

PRACA TERAPEUTYCZNA Z MŁODYM PACJENTEM

Anna Bakula
Piotr Bakula

Pracę z młodzieżą uzależnioną od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych zaczęliśmy w 1998 roku. W tym czasie do poradni zgłaszali się młodzi ludzie wachający klej, przyjmujący tramal i nadużywający alkohol. To, że musimy znaleźć dla nich ofertę terapeutyczną było dla nas oczywiste. Uważaliśmy, że Poradnia Leczenia Uzależnień nie może odsyłać ich do odległej o 100 km. Warszawy. Od początku prowadziliśmy terapię grupową, poszukując różnic i podobieństw pomiędzy leczeniem dorosłego i młodego pacjenta. Szybko doszliśmy do wniosku, potrzebna jest nam nie tylko terapia odwykowa, ale pedagogizacja pacjentów i ich rodziców. Dodaliśmy zatem do terapii grupowej i indywidualnej społeczność terapeutyczną i grupę dla rodziców. Wynikiem naszej kilkuletniej pracy jest program terapeutyczny. Program ten stale ewaluje, zmieniamy go i udoskonalamy.

W 2005 roku nasz program uzyskał akceptację PARPA. To na zlecenie PARPA przeprowadziliśmy szkolenia dla pracowników lecznictwa odwykowego, chcących pracować z młodzieżą. Staraliśmy się podzielić z innymi specjalistami naszą filozofią pomagania.

Program terapeutyczny dla młodzieży adresowany jest zarówno do osób uzależnionych jak i do osób używających problemowo substancje psychoaktywne (alkohol i narkotyki), przy czym tam, gdzie nie ma uzależnienia stosujemy inne formy oddziaływania. Mamy tu na myśli interwencję kryzysową połączoną z kontraktem rodzinnym.

W programie terapeutycznym staramy się być eklektyczni, co oznacza, że korzystamy z bogactwa wielu podejść psychoterapeutycznych, jednocześnie wzbogacając proces terapeutyczny o metodę społeczności terapeutycznej.

Czerpiemy wiedzę z podejścia behawioralno – poznawczego, uważając, że praca nad schematami poznawczymi i zmianą zachowań jest dla młodego pacjenta trafnym wyborem drogi terapeutycznej. Opieramy się na systemowym podejściu do rodziny, rozumiejąc jak ważną rolę odgrywa środowisko rodzinne w kształtowaniu się młodego człowieka. Z podejścia humanistycznego bliski nam jest model oparty o prawie pacjenta do poszukiwania własnych rozwiązań, własnej drogi i samostanowienia. Uważamy, że tym co na czym można budować proces zdrowienia jest relacja pacjent – terapeuta.

W procesie zdrowienia ważne jest indywidualne podejście do każdego pacjenta. Szczególną uwagę zwracamy na kwestie związane z kształtowaniem się osobowości, temperamentem i reaktywnością.

Uwzględniamy zatem zaburzenia wspólne dla wszystkich osób uzależnionych jak i czynniki indywidualne.

PIERWSZY KONTAKT

Zdajemy sobie sprawę, że od jakości i profesjonalizmu terapeuty oraz jego wiedzy na temat specyfiki pracy z młodym pacjentem zależy to, czy pacjent pojawi się w naszym gabinecie po raz drugi. Z praktyki wynika, że specjalista terapii uzależnień jest kolejnym dorosłym do którego rodzice przyprowadzają swoje dziecko. Był on już wielokrotnie „odpytywany, przesłuchiwany, obwiniany i pouczany”. Jest to pacjent w sinym oporze przeciwko wszelkim oddziaływaniom dorosłych. Dodatkowo opór wzbudza potrzeba obrony substancji psychoaktywnej, która pełni dość istotną i niejednokrotnie pozytywną rolę w jego życiu. Szczególnie, gdy okres jej używania jest stosunkowo krótki i pacjent nie doświadczył jeszcze poważniejszych strat zdrowotnych i społecznych.

Pierwszy kontakt powinien być rozmową, pozbawioną elementów pouczania, zawstydzania i apelowania do rozsądku. Skupiamy się na tym, co jest dla niego ważne, trudne, przeciwko czemu się buntuje. Próbuje się razem z pacjentem ustalić przyczyny, dla których znalazł się w poradni. Spoglądamy na świat pacjenta nie przez pryzmat jego uzależnienia, ale przez pryzmat tego, czego doświadcza w aktualnym życiu. Ciepła, empatyczna, „zwykła” rozmowa z jednej strony pomaga zmniejszyć opór pacjenta, z drugiej zaś strony daje terapeutę wiele cennych informacji na jego temat. Należy pamiętać, że empatia nie oznacza ani podporządkowania się pacjentowi, ani też akceptacji dla jego zachowań związanych z przyjmowaniem substancji.

Motywowanie do terapii polega na koncentrowaniu się na rozwiązaniu jego aktualnych problemów. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych jest tu dla niego ewidentną przeszkodą.

DIAGNOZA

Stawianie diagnozy uzależnienia jest traktowane z dużą uważnością i ostrożnością. Istotny jest tu (o ile jest to możliwe) dokładny wywiad kliniczny pogłębiony o rozmowę z rodzicami.

Należy odróżnić bowiem zaburzenia zachowania, których jednym z objawów może być nadużywanie alkoholu i branie narkotyków od uzależnienia. Bywa tak, że na skutek różnych, niekorzystnych dla młodego człowieka okoliczności środowiskowych, doświadczając cierpienia sięga on po alkohol i uzyskuje z tego powodu gratyfikacje. Oznacza to, że istnieje możliwość nieprawidłowej adaptacji do sytuacji za pomocą substancji zmieniającej świadomość. Są ludzie, którzy w obliczu trudności potrafią odnaleźć pozytywne dla siebie rozwiązanie. Niektórzy jednak adaptują się nieprawidłowo i używając substancji psychoaktywnych stopniowo wchodzą w uzależnienie.

