury „w posiadaniu” lokalnych społeczności. Takimi wtapiającymi się w „naturalne” środowisko społeczne są np. wszelkie formy mieszkalnictwa wspomaganego traktowane w podejściu DI jako środowiskowa alternatywa dla tradycyjnych zakładów opiekuńczo-leczniczych i domów pomocy społecznej.

Politykę DI warto definiować na sposób pozytywny: co można i należy rozwijać. Odchodzenie od „starych” rozwiązań powinno być funkcją upowszechniania „nowych”, a nie na odwrót. Możemy i powinniśmy stopniowo zmniejszać obciążenie placówek opiekuńczych i leczniczych całodobowego długookresowego pobytu, gdy realnie dostępne jest wsparcie środowiskowe wykorzystujące różne formy usługowe.

Praca środowiskowa w myśl założeń metodycznych prowadzona jest dla ludzi, wśród ludzi i z ludźmi. Łączy się to z przekonaniem, że warto tworzyć takie warunki życia, aby osoby wspierane mogły pozytywnie oddziaływać na środowisko, a zarazem, aby środowisko pozytywnie oddziaływało na jednostki. Stąd orientacja pracy środowiskowej na wzmacnianie, aktywizację i integrację społeczności lokalnych. Polityka DI to polityka inwestycji społecznych przy wykorzystaniu potencjału podmiotów niepublicznych (organizacji obywatelskich i przedsiębiorstw społecznych), nowych rozwiązań organizacyjnych (np. centra usług społecznych, centra zdrowia psychicznego) oraz nowopowstających zawodów i specjalności pomocowych (takich jak streetworkerzy, asystenci zdrowienia czy koordynatorzy pieczy zastępczej).

W modelu środowiskowym należy posiadać paletę rozwiązań pomocowych o różnym poziomie usrodowikowienia, tak aby organizując wsparcie dla konkretnych osób, móc wybrać to najbardziej dla nich wskazane. Te o wyższym poziomie instytucjonalizacji powinny być stosowane rzadko (jako opcja ostatnia), niemniej też są one potrzebne. W sytuacji ostrych stanów chorobowych czy konieczności zastosowania określonych procedur medycznych (np. detoksykacja w terapii uzależnień od środków psychoaktywnych) wskazane jest korzystanie ze wsparcia w placówkach całodobowych. Tyle że na czas określony, po którym również wskazane jest kontynuowanie wsparcia w modelu środowiskowym. W podejściu środowiskowym jest również miejsce na rozwiązania pośrednie, łączące cechy placówek

i wsparcia środowiskowego. Przykładem takiego rozwiązania są placówki dziennego pobytu czy szpitalne oddziały dzienne, w których działania pomocowe realizowane są w nurcie środowiskowym przy wykorzystaniu organizacyjnych ram formatu placówkowego.

Deinstytucjonalizację należy wdrażać w sposób konsekwentny i zarazem rozważny. Zaprzepaszczenie szansy rozwojowej związane jest tu zarówno z ryzykiem prowadzenia działań pozornych, jak i z ryzykiem działań przesadnie zideologizowanych. Stąd potrzeba monitoringu polityki DI. Wyjściem naprzeciw tej potrzebie jest inicjatywa podjęta na Uniwersytecie Warszawskim pod nazwą Uniwersyteckie Obserwatorium Deinstytucjonalizacji Praktyk Pomocowych – UODI. Obserwatorium to wspólne przedsięwzięcie partnerskie trzech jednostek uczelnianych: Wydziału Stosowanych Nauk Społecznych i Resocjalizacji, Centrum Europejskiego oraz Instytutu Studiów Społecznych im. Profesora Roberta Zajonca.

Prace UODI zainicjowaliśmy 15 marca 2021 r. organizacją międzynarodowej konferencji naukowej „Deinstytucjonalizacja w politykach publicznych – nowy paradygmat rozwoju”. W 2022 r. prace analityczno-badawcze UODI prowadziliśmy dzięki dotacji otrzymanej od Władz Uniwersytetu Warszawskiego. Przedmiotem tych prac są praktyki pomocowe realizowane w różnych systemach wsparcia, przez specjalistów reprezentujących różne profesje i zawody pomocowe, przy wykorzystaniu różnych formatów organizacyjnych. Profesjonalne praktyki pomocowe to zbiorczy termin obejmujący metodyczną działalność ogółu zawodowych pomagaczy. Jest to przy tym termin „neutralny”, pozwalający na agregowanie wiedzy z różnych obszarów działań pomocowych bez dokonywania hierarchizacji zawodów pomocowych (*helping professions*) czy funkcjonujących w ich obrębie specjalności.

W 2022 r. prace UODI objęły między innymi analizy organizowania i prowadzenia praktyk pomocowych w sześciu obszarach, jakim są: piecza zastępcza, wsparcie osób z niepełnosprawnością, zdrowie psychiczne, kryzys bezdomności, terapia uzależnień i opieka senioralna. Ich rezultaty przedstawione zostały w autorskich ekspertyzach, które publikujemy na stronie www.uodi.uw.edu.pl. Jedną z nich jest opracowanie autorstwa Beaty Hoffmann pt. „Lecznictwo odwykowe a deinstytucjonalizacja opieki medycznej”.

Zapraszamy do lektury!

Marek Rymśa
kierownik UODI

Beata Hoffmann

Uniwersytet Warszawski

ORCID: 0000-0001-7339-4256

Lecznictwo odwykowe a deinstytucjonalizacja opieki medycznej

Wstęp

Na potrzeby tego tekstu przyjmuję, że deinstytucjonalizacja opieki medycznej jest procesem przejścia od usług świadczonych w formach instytucjonalnych do usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności, wymagającym z jednej strony rozwoju usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności, z drugiej – stopniowego ograniczenia usług w ramach opieki instytucjonalnej.¹

Zmiany w rozumieniu istoty i objawów uzależnienia spowodowały wyłonienie się dwu podstawowych kategorii: uzależnień substancjalnych, gdzie mamy do czynienia z substancją uzależniającą, jak i niesubstancjalnych, przejawiających się utratą kontroli nad pewnymi czynnościami/zachowaniami. Kategoria ta określona została mianem „zaburzeń nawyków i popędów (impulsów)”² i najczęściej określana jest jako uzależnienia behawioralne. Ponieważ ramy niniejszego opracowania nie pozwalają na szczegółowe omówienie form świadczonej pomocy medycznej/terapeutycznej dla wszystkich rodzajów uzależnień, skoncentruję się na problemie uzależnienia od narkotyków, gdyż przede wszystkim wobec uzależnionych od narkotyków świadczone są wszystkie formy leczenia odwykowego. Mimo, że nie omawiam psychologicznych metod stosowanych w leczeniu uzależnień, więcej miejsca poświęcam społeczności terapeutycznej, rozumianej jako koncepcja, model i jako metoda³, gdyż jest ona szczególnie istotna ze względu na kontekst deinstytucjonalizacji.

¹ Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020.

² Na podstawie: ICD-10 (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – International Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision).

³ G. De Leon, *Społeczność terapeutyczna. Teoria, model, metoda*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2003.

Pod pojęciem substancji psychoaktywnych mieści się wiele różnych środków o zróżnicowanym działaniu. Spotykają się one z różnym stopniem aprobaty społecznej, która w istotnym stopniu uwarunkowana jest okresem historycznym, uwarunkowaniami ekonomicznymi, prawnymi czy społeczno-kulturowymi. Wśród substancji psychoaktywnych wymieniane są zarówno nikotyna, alkohol, kofeina i teina, niektóre leki, narkotyki, steroidy, tzw. dopalacze czy nawet napoje energetyzujące.⁴ Coraz trudniej też wskazać granicę między tzw. twardymi i miękkimi narkotykami, między tym, co zdaniem niektórych osób „powinno” być legalne, a tym, co nieakceptowane i budzące niechęć. Pragnę podkreślić, że dla jasności i zrozumienia tekstu, będę używała rozróżnienia na: substancje psychoaktywne (narkotyki, dopalacze i substancje psychotropowe) i alkohol.

Uzależnienia są dziedziną psychiatrii i w ICD-10 opisane zostały w rozdziale pt. *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji Psychoaktywnych*. Zajmują pozycje od od F-10 do F-19.⁵

1. Opieka psychiatryczna w perspektywie historycznej – krótki zarys

Za symboliczny początek powstania psychiatrii uznaje się moment, kiedy francuski lekarz – twórca nowoczesnej psychiatrii, Philippe Pinel uwolnił chorą psychicznie kobietę z kajdan. Miało to miejsce w szpitalu Salpêtrière w Paryżu, w 1795 roku. Pinel jako pierwszy zaczął traktować chorych psychicznie zgodnie z duchem praw każdego człowieka do życia w wolności i decydowania o własnym losie. Tym samym tzw. szaleństwo stało się chorobą w sensie medycznym, a w chorych zaczęto dostrzegać ludzkie istoty cierpiące, zasługujące na pomoc.

Niezależnie od zachodzących na przestrzeni kolejnych lat przemian, w połowie XIX wieku przede wszystkim w Stanach Zjednoczonych, w krajach Europy Zachodniej, ale też na ziemiach polskich, zaczęły pojawiać się głosy krytykujące ówczesny model leczenia psychiatrycznego, który określono mianem niehumanitarnego. U podłoża takiej zmiany stanęło przeświadczenie wybranych lekarzy, że długoterminowa hospitalizacja chorych, umieszczonych w szpitalach psychiatrycznych, mieszczących się na obrzeżach miast,

⁴ B. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Media Rodzina, Parpamedia, Warszawa 2009, część II, s. 393-449.

⁵ Kod: F63 - Zaburzenia nawyków i popędów (impulsów) F63.0 – patologiczny hazard, F63.8 – inne uzależnienia behawioralne.

w izolacji społecznej, nie sprzyja leczeniu, nie przynosi też oczekiwanych korzyści społecznych.⁶

W pierwszej połowie XX wieku standardy szpitalne nadal nie spełniały wymogów, które gwarantowałyby właściwe warunki bytowe i pożądane formy leczenia. W latach trzydziestych dwudziestego wieku Kazimierz Dąbrowski rozpropagował w Polsce idee ruchu higieny psychicznej. Na początku lat 50. środowisko lekarzy, jak i pozostałych specjalistów z obszaru zdrowia psychicznego zaczęło domagać się reformy psychiatrii.

Dzięki powstaniu psychologii humanistycznej, zainicjowanej przez Carla Rogersa i Abrahama Masłowa, zmianie uległo myślenie o człowieku, pacjencie, a przede wszystkim – pacjencie chorym psychicznie. Za sprawą psychologii humanistycznej możliwa stała się pomoc jednostce w uzyskaniu kontaktu z własnymi uczuciami i w wykorzystaniu własnego potencjału.⁷

W 1952 roku, Jean Delay, wraz ze swym asystentem P. Denikerem, J. M. Harlem odkryli przeciwpsychotyczne działanie chlorpromazyny u pacjentów z ostrymi objawami psychotycznymi. Odkrycie to stało się podstawą rozwoju nowoczesnej psychiatrii. Dzięki neuroleptom wiele objawów chorobowych zostało w dużym stopniu zredukowanych, co umożliwiło chorym funkcjonowanie w warunkach pozaszpitalnych.⁸ Fakt ten przyczynił się do narodzin psychiatrii środowiskowej, czyli podejścia, w którym priorytetowym działaniem jest ograniczenie leczenia zaburzeń psychicznych w warunkach szpitalnych.

