



Zmiany w funkcjonowaniu placówek leczenia i wsparcia osób uzależnionych od nielegalnych substancji psychoaktywnych podczas pandemii COVID-19 w ocenie i doświadczeniach pacjentów miasta Gdańska¹

Jagoda Mielczarek | Uniwersytet Gdański
ORCID: 0009-0004-1660-3364

Streszczenie

Słowa kluczowe:
uzależnienia,
substancje
psychoaktywne,
terapia online,
pandemia, COVID-19

Zagadnienie nadużywania substancji psychoaktywnych zajmowało badaczy już w pierwszej połowie XX wieku. Nadal jednak konieczne jest uzupełnianie wiedzy i poszukiwanie nowych rozwiązań tego problemu. Rzeczywistość stawia przed badaczami kolejne wyzwania – jednym z nich stał się globalny kryzys epidemiczny COVID-19. Obostrzenia związane z sytuacją pandemiczną wymusiły wprowadzenie terapii indywidualnej oraz zajęć grupowych w formie online. Niniejsze opracowanie stara się przybliżyć sposób funkcjonowania placówek zajmujących się leczeniem i wsparciem osób uzależnionych od narkotyków w tym okresie. Część teoretyczna publikacji obejmuje opis działalności placówek terapeutycznych w Polsce, natomiast część badawcza dotyczy oceny odbiorców tychże placówek podczas pandemii COVID-19. Proces badawczy miał na celu prezentację zmian zaobserwowanych przez uczestników badania przez pierwszy rok trwania pandemii w stosunku do własnych doświadczeń sprzed tego okresu. Problematyka dotyczy subiektywnej perspektywy i stara się odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób respondenci oceniają te zmiany w ramach własnego procesu terapeutycznego. Powstały obraz jest wynikiem empirycznych badań jakościowych, z wykorzystaniem techniki otwartego wywiadu pogłębianego. Uzyskane dane wskazują, że zdalna forma terapii indywidualnej i zajęć grupowych może okazać się w niektórych przypadkach korzystna. Odnotowane postulaty uczestników badania mogą stać się przyczynkiem do rozważań nad modernizacją pewnych elementów systemu leczenia i wsparcia osób uzależnionych, wskazać kierunek zmian oraz podnieść jakość i dostępność udzielanej pomocy. Opracowanie może także spełnić funkcję badania pilotażowego

¹Artykuł powstał na podstawie pracy dyplomowej pt. *System leczenia i wsparcia osób uzależnionych od narkotyków podczas pandemii COVID-19 na terenie miasta Gdańska*, napisanej pod kierunkiem dra Łukasza Wirkusa w Zakładzie Patologii Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Gdańskiego.

do szerszych badań nad komunikacją społeczną i działalnością placówek pomocowych w formie online.

Keywords:
addiction,
psychoactive
substances, online
therapy, pandemic,
COVID-19

Assesment and experiences of patients in Gdansk on changes in the operation of treatment and support facilities for individuals addicted to illegal psychoactive substances during the COVID-19 pandemic (Summary)

Researches in various fields of science have been interested in the problem of substance abuse since the first half of the 20th century, but the need for new solutions seems to be endless – the current knowledge has to be constantly reviewed and improved. Modern world reality poses new challenges in subject of substance abuse, one of them being the pandemic crisis. In this study I present how the treatment and support system for addicted works during that period. Various forms of remote treatment have been introduced in response to the pandemic restrictions. In the study I have focused on the changes with direct impact on the treatment of the recipients. Deriving out of subjective perspective I try to examine how the respondents evaluate changes in the support system forced by pandemic restrictions as part of their own therapeutic process. The conclusions are based on an empirical qualitative study using the technique of open in-depth interview. The obtained data indicate that an online form of individual therapy and group activities may be beneficial in some particular cases. Therefore, the situation of the COVID-19 pandemic may contribute to the improvement of the process of treatment offered by institutions. Pointing out the needs of respondents, the study I have conducted could indicate the direction of changes that may improve the quality of the support provided. This paper might be a contribution to the wider research on online forms of communication and its appliances to the system of treatment and support for addicted.

Wstęp

Problem nadużywania środków psychoaktywnych jest powszechny, a liczba osób wpadających w uzależnienia z roku na rok wzrasta. Choć substancje odurzające stosowano rytualnie lub w celach leczniczych odkąd pamięta ludzkość, to jednak dopiero w XIX wieku zaczął rozprzestrzeniać się trend używania ich w celach rozrywkowych. W tamtym okresie rolę tę pełniły głównie medykamenty działające depresyjnie (opium, morfina) lub stymulująco (kokaina) na ośrodkowy układ nerwowy. Gdy stale rozwijający się przemysł farmaceutyczny wdrażał do obiegu kolejne substancje, ówczesna wiedza na temat skutków ich długotrwałego zażywania pozostawała na niskim poziomie. W XX wieku, za sprawą wynalezienia LSD przez Alberta Hoffmana oraz rozpowszechniania się wśród młodzieży ruchu hipisowskiego, używanie narkotyków przez młode pokolenie było stopniowo coraz bardziej popularyzowane. Dziś wiele krajów boryka się z rosnącym problemem uzależnienia i jego różnymi konsekwencjami (Karpowicz 2002: 15). Uzależnienie od nielegalnych substancji psychoaktywnych, jako wciąż poszerzający się problem społeczny, pochłania zasoby związane ze służbą zdrowia, organami ścigania, władzą sądowniczą oraz ma wpływ

na ogólny wzrost wskaźnika przestępczości. Wynika to nie tylko ze zjawiska produkcji i handlu narkotykami – zdobycie pieniędzy na substancje psychoaktywne wielokrotnie odbywa się w sposób niezgodny z prawem (Habrak 2008: 14).

Zaistniała w 2020 roku epidemia COVID-19 znacznie wpłynęła na funkcjonowanie całych państw. Przyniosła istotne skutki społeczne, zdrowotne oraz ekonomiczne, stając się wyzwaniem dla ludzkości, także w aspekcie funkcjonowania pewnych elementów systemu leczenia i wsparcia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. W Polsce działalność placówek przeciwdziałających uzależnieniom podlegała ścisłym regulacjom prawnym, na czele z ustawą z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych. Na podstawie rozporządzeń Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii Główny Inspektorat Sanitarny określił wytyczne dla jednostek organizacyjnych pomocy społecznej. Jednym z podstawowych zaleceń było zachowanie dystansu społecznego i powstrzymywanie się od spotkań i kontaktów osobistych tam, gdzie nie jest to niezbędne. Polskie placówki, wbrew wszechobecnej dezorganizacji, starały się podejmować właściwe decyzje w trosce o redukcję negatywnych następstw sytuacji kryzysowej, co zostało poddane analizie i zaprezentowane w *Raporcie o stanie narkomanii w Polsce 2020*, wraz z wynikami badań na temat skali problemu zażywania substancji odurzających w ogólnej populacji (Malczewski, Jabłoński 2020).

Kwestia uzależnienia od nielegalnych środków psychoaktywnych zajmuje ważne miejsce na liście problemów społecznych miasta Gdańska. Dynamiczne funkcjonowanie morskiego i lotniczego przejścia granicznego na jego obszarze jest głównym czynnikiem ryzyka poszerzania się zjawiska oraz związanej z nim przestępczości. Oddziaływania gdańskiego Urzędu Miejskiego nie mają jednak realnego wpływu na podaż nielegalnych substancji psychoaktywnych oraz skuteczność działań straży granicznej i liczbę dokonywanych zatrzymań podczas kontroli. Ponadto Gdańsk jest miastem turystycznym oraz trzonem aglomeracji powstałej w połączeniu z Gdynią i Sopotem, a to sprawia, że w porównaniu do innych dużych polskich miast jest w większym stopniu narażony na pojawianie się problemu narkotykowego. Występujące czynniki predysponują Gdańsk do cyklicznego nasilania się tego zjawiska w czasie wakacji. Obecnie próbuje się budować programy przeciwdziałania narkomanii, biorąc pod uwagę specyficzne warunki i zagrożenia wynikające z lokalizacji miasta, a także ujednociać oddziaływania realizowane na terenach sąsiednich miast należących do trójmiejskiego obszaru metropolitalnego (Brosz 2018: 92).