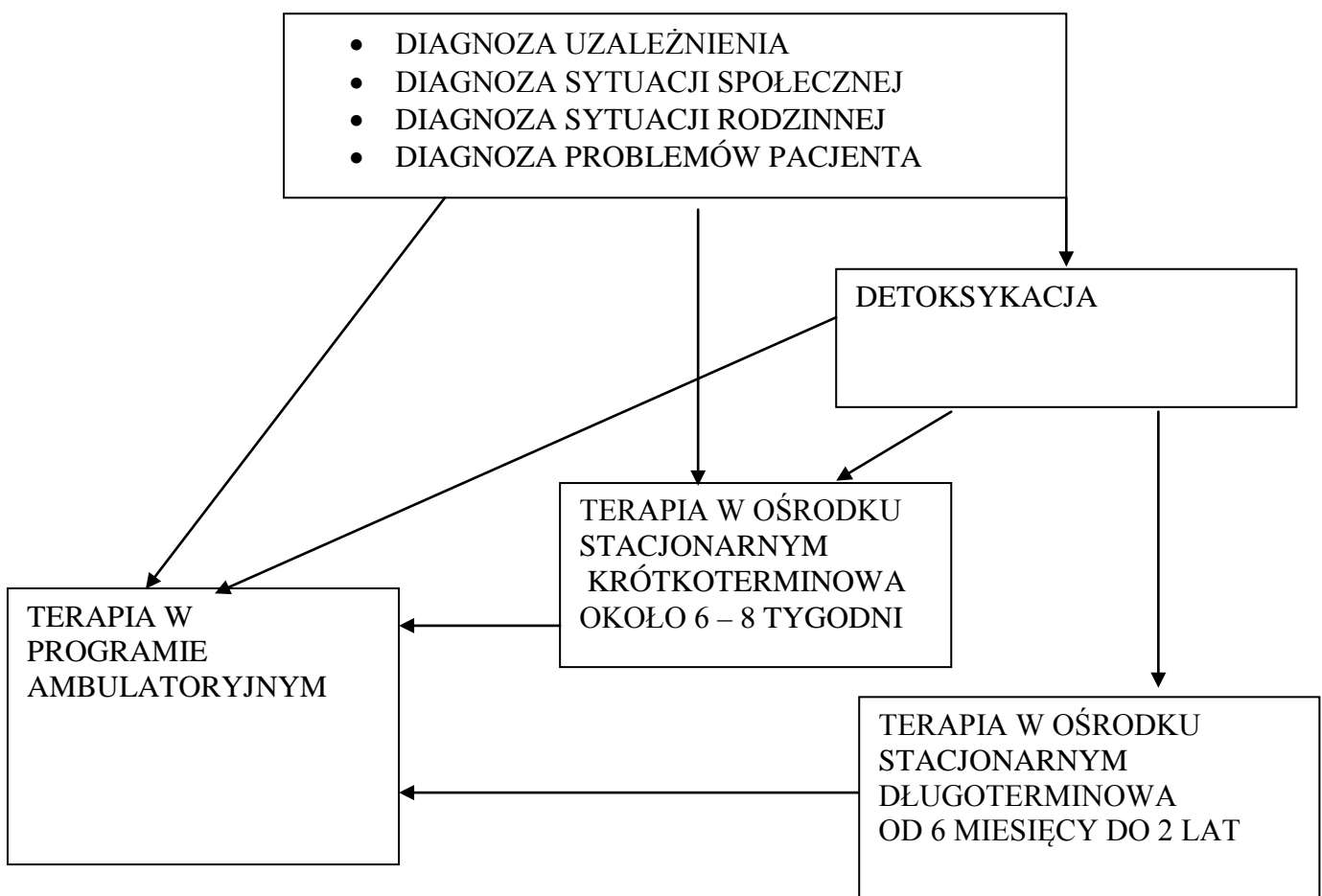
W przypadku młodego pacjenta od diagnozy nozologicznej (wymaganej przez NFZ) zdecydowanie ważniejsza jest diagnoza całości funkcjonowania pacjenta oraz jego systemu rodzinnego. Szczególnie u pacjentów z krótką historią używania, obszary związane z uzależnieniem są tylko małym wycinkiem rzeczywistości jakiej doświadcza pacjent.

Musimy, mieć również świadomość, że diagnoza nozologiczna jest w zasadzie dla terapeuty, pacjent przychodzi do nas, nie po informację, że ma „coś”, co jest opisane w ICD 10, on przychodzi, aby rozwiązać swoje problemy, jakich doświadcza. Stygmatyzacja uzależnieniem czasem już podczas pierwszych spotkań tylko wzmacnia opór, zmniejsza zaufanie do terapeuty, zwiększa również rozbieżność celów możliwych do zrealizowania w procesie terapii.

Ważnym problemem jest również kwestia leczenia wszystkich pacjentów jednym programem.

Rodzaj terapii, jej długość, typ ośrodka należy indywidualnie dobierać dla każdego pacjenta. Baczna uwagę należy zwracać na rodzaj środka zażywanego przez pacjenta, długość trwania uzależnienia, stopień degradacji psychicznej, fizycznej, społecznej, typ osobowości. Inne formy leczenia należy stosować wobec pacjenta, który od pięciu lat przyjmuje opiaty i wypadł ze wszystkich ról społecznych, a zupełnie inne wobec pacjenta, który się jeszcze uczy, bądź pracuje, ma rodzinę lub przyjaciół, którzy mogą stanowić dla niego oparcie. W przypadku tego drugiego pacjenta leczenie długoterminowe w ośrodku stacjonarnym może przynieść więcej szkód niż korzyści. Długotrwały kontakt z ludźmi, którzy mają większą niż nasz pacjent wiedzę na temat narkotyków, alkoholu, przerwaniu szkoły, rezygnacja z pracy zawodowej, izolacja od nie biorących znajomych, może być przyczyną decyzji o przerwaniu leczenia i powrocie do używania substancji psychoaktywnych. Taki pacjent ma bardzo duże szanse „wyrzeźwieć”, przy Poradni. U młodego pacjenta uzależnionego od alkoholu w większości przypadków wystarczające jest intensywne leczenie ambulatoryjne. Zmianę rodzaju terapii należy również każdorazowo rozważać w przypadku złamania przez pacjenta abstynencji. Pacjent musi otrzymać od terapeuty jasny komunikat, o tym, że nie radzi sobie w programie ambulatoryjnym i konieczna jest zmiana rodzaju programu z ambulatoryjnego na stacjonarny. Unikamy wtedy dość trudnej sytuacji „ty udajesz, że się leczysz, a ja udaję, że cię leczę”. Nasi pacjenci o takim postępowaniu informowani są na samym początku terapii przy kontakcie wstępnym w formie ustnego kontraktu.

DIAGNOZA I FORMY TERAPII



CELE TERAPII A MOTYWACJA

Z punktu widzenia terapeuty uzależnień czasem celem terapii jest pełna abstynencja, a dopiero później poprawa funkcjonowania psychospołecznego jako wynik rezygnacji z kontaktu z substancją psychoaktywną. Jest to myślenie bardzo rozbieżne z celami pacjenta, który oczekuje, pomocy w poukładaniu sobie życia na „tu i teraz”. Według nas abstynencja jest jednym ze środków, w osiąganiu zmiany, a nie jest wartością samą w sobie. Od adolescenta nie można oczekiwać, że zaakceptuje i przyjmie jako własne cele, które mówią:

- jak powstrzymam się od brania (picia) to wszystko się poukłada
- jeżeli wystarczająco długo będę trzeźwy to zdecydowanie poprawi się w przyszłości (kiedy) jakość mojego życia.
- wystarczy, że będę uczestniczył w programie terapeutycznym, a rozwiążą się moje problemy.