Na gruncie polskim głównym prekursorem i propagatorem psychologii humanistycznej był Kazimierz Jankowski. Zwrócił on uwagę na konieczność uwzględnienia bio-psycho-społecznych uwarunkowań choroby psychicznej i metod jej leczenia. Postulował też tworzenie ośrodków terapeutycznych i rehabilitacyjnych, znajdujących się w naturalnym środowisku leczących się.⁹

Lata 70. XX wieku były w Polsce czasem zainteresowania społecznymi aspektami zaburzeń psychicznych: ideami K. Jankowskiego, A. Kępińskiego i Z. Bizonia. W 1979 roku sporządzono raport o stanie psychiatrii polskiej, wraz z propozycją zmian ukierunkowanych na opiekę środowiskową. W tym czasie odnotowano wyraźny wzrost liczby oddziałów

⁶ M. Załuska, *Funkcjonowanie społeczne i zapotrzebowanie na opiekę środowiskową w schizofrenii*, IPiN, Warszawa 2000.

⁷ S.A. Rothus, *Psychologia współczesna*, GWP, Gdańsk 2004.

⁸ D. Moussaoui, *A Biography of Jean Delay: First President of the World Psychiatric Association* (History of the World Psychiatric Association), Excerpta Medica, 2002.

⁹ K. Jankowski, *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej*, PIW, Warszawa 1975.

dziennych. Mimo powoli zachodzących procesów, w latach 80. nastąpił wyraźny rozwój form opieki środowiskowej¹⁰, którym objęci zostali przede wszystkim chorzy psychicznie i upośledzeni umysłowo.

Zabiegi mające na celu deinstytucjonalizację opieki psychiatrycznej na rzecz opieki środowiskowej, opartej na lokalnych, mniejszych ośrodkach pomocy medycznej i pozwalającej na zapewnienie pacjentom opieki psychiatrycznej w środowisku społecznym, w tym rodzinnym i zawodowym, w którym na co dzień funkcjonują, umożliwiły w dużym stopniu pełnienie przez chorych ról społecznych, właściwych osobom zdrowym. Proces ten nie miał w żadnym razie oznaczać zredukowania procesu leczenia jedynie do przyjmowania leków, gdyż jak zwracał uwagę Jankowski, sama farmakoterapia nie jest elementem wystarczającym leczenia. Bez właściwej opieki, bez wsparcia społecznego, chorzy będą jedynie wegetować, a nie uczestniczyć w życiu rodzinnym, zawodowym, czy – szerzej – społecznym.¹¹ Należy bezwzględnie podkreślić, że idea deinstytucjonalizacji nie wpisywała się w nurt antypsychiatrii, postulującej likwidację szpitali psychiatrycznych i traktowanie samych zaburzeń, jako formy tzw. zdrowej reakcji człowieka na rozliczne patologie życia społecznego.¹²

Do form opieki środowiskowej obecnie zaliczane są:

1. Poradnie Zdrowia Psychicznego, będące najstarszą formą leczenia środowiskowego wraz z wyspecjalizowanymi placówkami dla określonych grup pacjentów,
2. Placówki Interwencji Kryzysowych przeznaczone dla osób w kryzysowej sytuacji psychologicznej, która powstała na skutek zaostrzenia się objawów choroby lub trudnej sytuacji życiowej. Celem tych placówek jest ustabilizowanie stanu osoby potrzebującej pomocy w możliwie krótkim czasie, za pomocą psychoterapii, farmakoterapii, czy pomocy socjalną w lokalnym środowisku pacjenta,
3. Oddziały dzienne, których celem jest sprawowanie opieki nad pacjentem, spędzającym w oddziale kilka godzin dziennie, przez okres co najmniej pięciu dni w tygodniu. Tu mieszczą się oddziały leczenia dziennego, w których prowadzona jest krótkotrwała psychoterapia i farmakoterapia,

¹⁰ E. Słupczyńska-Kossobudzka, J. Wciórka, *Psychiatria środowiskowa*, w: A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, (red.) *Psychiatria, t. III. Terapia, zagadnienia etyczne, prawne, organizacyjne, społeczne*, Wyd. Med. Urban&Partner, Wrocław 2003, s. 507-526.

¹¹ K. Jankowski, *op. cit.*

¹² M. Załuska, *op. cit.*

4. Zakwaterowanie chronione jest formą psychiatrii środowiskowej, której celem jest zapewnienie miejsca do mieszkania w warunkach jak najbardziej zbliżonych do warunków domowych,
5. Zespoły Leczenia Środowiskowego,
6. Domy-Kluby.¹³

Mimo, że współcześnie formy leczenia środowiskowego stają się w wielu krajach coraz bardziej powszechne, występuje duże zróżnicowanie regionalne i krajowe, dotyczące zarówno ludzi, metod, jak i instytucji, biorących udział w tym działaniu. Zróżnicowane są też poglądy specjalistów różnych dziedzin, na sam proces deinstytucjonalizacji. Cel środowiskowego systemu zdrowia psychicznego jest niezwykle trudny i nadal zмага się ze zmieniającymi się priorytetami społecznymi, deficytami finansowania i rosnącymi potrzebami w tym zakresie.

Na uwagę zasługuje fakt, że w tekstach poświęconych psychiatrii środowiskowej niewiele jest nawiązań do leczenia środowiskowego osób uzależnionych, a jeśli sporadycznie wzmianki się pojawiają, dotyczą jedynie osób uzależnionych od alkoholu (oddziały dzienne dla osób uzależnionych od alkoholu).

2. Uzależnienie

W dniu 11 lutego 2022 roku Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11 została oficjalnie wdrożona¹⁴, stając się klasyfikacją stosowaną do krajowego i międzynarodowego rejestrowania i raportowania chorób i przyczyn zgonów.

Klasyfikacja ICD jest stosowana w różnym zakresie w ponad 100 krajach na całym świecie. Wszystkie państwa zachęcane są do przejścia na najnowszą wersję. Z nowej klasyfikacji korzysta już 35 państw na świecie. Obecnie ICD-11 dostępna jest w językach: angielskim, francuskim, hiszpańskim, chińskim i arabskim, a w przygotowaniu jest kolejnych 20 wersji językowych, w tym wersja polska. Ponieważ w okresie przejściowym, w Polsce i wielu innych krajach nadal korzysta się ze starszej wersji – ICD-10, w tym opracowaniu również będą jej używała.

¹³ Więcej: E. Słupczyńska-Kossobudzka, J. Wciórka, *op. cit.*

¹⁴ www.who.int/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release

W klasyfikacjach ICD-10 i DSM-IV zespół uzależnienia jest zdefiniowany jako „kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których przyjmowanie substancji lub grup substancji dominuje nad innymi zachowaniami, które miały poprzednio dla pacjenta większą wartość. Głównym objawem zespołu uzależnienia jest pragnienie (często silne, czasami przemożne) przyjmowania substancji psychoaktywnej (która może być lub nie – środkiem stosowanym w medycynie), alkoholu lub tytoniu. Przyjęcie substancji nawet po bardzo długim okresie abstynencji może wyzwać zjawisko gwałtownego nawrotu innych objawów zespołu, znacznie szybciej niż pojawienie się uzależnienia u osób poprzednio nieuzależnionych”.¹⁵

Definicja ta w bardzo ogólnych, ale fundamentalnych kategoriach opisuje powstałe zaburzenia przewlekłego przyjmowania substancji psychoaktywnych. O ile starsze definicje kładły nacisk na objawy somatyczne zespołu uzależnienia, ta zwraca uwagę na deficyty w funkcjonowaniu człowieka jako jednostki, członka rodziny i społeczeństwa.¹⁶

Zespół kliniczny uzależnienia opisuje jako zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka w zakresie procesów poznawczych, zachowań i reakcji fizjologicznych. Ekspresja objawów w wyżej wymienionych obszarach jest zmienna i zależna od wielu czynników. Do najważniejszych elementów modelujących uzależnienie zalicza się: cechy osobowości, stan somatyczny, czynniki środowiskowe oraz rodzaj i ilość substancji psychoaktywnej, a także czas jej przyjmowania.¹⁷ Uzależnienie, podobnie jak inne zaburzenia psychiczne prowadzi do „utrąty zdolności skutecznego regulowania przez organizm swych stosunków wewnętrznych i wymiany ze środowiskiem oraz utraty równowagi wewnętrznej lub/i adaptacji do środowiska”¹⁸. Zespół uzależnienia może powstać w wyniku okresowego, regularnego przyjmowania jednej lub kilku substancji psychoaktywnych.

Ze względu na fakt, że formy pomocy mogą być w istotnym stopniu zależne od etapu uzależnienia, przedstawiam poniżej krótką charakterystykę każdego z nich:

¹⁵ Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10, 2000, s. 73.

¹⁶ H. Baran-Furga, K. Steinbarth-Chmielewska, *Zespoły uzależnień od substancji psychoaktywnych*, w: P. Jabłoński, B. Bukowska, J.Cz. Czabała (red.) *Uzależnienie od narkotyków. PODRĘCZNIK DLA TERAPEUTÓW*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, s. 51-72.

¹⁷ H. Baran-Furga, K. Steinbarth-Chmielewska, *op. cit.*

¹⁸ Encyklopedia Zdrowia PWN, 2001 – J. Wciórka, za: H. Baran-Furga, K. Steinbarth-Chmielewska, *op. cit.*, s. 51.

1. Używanie okazjonalne polega na korzystaniu z danego środka w ciągu ostatniego roku w sposób sporadyczny i przyjmowanie go w niewielkich ilościach. W przypadku używania okazjonalnego, nie występują negatywne konsekwencje, zaburzające codzienne funkcjonowanie osoby;
2. Używanie ryzykowne polega na zażywaniu substancji w nadmiernych ilościach, co daje wysokie ryzyko zaistnienia poważnych szkód dla zdrowia psychicznego i fizycznego w przyszłości, natomiast w czasie bieżącym nie przynosi wyraźnych, negatywnych skutków;
3. Używanie szkodliwe jest przyjmowaniem środków, powodującym szkody zdrowotne: somatyczne i psychiczne;
4. Nadużywanie substancji (posiada własne kryteria diagnostyczne), jest sytuacją, w której do szkód zdrowotnych (somatycznych i psychicznych), dochodzą jeszcze konsekwencje społeczne zażywania środka. O nadużywaniu decyduje nie ilość przyjmowanego środka, a konsekwencje, jakie występują w wyniku jego zażywania;
5. Uzależnienie jest stanem, w którym występuje przymus przyjmowania określonej substancji (np. narkotyki, alkohol) lub wykonywania danej czynności (np. zakupy, praca). Uzależnienie występuje wtedy, gdy człowiek traci kontrolę nad przyjmowaną substancją, czy wykonywaną czynnością i dochodzi do powstania wewnętrznego przymusu przyjmowania substancji (bądź w przypadku uzależnień niesubstancjalnych – wykonywania czynności). Uzależnienie można określić jako niezwykle silne pragnienie uzyskania dobrego samopoczucia, a w dalszej kolejności – likwidowania bardzo przykrych stanów, bez umiejętności odłożenia tej potrzeby w czasie.¹⁹

Ze szczególnym ukierunkowaniem na problem alkoholowy, wyróżnia się dwa podstawowe wzory spożywania alkoholu rodzące poważne zagrożenia i konsekwencje zdrowotne: picie szkodliwe oraz uzależnienie. Oba wymagają interwencji. Ważna jest prawidłowa ich identyfikacja, gdyż na jej podstawie należy oprzeć sposób pomocy i leczenia: cele, czas trwania i metody.²⁰

Uzależnienia od środków psychoaktywnych są zjawiskiem znanym w Polsce, natomiast zarówno ze względu na zwiększającą się liczbę osób zażywających substancje, jak i istotne zmiany w kompozycji krajowej sceny narkotykowej i w potrzebach zdrowotnych populacji

¹⁹ I. Niewiadomska, P. Stanisławczyk, *Uzależnienia: fakty i mity. Narkotyki*, Wyd. KUL, Lublin 2004.

²⁰ Materiały PARPA 2019, www.parpa.pl/

osób uzależnionych, organizacja systemu leczenia uzależnień w Polsce zaczyna ulegać transformacji i widoczne staje się poszukiwanie nowych wzorców koncepcyjnych i organizacyjnych.²¹

Osobne miejsce zajmują uzależnienia behawioralne, którymi, zgodnie z wcześniejszą deklaracją nie poświęcam tu miejsca.