Zjawisko uzależniania od substancji psychoaktywnych jest współcześnie palącym problemem. Dzięki badaniom naukowym wiedza na jego temat wzrasta i można zaobserwować duży postęp w dziedzinie leczenia i wsparcia osób zmagających się z tym problemem. Dzieje się tak również w wyniku profesjonalnego podejścia specjalistów terapii uzależnień, w oderwaniu od stygmatyzacji. Postrzeganie problemu

nadużywania substancji odurzających jako wadliwego przystosowania jednostki do wymagań, jakie niesie życie, czy jako chorobę, może być błędnie interpretowane – niejednokrotnie rodzi pogląd, że osoba dotknięta uzależnieniem nie ponosi odpowiedzialności za swój problem, a jej uczestnictwo w procesie naprawczym ma bierny charakter. W rzeczywistości to właśnie indywiduum, jakim jest osoba przyjmująca pomoc, często staje się fundamentem dla pracy terapeutycznej (Carson, Butcher, Mineka 2003: 551).

Podstawowe zasady udzielania pomocy przez placówki systemu leczenia i wsparcia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych

Przepisy dotyczące leczenia i wsparcia osób uzależnionych są ustalane za pośrednictwem rozporządzeń, ustaw, a także przepisów lokalnych. Odbiorcy wsparcia poddają się leczeniu w sposób dobrowolny, z wyjątkiem sytuacji wyroku sądowego zobowiązującego daną osobę do podjęcia leczenia. Wielokrotnie adresatami takiego postanowienia są sprawcy wykroczeń lub przestępstw. Osoby niepełnoletnie również mogą zostać przekierowane na obowiązkowe leczenie uzależnienia. Decyzję w sprawach dzieci i młodzieży podejmuje sąd rodzinny. W takim przypadku postępowanie odbywa się na wniosek złożony przez najbliższych krewnych (tj. rodzeństwo, rodzice, dziadkowie, pradiadkowie), opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego. Okres leczenia w takim przypadku nie może przekraczać dwóch lat.

Ważną kwestią jest, iż placówki publiczne świadczące usługi w ramach umowy podpisanej z NFZ nie wymagają opłat od pacjenta nawet w sytuacji braku ubezpieczenia. Istnieje również sekcja niepublicznych jednostek opieki zdrowotnej udzielających pomocy w zakresie uzależnień. Podmiotami prowadzącymi są wówczas fundacje, organizacje pożytku publicznego, stowarzyszenia oraz samorządy lokalne. Obecnie dynamicznie powstają również prywatne placówki leczenia uzależnień proponujące terapię krótkoterminową.

Żaden z typów placówek nie podlega rejonizacji. Oznacza to, że miejsce zamieszkania nie determinuje przydziału do konkretnej jednostki świadczącej pomoc. Osoba dotknięta uzależnieniem może wybrać miejsce leczenia według własnego uznania, bez względu na zamieszkiwany rejon (Kowalewicz 2018: 48).

Rodzaje placówek terapeutycznych w Polsce

W polskim systemie leczenia uzależnień funkcjonuje kilka komórek organizacyjnych. Są to wyspecjalizowane placówki świadczące pomoc stacjonarnie i ambulatoryjnie. Niektóre jednostki zajmują się przeprowadzaniem detoksykacji, istnieją również takie, których działalność skupia się na prowadzeniu programów leczenia substytucyjnego. Proces detoksykacji odbywa się głównie na szpitalnych oddziałach toksykologii

oraz psychiatrii, szczególnie w sytuacji ostrego przebiegu zespołu abstynencyjnego. Odbiorcami tego zakresu działań są przede wszystkim uzależnieni od opiatów i alkoholu, gdyż konsekwencją odstawienia tych środków są silne dolegliwości somatyczne (oddział toksykologii), oraz osoby doznające zaburzeń psychotycznych w związku z zażywaniem substancji o właściwościach stymulujących lub psychodelicznych (oddział psychiatryczny) (Bukowska 2016: 465).

Placówki ambulatoryjne

Zakres działań placówek ambulatoryjnych obejmuje wszelkie formy pomocy, które nie wymagają od pacjenta zmiany miejsca stałego pobytu. Leczenie skupia się na pomocy osobie uzależnionej w jej dotychczasowym środowisku. Terapia odbywa się w jednostkach nazywanych placówkami typu otwartego. Oprócz pomocy terapeutycznej w razie potrzeby wystawiane są w nich skierowania do ośrodków całodobowych lub na oddział detoksykacyjny (Zajączkowski 2003: 67). Do systemu placówek otwartych należą punkty konsultacyjne, poradnie ambulatoryjne oraz dzienne oddziały terapeutyczne.

Punkt konsultacyjny jest miejscem, w którym analizuje się informacje pozyskane od klienta i poddaje się go wstępnej diagnozie. Obecnie wiele placówek zatrudnia psychologów oraz lekarzy, umożliwiając tym samym wielowymiarową perspektywę i sprawny, rzetelny przebieg konsultacji. Zadaniem konsultanta jest określenie poziomu nasilenia uzależnienia klienta, uzyskanie rzeczywistego obrazu jego sytuacji, zachęcenie do podjęcia leczenia oraz podtrzymanie motywacji do zmiany. Osoby zgłaszające się po pomoc w punkcie konsultacyjnym często są kierowane do placówek całodobowych lub poradni ambulatoryjnych.

W poradniach ambulatoryjnych dokonywana diagnoza jest pogłębiona. Dzięki szczegółowym dociekaniom pracownicy są w stanie ustalić, czy w przypadku danej osoby istnieje realna szansa na pokonanie przeciwności w trybie ambulatoryjnym, czy też stopień uzależnienia jest tak wysoki, że należy zalecić leczenie w ośrodku całodobowym. Niektóre placówki dysponują opieką medyczną oraz diagnozą psychiatryczną i psychologiczną. Niejednokrotnie dają również dostęp do darmowych konsultacji z radcą prawnym. Zakres działalności poradni ambulatoryjnych obejmuje także pomoc dla bliskich osoby uzależnionej, jeśli sytuacja tego wymaga. Warto dodać, że pracownikami poradni ambulatoryjnych są nie tylko wykwalifikowani terapeuci, ale również osoby, które uporały się z własnym uzależnieniem i obecnie pomagają innym pokonać trudności związane z nałogiem (tzw. neofici). Tacy terapeuci spełniają funkcję wsparcia, opowiadając o strategiach radzenia sobie w początkowej fazie terapii, doznanych kiedyś problemach i osobistych doświadczeniach. W poradniach realizowane są zarówno zajęcia indywidualne, jak i grupowe, a oddziaływania opierają się na założeniach rozmaitych nurtów teoretycznych. Bardzo często wykorzystuje się programy bazujące na psychologii orientacji poznawczej i behawioralnej oraz

koncepcji społeczności terapeutycznej. Obecnie za najlepsze rozwiązanie uważa się stosowanie oddziaływań czerpiących z dorobku różnorodnych podejść, które nazywa się programem integracyjnym. Programy realizowane w ramach działalności poradni ambulatoryjnych są skuteczne w przypadku osób, które znajdują się jeszcze na etapie nadużywania substancji psychoaktywnych lub wysoce zmotywowanych uzależnionych. Spotkania rozpoczynają się z dużą częstotliwością, która z biegiem czasu maleje. Długość procesu terapeutycznego wynosi zwykle od roku do dwóch lat. Główną trudnością placówek działających w tym systemie jest nadzorowanie abstynencji pacjentów. Tryb ambulatoryjny ogranicza możliwość kontroli spożycia substancji psychoaktywnych, a najbliżsi osoby uzależnionej często nie potrafią sprostać temu zadaniu. Zdarza się, że pacjenci są regularnie poddawani testom weryfikującym obecność narkotyków w organizmie, a w sytuacji powtarzającego się łamania abstynencji zostają przekierowani do placówki całodobowej.