Młody pacjent ma zdecydowanie inne postrzeganie czasu niż człowiek dorosły. Przyszłość to dla niego najbliższe godziny, miesiąc to niewyobrażalnie długi przedział czasowy. Jeżeli cele terapii będziemy formułować na odległą przyszłość to poziom motywacji do zmiany zdecydowanie zmaleje.

Tak więc celem terapii dla pacjenta winno być rozwiązanie aktualnych problemów, do tego zaś, żeby je rozwiązać potrzebna mu jest abstynencja.

Naszym celem jest takie oddziaływanie terapeutyczne, psychologiczne i wychowawcze, aby pacjent sam dokonał wyboru zmiany swojego życia, aby wybrał życie w trzeźwości. Do tego potrzebna jest zmiana myślenia, odczuwania i zachowań.

FORMY PRACY

Grupy psychoterapeutyczne:

Grupa wstępna - motywacyjna (w załączeniu scenariusze)

Jest to grupa otwarta. Odbywa się dwa razy w tygodniu. Jest to cykl około 8 zajęć. W grupie tej zajęcia mają charakter psychoedukacyjny. Praca polega na urealnieniu młodym ludziom wszystkich aspektów brania substancji psychoaktywnych. Łączymy w jedną całość zarówno reakcję po środku psychoaktywnym, która jest oczekiwanym pozytywnym wzmocnieniem oraz reakcję następczą działania środka psychoaktywnego, która jest niepożądana. Powinni sobie uzmysłowić, że nieodłączną składową częścią brania substancji, psychoaktywnych oprócz dobrego samopoczucia jest złe samopoczucie, głód, psychozy, problemy życiowe. W grupie tej pokazujemy im, że przyszli do Poradni, ponieważ nie radzą sobie w życiu we wszystkich płaszczyznach, oraz, że narkotyk jest jedną z możliwych dróg radzenia sobie w życiu, natomiast istnieje wiele innych możliwości wyboru, które są mniej destrukcyjne.

Z tej grupy pacjent wychodzi z podstawową wiedzą na temat uzależnienia, rozpoznaje u siebie objawy, łączy życiowe problemy z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych.

Tematy zajęć:

1. Zasady pracy w grupie. Mity i fakty na temat uzależnienia.
2. Dlaczego się tu znalazłem
3. Objawy uzależnienia od alkoholu
4. Objawy uzależnienia od narkotyków
5. Uzależnienia jest chorobą
6. W jaki sposób alkohol i narkotyki wpływają na zdrowie i życie młodego człowieka
7. Jak się leczyć, czyli co to jest psychoterapia uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych
8. Jak utrzymywać abstynencję

Grupa intensywnej psychoterapii

Grupa otwarta. Odbywa się 2x w tygodniu. Składa się z 19 zajęć i maratonu „Nawroty” W grupie intensywnej psychoterapii pacjenci pracują w trzech kierunkach –

- Praca nad głodem związanym z zaprzestaniem przyjmowania substancji psychoaktywnych. Praca ta jest identyczna jak w przypadku pacjenta dorosłego
- Praca nad bezsilnością. Skupiamy się głównie na utracie kontroli nad braniem oraz nad życiem, nad aspektem utraty wolności tak ważnej dla młodego człowieka, urealniamy powstałe na skutek brania straty. Młodzi pacjenci nie dostrzegają destrukcji związanej z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, ponieważ nie mają zwartego systemu wartości. Tylko coś, co jest ważne dla człowieka może w przypadku straty odczuwane być jako przykrość. Nie pokazujemy im, że tracą na skutek brania np. szkołę, ponieważ na dzień dzisiejszy nie ma ona dla nich żadnej wartości. Dla nich destrukcja to złe samopoczucie fizyczne i psychiczne, to przymus zdobywania środka, to odczuwanie alienacji i osamotnienia. Destrukcją dla młodego pacjenta jest brak komfortu brania, tzn. usunięcie z domu, brak jedzenia, możliwości wykapania się itp. Destrukcja młodzieży to destrukcja na tu i teraz. To, co terapeuci często widzą jako destrukcję dla młodego człowieka wcale destrukcji nie oznacza.
- Praca na tożsamością osoby uzależnionej. Cechą charakterystyczną młodych ludzi jest poszukiwanie własnej tożsamości. Na skutek brania substancji psychoaktywnych i kontaktów z innymi narkomanami nasz pacjent przyjął tożsamość narkomana. Czasem nawet jest z tego dumny. Przynależy do grupy osób na swój sposób wyjątkowych, wtajemniczonych. W związku z powyższym nie musimy udowadniać młodemu pacjentowi, że jest uzależniony, on o tym wie. Naszym zadaniem jest więc umożliwienie pacjentowi porzucenia tożsamości narkomana, a przyjęcie tożsamości człowieka, który się leczy, pragnie się zmieniać, chce przezwyciężyć kryzys, w którym się znalazł. Musimy mu pokazać, że przynależność do grupy osób zmieniających się może być atrakcyjna, związana z wieloma gratyfikacjami społecznymi. W tej grupie zaczynamy również pracować nad tożsamością syna, córki, członka rodziny. Młody pacjent bardzo długo nie jest w stanie utożsamić się z własną rodziną, jest w nim wiele buntu, żalu, złości do rodziców. W tej grupie pacjenci zapoznają się z psychologicznymi mechanizmami uzależnienia..

Tematy zajęć:

1. Omówienie i podpisanie kontraktu na leczenie
2. Głód alkoholu i narkotyku, objawy głodu
3. Głód alkoholu i narkotyku i jak sobie z nim radzić
4. Odmawianie picia, przyjmowania narkotyku
5. Zyski straty, praca nad motywacją do leczenia
6. Ciąg dalszy pracy nad motywacją do leczenia
7. Czy potrafię pić, ćpać w sposób kontrolowany?
8. O trudnościach w utrzymywaniu abstynencji
9. Czego szukam w substancjach psychoaktywnych, czyli o Mechanizmie Nałogowego Regulowania Uczuć
10. Uczucia

11. Co w moim życiu zależy ode mnie a na co nie mam wpływu
12. Mapa Świata osoby uzależnionej
13. Ciąg dalszy zajęć 12
14. Mechanizm Dumy i Kontroli, czyli bajka o Zosi Samowi
15. Bezsilność wobec substancji psychoaktywnych
16. Jak przyjmowanie substancji psychoaktywnych wpływało na moją naukę
17. Co się stało z moją rodziną, od kiedy piję, biorę narkotyki?
18. Moi przyjaciele i znajomi z okresu, kiedy przyjmowałem substancje psychoaktywne
19. Co się zmieniło w moim życiu, od kiedy trzeźwieję?
20. Nawroty. Maraton 20 godz.