3. Leczenie uzależnień w Polsce

Zarówno alkoholizm, jak i narkomania definiowane są jako zjawiska o randze problemów społecznych. Konsekwencją nadania narkomanii statusu problemu społecznego jest jego instytucjonalizacja, zaś elementem instytucjonalizacji - stworzenie specjalistycznego leczenia dla osób uzależnionych od narkotyków.²²

Leczenie i rehabilitacja uzależnień obejmuje szerokie i interdyscyplinarne zagadnienia natury biologiczno-medycznej, psychologicznej i społecznej.²³ Zgodnie z WHO, leczenie uzależnień jest procesem, który rozpoczyna się w momencie, gdy użytkownik substancji psychoaktywnej wchodzi w kontakt z osobą lub instytucją dostarczającą usług zdrowotnych i który może być kontynuowany poprzez udział w specyficznych formach interwencji i procedur, aż do uzyskania stanu najwyższego, możliwego do osiągnięcia, poziomu zdrowia i poprawy samopoczucia.

Leczenie i rehabilitacja są postrzegane jako kompleksowe podejście do zagadnienia terapii, polegające na identyfikacji problemu, dostarczeniu wsparcia, na zapewnieniu dostępu do opieki zdrowotnej oraz możliwości integracji społecznej osobie doświadczającej problemów, spowodowanych przez używanie jakiegokolwiek substancji psychoaktywnej.²⁴

Główną społeczną konsekwencją funkcjonowania specjalistycznego leczenia uzależnień powinno być przywracanie do uczestniczenia w życiu społecznym jednostek, które z powodu uzależnienia od narkotyków albo utraciły albo znacznie zmniejszyły swoją zdolność do wykonywania przypisanych im ról społecznych.²⁵

²¹ P. Jabłoński P., *Wstęp*, w: P. Jabłoński, B. Bukowska, J.Cz. Czabała (red.) *Uzależnienie od narkotyków*, op. cit. s. 9-12.

²² G. Świątkiewicz, *Uzależnienia od narkotyków – kontekst społeczny*, w: P. Jabłoński, B. Bukowska, J.Cz. Czabała (red.) *Uzależnienie od narkotyków*, op. cit., s. 25-31.

²³ R. Wojnar, *Lecznictwo Uzależnień w Polsce, Szkoleniew dziedzinie uzależnienia rekomendowane przez KBPN*, Pszczyna 27.08.2021.

²⁴ WHO 1996 za: p. Jabłoński, op. cit.

²⁵ G. Świątkiewicz, op. cit.

System leczenia odwykowego i leczenia uzależnień w Polsce, według rozporządzeń Ministra Zdrowia dotyczy uzależnienia od:

1. alkoholu, co reguluje ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi,
2. substancji psychotropowych i środków odurzających, co reguluje ustawa z dnia z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii,
3. hazardu i innych uzależnień behawioralnych, co reguluje Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych z dnia 16 grudnia 2010 r., powołany na mocy ustawy o grach hazardowych z dnia 19 listopada 2009 r.

System specjalistycznej opieki w Polsce, skierowany do osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, wkomponowany został w system opieki zdrowotnej i stanowi część modelu opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi. Lecznictwo dla osób uzależnionych jest bezpłatne, nie ma rejonizacji usług i konieczności posiadania skierowania w celu podjęcia leczenia. Leczenie realizowane jest w strukturach publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, których działalność od 1999 roku finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia, a także urzędy gmin lub urzędy marszałkowskie. Podjęcie leczenia, rehabilitacji lub reintegracji społecznej przez osobę uzależnioną jest dobrowolne z wyłączeniem m.in. osób poniżej 18 roku życia oraz ubezwłasnowolnionych, które mogą być zobowiązane do podjęcia leczenia przez sąd.

System leczenia i terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych (tu: z wyłączeniem uzależnienia od alkoholu), tworzą przede wszystkim:

1. specjalistyczne placówki ambulatoryjne – „punkty”, poradnie,
2. specjalistyczne placówki stacjonarne – ośrodki, oddziały stacjonarne (krótko lub długoterminowe – do dwóch lat),
3. oddziały detoksykacyjne,
4. stosunkowo nieliczne jeszcze w naszym kraju, choć bardzo pożądane, formy opieki pośredniej, takie jak oddziały dzienne,
5. placówki hostelowe i mieszkania readaptacyjne,
6. programy postrehabilitacyjne.²⁶

²⁶ P. Jabłoński, *op. cit.*

Organem założycielskim placówek (ośrodków, oddziałów i poradni) dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, poza organami samorządowymi, są różnego rodzaju stowarzyszenia i spółki cywilne. Szczególną i dominującą pozycję wśród niepublicznych organizatorów zajmuje Stowarzyszenie „Monar”, obok którego działają inne stowarzyszenia, kościoły oraz inne spółki cywilne i osoby fizyczne.

Samodzielność organizacyjna stacjonarnych placówek dla uzależnionych pozostaje w korelacji z ich specjalizacją. Samodzielne są przede wszystkim ośrodki rehabilitacyjne, podczas gdy oddziały detoksykacyjne, z reguły stanowią część struktury organizacyjnej publicznych zakładów opieki zdrowotnej, głównie psychiatrycznych. W przypadku poradni dla uzależnionych samodzielność organizacyjna częściej dotyczy poradni niepublicznych, prowadzonych przez do stowarzyszenia bądź osoby i spółki prywatne.²⁷

Struktura leczenia dla osób uzależnionych od alkoholu jest bardzo zbliżona i obejmuje:

1. specjalistyczne placówki ambulatoryjne – poradnie,
2. specjalistyczne placówki stacjonarne – w większości są to oddziały stacjonarne, w których leczenie trwa od 6 do 8 tygodni,
3. oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, w których leczenie trwa ok. 10 dni,
4. oddziały dzienne,
5. placówki hostelowe i mieszkania readaptacyjne,
6. programy postrehabilitacyjne.

W każdym z województw powołany został Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia (WOTUW).²⁸ Ich podstawowym celem jest realizowanie programów psychoterapii dla pacjentów uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin z terenu danego województwa, koordynacja pracy zakładów leczenia odwykowego na terenie województwa, działalność metodyczno-organizacyjna w zakresie zbierania i opracowywania danych statystycznych dotyczących powszechności uzależnienia od alkoholu

²⁷ W. Langiewicz, *Dostępność opieki dla osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych w Polsce w 2004 r. Analiza informacji dotyczących zasobów leczenia psychiatrycznego i neurologicznego oraz rozpowszechniania zaburzeń psychicznych w Polsce*. Raport z badań zleconych przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii. Umowa między Krajowym Biurem do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii a Instytutem Psychiatrii i Neurologii: 5/GA/05.

²⁸ Więcej na ten temat: www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/wotuw

i związanych z nim problemów oraz leczenia odwykowego na terenie województwa, a także ocena tych danych, jak i inicjowanie i prowadzenie działań podnoszących kwalifikacje zawodowe pracowników merytorycznych zatrudnionych w lecznictwie odwykowym oraz osób współdziałających z zakładami leczenia odwykowego w realizacji zadań programowych, w tym organizowanie staży i szkoleń.²⁹

Ponieważ uzależnienie jest chorobą przewlekłą, optymalnym celem w leczeniu osób uzależnionych jest osiągnięcie trwałej abstynencji. Problem stanowi jednak brak akceptacji tego celu przez część osób uzależnionych oraz trudność w jego osiągnięciu. Metodami leczenia uzależnienia od alkoholu są psychoterapia i farmakoterapia. W ramach programów terapeutycznych udzielane jest wsparcie usługowe obejmujące: diagnozę, poradnictwo indywidualne i rodzinne, psychoterapię, terapię psychologiczną indywidualną i grupową, a także interwencje kryzysowe. Formami organizacyjnymi i metodami pomagania osobom uzależnionym od alkoholu działającymi poza leczeniem odwykowym są punkty konsultacyjne, telefony zaufania, stowarzyszenia i kluby abstynenckie oraz Wspólnoty Anonimowych Alkoholików.³⁰ Polskie lecznictwo odwykowe oferuje usługi nie tylko dla pacjentów uzależnionych od alkoholu, ale także dla: osób współuzależnionych, Dorosłych Dzieci Alkoholików, dzieci, aktualnie żyjących w rodzinach z problemem alkoholowym.

Odrębne miejsce, najczęściej powiązane z opieką ambulatoryjną, zajmują programy leczenia substytucyjnego, wprowadzonego w Polsce w roku 1992, jak i świadczenia terapii i rehabilitacji dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych z współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi (podwójna diagnoza), zapoczątkowane w 1995 roku.

Nie mniej istotne są też ośrodki stacjonarne przyjmujące matki uzależnione z dziećmi i ośrodki stacjonarne dla dzieci i młodzieży.

Lecznictwo ambulatoryjne

Zróżnicowanie metod i podejść terapeutycznych oraz dążenie do skracania czasu leczenia są zjawiskami wspólnymi dla wielu form terapii uzależnień. Leczenie osób z problemem narkotykowym przebiega coraz częściej w formie ambulatoryjnej w poradniach leczenia uzależnień, poradniach zdrowia psychicznego, poradniach odwykowych i ośrodkach

²⁹ Więcej na przykładzie WOTUW Mazowsze, wotuw.pl/index.php/o-wotuw/zadania-wotuiw/

³⁰ J. Fudała, *Leczenie uzależnienia od alkoholu*, 2013, www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/69539,leczenie-uzaleznienia-od-alkoholu

dziennych.³¹ W sytuacji tej szczególnie istotne jest wsparcie środowiskowe, z jakiego mogą skorzystać osoby uzależnione w trakcie procesu zdrowienia. W zakresie działania placówek ambulatoryjnych jest udzielanie pomocy osobom eksperymentującym z narkotykami, używającym narkotyków problemowo, uzależnionym, jak i rodzinom i bliskim pacjentów.³²

Celem głównym terapii ambulatoryjnej, podobnie jak ma to miejsce w przypadku leczenia stacjonarnego, jest uzyskanie przez pacjenta abstynencji. Celem tych placówek jest również poprawa jakości życia czy ograniczenie używania substancji – jako bardziej realne do osiągnięcia dla większości pacjentów niż pełna abstynencja. W ramach oferty leczniczej podejmowane są działania m.in. z zakresu terapii grupowej i indywidualnej, treningów umiejętności i zapobiegania nawrotom choroby oraz poradnictwa i uczestniczenia w grupach wsparcia. Czas trwania terapii jest zróżnicowany i wynosi od 3 do 12 miesięcy.³³ W przypadku uzależnienia od alkoholu od 4 do 6 miesięcy.³⁴ Środki na utrzymanie programów mogą pochodzić z kontraktów zawieranych przez świadczeniodawców z Narodowym Funduszem Zdrowia, urzędami gmin czy też urzędami marszałkowskimi.³⁵ Należy dodać, że pacjenci uzależnieni leczą się nie tylko w wyspecjalizowanych placówkach ambulatoryjnych, ale mogą podejmować leczenie także w innych poradniach, przewidzianych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.³⁶

Lecznictwo stacjonarne

Współczesny polski model terapii uzależnień od narkotyków zbudowany został w oparciu o dominującą rolę lecznictwa stacjonarnego, charakteryzującego się długoterminowym leczeniem w całodobowych placówkach o charakterze zamkniętym.³⁷ Są to oddziały stacjonarne w szpitalach psychiatrycznych i ośrodki stacjonarne. Terapią w stacjonarnych oddziałach szpitalnych objęte są częściej osoby uzależnione od alkoholu,

³¹ P. Jabłoński, *op. cit.*

³² *Ibid.*

³³ *Ibid.*

³⁴ www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/metody-leczenia-uzaleznienia-od-alkoholu

³⁵ P. Jabłoński, *op. cit.*

³⁶ W. Langiewicz, *op. cit.*

³⁷ P. Jabłoński, K. Puławska-Popielarz, *Zarys historii rozwoju terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol w Polsce*, w: P. Jabłoński, B. Bukowska, J.Cz. Czabała (red.) *Uzależnienie od narkotyków*, *op. cit.*, s. 15-24.

a pobyt trwa do 8 tygodni. Terapia stacjonarna dla osób uzależnionych od narkotyków prowadzona jest w ośrodkach stacjonarnych i trwa zazwyczaj od 12 do 18 miesięcy.³⁸

Leczenie i rehabilitacja w placówkach stacjonarnych bazuje najczęściej na podejściu zorientowanym na całkowitą abstynencję od substancji psychoaktywnych. Dużą rolę w terapii odgrywa mikro-edukacja, nauka oraz praca – jako elementy przygotowania do podjęcia prawidłowych ról społecznych.³⁹ Podstawową formą oddziaływań w ośrodkach stacjonarnych jest metoda społeczności terapeutycznej. Ze względu na wyjątkowe, znaczenie społeczności terapeutycznej, jako metody pracy z osobami uzależnionymi, forma ta zostanie omówiona w dalszej części tekstu.