Kolejnym komponentem systemu placówek ambulatoryjnych są terapeutyczne oddziały dzienne. Do Polski ten tryb leczenia uzależnień dotarł stosunkowo niedawno, lecz jego występowanie aktualnie wzrasta. Pojawia się jako program proponowany przez poradnie ambulatoryjne. Jest to pewnego rodzaju pośrednia forma między pobytem w ośrodku całodobowym a cyklicznymi spotkaniami w placówce ambulatoryjnej. Terapia na oddziale dziennym jest dobrym rozwiązaniem dla osób, które wymagają nieco większego wsparcia niż standardowy program stosowany w ramach praktyk poradni ambulatoryjnych. Strategia ta łączy ze sobą elementy społeczności terapeutycznej, wykorzystywanej w placówkach stacjonarnych, oraz terapii grupowej i indywidualnej. Dzięki grupowym zajęciom uzależnieni wzajemnie na siebie oddziałują, wymieniają się doświadczeniami, uczą się prawidłowo funkcjonować w interakcjach z innymi ludźmi i czerpać z nich satysfakcję. Ponadto zajęcia w grupie oraz indywidualne sesje, odbywające się w duchu terapii poznawczo-behawioralnej, pozwalają pacjentom zmienić dotychczasowy sposób myślenia i zdobyć nowe umiejętności. Leczenie odbywa się pod postacią grupowych treningów kompetencji społecznych, zajęć terapeutycznych i psychoedukacyjnych oraz rozmów indywidualnych. W systemie oddziału dziennego spotkania mają miejsce każdego dnia tygodnia, z wyłączeniem sobót i niedziel. Zajęcia są intensywne i trwają z reguły do 7 godzin, zajmując pacjentom codziennie większość wolnego czasu. Zazwyczaj rozpoczynają się w godzinach porannych, a kończą po południu. Dzięki takiej częstotliwości spotkań oraz wielogodzinnym przebywaniu na terenie placówki warunki do zażywania narkotyku zostają znacznie ograniczone. Co więcej, umożliwia to zapewnienie stałej opieki medycznej i obserwacji ze strony psychiatry, który w przypadku farmakoterapii ma pełen wgląd w funkcjonowanie pacjenta i jego sposób reagowania na przyjętą strategię leczenia farmakologicznego. Cały program zajmuje od 1 do 3 miesięcy, po czym odbiorcy wsparcia zapewnia się możliwość kontynuowania terapii w innej formie pomocy, udzielanej w warunkach poradni ambulatoryjnej lub poprzez rozpoczęcie leczenia w ośrodku całodobowym (Kowalewicz 2018: 48).

Ostatnim elementem oddziaływania ambulatoryjnego jest leczenie substytucyjne. Odbiorcami tego typu działań jest konkretna grupa z problemem narkotykowym – osoby uzależnione od substancji opioidowych. Ich odstawienie wywołuje wyjątkowo dotkliwe dolegliwości fizyczne. Z tego powodu stosuje się środki medyczne, które w pewnym stopniu zastępują narkotyk. Wskutek ich działania objawy abstynencyjne zostają wyeliminowane, a głód narkotykowy ograniczony. Medykamenty stosowane w tym celu nazywa się agonistami. Mają one podobne działanie do narkotyku, lecz jest ono dłuższe i nie wywołuje efektu euforii w tak wysokim stopniu jak narkotyk opioidowy. Pozwala to na stopniowe wypracowanie kontroli nad stanem odurzenia. Nie bez znaczenia pozostaje tutaj także kwestia legalności substancji spełniających rolę substytutu. Wpływa to istotnie na redukcję rozmaitych potencjalnych szkód jako konsekwencji zażywania nielegalnego środka (Krajowe Biuro Przeciwdziałania Narkomanii 2017) i doprowadza do poprawy jakości życia, szczególnie w obszarze zdrowia oraz funkcjonowania społecznego. Osoby biorące udział w programie muszą spełniać pewne wymagania. Pacjent powinien wyrazić zgodę na regularne poddawanie się testom weryfikującym zażywanie innych substancji psychoaktywnych, gdyż obowiązuje absolutny zakaz równoległego przyjmowania ich podczas terapii substytucyjnej. Uczestnikami programu mogą zostać jedynie osoby, które podejmowały już próby zerwania z nałogiem, jednak ich zmagania nie przyniosły długotrwałych efektów. Poza tym odbiorcy leczenia substytucyjnego zwykle są zobowiązani codziennie stawiać się po lek do placówki. Obecnie najczęściej wykorzystuje się w tym celu farmaceutyki o nazwach metadon oraz buprenorfina. Program substytucyjny nie kończy się jednak na podawaniu środków zastępczych. Wszyscy uczestnicy mają dostęp do opieki medycznej. Równie ważną rolę odgrywają oddziaływania terapeutyczne. Każdemu z pacjentów przypisany jest terapeuta prowadzący, którego zadaniem jest pomoc w rozwiązywaniu aktualnych trudności i wsparcie emocjonalne (Kowalewicz 2018: 51). Program substytucyjny daje szansę nie tylko na reintegrację społeczną oraz korzyści zdrowotne dla pacjentów, ale również przyczynia się do wielu pozytywnych skutków dla całego społeczeństwa. Jest to między innymi spadek przestępczości (związanej z produkcją, przemysłem i handlem narkotykami) oraz redukcja występowania rozmaitych nielegalnych działalności, niejednokrotnie będących źródłem dochodowym osób uzależnionych (np. prostytutka, oszustwa, kradzieże). W związku z tym następuje również ograniczenie kosztów administracyjnych, zważywszy na podejmowane przez państwo próby przeciwdziałania tym zjawiskom. W krajach powszechnie stosujących terapię substytucyjną odnotowuje się także obniżenie wskaźnika nowych zakażeń wirusem HIV oraz sytuacji przedawkowań opioidów, co z kolei wiąże się z redukcją kosztów funkcjonowania służby zdrowia. Niestety, leczenie substytucyjne, pomimo swoich licznych korzyści, na gruncie polskim nadal wywołuje wiele kontrowersji. Fałszywe przekonania wynikają z braku wiedzy oraz wszechobecności stereotypów przeczących wieloletnim obserwacjom, rzetelnym analizom danych i jednoznacznym dowodom naukowym na skuteczność tej metody (Habrat 2008: 14). Obecnie w Polsce program substytucyjny realizowany

jest w zaledwie 25 placówkach systemu leczenia i wsparcia (Krajowe Biuro Przeciwdziałania Narkomanii 2022).

Placówki stacjonarne

Podjęcie leczenia w placówce stacjonarnej wiąże się ze zmianą miejsca pobytu osoby decydującej się na terapię. Powaga sytuacji, w jakiej znalazł się uzależniony, wymaga interwencji w trybie intensywnym, co uniemożliwia dokonanie zmiany funkcjonowania w dotychczasowym środowisku. W systemie placówek stacjonarnych można się spotkać z jednostkami realizującymi programy krótkoterminowe, średnioterminowe i długoterminowe, oddziały detoksykacyjne oraz oddziały terapii uzależnień w zakładach karnych.