GRUPA TERAPII POGŁĘBIONEJ - 12 tygodni trening konstruktywnych zachowań oraz 12 tygodni zajęcia terapeutyczne poświęcone problemom związanym z trzeźwym życiem.

Grypa ta przeznaczona jest dla młodzieży, która ukończyła terapię w grupie wstępnej i intensywnej oraz dla tych, którzy wracają z ośrodków stacjonarnych dla uzależnionych od alkoholu. Młodzież, uzależniona od narkotyków po Monarze rozpoczyna terapię od grupy wstępnej. Jest to uzasadnione tym, że ci, którzy wracają z Monarów, często nie mają wiadomości o uzależnieniu od alkoholu. Uważają, że nie ma konieczności utrzymywania pełnej abstynencji. Zajęcia odbywają się jeden raz w tygodniu i trwają ok. 3 godz.

W grupie pogłębionej pracujemy w trzech kierunkach:

1. Nabywanie umiejętności interpersonalnych i intra- psychicznych poprzez konkretne zajęcia treningowe. Kładziemy również duży nacisk na zmianę sposobu myślenia, pracujemy nad schematami poznawczymi, które często poprzez swoją sztywność znacznie utrudniają trzeźwienie. Nabywanie tych umiejętności pozwala na lepsze radzenie sobie w sytuacjach życiowych i dostarcza „narzędzia” pozwalające korzystać ze wsparcia innych ludzi.

2. Praca nad rozbrajaniem psychologicznych mechanizmów uzależnienia. Jest to praca w trybie ciągłym. Na tym etapie terapii pacjenci znają już psychologiczne mechanizmy uzależnienia. Ich działanie jest spowolnione, ale nie zatrzymane. Często są one bardzo wyraźne w czasie zajęć, dlatego prowadzący terapię bezpośrednio konfrontuje pacjenta z przejawami działania tych mechanizmów. Pokazujemy im przejawy działania tych mechanizmów w ich wypowiedziach i działaniu w czasie zajęć stale dojaśniając, powodując tym samym większe samopoznanie i lepsze rozumienie własnego funkcjonowania w otoczeniu.

3. Praca na zwiększaniem poczucia zrozumiałości tego co wokół się dzieje, poczucia sensowności i celowości w działaniach zmierzających do zmiany. Każda trudna sytuacja pokazywana jest przez terapeutę w następujący sposób:

- jak rozumiesz to co się dzieje / jeśli jest potrzeba posługujemy się mikrowykładem na dany temat: „Jaki masz cel”
- co w tej sytuacji zależy od ciebie, a na co nie masz wpływu, kogo możesz prosić o pomoc

- jaki sens ma dla ciebie to co robisz

W pracy nad problemami związanymi z trzeźwym życiem wykorzystujemy całą swoją wiedzę na temat uzależnienia. Pracujemy tu np. ze wstydem, lękiem, poczuciem winy, żalem po stracie w oparciu o umiejętności uzyskane przez nas w czasie warsztatów na STU, w zależności od potrzeb pacjentów w danym momencie. Pracujemy również nad dalszą poprawą funkcjonowania pacjenta w domu i środowisku. Jest tu miejsce na zajmowanie się bliskimi związkami. Stale dbamy o to, aby nasi pacjenci coraz lepiej rozumieli to, co wokół nich się dzieje.

Grupę terapii pogłębionej mogą prowadzić jedynie osoby, które bardzo dobrze poruszają się w wiedzy o uzależnieniach. Konieczna jest tu możliwość wykonania w każdej chwili potrzebnego mikrowykładu wyjaśniającego. Bywa tak, że wchodzimy na zajęcia przygotowani na pracę np. nad emocjami, a okazuje się, że pacjent prezentuje sobą coś, czym musimy się zająć od zaraz. Pamiętamy zawsze, że u młodzieży wszystkie procesy psychologiczne odbywają się bardzo szybko i zlekceważenie objawu np. głodu u pacjenta może skończyć się u niego jeszcze tego dnia picciem.

Tematy zajęć terapii pogłębionej:

Trening zachowań konstruktywnych. Umiejętności interpersonalne i intrapersonalne.

1. Mówienie o sprawach osobistych, wyrażanie uczuć, umiejętność uważnego słuchania
2. Wprowadzenie do asertywności
3. Przyjmowanie krytyki
4. Wyrażanie krytyki
5. Asertywne odmawianie
6. Rozwiązywanie problemów
7. Radzenie sobie ze złością
8. Radzenie sobie z negatywnym myśleniem
9. Stawianie celów, planowanie
10. Bliskie i intymne relacje, jak rozumieć innych
11. Budowanie i rozszerzanie systemów wsparcia
12. Relaksacja, elementy medytacji

Zajęcia od 1 – 12 prowadzone są według podręcznika „Psychologiczna terapia uzależnienia od alkoholu” Petera M. Monti i inni

GRUPA DLA RODZICÓW

Problem uzależnienia od substancji psychoaktywnych młodych ludzi jest przeżyciem niezwykle traumatyzującym, dotyczącym nie tylko samego uzależnionego ale i jego rodzinę. Analizując dotychczasowe doświadczenia w pracy z ludźmi uzależnionymi dochodzimy do wniosku, że rola rodziny jest niezwykle ważna w trzech bardzo trudnych etapach powrotu do zdrowia osoby uzależnionej

- Etap motywacji do leczenia – w tym etapie rodzina stosując różne techniki umożliwia przybliżenie osobie uzależnionej, kryzysu w jakim się znajduje, czym przyspiesza i umacnia decyzję o leczeniu.
- Etap leczenia w którym rodzina stanowi konstruktywne oparcie dla osoby leczącej.

- Etap powrotu osoby uzależnionej do domu rodzinnego- jest to jeden z trudniejszych momentów w leczeniu osób uzależnionych. Ten etap wymaga czasem dość gruntownego przebudowania systemu rodzinnego, tak aby umożliwić osobie uzależnionej powrót do rodziny i normalne funkcjonowanie w jej systemie.

Pracę z rodziną podzieliliśmy na dwie części :

CZĘŚĆ PSYCHOEDUKACYJNA

Zajęcia prowadzone w formie edukacji i dotyczą następujących obszarów.

- Przyczyny sięgania przez młodych ludzi po narkotyki
- Uzależnienie jako choroba – objawy, cechy, fazy
- Psychologiczne mechanizmy uzależnienia
- Narkotyki – objawy intoksykacji i efekty działania
- Współuzależnienie jako forma przystosowania się do funkcjonowania osoby uzależnionej
- Interwencje wobec osoby uzależnionej
- Konstruktywne i destrukcyjne formy pomagania osobie uzależnionej
- Ocena skuteczności dotychczasowych działań.