Oddziały detoksykacyjne

Detoksykacja jest procesem bezpiecznego i skutecznego odstawienia substancji psychoaktywnej (np. alkoholu, narkotyków), w sposób minimalizujący objawy zespołu abstynencyjnego. Celem pobytu pacjenta w oddziale detoksykacyjnym jest odtrucie organizmu z substancji psychoaktywnych. Podczas pobytu, pacjent jest diagnozowany psychiatryczno-psychologicznie a w razie konieczności, jest konsultowany przez lekarzy innych specjalności. Leczenie detoksykacyjne nie jest leczeniem uzależnienia. Po detoksykacji należy poddać się innym terapiom, w celu pracy nad podstawowym problemem – uzależnieniem, które spowodowało używanie substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu). Okres pobytu pacjenta w oddziale zależy od jego stanu psychicznego oraz od środków psychoaktywnych, które zażywał. W przypadku uzależnienia od alkoholu trwa najczęściej 10 dni, osób uzależnionych od narkotyków zazwyczaj dwa tygodnie.⁴⁰

Oddziały dzienne

Oddziały dzienne są formą leczenia szpitalnego polegającą na przebywaniu pacjenta w oddziale leczniczym tylko w dzień, z reguły w godzinach przedpołudniowych. Po tym czasie pacjent powraca do domu i ponownie kontynuuje leczenie oddziałowe w kolejnym dniu. Proces terapii w oddziałach dziennych obejmuje: diagnostykę psychiatryczno-psychologiczną, psychoterapię grupową oraz indywidualną, jak i w razie konieczności - farmakoterapię.

³⁸ M. Kowalcze, *Terapia uzależnienia – krok po kroku*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego – Dział ds. Przeciwdziałania Uzależnieniom i Przemocy w Rodzinie, Katowice 2020.

³⁹ P. Jabłoński, K. Puławska-Popielarz, *op. cit.*

⁴⁰ *Ibid.*

Pobyty w oddziałach dziennych najczęściej przeznaczone są dla osób, które ukończyły cykl terapii w oddziale stacjonarnym, jednak zwiększająca się liczba pacjentów odrzucających ofertę terapii długoterminowej wymusza konieczność organizowania placówek leczenia pośredniego.⁴¹ W efekcie pojawia się coraz więcej tzw. długoterminowych oddziałów dziennych, gdzie terapia trwa przez okres sześciu miesięcy i prowadzona jest w oparciu o społeczność terapeutyczną, psychoterapię grupową, psychoedukację, zajęcia socjoterapeutyczne.

Programy postrehabilitacyjne

Wraz z rozwojem leczenia i rehabilitacji uzależnień powstawały w Polsce nowe formy organizacyjne, wspierające i utrwalające efekty terapii oraz umożliwiające reintegrację społeczną osób leczących się.⁴² Oferta post-rehabilitacyjna skierowana jest do osób, które ukończyły proces leczenia, a także osób pozostających w trakcie leczenia substytucyjnego. Celem programów jest utrwalanie efektów leczenia, wsparcie w procesie reintegracji społecznej. Pomoc ta opiera się na trzech zasadniczych filarach: na zapewnieniu mieszkania (mieszkania readaptacyjnego, hostelu), zdobyciu lub uzupełnieniu wykształcenia, uzyskaniu zatrudnienia (w tym szkolenia zawodowego). W ramach programów post-rehabilitacyjnych ważne jest stworzenie możliwości korzystania za ich pośrednictwem ze wsparcia terapeutycznego w formie: grup NA/AA, innych grup wsparcia, grup zapobiegania nawrotom. Ważnym aspektem programów post-rehabilitacyjnych są treningi umiejętności, modelowanie zachowań czy odgrywanie ról, nauka spędzania czasu wolnego, rozwijanie umiejętności komunikowania się z ludźmi.⁴³

Zadaniem programów hostelowych jest udzielanie pomocy socjalnej i terapeutycznej osobom uzależnionym, po podstawowym programie rehabilitacyjnym, w celu pełnego usamodzielnienia się i utrwalenia postaw prospołecznych, wspieranie zachowań pomocnych w utrzymywaniu abstynencji, a także monitorowanie dalszego procesu zdrowienia. Programy te skierowane są głównie do osób ze złą sytuacją socjalno-bytową jak i do tych, które z różnych powodów nie chcą wracać do swojego dawnego środowiska.

⁴¹ P. Jabłoński, *op. cit.*

⁴² P. Jabłoński, K. Puławska-Popielarz, *op. cit.*

⁴³ E. Rachowska, *Zapobieganie nawrotom w uzależnieniu*, w: P. Jabłoński, B. Bukowska, J.Cz. Czabała (red.) *Uzależnienie od narkotyków, op. cit.*, s. 217-228.

Program hostelowy jest formą pośrednią między terapią w placówce stacjonarnej a samodzielnym funkcjonowaniem. Mieszkanie w hostelu umożliwia bezpieczny powrót do społeczeństwa, podjęcie pracy i nauki w warunkach wsparcia terapeutycznego. Ta forma pomocy pozwala na nawiązanie nowych więzi z osobami z zewnątrz, uczy korzystania z różnego rodzaju wsparcia (m.in. ze strony wspólnoty AN, AA i innych grup) czy z konsultacji terapeutycznych poza hostelem. Pozwala na praktyczną naukę planowania, rozwiązywania problemów, na trening prowadzenia finansów. Jak zauważa Elżbieta Rachowska, czas pobytu w hostelu powinien być dostosowany do potrzeb klienta, ważne jest przy tym, by nie zwalniał osoby z niego korzystającej z własnej aktywności prowadzącej do pełnego usamodzielnienia.⁴⁴ Również mieszkania readaptacyjne odgrywają ważną rolę w procesie usamodzielniania się zdrowiejących osób uzależnionych. Warunkiem korzystania z tej formy pomocy jest posiadanie pracy zawodowej i pewnej samodzielności finansowej. Mieszkańcy mają zapewnioną opiekę lekarską, psychologiczną, psychiatryczną i socjalną.⁴⁵

Innym ważnym elementem reintegracji społecznej jest wsparcie w uzyskaniu kwalifikacji zawodowych i w uzupełnieniu wykształcenia. Integracja zawodowa pozwala na wejście w nową rolę społeczną – rolę pracownika, co może być istotnym czynnikiem w profilaktyce nawrotów.⁴⁶

Leczenie substytucyjne

Leczenie substytucyjne jest farmakologiczną metodą leczenia osób uzależnionych od opioidów⁴⁷ (opiatów).⁴⁸ Leczeniu temu są poddawane są osoby, uzależnione głównie od heroiny. Terapia polega na nieograniczonym w czasie podawaniu substancji (przede wszystkim metadonu, a także buprenorfiny) o właściwościach zbliżonych do właściwości heroiny. Jak wykazały badania, krótkoterminowe leczenie metadonem okazało się mniej skuteczne.⁴⁹

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ A.J. Shinkfield, J. Graffam, *Community Reintegration of Ex-Prisoners*, "International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology" 2009, nr 1(53), s. 29-42.

⁴⁷ Opioidy to wszystkie substancje, które działają na receptory opioidowe.

⁴⁸ Opiaty to psychoaktywne alkaloidy opium. Do nich zalicza się między innymi morfinę i kodeinę (naturalne opiaty) czy heroinę i buprenorfinę (syntetyczne opiaty).

⁴⁹ A. Verster, E. Buning, *Methadone Guidelines*, badania w ramach projektu finansowanego przez European Commission, Directorate General V, 2000, <http://www.q4q.nl/methwork>

Pomimo istnienia głosów krytycznych wobec terapii substytucyjnej, jak i jej pewnych negatywnych aspektów (np. związanie pacjenta z miejscem podawania leku, bierność osób pozostających przez wiele lat w tym samym modelu leczenia, objawy abstynencyjne u noworodków, których matki poddane były terapii substytucyjnej)⁵⁰, korzyści z leczenia substytucyjnego znacznie przewyższają ewentualne uboczne konsekwencje przede wszystkim umożliwiając zmniejszanie szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem narkotyków, a także charakteryzują się znaczną skutecznością w zapobieganiu nowym zakażeniom chorobami przenoszonymi drogą krwionośną.⁵¹ Terapia substytucyjna przyczynia się do redukcji używania nielegalnych narkotyków, redukcji zachowań przestępczych, jak i redukcji liczby zgonów w wyniku przedawkowania. Stosowana jest głównie ambulatoryjnie, co umożliwia reintegrację społeczną (podjęcie nauki lub pracy). Leczenie substytucyjne wymaga codziennego zgłaszania się po lek, co umożliwia lepsze rozpoznawanie problemów zdrowotnych, psychologicznych i społecznych pacjenta, jak i kontrolę/leczenie w zakresie chorób somatycznych.

Co ważne, leczenie substytucyjne, nie stoi, wbrew obiegowym poglądom, w opozycji do oddziaływań psychospołecznych: akceptacja programu przez pacjentów umożliwia dobrą współpracę, codzienny kontakt i możliwość przeprowadzania psychoterapii i innych oddziaływań.⁵² Poprawia funkcjonowanie w aspekcie osobistym, społecznym i rodzinnym.⁵³ Leczenie substytucyjne jest też korzystne dla ogółu społeczeństwa: prowadzi do poprawy zdrowia publicznego, redukcji poziomu przestępczości i redukcji kosztów (w wydatkach na służbę zdrowia, opiekę społeczną i wymiar sprawiedliwości).⁵⁴

Świadczenia terapii i rehabilitacji dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych z współistniejącymi zaburzeniami psychiatrycznymi (podwójna diagnoza)

Wzrost liczby pacjentów, u których współwystępują zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu) i poważne schorzenia psychiczne, takie jak

⁵⁰ *Ibid.*

⁵¹ B. Habrat, *Miejsce leczenia substytucyjnego w leczeniu uzależnienia od opiatów*, w: *Optymalny Model Zaspokajania Potrzeb Lecznictwanych Ludzi Uzależnionych Od Nielegalnych Substancji Psychoaktywnych w Polsce*, Raport z badań zleconych przez Krajowe Biuro Przeciwdziałania Narkomanii, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2006.

⁵² *Ibid.*

⁵³ A. Palacz-Chrisidis, *Praca socjalna z osobami uzależnionymi i ich rodziną*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2014.

⁵⁴ *Ibid.*

np. schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa⁵⁵, spowodował konieczność wypracowania nowej jakościowo oferty leczniczej.⁵⁶ W roku 1995, w ośrodku „Familia”, w Gliwicach, z inicjatywy lekarza psychiatry - Andrzeja May-Majewskiego, powstał pierwszy program dla pacjentów z podwójną diagnozą psychiatryczną. Tym samym wzorzec społeczności terapeutycznej został uzupełniony o leczenie psychiatryczne.