Oddziały detoksykacyjne specjalizują się w odtruwaniu organizmu. Kiedyś przeznaczone były dla osób uzależnionych od substancji z grupy opiatów i ich pochodnych (opiodów), alkoholu oraz środków stosowanych w psychofarmakoterapii (tzw. leki psychotropowe). Sytuacja wywołała jednak zapotrzebowanie na działania detoksykacyjne dla szerszej grupy uzależnionych. Dziś tego typu pomocy udziela się także osobom zażywającym ecstasy (MDMA), pigułki gwałtu (GHB), amfetaminę, a także nowe substancje psychoaktywne (NSP). Konsekwencje przyjmowania tych środków okazują się bardziej szkodliwe niż niegdyś przypuszczano. Wskutek ich spożywania może dojść do poważnych następstw w obszarze zdrowia fizycznego i funkcjonowania psychiki. Z tego względu obecnie pacjentów korzystających z detoksykacji obejmuje się równoległe obserwacją psychiatryczną. Po zakończeniu terapii odtruwającej zaleca się bezzwłoczne rozpoczęcie leczenia w ośrodku całodobowym. Powrót pacjenta do pierwotnego środowiska, bezpośrednio po detoksykacji, stwarza wysokie prawdopodobieństwo powrotu do trybu życia sprzed pobytu na oddziale. Gdy stan homeostazy zostaje utracony przez zmianę funkcjonowania na poziomie komórkowym, nadrzędnym celem procesu detoksykacyjnego jest doprowadzenie organizmu osoby uzależnionej do równowagi za pomocą odpowiedzialnych i humanitarnych metod. Na osiągnięcie tego celu składa się szereg zadań, dzięki którym wielokrotnie unika się bardzo przykrych konsekwencji zażywania substancji psychoaktywnej, niejednokrotnie nawet śmierci. Działania obejmują pracę nad redukcją zarówno fizycznych (np. ból, drgawki), jak i psychicznych (np. odczuwanie głodu narkotykowego) dolegliwości, będących konsekwencją odstawienia substancji. Praca specjalistów pozwala również na powstrzymanie zaburzeń psychicznych, często pojawiających się w tych okolicznościach. Farmakoterapia jest dobierana indywidualnie w zależności od potrzeb i stanu każdego z pacjentów. Kadra nieprzerwanie monitoruje sposób funkcjonowania psychospołecznego uczestników oraz troszczy się o ich motywację do dalszej walki z uzależnieniem. Ponadto na oddziale dokonuje się badań diagnostycznych w zakresie różnych chorób zakaźnych, takich jak zakażenie wirusem HIV czy WZW, jako potencjalnych problemów zdrowotnych, wtórnych wobec uzależnienia (Kowalewicz 2018: 51).

W polskim systemie funkcjonują również oddziały leczenia uzależnień (OLU), które zwykle są usytuowane w pobliżu szpitali psychiatrycznych czy też w klinikach lub innych komórkach organizacyjnych służby zdrowia. Fundamentem oddziaływania w placówkach OLU są teorie psychologiczne mechanizmów uzależnienia i konkluzje wynikające z doświadczeń klinicznych. Początkowo placówki te niosły pomoc osobom z problemem alkoholizmu i lekomanii, jednak w ostatnich latach wśród wielu z nich można zaobserwować poszerzenie się grupy odbiorców. Aktualnie ponad połowa placówek przyjmuje osoby uzależnione od nielegalnych substancji psychoaktywnych, gdyż zauważono skuteczność stosowania programu wobec pacjentów z problemami natury nieco odmiennej niż uprzednio zakładano. Oferowana w nich pomoc psychologiczna oraz wielowymiarowa opieka medyczna (również w postaci farmakoterapii) ma charakter całodobowy. Oddziały leczenia uzależnień występują w trzech wariantach: istnieją placówki z podziałem na płęć oraz mieszane. Realizowany w nich program jest nazywany krótkoterminowym i zajmuje od 1,5 do 2 miesięcy. Nie jest jednak traktowany jako całość procesu terapeutycznego, ale jako wprowadzenie do dalszych oddziaływań w poradni ambulatoryjnej lub ośrodka prowadzącym program średnioterminowy. Pomimo intensywności zajęć oraz konieczności pełnego zaangażowania pacjentów w oddziaływania terapeutyczne przy opuszczaniu placówki każdy pacjent otrzymuje zalecenie kontynuacji leczenia, nawet w sytuacji wyjątkowo obiecujących postępów.

Terapia nazywana średnioterminową zwykle odbywa się w miejscach zaleconych przez instytucje służby zdrowia i obejmuje proces terapeutyczny w formie intensywnego programu. Długość cyklu wynosi 68 miesięcy. Leczenie oparte jest na indywidualizacji oddziaływań w zależności od potrzeb pacjenta. Przeważnie bazuje się na metodzie społeczności terapeutycznych oraz założeniach teorii psychologicznych mechanizmów nałogu. W ośrodkach udzielających pomocy w trybie średnioterminowym wiele uwagi poświęca się rozwojowi zainteresowań oraz pracy nad wzmocnieniem osobistego potencjału. Ważną rolę odgrywa tutaj trening samodzielności i ćwiczenie umiejętności istotnych z perspektywy readaptacji społecznej. Zadaniem uczestników staje się wypracowanie i zinternalizowanie takich cech, jak obowiązkowość czy odpowiedzialność. Elementem programu jest także dbałość o aktywność fizyczną, porządek i higienę osobistą.

Najdłuższe z proponowanych programów odbywają się w placówkach całodobowych. Organizują je stowarzyszenia, fundacje i jednostki udzielające świadczeń zdrowotnych. Między innymi są to takie ośrodki, jak: Monar, Karan, placówki Polskiego Towarzystwa Zapobiegania Narkomanii czy Zakładów Opieki Zdrowotnej. Leczenie w systemie długoterminowym zajmuje od roku do dwóch lat. Zespół pracowników składa się zwykle ze specjalistów z zakresu psychologii i psychoterapii. Poza tym równie ważną rolę odgrywają zatrudniani przez ośrodki neofici, którzy sami pomyślnie ukończyli proces terapeutyczny. Podstawą długoterminowych programów zazwyczaj jest metoda społeczności terapeutycznej, a fundamentalnym

założeniem kształtowanie postaw i wartości przez interakcję członków społeczności oraz uczestnictwo w rozmaitych oddziaływaniach terapeutycznych. Nadrzędnym celem jest budowanie w świadomości pacjentów takich idei, jak dojrzałość, odpowiedzialność, prawdomówność, przyjaźń, sprawiedliwość, prawość oraz innych cech ważnych z perspektywy moralności. Istotnym elementem usamodzielniającym i terapeutycznym oddziaływań w trybie długoterminowym są także obowiązki i praca na rzecz społeczności (Kowalewicz 2018: 53). Przez osoby przebywające w ośrodku całodobowym wykonywane są wszelkie czynności niezbędne do utrzymania placówki w dobrym stanie i czystości. Osoby uzależnione samodzielnie tworzą swoją przestrzeń życiową w ośrodku, sprzątając, dokonując napraw i remontów. Placówki są zlokalizowane w zacisznych, ustronnych miejscach. Rodzinna atmosfera i zachodzące między współuczestnikami terapii interakcje pozwalają na wyrażanie swoich emocji i myśli. Dzięki doświadczaniu emocjonalności (zarówno swojej, jak i innych) oraz wyłaniającym się relacjom powstaje środowisko umożliwiające wykształcenie kompetencji społecznych. Społeczności liczą zwykle od 20 do 60 osób. Każdy mieszkaniec ma obowiązek uczestniczenia w terapii i spotkaniach społeczności oraz poszukiwania i realizacji aktywnych sposobów spędzania czasu spoza harmonogramu zajęć. Zabawa jest także bezcenną formą aktywności o właściwościach terapeutycznych. Dzięki niej uzależnione osoby mogą odnaleźć radość z życia i nauczyć się czerpać ją z prostych zajęć rekreacyjnych. Towarzysząca zabawie nauka wzmacnia poczucie własnej wartości i kompetencji. Suma tych wszystkich działań jest podstawą do zdrowienia, odzyskania wiary w siebie i budowania na nowo swojej tożsamości (Koczurowska 2012). Charakterystycznymi cechami społeczności terapeutycznych jest system hierarchiczny i etapowość. Na całość procesu terapeutycznego składa się kilka poziomów, których przebycie wiąże się ze zdobywaniem kolejnych praw i przywilejów. Dzięki pracy i wysiłkowi pacjent stopniowo zdobywa pozycję w grupie oraz dostaje szansę, by sprawdzić się w różnych rolach. Złamanie ustalonych zasad skutkuje natomiast nałożeniem kary, a w przypadku częstych lub wyjątkowo rażących naruszeń konsekwencją jest wykluczenie ze społeczności. Proces terapeutyczny działa na podobieństwo życia w społeczeństwie, stając się jego swoistym odbiciem. Tak jak w przypadku programów realizowanych w pozostałych placówkach również w sytuacji ukończenia terapii długoterminowej kadra rekomenduje osobie opuszczającej ośrodek dalszą pracę nad swoim problemem. Zwykle jest to zalecenie rozpoczęcia indywidualnych spotkań z terapeutą lub uczestnictwa w wybranej grupie samopomocowej (np. wspólnota anonimowych narkomanów czy grupa wsparcia społeczności neofitów). Zakłada się, że zawsze istnieje zagrożenie nawrotu, a ryzyko jego wystąpienia potęgują w szczególności sytuacje stresogenne.