Efektami uczestnictwa w tej grupie jest zwiększenie wiedzy na temat uzależnienia, zwiększenie poczucia sprawczości, odbarczenie z poczucia winy i zmniejszenie bezradności poczynań rodziców. Praca w grupie umożliwia również dostrzeżenie oczywistego faktu, że nie tylko ja mam taki problem, uczestnicy grupy stanowiąc dla siebie oparcie umożliwiają łagodniejsze przejście przez kryzys.

CZĘŚĆ TERAPEUTYCZNA

Celem tej grupy jest :

- Praca nad zmniejszeniem poczucia winy jakie mają osoby posiadające uzależnione dziecko
- uzyskanie wglądu we własne problemy, trudności, ograniczenia i możliwości
- przełożenie nabytych umiejętności i przemyśleń na działania w różnych obszarach życia

- wzmocnienie autonomii działań, praca nad budowaniem satysfakcjonujących relacji z bliskimi.

Oczekiwane efekty to:

- większa samoświadomość i umiejętność czerpania z własnych zasobów w pomaganiu dziecku w jego procesie zdrowienia oraz w kształtowaniu własnego życia
- podniesienie kompetencji w radzeniu sobie z problemami uzależnienia we własnej rodzinie
- większa skuteczność w rozwiązywaniu problemów związanych z uzależnieniem
- większy komfort psychiczny

Metodą pracy jest grupa o charakterze terapeutycznym z elementami edukacji.

Obszary do pracy w tej grupie to:

- poczucie winy
- wstyd
- poczucie krzywdy
- dawanie i branie wsparcia
- poczucie własnej wartości
- emocje
- komfort psychiczny
- satysfakcjonujące relacje z bliskimi
- satysfakcjonujące relacje ze zdrowiejącym dzieckiem
- złość
- poczucie koherencji i radzenie sobie ze stresem

Praca z rodzicami uzależnionego dziecka zdecydowanie różni się od pracy z rodziną dorosłego alkoholika. Inne są w tym przypadku pomysły na rozwiązanie problemu. Bardzo trafnie sformułowała to jedna z pacjentek – żona alkoholika i matka narkomana mówiąc: „męża w ostateczności, gdy nic nie da się już zmienić mogę zostawić, z dzieckiem natomiast nie mogę i nie chcę tego zrobić”. Inne jest tu uwikłanie i przystosowanie się do destrukcji wprowadzanej przez uzależnionego, inne są źródła przeżywanych emocji. Głównym źródłem emocji jest bardzo silne poczucie winy wynikające z myślenia: „jakim to ja jestem rodzicem, że tego nie zauważyłem, musiałem coś zrobić nie tak w wychowaniu swojego dziecka, że sięgnęło po narkotyki”. Dominującą emocją jest lęk. Lęk o życie dziecka, o to czy z tego wyjdzie, jak długo będzie chore, czy można mu pomóc i w jaki sposób to zrobić. Ten lęk natychmiast uruchamia mechanizmy obronne, zmniejszające przeżywaną traumę, takie jak minimalizowanie, zaprzeczanie, racjonalizację: „on bierze tylko trochę, wszyscy młodzi ludzie próbują narkotyków, to niemożliwe, że jest uzależniony”. Są to według mnie dużo silniejsze mechanizmy niż w przypadku uzależnionego partnera. Praca z tymi mechanizmami jest bardzo trudna i wymagająca od terapeuty wiele cierpliwości, empatii i rozumienia tego co dzieje się z rodzicem, który nagle dowiaduje się, że jego dziecko jest narkomanem. A dowiaduje się właśnie nagle, chociaż jak analizujemy sytuację to oznaki, że dziecko sięgnęło po narkotyki pojawiły się dużo wcześniej i były przez rodzica niezauważone, zlekceważone

bądź przypisane problemom związanym z dojrzwaniem. Ten fakt w oczywisty sposób potęguje poczucie winy i myślenie o sobie jako o złym rodzicu, co przez próby kompensacji uniemożliwia konstruktywne poradzenie sobie z tą sytuacją. Na przykład: „zbyt mało z nim rozmawiałem, teraz to poprawię” lub: „jak ja się zmienię, to on na pewno przestanie brać, „byłem zbyt rygorystyczny, muszę ograniczyć swoje wymagania, to z pewnością mi pomoże”. Praca z rodzicami jest długofalowa, uczestniczymy w ich problemie od momentu zgłoszenia się do poradni do chwili wypisu z niej młodego pacjenta. Bywa też tak, że dziecko nadal bierze narkotyki i nie uczestniczy w terapii, a rodzic systematycznie uczęszcza na grupę rodziców.

Pracę z rodzicami podzielić można na pewne fazy

Faza szoku i niedowierzania

- to niemożliwe

- na pewno to nie jest prawdą

W większości przypadków rodzice do poradni nie przychodzą po informację, że dziecko jest uzależnione, ale po potwierdzenie, że nic mu nie jest. Oczywiste fakty wskazujące na uzależnienie dziecka są minimalizowane, racjonalizowane. Terapeuta może spotkać się ze strony rodzica ze złością, agresją, podważaniem kompetencji, próbami poszukiwania innych specjalistów, którzy być może postawią inną, lepszą diagnozę. Jest to faza kompletnego chaosu i dezorganizacji. Faza poszukiwania przez niego różnych rozwiązań, niekoniecznie konstruktywnych zarówno dla rodzica jak i uzależnionego. Rolą terapeuty jest tutaj cierpliwe i łagodne konfrontowanie rodzica z faktami i praca z emocjami jakich doświadcza rodzic. Chodzi nam tu o to, aby zobaczył on, że jego dziecko ma objawy uzależnienia. Tak więc praca z rodzicami przebiega tutaj dwutorowo. Z jednej strony pracujemy poznawczo zmieniając ich schematy myślenia i nieustannie ich edukujemy w zakresie uzależnienia. Równocześnie pracujemy nad ich emocjami umożliwiając im spotkanie się z cierpieniem i bólem związanym z byciem rodzicem uzależnionego dziecka

Faza kryzysu i depresji

-jak to się mogło stać

- może to moja wina

Jest to faza związana z etapem motywowania do leczenia ich dziecka – na tym etapie rodzina stosując różne techniki umożliwia przybliżenie osobie uzależnionej kryzysu, czym przyspiesza i umacnia decyzję o leczeniu.