Związek przyczynowo-skutkowy nadużywania substancji psychoaktywnych i występowania psychoz może być różny:

1. nadużywanie narkotyków może pełnić funkcję mechanizmu spustowego psychozy;
2. nadużywanie alkoholu lub narkotyków może być próbą samoleczenia choroby, jest więc wtórne do psychozy;
3. nadużywanie alkoholu lub narkotyków może być próbą zmniejszenia działań niepożądanych po stosowaniu neuroleptyków;
4. nadużywanie alkoholu lub narkotyków może być przypadkową koincydencją dwóch zaburzeń - schizofrenii i uzależnienia.⁵⁷

Postawienie właściwego rozpoznania i prowadzenie odpowiedniego leczenia jest kluczowe, nie tylko dla zainicjowania i utrzymania abstynencji, ale również dla uzyskania remisji towarzyszącego zaburzenia psychicznego.⁵⁸ Obecnie najbardziej przekonujące i popularne są programy leczenia zintegrowanego, łączącego równocześnie leczenie choroby psychicznej i uzależnienia, prowadzone przez ten sam zespół terapeutyczny.⁵⁹ „Podstawą zintegrowanego programu leczenia jest założenie, że duże zaburzenie psychiczne (np. schizofrenia czy zaburzenie afektywne) jest leczone w trakcie udziału pacjenta w procesie terapii uzależnienia. Leczenie zintegrowane prowadzi się z reguły w jednym ośrodku terapeutycznym, co pozwala pacjentowi związać się z jednym miejscem i jedną grupą terapeutów, i uniknąć zawieszenia lub rozdarcia między dwoma placówkami. Jeden zespół

⁵⁵ M.F. Sheehan, *Dual diagnosis*, „Psychiatric Quarterly” 1993, nr 64(2), s. 107-134, za: M. Wojnar, A. Bisaga *Leczenie osób z podwójną diagnozą*, w: P. Jabłoński, B. Bukowska, J.Cz. Czabała (red.) *Uzależnienie od narkotyków*, *op. cit.*, s. 299-311.

⁵⁶ P. Jabłoński. *op. cit.*

⁵⁷ J. Meder, A. Kałwa, M. Rosenfeld, *Podwójna diagnoza— „podwójne” problemy, aktualne koncepcje terapeutyczne*, „Psychiatria” 2006, nr 4, tom 3, s. 154–159.

⁵⁸ M. Wojnar, A. Bisaga, *op. cit.*

⁵⁹ D.J. Kavanagh, K.T. Mueser, *Current evidence on integrated treatment for serious mental disorder and substance misuse*, „Journal of the Norwegian Psychological Association” 2007, nr 44, s. 618-637, 2007, za: M. Wojnar, A. Bisaga, *op. cit.*

terapeutów jest w stanie zintegrować cele leczenia, ustalić ich właściwą hierarchię oraz ułatwia zbadanie wzajemnych zależności między współwystępującymi zaburzeniami.”⁶⁰

Na początku leczenia kluczowe jest podjęcie decyzji o miejscu jego prowadzenia (poradnia, oddział dzienny czy oddział całodobowy). Jeśli u pacjenta występuje zaostrzenie choroby (np. omamy, urojenia, znaczne zaburzenia myślenia, pobudzenie lub stan osłupienia, lęk) i stan psychiczny nie pozwala na rozpoczęcie psychoterapii, a dodatkowo poprzez swoje gwałtowne i agresywne zachowania chory może stwarzać duże zagrożenie dla otoczenia i/lub siebie samego, początek leczenia powinien mieć miejsce w oddziale stacjonarnym z możliwością zapewnienia bezpieczeństwa w miejscu leczenia.⁶¹

„Celem terapii uzależnienia u osób z podwójną diagnozą powinno być uzyskanie i utrzymanie całkowitej abstynencji. Powrót do picia kontrolowanego lub sporadycznego używania „miękkich” narkotyków nie jest bezpieczny dla osób z dużymi zaburzeniami psychicznymi, nie tylko ze względu na ryzyko zaostrzenia ich objawów przez substancje uzależniające, lecz także możliwość interakcji z przyjmowanymi lekami psychotropowymi, co często powoduje intoksykację, nawet po zażyciu niewielkich ilości środków psychoaktywnych.”⁶²

Złożoność zaburzeń powoduje trudności w leczeniu farmakologicznym i psychoterapeutycznym.⁶³ Do najbardziej efektywnych w leczeniu współwystępujących zaburzeń psychicznych należą techniki terapii motywacyjnej, terapii poznawczo-behawioralnej, programów zapobiegania nawrotom, grup wsparcia, treningu *mindfulness*.⁶⁴ W większości przypadków istotne znaczenie ma udział pacjentów w grupach samopomocowych, np. Anonimowych Alkoholików czy Anonimowych Narkomanów.⁶⁵

Program Redukcji Szkód

Na koniec należy wspomnieć o programie Redukcji Szkód, który nie jest elementem systemu leczenia uzależnień (stąd jedynie zasygnalizowanie podejścia), natomiast stanowi

⁶⁰ M. Wojnar, A. Bisaga, *op. cit.*, s. 308.

⁶¹ *Ibid.*

⁶² *Ibid.*, s. 308

⁶³ J. Meder, A. Kałwa, M. Rosenfeld, *op. cit.*

⁶⁴ Trening uważności to ćwiczenia umysłu o wszechstronnym zastosowaniu, nawiązujące do różnych technik medytacyjnych, ze szczególnym wskazaniem na buddyzm. Osobom zainteresowanym polecam prace twórcy treningu uważności – Jona Kabat-Zinna (B.H.)

⁶⁵ M. Wojnar, A. Bisaga, *op. cit.*

ważny obszar pomocy dla osób z problemem (głównie) narkotykowym, które nie chcą bądź nie potrafią zachować całkowitej abstynencji. Strategia ta ma na celu „minimalizowanie negatywnych zdrowotnych, społecznych oraz ekonomicznych konsekwencji używania narkotyków – w wymiarze indywidualnym samych użytkowników, ich rodzin i społeczności w których żyją, bez stawiania im warunku zaprzestania używania tych substancji.”⁶⁶

Redukcja szkód jest działaniem w obszarze zdrowia publicznego, które nie kładzie nacisku na ograniczenie zażywania środków psychoaktywnych, a ma na celu redukcję szkodliwych skutków tego używania.

Leczenie dzieci i młodzieży

Stosowanie określonych metod terapii w stosunku do dzieci i młodzieży wymaga dostosowania ich do specyfiki okresu dorastania, stopnia uzależnienia oraz zakresu problemów związanych z używaniem środków odurzających. Jak zwraca uwagę Jolanta Koczurowska, zazwyczaj pierwszy kontakt małego klienta z placówką terapeutyczną inicjowany jest przez rodziców czy bliskich.

Skuteczność wszelkich oddziaływań zależy od staranności, z jaką rozpoznane zostaną potrzeby osoby dorastającej, związane z etapem rozwojowym, jak również z problemami wynikającymi z używania narkotyków.⁶⁷ Decyzja o tym, jaki program leczenia czy terapii będzie najbardziej odpowiedni dla określonej osoby jest kluczowym elementem w postępowaniu z młodymi ludźmi biorącymi narkotyki. Jest też jednym z najważniejszych warunków udzielenia skutecznej pomocy. Każda forma organizacji postępowania terapeutycznego: ambulatoryjna czy stacjonarna, otwarta czy zamknięta, czy też taka, która dąży jedynie do redukcji szkód, powinna – zdaniem specjalistów – obejmować ofertę pomocową przystosowaną dla młodzieży dorastającej, zaś same programy leczenia powinny być zróżnicowane i skierowane osobno do tych młodych ludzi, którzy eksperymentują z narkotykami, a osobno do tych, którzy intensywnie ich używają. Poważnym błędem w postępowaniu z młodzieżą używającą narkotyków jest stosowanie takich samych form i metod oddziaływania w stosunku do młodych osób z różnymi problemami i w różnym stopniu uwikłanych w narkotyki.⁶⁸

⁶⁶ A. Palacz-Chrisidis, *op. cit.*, s. 139.

⁶⁷ J. Koczurowska, *Psychoterapia dzieci i młodzieży z problemem narkotykowym*, w: P. Jabłoński, B. Bukowska, J.Cz. Czabała (red.) *Uzależnienie od narkotyków*, *op. cit.*, s. 283-298.

⁶⁸ *Ibid.*

Osoby dorastające mogą uzyskać pomoc w różnego rodzaju programach terapeutycznych odznaczających się różną intensywnością, długością trwania i warunkami, w jakich są prowadzone.

Ambulatoryjne formy pomocy różnią się pod względem poziomu intensywności i czasu trwania. Wśród form terapii dla dorastającej młodzieży można wyróżnić: dialog motywujący, interwencje, poradnictwo, programy dziennej opieki, terapię chemiczną.

Programy dziennej opieki mają charakter ustrukturalizowanej terapii. Jest to najbardziej intensywna forma terapii otwartej, proponowana dorastającej młodzieży, wykazującej wysoki poziom dysfunkcji poznawczych, emocjonalnych i społecznych, ale nie wymagającej leczenia w programach zamkniętych. Programy dzienne mogą trwać od kilku godzin tygodniowo do regularnego pobytu 5 dni w tygodniu. W ramach prowadzonego programu stosuje się różne formy terapii indywidualnej i grupowej, terapii rodzinnej i środowiskowej. Zazwyczaj w programach dziennych proponuje się też zajęcia dotyczące rozwoju osobistego dorastających oraz różne, atrakcyjne formy spędzania wolnego czasu i rekreacji. Jest to forma pracy z młodzieżą dorastającą, średnio zaawansowaną w używaniu narkotyków, dość dobrze zmotywowaną do zmiany swoich wadliwych postaw i zachowań. Z reguły jest to ten typ pacjenta, który znalazł się z powodu brania narkotyków w sytuacji kryzysowej (wydalenie ze szkoły, konflikt z prawem, utrata pozycji społecznej, utrata bliskiej osoby), charakteryzuje się wysokim stopniem samoświadomości własnej sytuacji, którego środowisko społeczne (w tym rodzina) jest prawidłowe i pomocne i który nie wymaga leczenia w programach stacjonarnych.⁶⁹

Niezwykle ważnym czynnikiem pomocy jest praca z rodziną. Celem terapii jest poprawa relacji wewnątrzrodzinnych, nauka rozwiązywania konfliktów oraz poprawa komunikacji pomiędzy członkami rodziny. Terapia „wyposaża” rodziców w umiejętności potrzebne w kontakcie z dorastającym dzieckiem, motywuje do dalszego pomagania dziecku z problemem narkotykowym, dodaje odwagi, zachęca do aktywnego spędzania czasu z własnym dzieckiem.

Terapia chemiczna stosowana jest w szczególnych przypadkach i ma charakter terapii przejściowej.

Detoksykacja najczęściej trwa od 6 do 14 dni i prowadzona jest w systemie całodobowej opieki medycznej i psychologicznej. Może być prowadzona tylko przez

⁶⁹ *Ibid.*

wykwalifikowany personel i pod kierunkiem lekarza. Z reguły po programach detoksykacyjnych zaleca się dalszą terapię.

Rehabilitacja jest modelem długoterminowej (najczęściej około 12-miesięcznej) stacjonarnej terapii, obejmującej psychospołeczną rehabilitację i reintegrację społeczną. Forma ta jest przeznaczona dla młodych ludzi z licznymi problemami, szczególnie tych z występującymi jednocześnie zaburzeniami rozwojowymi i zaburzeniami związanymi z używaniem substancji. Większość programów stacjonarnych wykorzystuje metodę społeczności terapeutycznej. W prawie każdym z prezentowanych programów leczenia stosowane są różne metody terapii, wywodzące się z różnych orientacji teoretycznych. Podobnie jak ma to miejsce w przypadku uzależnionych dorosłych, metoda społeczności terapeutycznej ze względu na filozofię, strukturę i funkcje świetnie sprawdza się również w pracy z osobami dorastającymi, używającymi narkotyków. Metoda społeczności terapeutycznej jest formą ustrukturalizowanej terapii, z jasno określonymi zasadami i regulaminem, zaś filozofia opierająca się na wierze, że każdy człowiek może się zmienić, sprzyja budowaniu środowiska, które jest atrakcyjne dla nastolatków.