Osoby skazane na karę pozbawienia wolności także mają dostęp do wsparcia w zakresie uzależnień. Realizowane w zakładach karnych programy terapeutyczne dotyczące uzależnienia od nielegalnych substancji psychoaktywnych trwają pół roku, z możliwością zmiany o 1/3 zakładanego czasu – może być wydłużony lub zredukowany ze względu na indywidualne potrzeby poszczególnych więźniów. Kadre oddziału

stanowią terapeuci, psychologowie oraz zarządca, a niekiedy również wychowawca osadzonych. Od zespołu terapeutycznego wymaga się certyfikatu upoważniającego do prowadzenia terapii uzależnień, lecz zdarza się, że niektórzy są zatrudniani jeszcze przed ukończeniem takiego szkolenia. Oddziaływania terapeutyczne w placówkach zamkniętych są szczególnie ustrukturalizowane. Na podejmowane działania musi być wydana oficjalna zgoda Biura Penitencjarnego Centralnego Zarządu Służby Więziennej. Program terapeutyczny podlega ścisłej kontroli i wymaga szczegółowego opisu zawierającego cele, metody, założenia wynikające z wykorzystanego modelu teoretycznego, harmonogram zajęć oraz zaplanowane treści ćwiczeń i tematy psychoedukacji. Metodyka wykorzystywana podczas spotkań pokrywa się ze stosowaną w warunkach wolnościowych. Między sesjami zespół terapeutyczny regularnie organizuje narady dotyczące spraw bieżących. Każdy z członków może podzielić się swoimi wątpliwościami oraz spostrzeżeniami względem poszczególnych odbiorców oddziaływań jak i ogółu procesu terapeutycznego. Obecnie najczęściej spotykany na terenie zakładów karnych jest nurt integracyjny, który wielokrotnie jest wzbogacany o elementy innowacyjnych metod (Kowalewicz 2018: 53).

Badania własne

Przedmiotem przeprowadzonych przeze mnie badań są doświadczenia osób uzależnionych od narkotyków korzystających z gdańskiego systemu leczenia i wsparcia. Celem procesu badawczego jest zgłębienie ich oceny na temat pomocy otrzymywanej w ramach tego systemu przez pierwszy rok trwania pandemii COVID-19.

W badaniu zastosowano metodę jakościową, ponieważ narkomania jest uważana za temat wrażliwy i trudny. Ponadto ocena osób uzależnionych od nielegalnych substancji psychoaktywnych na temat funkcjonowania placówek terapeutycznych podczas pandemii jest zagadnieniem mało znanym, co wyklucza stawianie jednoznacznych hipotez. Wykorzystaną w badaniu techniką jest otwarty wywiad pogłębiony, nazywany także metodą dialogową lub dialogiem. Jej zastosowanie opiera się na rozmowie, która dotyczy interesującej badacza problematyki i przyjmuje postać swoistej narracji osoby uczestniczącej w badaniu. Respondent postrzegany jest podmiotowo, jako odpowiedzialna za własne słowa, świadoma swoich działań jednostka. Otwarty wywiad pogłębiony charakteryzuje się elastycznością w zadawaniu pytań, a przygotowane wcześniej dyspozycje spełniają funkcję drogowskazu wytyczającego kierunek dyskusji. Rozmowa między badaczem i respondentem ma się odbywać w duchu swobody wypowiedzi. Etyka wymaga, aby podczas wywiadu badacz był taktowny i lojalny wobec rozmówcy oraz aby nie negował wypowiedzi odbiegających od własnych przekonań i wartości. W realizowanym badaniu posłużono się poniżej wymienionymi narzędziami badawczymi:

- dyspozycje do wywiadu – przygotowany we własnym zakresie scenariusz do wywiadów służący jako elastyczny plan rozmowy, tj. pytania otwarte z możliwością przekształcania podczas badania,

- aplikacja Microsoft Teams – usługa internetowa zawierająca narzędzia ułatwiające komunikację, którą zastosowano w celu przeprowadzenia wideorozmowy z jedną z respondentek.

Problemy badawcze

Głównym problemem badawczym jest pytanie: jak odbiorcy gdańskiego systemu leczenia i wsparcia osób uzależnionych od narkotyków oceniają zmiany w jego funkcjonowaniu spowodowane pandemią COVID-19?

Ponadto główny problem badawczy został uzupełniony przez poniższe pytania szczegółowe, pozwalające skonkretyzować wątki wchodzące w zakres oceny respondentów na temat funkcjonowania systemu leczenia i wsparcia:

1. Jak odbiorcy systemu leczenia i wsparcia osób uzależnionych od narkotyków oceniają sprawność jego działania podczas pandemii COVID-19?
2. Jak odbiorcy systemu leczenia i wsparcia osób uzależnionych od narkotyków oceniają terapię indywidualną i zajęcia grupowe odbywane w formie online?

Z uwagi na przyjętą technikę postawione problemy badawcze występują w formie tzw. pytań uzupełnienia. Oznacza to, że mają charakter otwarty, czyli odpowiedź stanowi samodzielnie skonstruowany przez respondenta komentarz oraz że istnieje wiele odpowiedzi, które można nazwać prawdziwymi (Palka 2006: 14).

Organizacja i przebieg badań

Restrykcje wynikające z pandemii COVID-19 znacznie utrudniły pozyskanie respondentów do wywiadów. Ograniczenia były szczególnie istotne ze względu na przyjętą technikę badawczą – zaleca się, aby otwarty wywiad pogłębiony był przeprowadzany w bezpośrednim kontakcie. Ważne w tym kontekście są metakomunikaty (mimika, gesty, intonacje itp.) jako wzajemna wymiana niezwerbalizowanych treści między badaczem a uczestnikiem badania. W wywiadach wzięły udział cztery osoby – dwie kobiety i dwóch mężczyzn. Rozmowa z każdym odbyła się indywidualnie. Trójka uczestników udzieliła wywiadu w prywatnym mieszkaniu na terenie Gdańska, natomiast jedna z kobiet w formie online. Wszystkie wywiady miały miejsce na przełomie maja i czerwca 2021 roku. Zostały przeprowadzone w oparciu o przygotowaną wcześniej listę dyspozycji, która pełniła rolę narzędzia wspomagającego, nie wyznaczając sztywno przebiegu rozmowy i jej zakresu tematycznego. Uczestnicy badania to osoby pełnoletnie, zamieszkujące miasto Gdańsk lub pobliskie miejscowości. Każdy z uczestników badania brał udział w terapii uzależnień od narkotyków. Na tej podstawie wnioskuję, że respondenci są osobami uzależnionymi od nielegalnych substancji psychoaktywnych, gdyż w placówkach trudniących się leczeniem i wsparciem w związku z tą problematyką przed rozpoczęciem terapii wykonuje się ukierunkowaną pod tym kątem diagnozę. Ponadto ustanowionym warunkiem

względem doboru grupy badawczej było doświadczenie korzystania z systemu leczenia i wsparcia osób uzależnionych od narkotyków, zarówno przed wystąpieniem pandemii COVID-19, jak i w czasie jej trwania. Reasumując, warunkami doboru grupy badawczej są poniżej wymienione wymagania – każdy z respondentów:

- jest osobą pełnoletnią,
- uznaje swoje uzależnienie od nielegalnych substancji psychoaktywnych,
- korzystał z pomocy terapeutycznej dla osób uzależnionych od narkotyków na terenie miasta Gdańska,
- brał udział w terapii lub innych zajęciach realizowanych przez podmiot należący do systemu leczenia i wsparcia osób uzależnionych od narkotyków, zarówno podczas pandemii COVID-19, jak i przed jej rozpoczęciem.