W tej fazie rodzic zaczyna uświadamiać sobie, że cały jego świat związany z dzieckiem zawalił się. Nic już nie będzie takie, jak było dotychczas. Często rodzice mówią, że budzą się rano i przez chwilę mają cudowne wrażenie, że to był tylko koszmarny sen i wszystko już będzie dobrze. Zadają pytania: dlaczego to moje dziecko?, co zrobiłem nie tak?, kiedy popełniłem błąd.? Szukają winy w sobie lub w małżonku próbując jakoś zrozumieć tą sytuację. Czasem złością się mówiąc „ jak on to mi mógł zrobić, przecież poświęciłem mu całe życie, starałem się zaspokoić wszystkie jego potrzeby”. Praca w grupie idzie tu dwukierunkowo. Z jednej strony, na poziomie intelektualnym jest to praca psychoedukacyjna, z drugiej strony, na poziomie emocji jest to odbarczanie z poczucia winy i krzywdy, praca ze wstydem, lękiem

Poczucie winy, które ma rodzic powoduje, że chce on wynagrodzić dziecku wszystko to co zrobił źle. Poczucie krzywdy może spowodować wycofanie się rodzica z relacji z dzieckiem i postawę „skoro on mi to zrobił to niech teraz sam sobie radzi”.

Dużym oparciem na tym etapie dla rodzica jest grupa innych rodziców. Może on tam zobaczyć, że inni rodzice mają ten sam problem, że nie ma jednej przyczyny sięgnięcia przez dziecko po narkotyki, że narkomanami są zarówno dzieci z pełnych jak i niepełnych rodzin. Mogą zobaczyć, że praktycznie żaden styl wychowawczy nie chroni dziecka przed narkomanią. Na pytanie dlaczego moje dziecko jest narkomanem dostają mniej więcej taką odpowiedź – to nie twoja wina, twój syn znalazł się w nieodpowiednim czasie, w nieodpowiednim miejscu, spróbował nieodpowiedniej substancji, po której poczuł się dobrze i miał ochotę brać dalej, ty starałeś się być rodzicem najlepiej jak potrafisz. Spotkanie z innymi rodzicami zmniejsza również poczucie wstydu jakiego doświadczają rodzice przyznając się, że ich dziecko jest narkomanem

Na tym etapie edukujemy rodziców tak, że stają się prawie ekspertami w dziedzinie narkomanii. Wiedzą, jakie robić testy, na co zwrócić uwagę przy ich robieniu. Doskonale znają sposoby, jakimi ich dzieci mogą ich oszukiwać, wymieniają między sobą informacje. To porządkuje im chaos, powoduje, że stają się bardziej sprawczy w swoich działaniach, dzięki czemu zmniejsza się przeżywana depresja, złość jest bardziej konstruktywna, maleje poczucie winy i krzywdy. Widzą korzyści, jakie daje im przebywanie w grupie innych rodziców. Zaczynają się pozornie przystosowywać do choroby dziecka

Faza pozornego przystosowania

- muszę zrobić wszystko żeby go wyleczyć
- muszę być czujny

Faza ta jest związana z kolejnym etapem leczenia dziecka. W tej fazie z reguły dziecko albo przebywa w ośrodku stacjonarnym, albo korzysta z programu ambulatoryjnego. Na pozór wszystko jest normalne, dziecko się leczy, rodzice korzystają z terapii, organizują własne grupy wsparcia, pomagają sobie nawzajem w różnych trudnych sytuacjach. Bardzo powoli jednak uświadamiają sobie fakt, że ich dziecko skończy kiedyś terapię. Znowu pojawia się lęk.. Po względnej stabilizacji wkrada się niepokój, obawy, wzmagają się nadkontrola. Wiedza o uzależnieniu, którą posiadli w poprzednie fazy terapii zaczyna przeszkadzać w budowaniu satysfakcjonujących relacji ze zdrowiejącym dzieckiem. Wszędzie dopatrują się oznak używania narkotyków, obserwują dziecko pod kątem nawrotów, sprawdzają im oczy pięć razy dziennie, biorą na siebie odpowiedzialność za trzeźwienie dziecka, chronią go lub odwrotnie, każą mu teraz żyć jak każdy „normalny człowiek” i zapomnieć o tym przykrym epizodzie, którego doświadczyli. Jeżeli w terapii mamy oboje rodziców może być tak, że zaczynają nasilać się konflikty między nimi, które do tej pory były uśpione przez konieczność wspólnego poradzenia sobie z chorobą dziecka. Zaczynają siebie nawzajem obarczać odpowiedzialnością za narkomanię dziecka. Wytykają sobie niekonsekwencję lub nadmierny rygorizm. Może się tak zdarzyć, że nastąpi całkowite przerzucenie winy na partnera. Jest to jedna z trudniejszych faz w terapii. Pozorne przystosowanie jest bardzo wygodne dla rodzica, ponieważ daje mu złudne przekonanie, że panuje nad sytuacją: „ja tu robię wszystko co można zrobić, zmienić się muszą inni członkowie rodziny.” Nie wymaga ono od niego dalszej pracy nad sobą. Ważne jest, aby nie szukali winnych temu co się stało. Jest fakt uzależnienia ich dziecka i należy konstruktywnie do niego podejść. Pokazują im mechanizm przenoszenia poczucia winy, pracują tak, aby sami zobaczyli, że wzajemne obarczanie do niczego nie prowadzi. Muszą pracować na pozytywach nie na negatywnych emocjach i bolesnych słowach.

W tej fazie jako punkt zwrotny w terapii proponuję rodzicom pogodzenie się z tym, że ich dziecko nigdy już nie będzie tym z okresu przed chorobą.

Każdy rodzic wobec swojego dziecka snuje jakieś plany, marzenia, ma na jego temat mniej lub bardziej subiektywną opinię. Te plany i marzenia w konfrontacji z chorobą zazwyczaj

załamują się. Przerwana szkoła, wyrok więzienia, spanie na klatkach schodowych, kradzieże, prostytutka, roczna terapia, wszystko to powoduje, że rodzic ma przed sobą innego człowieka i albo zaakceptuje tę zmianę, albo będzie próbował wrócić do czasu sprzed choroby i do dziecka które było w tym czasie. Ale tego dziecka już nie ma, jest inne, wcale nie gorsze po prostu inne. Ten etap pracy jest bardzo bolesny dla rodziców, ale również bardzo satysfakcjonujący dla nich jeżeli, już przez niego przejdą i umożliwi przejście do kolejnej fazy

Faza konstruktywnego przystosowania

- mogę z tym żyć

- wiem co trzeba robić

Faza ta nakłada się na kolejny etap w leczeniu dziecka jakim jest ukończenie leczenia i powrót do domu rodzinnego. Ta faza wymaga czasem dość gruntownego przebudowania systemu rodzinnego, tak aby umożliwić osobie uzależnionej powrót do rodziny i normalne funkcjonowanie w jej systemie.