4. Społeczność Terapeutyczna a leczenie środowiskowe

Społeczność terapeutyczna jako metoda leczenia osób uzależnionych powstała w Stanach Zjednoczonych w 1958 roku, w czasie gdy inne systemy terapeutyczne, zwłaszcza zorientowane medycznie, nie odnotowywały znaczących osiągnięć w leczeniu alkoholików i narkomanów. Jak zwraca uwagę Jolanta Koczurowska, ruch społeczności terapeutycznych kształtował się właściwie poza nurtem psychiatrii i psychologii.⁷⁰

Społeczność terapeutyczna jest podstawową metodą stosowaną w rehabilitacji pełnoobjawowego uzależnienia narkotykowego.⁷¹ Jest ona do dziś nie tylko jedną z najbardziej powszechnych, ale też jedną z najskuteczniejszych metod pracy z osobami uzależnionymi. „Za największą zaletę tej metody można uznać fakt, że stanowi pewnego rodzaju społeczno-psychologiczne leczenie środowiskowe posługujące się dynamicznym kontekstem żyjącej wspólnie grupy. Skupia się na leczeniu całego człowieka, a nie tylko jego uzależnienia.”⁷²

⁷⁰ J. Koczurowska, *Społeczność terapeutyczna w rehabilitacji uzależnień*, w: P. Jabłoński, B. Bukowska, J.Cz. Czabała (red.) *Uzależnienie od narkotyków*, op. cit. s. 183-198.

⁷¹ J. Strzelecki, *Społeczność Terapeutyczna w rehabilitacji uzależnień*, cz. I, „Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA” 2018, nr 1, s. 26-31.

⁷² J. Koczurowska, *Społeczność terapeutyczna ...*, op. cit., s. 184.

Nawiązując do definicji De Leona, społeczność terapeutyczna oznacza podstawową metodę (oddziaływanie grupowe), za pomocą której realizowane są główne cele terapeutyczne, czyli zmiana stylu życia, przekonań i wartości poszczególnych członków społeczności.⁷³ „Wielu znakomitych psychologów, psychiatrów, socjologów i kryminologów (m.in. Moreno, Rogers, Maslow, Yablonsky, Casriel, Bassin, Deitch, De Leon) ma swój niebagatelny wkład w rozwój zarówno filozofii, koncepcji, jak i technik oraz metod funkcjonowania społeczności terapeutycznej.”⁷⁴

Najstarszą społecznością terapeutyczną we wschodniej części Europy – Monar, utworzył Marek Kotański. Miało to miejsce w 1978 roku, w Głuskowie k. Garwolina.⁷⁵ W 1981 roku powstała katolicka wspólnota „Betania”. W kolejnych latach stworzono w Polsce 20 ośrodków MONARU, a 1987 roku – Katolicki Ruch Antynarkotyczny KARAN. Z inicjatywy Towarzystwa Zapobiegania Narkomanii powstał ośrodek dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia w Wólce Przybojewskiej, zaś w Gliwicach pierwszy w Polsce ośrodek dla osób z podwójną diagnozą, pracujący metodą społeczności terapeutycznej. Na południu kraju z inicjatywy księdza, profesora Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Czesława Cekiery, utworzony został Katolicki Ośrodek Wychowawczo-Resocjalizacyjny dla młodzieży, a w Grzmiącej koło Warszawy – pierwszy publiczny długoterminowy ośrodek leczenia uzależnień.⁷⁶

„Osoby poszukujące pomocy w związku z uzależnieniem od narkotyków (ciężkim zaburzeniem używania substancji psychoaktywnych) znajdują się zazwyczaj w rozległym kryzysie, obejmującym wszystkie lub prawie wszystkie wymiary funkcjonowania fizycznego, intrapsychnicznego, interpersonalnego, społecznego i duchowego, połączonym z subiektywnie motywowaną potrzebą, a później często także z obiektywnym przymusem ciągłego bądź okresowego przyjmowania substancji psychoaktywnych. Osoby te utożsamiają – do pewnego tylko stopnia słusznie – stan, w jakim się znajdują z używaniem narkotyków, a swój problem identyfikują z brakiem umiejętności ich odstawienia. Koncentrują się one w związku z tym – i tego najczęściej oczekują od terapeutów – na ponawianych, zazwyczaj bezskutecznych próbach

⁷³ G. De Leon, *op. cit.*

⁷⁴ J. Koczurowska, *Społeczność terapeutyczna...*, *op. cit.*, s. 185.

⁷⁵ Więcej: A. Kamińska, *Kotański. Bóg Ojciec. Konfrontacja. Opowieść o legendarnym twórcy Monaru*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2021.

⁷⁶ J. Koczurowska, *Społeczność terapeutyczna...*, *op. cit.*

utrzymywania abstynencji narkotykowej. Odstawienie substancji – wbrew oczekiwaniom – nie tylko jednak nie uwalnia od odczuwanego przez te osoby dyskomfortu psychofizycznego, ale wręcz nasila jego symptomy. Dzieje się tak dlatego, że uzależnienie od narkotyków – generując co prawda swoiste dla siebie problemy na poziomie objawowym – nie stanowi rzeczywistego źródła problemów, ale samo jest objawem innego pierwotnego źródła problemów.”⁷⁷

W związku z tym, w koncepcji społeczności terapeutycznej uzależnienie od narkotyków nie stanowi odrębnej, samoistnej jednostki chorobowej (choć oczywiście znajduje ono swoje miejsce w klasyfikacjach nozologicznych⁷⁸), ale samo w sobie jest objawem głębokiego, wieloaspektowego zaburzenia człowieka jako całej osoby. Cele terapii w koncepcji społeczności terapeutycznej powinny mieć w związku z tym charakter nie tyle objawowy, ile przyczynowy. Przyczynowość ta oznacza takie przemodelowanie się czy też samoprzemodelowanie uzależnionego, by uzyskał on lub odzyskał (jeśli taką miał) zdolność do satysfakcjonującego życia w możliwym do osiągnięcia dobrostanie, bez używania narkotyków i bez innych zachowań o destrukcyjnym charakterze.⁷⁹

Zgodnie ze Światową Federacją Społeczności Terapeutycznych (The World Federation of Therapeutic Communities), podstawowym celem społeczności terapeutycznej jest wspieranie osobistego rozwoju, co jest możliwe do osiągnięcia dzięki zmianie indywidualnego stylu życia przy pomocy grupy ludzi połączonych wspólnym problemem i zaangażowanych we wspólną pracę, aby pomóc sobie samym i innym mieszkańcom społeczności.⁸⁰

Społeczność terapeutyczna nie jest zbiorem pacjentów ośrodka stacjonarnego, nie jest jedynie typem grupowych zajęć terapeutycznych, czy jedynie środowiskiem leczniczym. Jest sposobem organizacji zbiorowego życia pacjentów w ośrodku stacjonarnym. Metoda społeczności terapeutycznej jest „najlepiej dostosowana do terapeutycznych, wychowawczych i resocjalizacyjnych potrzeb rehabilitacji narkomanii, warunkowanych złożoną i wieloaspektową, manifestującą się w całym spektrum życia jednostki naturą uzależnienia.”⁸¹

Metoda ta, zarówno w tradycji europejskiej, jak i amerykańskiej⁸², charakteryzuje się kilkoma fundamentalnymi, z punktu widzenia efektywności oddziaływań, właściwościami.

⁷⁷ J. Strzelecki, *op. cit.*, s. 28.

⁷⁸ Główny podział klasyfikacji chorób opiera się na ich etiologii, patogenezie oraz objawach chorobowych.

⁷⁹ J. Strzelecki, *op. cit.*

⁸⁰ The World Federation of Therapeutic Communities.

⁸¹ J. Strzelecki, *op. cit.*, s. 29.

⁸² Więcej na ten temat: J. Strzelecki, *op. cit.*

Jest ona najprawdopodobniej jedyną metodą, która umożliwia skonstruowanie „całodobowej rzeczywistości terapeutycznej” bez narkotyków i przemocy: „narkotyki >> są wszędzie << – w szkołach, na ulicach, w klubach, na dworcach, a nawet w więzieniach. We właściwie funkcjonującym ośrodku ich nie ma.”⁸³ Jak zauważa Janusz Strzelecki, metoda ta daje możliwość konstruktywnego wykorzystania przerw pomiędzy poszczególnymi elementami leczenia i terapii. Przerw szczególnie niebezpiecznych dla pacjentów uzależnionych, a najbardziej – dla uzależnionych od opioidów. W terapii indywidualnej i grupowej istotne jest to, co się dzieje w trakcie poszczególnych sesji, po których następuje przerwa, w czasie której

„wszyscy się rozchodzą, w nieprzewidywalną, pełną zagrożeń i niebezpieczeństw „nieterapeutyczną” rzeczywistość. W ośrodku nie ma przerw, istotne jest wszystko. Wszystko bądź niemal wszystko ma swój terapeutyczny wymiar. Wszystkie codzienne czynności: praca, nauka, zabawa, czas poświęcony na odpoczynek i na refleksję. Można powiedzieć z pewną przesadą, że w ośrodku terapia odbywa się cały czas, 24 godziny na dobę. Niezależnie od tego, kiedy się to dzieje – w trakcie zajęć terapeutycznych czy na przykład podczas przygotowywania posiłków. Nierzadko zresztą więcej się dzieje między zajęciami niż w ich trakcie. Materiałem do pracy terapeutycznej staje się wszystko, co się dzieje z pacjentami, pomiędzy pacjentami oraz pomiędzy pacjentami a personelem. I nikt się nigdzie nie rozchodzi, wszyscy zostają.”⁸⁴

Środowisko fizyczne społeczności, panujące w niej zasady, regulaminy, organizacja procesu terapii, porządek dnia, codzienne formy aktywności, pełnione role, rytuały, zwyczaje czy rola i zadania personelu stanowią swoistą reprezentację społecznej rzeczywistości, która sprzyja socjalizacji i procesowi zdrowienia.⁸⁵ Występujące w społeczności elementy organizacyjne i strukturalne stanowią o unikatowym modelu leczenia psychospołecznego.⁸⁶ Z tego choćby powodu nie ma dwóch takich samych społeczności i ośrodków.⁸⁷

Metoda społeczności terapeutycznej umożliwia stworzenie środowiska leczniczego, by spełniało ono zadanie substytutu rodziny.⁸⁸ Wspólnota daje oparcie i akceptację, poczucie

⁸³ *Ibid.*, s. 29.

⁸⁴ *Ibid.*

⁸⁵ G. De Leon, *op. cit.*

⁸⁶ J. Koczurowska J., *Spolecznosc terapeutyczna..., op. cit.*

⁸⁷ J. Strzelecki, *op. cit.*

⁸⁸ G. De Leon, *op. cit.*

bezpieczeństwa i przynależności, umożliwiając w ten sposób skorygowanie niektórych elementów procesu wychowawczego.