Charakterystyka uczestników

Z uwagi na uzgodnienie z uczestnikami badań pełnej anonimowości w poniższym opisie zostaną pominięte dane personalne umożliwiające ich identyfikację. Wszyscy respondenci byli w ostatnim czasie odbiorcami wsparcia oferowanego przez gdańskie placówki Monar i z tego powodu należy pominąć również imiona respondentów, aby uniknąć ryzyka weryfikacji przez osoby trzecie. W związku z tym każdego z uczestników badań oznaczono numerem, z uwzględnieniem podziału na płeć. Dla usprawnienia prezentacji wyników przyjęto następujące skróty symbolizujące poszczególnych respondentów:

- kobieta nr 1 – oznaczona symbolem K1,
- kobieta nr 2 – oznaczona symbolem K2,
- mężczyzna nr 1 – oznaczony symbolem M1,
- mężczyzna nr 2 – oznaczony symbolem M2.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna uczestników badań

Wyszczególnienie	Respondenci			
	K1	K2	M1	M2
Wiek	23	43	29	36
Miejsce zamieszkania	Gdańsk	Gdańsk	okolice Gdańska	okolice Gdańska
Wykształcenie	średnie	wyższe	średnie	średnie
Spożywane substancje	opioidy	marihuana i halucynogeny	opioidy, ecstazy, marihuana	amfetamina

Tabela 1. cd.

Wyszczególnienie	Respondenci			
	K1	K2	M1	M2
Historia terapii	ambulatoryjna, stacjonarna (całodobowa)	ambulatoryjna	ambulatoryjna	ambulatoryjna
	indywidualna, grupowa, substytucyjna	indywidualna	indywidualna	indywidualna
Zajęcia i warsztaty grupowe	X	zajęcia edukacyjne (cykl zajęć)	zajęcia edukacyjne (cykl zajęć)	zajęcia edukacyjne (cykl zajęć)
	X	treningi kompetencji społecznych	treningi kompetencji społecznych	treningi kompetencji społecznych

Źródło: Opracowanie własne.

Wyniki

W celu uporządkowania informacji treść wywiadów została rozpatrzona z wykorzystaniem podziału na kategorie, które korespondują z postawionymi problemami badawczymi. Zapewniło to usprawnienie i przejrzystość w kontekście organizacji analizowanego materiału badawczego. Inspiracją do stworzenia dyspozycji do wywiadu oraz poniższych kategorii był raport z badań zrealizowanych w Gdańsku w 2019 roku, autorstwa Macieja Brosza, Tomasza Michalskiego oraz Magdaleny Popowskiej-Brackiej pt. *Diagnoza problemu narkotyków i narkomanii. Ewaluacja Gminnego Programu Przeciwdziałania narkomanii*. W rozdziale trzecim tejże pozycji opublikowano analogiczne badanie jakościowe, które poszerzono o kontekst pandemii COVID-19 i powszechne w tym okresie problemy. Niniejsze kategorie składają się z poniżej wymienionych komponentów:

- Ocena systemu leczenia i wsparcia podczas pandemii COVID-19:
 - dostęp do wsparcia,
 - rezygnacja z form wsparcia,
 - terapia indywidualna w formie online,
 - zajęcia grupowe w formie online.

Jak odbiorcy systemu leczenia i wsparcia osób uzależnionych od narkotyków oceniają sprawność jego działania podczas pandemii COVID-19?

Dwoje z respondentów (K2, M1) uważało, że dostęp do wsparcia podczas pandemii był na zadowalającym poziomie. Ich doświadczenia były jednak ograniczone do jednej placówki, należącej do Stowarzyszenia Monar. Uczestniczka wywiadu K2

zauważyła, że placówka dawała możliwość odbywania terapii w bezpośrednim kontakcie przez cały czas pandemii, wyłączając okresy wzmożenia obostrzeń. Respondent M1 postrzegał możliwość dokonania wyboru między terapią online a dojazdem do placówki jako ważne udogodnienie i ułatwienie dostępu do wsparcia.

Natomiast uczestnik wywiadu M2 relacjonował, że dostęp do wsparcia podczas pandemii był poważnie utrudniony. Rozważając sytuację z perspektywy osoby uzależnionej, zaznaczał, jak ważna jest możliwość otrzymania natychmiastowej pomocy podczas kryzysu, odnosząc się do własnych przeżyć, gdy przyjeżdżając do jednej z placówek Monaru nie dostał się do środka.

Respondentka K1 brała udział w płatnych sesjach i przez cały okres pandemii miała wybór między odbywaniem terapii w formie online lub w bezpośrednim kontakcie. Podczas sesji dbano o zachowanie dystansu, ale odnośnie do maseczek wybór należał do klienta – chcąc odbywać terapię bez jej użycia, miał obowiązek podpisania oświadczenia o nieskładaniu roszczeń w przypadku zarażenia się wirusem.

Podczas pandemii ta sama kobieta doświadczyła odmowy leczenia w placówce oddziału detoksykacyjnego w Warszawie, mimo wcześniejszych zapewnień placówki, że zostanie przyjęta. Trzy dni przed wyjazdem otrzymała informację o nowej zasadzie, wykluczającej udzielanie pomocy osobom spoza terenu Warszawy. Respondentka opowiadała także o doświadczeniach znajomych jej osób uzależnionych, ubiegających się o detoksykację – mieli znaczne trudności z dostaniem się na oddziały, które w pewnym okresie były całkowicie zamknięte i nie udzielały świadczeń. Ponadto, poszukując informacji na temat działalności oddziałów detoksykacyjnych podczas pandemii, spotkała się z restrykcjami, które w jej opinii były irracjonalne, działające na niekorzyść pacjenta oraz utrudniające dostęp do wsparcia. Między innymi wspominała o obowiązku podjęcia leczenia w placówce stacjonarnej bezpośrednio po odbyciu detoksykacji, co według niej wśród wielu potencjalnych pacjentów mogło wywołać opór i rezygnację z tej formy pomocy.

Dwoje respondentów (K1, M2) z powodu pandemii zrezygnowało z odbywania terapii w ośrodku całodobowym. Kobieta, przebywając w placówce stacjonarnej, spotkała się z napiętą atmosferą panującą w grupie, wskutek czego postanowiła ją opuścić. Z kolei mężczyzna, dowiedziawszy się o kwarantannie podczas pierwszych dwóch tygodni pobytu, zdecydował, że nie podejmuje leczenia. M2 przejawiał opór przed pójściem do ośrodka, który w rezultacie nowych obostrzeń został spotęgowany.

Ponadto respondent M2 zrezygnował z uczestnictwa w spotkaniach grupy wsparcia z powodu zaobserwowania nieprzyjemnej atmosfery – na forum internetowym grupy samopomocowej Anonimowi Narkomani występowały konflikty dotyczące utrzymywania dystansu podczas spotkań. Z tego powodu ograniczył się do partycypacji wyłącznie w formie online.