Sięgnięcie po substancje psychoaktywne przez nastolatka związane jest czasem z trudnymi momentami w życiu rodziny. Rodzice w tym czasie mają za sobą mniej więcej połowę życia, próbują dokonać pewnych podsumowań, rodzą się kryzysy i próby ich rozwiązania. Czasem są to próby ułożenia sobie życia na nowo, z kimś innym. Jest to okres większego ryzyka dla stabilności rodziny. Rodzice przestają ze sobą rozmawiać, zaczynają traktować relacje w związku zadaniowo. W związku z tym, bywa że dziecko sięga po narkotyki objawowo. Po to by scalić rodzinę, aby się razem nim zajęli, by im pokazać im, że też jest ważne, że cierpi, że w ogóle jest. I z reguły dzieciom się to udaje. Rodzice przestraszeni przestają się kłócić, razem z dzieckiem jeżdżą po terapeutach, sami uczestniczą w programach terapeutycznych. Jest to jednak stabilizacja na chwilę, wymuszona trudnym przeżyciem

Chodzi o to aby tak poprowadzić terapię, aby kryzys jaki przechodzi rodzina, wspólna walka o zdrowie dziecka, powolna akceptacja choroby, wspólnie budowane nowych satysfakcjonujących relacji z dzieckiem mogły stać się punktem zwrotnym w relacjach pomiędzy partnerami i stanowić podwaliny w przebudowie systemu rodzinnego na taki, w którym nie jest potrzebna destrukcja do jego scalania.

Faza konstruktywnego przystosowania jest okresem w życiu rodziców, w którym znacznie mniej nasilone są ich emocje dotyczące dziecka. Mają zazwyczaj już dość dobry wgląd w to co dzieje się w ich rodzinie. Widzą konieczność zmian i podejmują konkretne działania. Akceptują fakt, że ich dziecko jest uzależnione, nie czują już do niego złości i żalu. Przestają się też litować nad sobą. Przepracowane poczucie wstydu powoduje, że zdecydowani są mówić o problemie dziecka i rodziny z otoczeniem, energia, którą mają opiera się na realnym, konkretnym myśleniu, ich przekonania o uzależnieniu dalekie są od starych schematów. Nie oczekują już cudownego ozdrowienia, wiedzą i akceptują fakt, że ich dziecko kiedyś może znowu wrócić do brania narkotyków. Wiedzą również, jak wtedy się zachować, co zrobić, dokąd pójść, kogo poprosić o pomoc. Ale wtedy już nie będą siebie obwiniać, będą wiedzieli, że to wynika ze specyfiki choroby, a nie ze złej woli dziecka lub jest wynikiem błędów przez nich popełnionych. A że będą znowu walczyć o jego życie to jest naturalne, to jest po prostu miłość rodzica do dziecka.

Spoleczność terapeutyczna

1 x w tygodniu 3 godziny

Grupa społeczności terapeutycznej jest integralną częścią programu terapeutycznego. Uczestniczą w niej pacjenci ze wszystkich grup, na społeczność może wejść nawet człowiek nie uczestniczący w programie terapeutycznym pod warunkiem, że jest trzeźwy i grupa go przyjmie. Grupa ta posługuje się własnymi normami i zasadami wypracowanymi przez członków grupy. Daje poczucie przynależności, oparcia, współdecydowania. Wprowadza poprzez normy i kryteria ład i porządek w ich życie. Umożliwia proces autonomizacji norm niezwykle istotny w życiu dorastającego uzależnionego człowieka.

Zauważyliśmy, że udział w grupie społeczności terapeutycznej jest dla młodego pacjenta czymś nobilitującym, dającym mu poczucie przynależności do czegoś wyjątkowego. Grupa ta staje się alternatywą wobec grupy rówieśniczej używającej substancji psychoaktywnych.

Wspólny cel – trzeźwienie jest najważniejszym spoiwem grupy.

W grupie tej na każdym spotkaniu omawiamy bieżące sprawy i problemy pacjentów z całego tygodnia. Omawiane są tu zarówno konflikty pomiędzy pacjentami ich wzajemne relacje jak i problemy rodzinne, szkolne, trudności w trzeźwieniu. Tu jest również miejsce na planowane zajęcia na temat przyjaźni, miłości, wartości, norm postępowania. Terapeuta zawsze gotowy jest na dojaśnianie. Jest to świadome wpływanie na procesy poznawcze młodego pacjenta poprzez dyskusję, dialog, edukację. Stosuje atrakcyjne dla młodych ludzi formy terapii takie jak: psychozabawa, psychodrama, bajka terapeutyczna i inne.

CECHY CHARAKTERYSTYCZNE PROCESU TERAPEUTYCZNEGO

Grupy terapeutyczne i społeczność terapeutyczną prowadzi dwóch terapeutów. Ci sami terapeuci zajmują się pacjentem indywidualnie, tak jednak, że obydwójce doskonale znają wszystkich pacjentów i w każdej chwili mogą się zastąpić. Pozostali pracownicy poradni (dwie osoby) dzięki zebraniom klinicznym również znają problemy pacjentów i mogą udzielić im wsparcia w razie potrzeby.

Konieczność możliwości udzielenia w każdej chwili wsparcia podyktowana jest dużą częstotliwością w pierwszym okresie terapii zgłaszania się do poradni. Jest to związane z wysokim poziomem niepokoju i lęku, a co za tym idzie głodem substancji psychoaktywnej. Poza tym pacjenci wyraźnie nie potrafią organizować sobie wolnego czasu i bardzo dotkliwie odczuwają monotonię. Pierwsze miesiące leczenia w poradni wymagają od terapeutów dużej cierpliwości i wyrozumiałości oraz przede wszystkim dobrego rozumienia tego, co tak naprawdę dzieje się z pacjentem. Młody pacjent powinien mieć zabezpieczoną potrzebę

bezpieczeństwa, często dom tego nie zapewnia, nie ma również bezpiecznego środowiska rówieśniczego. Uczy się przebywać z grupą trzeźwiejących kolegów, uczy się z nimi współpracować. Na etapie pracy w grupie pogłębionej nasi pacjenci wyraźnie zmniejszają częstotliwość zgłaszania się do placówki i dużo przebywają ze sobą wspierając się wzajemnie.

Należy pamiętać również, że społeczność terapeutyczna i ogólne zasady pracy poradni są czymś, co zaczyna porządkować im życie, są to często pierwsze normy, których muszą przestrzegać. Potrzebują tych norm, one pomagają im w trzeźwieniu, dzięki nim czują się bezpieczniej.