Społeczność terapeutyczna pozwala na wytworzenie środowiska leczniczego w taki sposób, aby spełniało ono funkcję mikrospołeczeństwa,⁸⁹ umożliwiając członkom społeczności naukę funkcjonowania społecznego w bezpiecznych, „treningowych” warunkach. Społeczność staje się odpowiednikiem zewnętrznego społeczeństwa:

„jej członkowie przyjmują określone role społeczne, mają zarówno swoje prawa, przywileje, jak i obowiązki. W społeczności istnieje podział zadań, poszczególne stanowiska, hierarchia i kolejne szczeble kariery. Społeczność ma swój własny minisystem prawny (regulamin). Ma organy władzy ustawodawczej (zebranie społeczności), wykonawczej (najczęściej tzw. zarząd), własną policję (nazywaną zazwyczaj ochroną), a nawet granice, które – niemal jak w państwie – nie każdy i nie zawsze może przekroczyć. Społecznością terapeutyczną rządzą podobne prawa jak innymi społecznościami czy społeczeństwami. Są w niej środowiska opiniotwórcze, grupy nacisku, jest walka o wpływy, zdarza się nieuczciwa konkurencja, zdarzają zamachy stanu. Mogą się pojawić nadużycia władzy, dyktatura, a nawet kult jednostki (to niewątpliwie największe zagrożenia). Dojrzała społeczność potrafi sobie jednak z tym poradzić”.⁹⁰

Metoda ta umożliwia także takie ukonstytuowanie środowiska leczniczego, aby spełniało ono rolę swoistej „szkoły życia”, szkoły permanentnej, bo nie zaocznej, ani nawet dziennej, ale całodziennej czy też całodobowej. Ośrodki funkcjonują podobnie jak szkoły. Ale są to szkoły, w których materiałem do przyswajania wiedzy i umiejętności jest codzienna rzeczywistość.⁹¹ Uczestnicy programu zarządzają domem (ośrodkiem), ponoszą odpowiedzialność za wszystko, co się w nim dzieje. Pełnią określone role, uczą się osobistej i społecznej odpowiedzialności. Grupa, która mieszka razem jest nieustannym źródłem informacji dla pozostałych członków społeczności.⁹²

Metoda ta daje niezwykle cenną okazję do uczenia się poprzez społeczną interakcję „tu i teraz”⁹³, przyswajania norm społecznych oraz osobistego rozwoju, a zwłaszcza budowania

⁸⁹ *Ibid.*

⁹⁰ J. Strzelecki, *op. cit.*

⁹¹ *Ibid.*

⁹² J. Koczurowska, *Społeczność terapeutyczna...*, *op. cit.*

⁹³ M. Kooyman, *Społeczność terapeutyczna dla uzależnionych*, Krajowe Biuro

poczucia własnej tożsamości i samoakceptacji.⁹⁴ Społeczności terapeutyczne mają najczęściej swoje siedziby w dworach lub gospodarstwach położonych z dala od aglomeracji miejskich. Przylegający do ośrodka teren jest zazwyczaj oznakowany i stanowi odrębne, niezależne od otoczenia zewnętrzne, terytorium. Panujące na tym obszarze zasady i zwyczaje służą przede wszystkim bezpieczeństwu, stanowią o przynależności do określonego wyraźnie miejsca, zaznaczają pewien porządek i ład. W obrębie miast mają swoje domy głównie społeczności dziecięco-młodzieżowe ze względu na konieczność realizacji obowiązku szkolnego, na dostęp do kultury i rekreacji.⁹⁵

„Społeczność terapeutyczna, z uwagi na działające w niej czynniki lecznicze, jest jednym z najbardziej korzystnych środowisk terapeutycznych, umożliwiających realizację specjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Więcej – doświadczenie pokazuje, że stosowanie najbardziej nowoczesnych procedur medycznych, bez zadbania o środowisko terapeutyczne, najczęściej skazane jest na niepowodzenie”.⁹⁶

Przykład społeczności terapeutycznej pokazuje, że idea leczenia środowiskowego może być realizowana również poza miejscem zamieszkania i tzw. „środowiskiem naturalnym” osoby uzależnionej i to często z o wiele lepszym skutkiem.

5. Model Minnesota

Na koniec, pragnę jedynie wspomnieć⁹⁷ o znamienitym modelu leczenia uzależnień, wykorzystującym pewne elementy społeczności terapeutycznej w leczeniu stacjonarnym osób uzależnionych. Wiele placówek dla osób uzależnionych od alkoholu, ale też niektóre dla pacjentów uzależnionych od narkotyków, realizuje w swoim programie zdrowienia koncepcje terapeutyczne nazywane wspólnym terminem - model Minnesota.

Stworzony w latach 40. XX wieku, w Stanach Zjednoczonych model polegał nie tylko na odejściu od tradycji psychiatrycznej w rozumieniu alkoholizmu, ale też na stworzeniu konkretnego programu, który nie ograniczałby się, jak miało to miejsce wcześniej, do krótkiej detoksykacji i pobytu osoby uzależnionej w oddziale psychiatrycznym wraz z pacjentami

ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2002, s. 21, za: J. Strzelecki, *op. cit.*, s. 31.

⁹⁴ J. Koczurowska, *Społeczność terapeutyczna...*, *op. cit.*

⁹⁵ *Ibid.*

⁹⁶ *Ibid.*, s. 198.

⁹⁷ W Polsce model ten wykorzystywany jest w znakomitej większości w leczeniu uzależnienia od alkoholu, na którym nie koncentruje się w tym tekście, stąd skrótowe potraktowanie.

psychotycznymi. Potrzeba takiego podejścia okazała się tak wielka, że od wielu lat podobne ośrodki powstają również w Europie, w tym – w Polsce, gdzie model Minnesota stał się inspiracją dla leczenia odwykowego. Nowatorski charakter programu polega na systemowym podejściu do choroby, uwzględniającym aktywny udział w procesie terapeutycznym osób bliskich, a także na wykorzystaniu w terapii interdyscyplinarne go zespołu z udziałem: psychologów, lekarzy, pracowników socjalnych, pielęgniarek, księży, ale też przeszkolonych specjalistów, wywodzących się spośród alkoholików lub narkomanów, zdrowiejących z pomocą programu AA/NA.⁹⁸ Stosując metodę społeczności terapeutycznej wykorzystywano każdą aktywność pacjenta, która mogła stanowić katalizator pozytywnych zmian zachowania. Zajmowano się przede wszystkim nałogowym zachowaniem, pomocą w zmianie stylu życia związanego z nałogiem, a tym samym modyfikacją wielu różnorodnych czynników, które uruchamiają lub podtrzymują zachowania nałogowe. Uczestnictwo w programie trwa ok. 60 dni, co wymaga intensywnej pracy.⁹⁹

6. Zakończenie: wnioski

Po okresie transformacji ustrojowej, wraz ze wzrostem dostępności różnych środków psychoaktywnych ich zażywanie przestało dotyczyć marginalnej części społeczeństwa.¹⁰⁰ Od tego czasu można mówić nie tylko o nowym okresie w polskiej narkomanii, ale i o kulturowych przeobrażeniach, które spowodowały zmianę miejsca używek w otaczającej rzeczywistości. Pojawiały się nowe środki, zmienił się model zażywania substancji psychoaktywnych.

O ile w kulturach tradycyjnych substancje psychoaktywne były przede wszystkim elementem kultu, a ich stosowanie związane było ze sferą rytualną, to współcześnie stały się niemal powszechnym składnikiem rzeczywistości społecznej. Jak dowodzą liczne prace¹⁰¹, rytualne zastosowanie substancji psychoaktywnych w społecznościach tradycyjnych było elementem kontynuowania tradycji, środkiem umożliwiającym wpisania się w to, co pewne

⁹⁸ E. Rachowska, *Model Minnesota*, w: P. Jabłoński, B. Bukowska, J.Cz. Czabała (red.) *Uzależnienie od narkotyków*, op. cit., s. 199-206.

⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰ J. Rogala-Oblękowska, *Młodzi i narkotyki. Rodzinne czynniki ryzyka nałogu*, ISNS Uniwersytet Warszawski, Warszawa 1999.

¹⁰¹ R.H. Blum (red.), *Society and Drugs; Social and Cultural Observations*, Jossey-Bass, San Francisco 1970.

i trwale, wyrazem akceptacji zastanego porządku społecznego.¹⁰² W rozwiniętych społeczeństwach zachodu sytuacja wyglądała odwrotnie: przez dziesięciolecia substancje psychoaktywne służyły zanegowaniu owego porządku, stały się formą ucieczki od tego, co społecznie akceptowane i utrwalane: wartości, norm, obyczajów. Bywały drogą egzystencjalnych poszukiwań, stymulatorem twórczej weny, środkiem wzmacniającym artystyczny odbiór, jak i elementem rozrywki.

Współczesny model zażywania substancji psychoaktywnych wyraźnie koliduje z rozpowszechnianymi przez lata poglądami, jakoby „każde pokolenie potrzebowało jakichś środków chemicznych, by radzić sobie z życiowymi problemami.”¹⁰³ Młodzi ludzie, zażywający narkotyki dla rozrywki, a taki właśnie model przeważa, traktują je zazwyczaj jako przejściową i wyraźnie eksperymentalną fazę w życiu.¹⁰⁴ Owa chęć eksperymentowania podyktowana jest zarówno ich wiekiem i wynikającymi z niego „przywilejami”: brakiem obaw o własne zdrowie i życie, związany z silnym mechanizmem izolowania od siebie zagrożen, uleganie najbliższemu środowisku czy ciekawość ekstremalnych doznań. Same narkotyki wydają się dziś zaspokajać w znacznie większym stopniu potrzeby konsumpcyjne niż egzystencjalne.¹⁰⁵

Postępującemu rozprzestrzenianiu się używek w kulturze masowej towarzyszyła ich stopniowa egalitaryzacja oraz oswojenie się z ich istnieniem. O ile jeszcze w drugiej połowie lat 90. istniało w świadomości ludzi młodych wyraźne rozgraniczenie na tzw. narkotyki „miękkie” (nieszkodliwe) i „twarde” niebezpieczne, w latach kolejnych doszło do wyraźnej zmiany postaw. Kultura klubowa oswoiła z przekonaniem, że twarde narkotyki (amfetamina, MDMA, kokaina), jak i substancje halucynogenne (LSD) wpisują się we współczesną rzeczywistość, a ich zażywanie nie wyklucza z tzw. „normalnej” społeczności. Wyraźnie zarysowały się zmiany modelu zażywania narkotyków, zmianie uległy środowiska zainteresowane narkotykami. Przeobrażenia zaszły również w modelu funkcjonowania społecznego osób biorących narkotyki.¹⁰⁶

W związku ze zmianami, które wciąż zachodzą na krajowej scenie narkotykowej, obecny system leczenia uzależnień stanął przed nowymi wyzwaniami, takimi jak wzrost

¹⁰² P.T. Furst (red.), *Flesh of the Gods: The Ritual Use of Hallucinogens*, Waveland Pr Inc., Prospect Heights 1990.

¹⁰³ R. Davenport-Hines, *Odurzeni. Historia narkotyków 1500–2000*, WAB, Warszawa 2006, s. 368.

¹⁰⁴ Na podstawie badań własnych (B.H.).

¹⁰⁵ B. Hoffmann, *Narkotyki w kulturze młodzieżowej*, Impuls, Kraków 2014.

¹⁰⁶ Więcej: B. Hoffmann, *op. cit.*

używania substancji innych niż dominujące dawniej opioidy, oraz wzrost przyjęć do leczenia osób z rozpoznaniem używania wielu substancji psychoaktywnych (*multiple drug use*, *polydrug use (abuse)*, *polytoxicomania*)¹⁰⁷, w tym powszechne obecne używanie alkoholu w połączeniu z konopiami indyjskimi i innymi narkotykami czy tabletkami (najczęściej benzodiazepinami)¹⁰⁸, stosowanymi z celach pozamedycznych. Jednocześnie obserwuje się znaczne zróżnicowania terytorialne w obrazie używania substancji, co powinno znajdować odzwierciedlenie w różnorodności dostępnej oferty leczniczej i w strukturze organizacyjnej leczenia uzależnień.¹⁰⁹

Zmiana charakterystyki pacjentów i zażywanych substancji psychoaktywnych winna spotkać się z reakcją w postaci dostosowania form instytucjonalnej i profesjonalnej oferty leczniczej do potrzeb osób uzależnionych i używających narkotyków w sposób szkodliwy. Jak zaznacza Piotr Jabłoński, „zignorowanie zaobserwowanych zmian w obrazie trendów epidemiologicznych i społecznych może sprawić, że podejmowane wysiłki terapeutyczne będą nieproduktywne – zarówno z punktu widzenia zdrowia publicznego, jak i potrzeb osób korzystających z terapii i rehabilitacji.”¹¹⁰

W dyskusji na temat odchodzenia od opieki instytucjonalnej na rzecz usług świadczonych w społecznościach lokalnych należy przede wszystkim uwzględnić dobro pacjenta, ale i, co z tym związane: specyfikę uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Należy uwzględnić, że leczenie uzależnień jest procesem i pewne jego etapy mogą, a często wręcz muszą przebiegać w placówkach stacjonarnych (instytucjonalizacja), a inne poza placówką stacjonarną (deinstytucjonalizacja). Nie można jednoznacznie przesądzać która z form leczenia, na jakim etapie uzależnienia i w jakim momencie życia osoby uzależnionej będzie właściwsza.