Jak odbiorcy systemu leczenia i wsparcia osób uzależnionych od narkotyków oceniają terapię indywidualną i zajęcia grupowe odbywane w formie online?

Stanowiska respondentów względem odbywania terapii indywidualnej w formie online były podzielone.

Dwójka z nich (K1, M2) uważała, że porady telefoniczne nie mogą zastąpić realnego kontaktu z terapeutą. Kobieta i mężczyzna, odnosząc się do niemożności obserwowania metakomunikatów podczas sesji, twierdzili, że teleporady znacznie spłycają relację terapeutyczną. Jednak K1 uznawała, że możliwość odbywania terapii w takiej postaci jest w niektórych sytuacjach przydatna.

Z drugiej strony respondenci K2 i M1 byli zdania, że kontakt telefoniczny w niczym ich nie ograniczał, a nawet sprawił, że podczas terapii w większym stopniu czuli się swobodnie i komfortowo. Uważali także, że ich porozumienie z terapeutą wskutek rozmów online uległo poprawie. Oboje spostrzegli, że podczas teleporad wzrastał ich poziom koncentracji na warstwie merytorycznej, gdyż wcześniej ich uwaga była rozpraszana przez drugoplanowe bodźce. Respondent M1 uważał, że w dużej mierze dekoncentrowała go świadomość bycia obserwowanym. Z wywiadu wynikało również, że terapia była dla niego dużym obciążeniem psychicznym, a przez postać online spotkań dyskomfort pozostawał częściowo zredukowany. Mężczyzna zgłosił, że jeśli dostałby możliwość dalszego odbywania terapii w postaci teleporad, bez wahania dokonałby wyboru kontynuacji w tej formie. Respondentka K2 relacjonowała, że teleporady nie utrudniły jej przekazywania swoich stanów emocjonalnych. Ponadto podczas sesji online kobieta zauważała większe zaangażowanie prowadzącego terapię w porównaniu do spotkań w bezpośrednim kontakcie.

Oboje uczestników badania (K2, M1) wskazało dodatkowo na korzyści związane z oszczędnością czasu i finansów przeznaczanych na dojazdy do placówki. Warto jednak zaznaczyć, że tylko jedno z nich jest osobą zamieszkującą poza terenem miasta Gdańska (M1). Pozostali respondenci (K1, M2) nie wspomnieli o ponoszonych kosztach czy zaoszczędzonych podczas teleporad zasobach. Tutaj warto zauważyć, że jeden z uczestników badań, który mieszka poza terenem Gdańska (M2), opowiadał się za terapią w bezpośrednim kontakcie i był zdania, że forma online nie może go zastąpić – mimo że droga do placówki pochłania w jego przypadku wiele więcej zasobów niż w sytuacji respondentki K2.

Troje z respondentów (K2, M1, M2) dostrzegło, że akt wyjścia z domu i dojazdu na spotkanie terapeutyczne nie jest bez znaczenia – generuje zaangażowanie, podejmowanie aktywności i wysiłku ze strony odbiorcy wsparcia. Uczestniczka wywiadu K2 przyznała, że z powodu odbywania teleporad kilkakrotnie zdarzyło się jej zapomnieć o zaplanowanej terapii, przez co sesja musiała być skracana lub przekładana na inny termin.

Warto zauważyć, że respondenci pozytywnie nastawieni do indywidualnej terapii online (K2, M1) mieli z nią więcej doświadczeń w porównaniu do respondentów nastawionych sceptycznie. W okresie pandemii korzystali z niej regularnie, podczas gdy pozostali (K1, M2) wzięli udział w tej postaci terapii jedynie kilkakrotnie.

Respondentka K2 uznała, że w czasie pierwszych sesji telefonicznych czuła się nie-swojo, co może wskazywać na potrzebę okresu adaptacji, wśród niektórych odbiorców wsparcia korzystających z narzędzi technologicznych do odbywania terapii. Natomiast respondent M1 od samego początku terapii online czuł się bardziej komfortowo niż podczas spotkań w bezpośrednim kontakcie.

Tabela 2. Ocena terapii indywidualnej w formie online

Respondent	Zalety	Wady
K1	– przydatna w niektórych sytuacjach	– nie zastąpi realnego kontaktu
K2	– poziom koncentracji na warstwie merytorycznej rozmowy – swoboda i komfort psychiczny – oszczędność zasobów – wzrost zaangażowania terapeuty	– brak wysiłku ze strony odbiorcy wsparcia – przyczyna zapomnienia o sesji
M1	– poziom koncentracji na warstwie merytorycznej rozmowy – swoboda i komfort psychiczny – oszczędność zasobów	– brak wysiłku ze strony odbiorcy wsparcia
M2	– brak zalet	– nie zastąpi realnego kontaktu – brak wysiłku ze strony odbiorcy wsparcia

Źródło: Opracowanie własne.

Doświadczenia z zajęciami grupowymi online posiadała trójka uczestników badania (K2, M1, M2). Wszyscy brali udział w spotkaniach realizowanych za pomocą aplikacji Microsoft Teams, z wykorzystaniem kamer. Respondent M2 uważał, że jest to istotnym ograniczeniem, ponieważ realna interakcja z grupą ma niezastąpioną wartość terapeutyczną. Pozostali uczestnicy badania (K2, M1) odnosili się do pozytywnych i negatywnych aspektów obydwu postaci zajęć grupowych. Jednak respondent M1 przejawiał jednoznaczne stanowisko, że podczas zajęć grupowych online czuł się zdecydowanie bardziej komfortowo – zarówno psychicznie, jak i pod względem praktycznym.

Zauważone przez respondentów K2 i M1 zależności są ze sobą tożsame. Podczas zajęć grupowych w postaci online spostrzegli większą otwartość oraz aktywność współuczestników, doszukując się przyczyn w poczuciu bezpieczeństwa, jakie wytwarza fakt przebywania we własnym środowisku domowym. W tym miejscu warto zauważyć także, że opuszczenie spotkania jest możliwe za pomocą jednego przycisku, w każdym momencie spotkania – ta świadomość może dodatkowo sprzyjać

poczuciu bezpieczeństwa wśród uczestników. Respondent M1 zwrócił uwagę również na poczucie anonimowości w czasie grupowych zajęć online, pomimo obowiązku odbywania ich przy użyciu kamer. Z kolei dostrzeżoną przez obydwójce z nich wadą spotkań online w grupie jest brak możliwości wspólnego spędzenia przerw i w związku z tym nawiązania towarzyskiej interakcji, która ma wartość terapeutyczną.

Tabela 3. Ocena zajęć grupowych w formie online

Respondent	Zalety	Wady
K2	<ul style="list-style-type: none"> - otwartość i aktywność uczestników - komfort psychiczny 	<ul style="list-style-type: none"> - brak wspólnych przerw
M1	<ul style="list-style-type: none"> - otwartość i aktywność uczestników - komfort psychiczny - korzyści praktyczne - poczucie anonimowości 	<ul style="list-style-type: none"> - brak wspólnych przerw
M2	<ul style="list-style-type: none"> - brak zalet 	<ul style="list-style-type: none"> - brak bezpośredniej interakcji z innymi uczestnikami podczas zajęć

Źródło: Opracowanie własne.