Dyrektywny i nie dyrektywny styl prowadzenia zajęć

Grupa edukacyjna i intensywnej terapii prowadzona jest metodą dyrektywną, w tym sensie, że to my planujemy tematy zajęć, narzucamy tempo, dajemy zadania do wykonania, ćwiczenia, czasem prace do domu (to daje pacjentom poczucie bezpieczeństwa i wprowadza ład, wszystko jest czytelne i jasne).

Grupa terapii pogłębionej – jest to grupa prowadzona nie dyrektywnie, dajemy tu pacjentowi dużo miejsca, zachęcamy go do samodzielnego myślenia, aktywności i dajemy mu za nie gratyfikacje. W tej grupie dzięki temu rośnie poczucie wartości u pacjentów. Zaczynają samodzielnie się wypowiadać, myśleć i podejmować decyzje. To sprzyja trzeźwieniu. Tu również dbamy bardzo o poczucie bezpieczeństwa pacjenta.

Spółeczność terapeutyczna - prowadzona jest od początku nie dyrektywnie z tym, że terapeuta może skorzystać w trudnych sytuacjach z prawa decydującego głosu.

W terapii indywidualnej natomiast dbamy bardzo o jakość relacji terapeutycznej. Dążymy do tego, aby była to relacja wzajemna, dwustronna, oparta na wzajemnym szacunku i otwartości. Dajemy młodemu pacjentowi dużo miejsca na wyrażanie swojego zdania, pozwalamy na ekspresję emocji. Pracujemy tak, aby on sam dostrzegł swoje możliwości, żeby zaczął z nich korzystać.

Kompetencje zawodowe i osobiste terapeuty

Terapeuta powinien być bardzo profesjonalny, kompetentny. Swoją autorytet buduje dzięki kompetencjom zawodowym, ale i dzięki innym cechom takim jak:

- wyrazistość, mam tu na myśli czytelność wypowiedzi, autentyczność, jasne normy postępowania, wyraźny, spójny system wartości, umiejętność podejmowania decyzji, konsekwencja, umiejętność stawiania granic
- niezaborcza życzliwość, akceptacja osoby
- tolerancyjność w różnych sprawach np. ubiór, rodzaj słuchanej muzyki, na zasadzie „twoje też może być dobre”, jest to szczególnie ważne na początku terapii. Nie można zaczynać kontaktu z pacjentem od krytyki jego wyglądu, bez względu jak on wygląda, trzeba cierpliwie czekać. Zauważamy, że po jakimś czasie pacjenci sami podejmują decyzje o zmianie wyglądu. To zresztą jest dla nas zawsze sygnałem rozpoczynającej się istotnej zmiany, rozstanie dostępność atrybutami uzależnienia.
- dostępność

Ważne jest, to aby terapeuta był osobą dającą poczucie bezpieczeństwa, które jest u młodych szczególnie zaburzone, a tym samym poszukują go i potrzebują. Dostępność i gotowość wsparcia zwiększa poczucie bezpieczeństwa.

Głębokość więzi pacjent – terapeuta

Jest ewidentne, że ze strony pacjenta mamy tu często przeniesienie. Pacjent widzi w nas rodziców lub opiekunów. Nie jest to dla terapeutów czymś trudnym. Zachowujemy konieczny dystans, trzymamy granice, np. pacjent może zadzwonić do domu do terapeuty jedynie w bardzo wyjątkowych sytuacjach. Kiedy jesteśmy zajęci inną pracą w poradni nie wolno nam przeszkadzać, trzeba cierpliwie poczekać ze swoją sprawą. Pacjenci szybko uczą się zasad, szanują je i nie ma z tym problemów. Można powiedzieć, że oni pragną tych zasad, potrzebują ich, bo one porządkują im życie.

Nie mamy wrażenia, że jesteśmy bardziej zaangażowani emocjonalnie w sprawy młodzieży niż dorosłych pacjentów. Dajemy im dużo autentycznej życzliwości, ale i dużo wymagamy. Dajemy im wsparcie, jesteśmy jak oni mówią „po ich stronie”, nie akceptując jednocześnie destrukcji jaką wprowadzają w swoje życie przez branie narkotyków czy picie alkoholu. Pozytywny związek z terapeutą jest często pierwszym od dawna prawidłowym związkiem w ich życiu.

Zasady

Pacjenci mają obowiązek przestrzegać regulaminu poradni oraz zasad przyjętych przez społeczność terapeutyczną:

1. abstynencja
2. szczerłość
3. tolerancja
4. wzajemne pomaganie

Łamanie zasad społeczności omawiane jest na społeczności, łamanie zasad pracy poradni omawiane jest z kierownikiem poradni.

Co przyciąga młodzież do terapii

1. Zwiększenie poczucia bezpieczeństwa, oparcie w terapeutach oraz grupie, grupa młodzieży, wprowadzanie ładu i porządku w ich życie poprzez jasne komunikaty.
2. Atrakcyjność oferty terapeutycznej
3. Osobiste cechy terapeutów

Cechy środowiska rówieśniczego

Obserwujemy na początku terapii dużą nieufność do grupy, nieśmiałość, opór w mówieniu o sobie. Brak więzi, trudności w nawiązywaniu dobrych kontaktów, nieumiejętność współdziałania i współpracy. Nieumiejętność pomagania. To wszystko bardzo się zmienia w miarę upływu czasu w terapii.

Oczywiście, że zwiększenie umiejętności interpersonalnych pomaga w terapii.

Cechy środowiska rodzinnego

Zmiany w rodzinie są procesem zachodzącym bardzo powoli. Pozytywne zmiany pojawiają się wcześniej w tych rodzinach, w których rodzice uczestniczą aktywnie w procesie terapii. Rodzice mają wiele problemów natury poznawczej i emocjonalnej, które powinni przepracować w grupie rodziców takie jak np. złość, poczucie winy, lęk.

Pozytywne zmiany w rodzinie pojawiają się najczęściej na etapie, gdy pacjent jest w grupie pogłębionej. Obserwujemy u młodzieży ogromną potrzebę uczestniczenia rodziców w grupie dla rodziców. Jest to związane ze wzrostem świadomości u rodziców dotyczącym choroby dziecka a także zwiększeniem rozumienia choroby i umiejętności radzenia sobie z jej przejawami. Niemożność oszukiwania rodzica zwiększa poczucie bezpieczeństwa u młodego pacjenta. To, że rodzic zaczyna stawiać granice, ma jasne wymagania i zaczyna być konsekwentny w zachowaniu również. Z kolei stabilizacja choroby u dziecka powoduje zdecydowaną poprawę w relacjach rodzic – dziecka. Pamiętajmy również, że sama terapia zwiększa umiejętności intrapsychiczne i interpersonalne młodego pacjenta, a tym samym poprawia jego funkcjonowanie w rodzinie.