Pomysł odejścia od opieki stacjonarnej, realizowanej w placówkach nie zawsze znajduje przełożenie na leczenie osób uzależnionych. O ile deinstytucjonalizacja usług dla dzieci, seniorów, osób z zaburzeniami psychicznymi czy z niepełnosprawnościami, polegająca

¹⁰⁷ Definicja *multiple drug use* wypracowana w 1994 roku przez WHO obejmuje wymienne lub jednoczesne używanie wielu substancji psychoaktywnych. Jest to, inaczej mówiąc, konsumpcja „więcej niż jednej substancji psychoaktywnej lub jednej klasy narkotyków przez indywidualną osobę w tej samej jednostce czasowej lub w sekwencji czasowej” Więcej: P. Jabłoński, B. Bukowska, J.Cz. Czabała (red.) *Uzależnienie od narkotyków*, op. cit. s. 355-370.

¹⁰⁸ I. Maremmi, M. Shinderman (1999). *Alcohol, benzodiazepines and other drugs use in heroin addicts treated with methadon. Polyabuse or undermedication*, “Heroin Addiction and Related Clinical Problems” 1999, nr 1(2), s. 5-10, za: P. Jabłoński, *Używanie wielu substancji psychoaktywnych...*, op. cit.

¹⁰⁹ P. Jabłoński, Wstęp, w: *Uzależnienie od narkotyków...*, op. cit.

¹¹⁰ P. Jabłoński, *Używanie wielu substancji psychoaktywnych...*, op. cit., s. 367.

na pozostawieniu ich w środowisku lokalnym, w tym także rodzinnym może przyczynić się do odnoszenia korzyści przez te jednostki, o tyle w przypadku osób uzależnionych, przynajmniej na wstępnym etapie ich leczenia może mieć skutki zgoła odwrotne.

W przypadku osób uzależnionych trudno wskazać na korzystny wpływ ograniczenia czasu przebywania w ośrodku odwykowym. Nie we wszystkich przypadkach sprawdzi się też ograniczenie leczenia, do leczenia otwartego, tak jak wspomaganie terapią substytucyjną, która przeznaczona jest jedynie dla określonej grupy pacjentów.

Nie znaczy to w żadnym razie, że placówki ambulatoryjne, czy oddziały pobytu dziennego nie są potrzebne. Są one koniecznym ogniwem w procesie leczenia, a dla wielu osób uzależnionych są jedynym wariantem pomocy medycznej, z jakiego korzystają, jednak to do lekarza/terapeuty i pacjenta powinna należeć decyzja o wyborze najwłaściwszej formy leczenia.

Bibliografia

- Baran-Furga H., Steinbarth-Chmielewska K., *Zespoły uzależnień od substancji psychoaktywnych*, w: P. Jabłoński, B. Bukowska, J.Cz. Czabała (red.) *Uzależnienie od narkotyków PODRĘCZNIK DLA TERAPEUTÓW*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012 s. 51-72.
- Blum R.H. (red.), *Society and Drugs; Social and Cultural Observations*, Jossey-Bass, San Francisco 1970.
- Davenport – Hines R., *Odurzeni. Historia narkotyków 1500 – 2000*, WAB, Warszawa 2006.
- De Leon G., *Spółeczność terapeutyczna. Teoria, model, metoda*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2003.
- Fudała J., *Leczenie uzależnienia od alkoholu*, 2013,
www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznie/69539,leczenie-uzaleznie-od-alkoholu
- Furst P.T. (red.), *Flesh of the Gods: The Ritual Use of Hallucinogens*, Waveland Pr Inc., Prospect Heights 1990.
- Habrat B., *Miejsce leczenia substytucyjnego w leczeniu uzależnienia od opiatów*, w: *Optymalny Model Zaspokajania Potrzeb Lecznicych Ludzi Uzależnionych Od Nielegalnych Substancji Psychoaktywnych w Polsce*, Raport z badań zleconych przez Krajowe Biuro Przeciwdziałania Narkomanii, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2006.
- Hoffmann B., *Narkotyki w kulturze młodzieżowej*, Impuls, Kraków 2014.

ICD-10 (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – International Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision).

Jabłoński P., *Używanie wielu substancji psychoaktywnych – opis zjawiska i terapia*, w: P. Jabłoński, B. Bukowska, J. Cz. Czabała (red.) *Uzależnienie od narkotyków PODRĘCZNIK DLA TERAPEUTÓW*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012 s. 355-370.

Jabłoński P., Wstęp w: P. Jabłoński, B. Bukowska, J. Cz. Czabała (red.) *Uzależnienie od narkotyków PODRĘCZNIK DLA TERAPEUTÓW*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, s. 9-12.

Jabłoński P., Puławska-Popielarz K., *Zarys historii rozwoju terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol w Polsce*, w: P. Jabłoński, B. Bukowska, J. Cz. Czabała (red.) *Uzależnienie od narkotyków PODRĘCZNIK DLA TERAPEUTÓW*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012 s. 15-24.

Jankowski K., *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej*, PIW, Warszawa 1975.

Kamińska A., *Kotański. Bóg Ojciec. Konfrontacja. Opowieść o legendarnym twórcy Monaru*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2021.

Kavanagh, D.J., Mueser, K.T., *Current evidence on integrated treatment for serious mental disorder and substance misuse*, "Journal of the Norwegian Psychological Association" 2007, nr 44, s. 618-637.

Koczurowska J., *Psychoterapia dzieci i młodzieży z problemem narkotykowym*, w: P. Jabłoński, B. Bukowska, J.Cz. Czabała (red.) *Uzależnienie od narkotyków PODRĘCZNIK DLA TERAPEUTÓW*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, s. 283-298.

Koczurowska J., *Spoleczność terapeutyczna w rehabilitacji uzależnień*, w: P. Jabłoński, B. Bukowska, J.Cz. Czabała (red.) *Uzależnienie od narkotyków PODRĘCZNIK DLA TERAPEUTÓW*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, s. 183-198.

Kooyman M., *Spoleczność terapeutyczna dla uzależnionych*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2002.

Kowalcze M., *Terapia uzależnienia – krok po kroku*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego Dział ds. Przeciwdziałania Uzależnieniom i Przemocy w Rodzinie, Katowice 2020.

Langiewicz W., *Dostępność opieki dla osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych w Polsce w 2004 r. Analiza informacji dotyczących zasobów leczenia psychiatrycznego i neurologicznego oraz rozpowszechniania zaburzeń psychicznych w Polsce*. Raport z badań zleconych przez Krajowe Biuro do

Spraw Przeciwdziałania Narkomanii. Umowa między Krajowym Biurem do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii a Instytutem Psychiatrii i Neurologii: 5/GA/05.

- Maremmani I., Shinderman M., *Alcohol, benzodiazepines and other drugs use in heroin addicts treated with methadon. Polyabuse or undermedication*, "Heroin Addiction and Related Clinical Problems" 1999, nr 1(2), s. 5-10.
- Meder J., Kałwa A., Rosenfeld M., *Podwójna diagnoza— „podwójne” problemy, aktualne koncepcje terapeutyczne*, „Psychiatria” 2006, nr 4, tom 3, s.154–159.
- Moussaoui D., *A Biography of Jean Delay: First President of the World Psychiatric Association* (History of the World Psychiatric Association), Excerpta Medica, 2002.
- Niewiadomska I., Stanisławczyk P., *Uzależnienia: fakty i mity. Narkotyki*, Wyd. KUL, Lublin 2004.
- Palacz-Chrisidis A., *Praca socjalna z osobami uzależnionymi i ich rodziną*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2014.
- Rachowska E., *Model Minnesota*, w: P. Jabłoński, B. Bukowska, J.Cz. Czabała (red.), *Uzależnienie od narkotyków PODRĘCZNIK DLA TERAPEUTÓW*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, s. 199-206.
- Rachowska E., *Zapobieganie nawrotom w uzależnieniu*, w: P. Jabłoński, B. Bukowska, J.Cz. Czabała (red.) *Uzależnienie od narkotyków PODRĘCZNIK DLA TERAPEUTÓW*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, s. 217-228.
- Rogała-Oblękowska J., *Młodzież i narkotyki. Rodzinne czynniki ryzyka nałogu*, Uniwersytet Warszawski, Instytut Stosowanych Nauk Społecznych, Warszawa 1999.
- Rothus S. A., *Psychologia współczesna*, GWP, Gdańsk 2004.
- Sheehan, M. F., *Dual diagnosis*, "Psychiatric Quarterly" 1993, nr 64(2), s. 107-134.
- Shinkfield, A. J., Graffam, J., *Community Reintegration of Ex-Prisoners*, "International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology" 2009, nr 1(53), s. 29-42.
- Słupczyńska-Kossobudzka E., Wciórka J., *Psychiatria środowiskowa*, w: A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J., Rybakowski, J. Wciórka, (red.) *Psychiatria, t. III. Terapia, zagadnienia etyczne, prawne, organizacyjne, społeczne*, Wyd. Med. Urban&Partner, Wrocław 2003, s. 507-526.
- Strzelecki J., *Społeczność Terapeutyczna w rehabilitacji uzależnień cz. I*, „Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA” 2018, nr 1 (81), s. 26-31.
- Świątkiewicz G., *Uzależnienia od narkotyków – kontekst społeczny*, w: P. Jabłoński, B. Bukowska, J.Cz. Czabała (red.) *Uzależnienie od narkotyków PODRĘCZNIK DLA TERAPEUTÓW*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, s. 25-31.

Verster A., Buning E., *Methadone Guidelines*, badania w ramach projektu finansowanego przez European Commission, Directorate General V, 2000. <http://www.q4q.nl/methwork>

Wojnar R., *Lecznictwo Uzależnień w Polsce*, Szkolenie w dziedzinie uzależnienia rekomendowane przez KBPN, Pszczyna 27.08.2021.

Wojnar M., Bisaga A., *Leczenie osób z podwójną diagnozą*, w: P. Jabłoński, B. Bukowska, J.Cz. Czabała (red.) *Uzależnienie od narkotyków PODRĘCZNIK DLA TERAPEUTÓW*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, s. 299-311.

Woronowicz B., *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Media Rodzina, Parpamedia, Warszawa 2009, część II, s. 393-449.

„Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”.

Załużska M., *Funkcjonowanie społeczne i zapotrzebowanie na opiekę środowiskową w schizofrenii*, IPiN, Warszawa 2000.

www.parpa.pl

www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/wotuw

www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/metody-leczenia-uzaleznienia-od-alkoholu

www.wotuw.pl/index.php/o-wotuw/zadania-wotuiw/

Beata Hoffmann – dr hab., socjolog, socjolog kultury, adiunkt w Instytucie Stosowanych Nauk Społecznych UW. Główne zainteresowania naukowe: socjologia kultury, społeczno-kulturowe aspekty uzależnień. Autorka ponad 100 prac naukowych, w tym czterech monografii. Z problematyką uzależnień związana od czasu studiów, łącząca przez pewien czas wiedzę teoretyczną z praktyką (praca w Ośrodku Terapii Uzależnień Instytutu Psychiatrii i Neurologii – dawniej III Klinika Psychiatryczna Oddział Odwykowy). Współpraca naukowa w obszarze uzależnień z uniwersytetami z Polski, krajów UE i Iraku. Członek zespołu recenzentów renomowanych wydawnictw naukowych.