Zakończenie

Na podstawie danych uzyskanych w powyższym badaniu jakościowym można wywnioskować, że sprawność działania systemu leczenia i wsparcia osób uzależnionych od narkotyków podczas pandemii może być oceniana przez odbiorców wsparcia w dwojaki sposób. Wśród respondentów pojawiły się skrajne opinie także na temat dostępności do wsparcia w tym okresie. Część z nich oceniała obostrzenia jako znaczne utrudnienie w związku z procesem terapeutycznym. Za przykład może posłużyć sytuacja jednego z respondentów, w której dojechawszy z miejscowości znajdującej się na obrzeżach Gdańska, nie dostał się do placówki ambulatoryjnej na konsultację, co skłania do refleksji, że wiele osób mogło spontanicznie pojawić się pod jej drzwiami i finalnie całkowicie zrezygnować z podjęcia terapii. Wydarzenie miało miejsce podczas lockdownu i tutaj warto zaznaczyć, że był to okres szczególnie stresogenny, co wiąże się z utrudnieniem utrzymania abstynencji. Skutecznym zapobieżeniem tego typu sytuacjom mogłoby być ustanowienie jednoosobowych dyżurów w placówce, nawet podczas szczytowego wzmożenia obostrzeń i chociażby krótka rozmowa z osobą w kryzysie, z zachowaniem zaleceń sanitarnych.

Wśród respondentów zdarzały się także rezygnacje z określonych form wsparcia. Uczestnicy badania jako przyczynę tych sytuacji identyfikowali wprowadzenie zbyt restrykcyjnych i nieracjonalnych zasad. Doszło do epizodu wykluczenia jednej z uczestniczek badania z powodu nagłej zmiany reguł, co było niezgodne z ustawowym prawem niepodlegania rejonizacji usług z zakresu leczenia i wsparcia osób uzależnionych. Decyzja wewnętrzna oddziału detoksykacyjnego o odwołaniu

przyjęcia pacjentki z powodu jej miejsca zamieszkania poza terenem Warszawy wydaje się nieetyczna, szczególnie ze względu na wyjątkowo dotkliwy rodzaj uzależnienia kobiety (opioidy). Ponadto wycofanie zapisu jej hospitalizacji odbyło się w sposób nagły, na trzy dni przed umówionym terminem. Tutaj nasuwa się refleksja, że nawet jeśli przepisy oraz zalecenia ze strony rządu są niejasne lub niejednoznaczne i pozostawiające pole do interpretacji, a placówka nie wie co zrobić, wówczas jej obowiązkiem jest kierować się etyką oraz dobrem pacjenta. Za wszelkie niedogodności związane z systemem wsparcia podczas pandemii COVID-19 trudno jednak jest winić dyrekcję placówek. W wypowiedziach terapeutów na temat problemów w tym okresie z łatwością można dostrzec rozczarowanie względem braku zainteresowania ze strony rządu, jego nieprecyzyjnych, a czasami kłócących się z logiką zaleceń, a także poczucie niepewności dotyczące rozliczania usług z NFZ, przez co w pewnym momencie pod znakiem zapytania stanęły nawet wypłaty dla pracowników podmiotów udzielających świadczeń. Rozgoryczenie terapeutów z różnych regionów Polski, wyrażane w mniej lub bardziej śmiały sposób, można zaobserwować w wywiadach przeprowadzonych w kwietniu 2020 roku, na temat funkcjonowania placówek systemu leczenia i wsparcia osób uzależnionych na początku pandemii (Kaczmarczyk 2020). Działania placówek w obliczu tak olbrzymiego kryzysu, jakim jest wybuch globalnej pandemii, powinny być wspierane przez adekwatną interwencję rządu, czego zdaniem wielu zabrakło.

Warto rozważyć wprowadzenie stałej oferty zajęć i terapii w formie online. Mogłoby to zapobiec wykluczeniu niektórych odbiorców wsparcia. W tym miejscu należy zadać sobie pytanie, ile osób nie zgłasza się po pomoc, ze względu na ograniczone możliwości dojazdu lub z powodu kłopotliwych uczuć, takich jak wstyd, lęk czy niepewność. Pełne wdrożenie oferty terapii online, przy niewielkim nakładzie finansowym, mogłoby przyczynić się do minimalizacji oporu osób o niskich kompetencjach społecznych, służąc jako narzędzie adaptacyjne na początkowych etapach terapii oraz wspomóc osoby o niskim statusie materialnym, zamieszkałe na terenach wiejskich, oddalonych znacznie od placówek systemu leczenia i wsparcia osób uzależnionych.

Bibliografia

Bauman T., 1998, *O możliwości zastosowania metod jakościowych w badaniach pedagogicznych*, w: Pilch T. (red.), *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa.

Brosz M. (red.), 2018, *Narkotyki, alkohol, dopalacze. Diagnoza problemu. Studium socjologiczne na podstawie badań wśród mieszkańców Gdańska*, Kawle Dolne.

Bukowska B., 2016, *Leczenie osób uzależnionych od narkotyków w Polsce*, w: P.M. Miller (red.), *Terapia Uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*, Warszawa.

Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S., 2003, *Psychologia zaburzeń*, Gdańsk.

Habrat B., 2008, *Leczenie substytucyjne – korzyści dla pacjenta i społeczeństwa*, „Służba Zdrowia. Substytucyjne leczenie uzależnień – szansa wciąż niewykorzystana”, nr 71–75

Jędrzejko M., Kowalewska A., 2009, *Uzależnienia – wybrane pojęcia i definicje*, w: M. Jędrzejko (red.), *Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i niechemicznych*, Warszawa.

Kaczmarczyk I. (red.), 2020, *Terapia w obliczu epidemii koronawirusa – sonda redakcyjna*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, nr 2.

Karpowicz P., 2002, *Narkotyki. Jak pomóc człowiekowi i jego rodzinie?*, Białystok.

Kowalewicz T. (red.), 2018, *Budowanie lokalnej strategii przeciwdziałania narkomanii. Podręcznik dla samorządów*, Warszawa.

Krajowe Biuro Przeciwdziałania Narkomanii, 2017, Leczenie substytucyjne, 16.11.2017, <https://kbpn.gov.pl/portal?id=106992> <https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=106992> [dostęp: 6.11.2023].

Krajowe Biuro Przeciwdziałania Narkomanii, 2022, Lista programów leczenia substytucyjnego, 19.08.2022, <https://kbpn.gov.pl/portal?id=107094> [dostęp: 6.11.2023].

Koczurowska J., 2012, *Model stacjonarnej pomocy psychologicznej osobom uzależnionym*, Polska Federacja Społeczności Terapeutycznych, 17.05.2012, <http://pfst.pl/model-stacjonarnej-pomocy-psychologicznej-osobom-uzalezniom> [dostęp: 6.11.2023].

Malczewski A., Jabłoński P. (red.), 2020, *Raport o stanie narkomanii w Polsce 2020*, Warszawa.

Palka S., 2006, *Metodologia. Badania. Praktyka pedagogiczna*, Gdańsk.

Pilch T., 1998, *Terminy i pojęcia badań pedagogicznych*, w: J.M. Snieciński (red.), *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa.

Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200000374> [dostęp: 10.04.2024].

Zajączkowski K., 2003, *Uzależnienia od substancji psychoaktywnych*, Warszawa.

Biogram

Jagoda Mielczarek – jej zainteresowania badawcze skupiają się wokół niedostosowania społecznego, uzależnień od substancji psychoaktywnych, zaburzeń zachowania, pojęcia normy i adaptacji. W ostatnim czasie interesuje ją także zagadnienie wewnętrznej narracji, różnice międzysobowe w jej doświadczaniu i możliwości wpływu na jej kształt przez intencjonalne działania autopedagogiczne, a także teoria systemów w naukach społecznych oraz teoria dezintegracji pozytywnej K. Dąbrowskiego. W pracy zawodowej wspiera osoby wykluczone społecznie i zagrożone instytucjami całodobowymi oraz zajmuje się profilaktyką zachowań ryzykownych młodzieży.

Jagoda Mielczarek – her research interests focus on social maladjustment, addictions to psychoactive substances, behavioral disorders, the concept of norm and adaptation. Recently, she has also been interested in the issue of internal narrative, interpersonal differences in its experience and the possibility of influencing its shape through intentional self-pedagogical activities, as well as the theory of systems in social sciences and the theory of positive disintegration by K. Dąbrowski. In her professional work, she supports socially excluded people and those at risk of institutions and deals with the prevention of risky behavior among adolescents.