

Przemoc w terapii - Małgorzata Maresz

Rozdział ten poświęcony jest nadużyciom na jakie narażone bywają w Polsce osoby uzależnione od nielegalnych środków psychoaktywnych w momencie kiedy szukają pomocy terapeutycznej. Refleksje poniższe oparte są na obserwacji dokonanej w latach 2006 – 2009 podczas opracowywania standardów opieki zdrowotnej będących podstawą systemu akredytacji placówek leczenia uzależnień oraz na raporcie Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka nt. przestrzegania praw człowieka w ośrodkach leczenia stacjonarnego dla narkomanów z 2010 r

W Polsce narkomani (używam tu tego pojęcia jako powszechnie przyjętego uproszczenia, nie wnikając w niuanse głębokości problemów różnych grup użytkowników) postrzegani są jako ludzie chorzy ale jednocześnie zagrożenie nie tylko dla publicznego zdrowia ale także i kto wie czy nie bardziej – dla publicznego bezpieczeństwa. Narkomani budzą wciąż strach, który jest głównym źródłem ich marginalizacji i rzutuje bezpośrednio na od lat mało zmienioną formę leczenia jaką się im proponuje.

Uzależnieni w polskim systemie lecznictwa traktowani są jako pacjenci wyjątkowi i jako tacy obdarzeni są istotnym przywilejem jakim jest bezpłatność leczenia ich przypadłości, niezależnie od tego czy płacą co miesiąc składkę ubezpieczenia zdrowotnego, czy nie. Należy przypuszczać, że większość jej nie płaci a pomimo to podjęcie leczenia nie wymaga od nich wysiłku finansowego jak również specjalnych starań i oczekiwań.

Fakt, że każdy pacjent „narkotykowy” jest przestępcą już z tytułu używania nielegalnych środków - wyróżnia go spośród innych pacjentów leczących uzależnienie i posiadających ten sam omówiony wyżej przywilej, takich jak np. alkoholicy.

Sytuacja ta wnosi dużo zamętu nawet w głowach kadry ośrodków stacjonarnych leczących narkomanów. Nazwy tych placówek zawierają rzadko słowo „terapia”, są to w większości ośrodki „readaptacyjno – rehabilitacyjne”, co wskazuje (przynajmniej w momencie ich powstawania w końcu lat 70 i latach 80) na ich bliższe pokrewieństwo z placówkami o charakterze penitencjarnym niż leczniczym. Wynika to z tradycji ruchu monarowskiego, gdy ośrodki były tworzone dla osób głęboko uzależnionych od opiatów, gdzie metodami radykalnymi, kontrowersyjnymi i dziś kontestowanymi (drelichy, golenie głowy itd.)

usiłowano ich (nie można zaprzeczyć, że w wielu wypadkach z dobrym skutkiem) przywrócić społeczeństwu.

Również pojęcie „pacjent” w odniesieniu do osób przebywających w ośrodkach przez lata miało zastosowania, mówiło się o nich prędzej „mieszkańcy” a kadra do dziś chętnie używa określenia „dzieciaki”, mimo, że w większości chodzi o osoby pełnoletnie.

Słowo „pacjent” zostało nie bez oporów wprowadzone dopiero w roku 1999 wraz z radykalną zmianą podejścia do finansowania ośrodków, jaką wniosła reforma ubezpieczeń zdrowotnych. Z dnia na dzień, aby uzyskać środki na prowadzenie placówki trzeba było przekształcić ją w Zakład Opieki Zdrowotnej, co niesło ze sobą konieczność spełnienia określonych wymagań, jak chociażby zapewnienie stałej opieki lekarskiej, urządzenie gabinetów, prowadzenie obowiązującej w zoz-ach dokumentacji.

Oddziaływania jakie stosowano wobec mieszkańców ośrodków nagle uzyskały nazwę „świadczeń zdrowotnych”. Oczywiście nie wszystkie – rodem z idei resocjalizacyjnych – dały się w nich zmieścić: np. resocjalizacja przez pracę, która dominowała w „monarach” (tak je wciąż nazywano choć połowa z nich była prowadzona przez inne podmioty pozarządowe lub publiczne), uzyskała miano „ergonomicznych zajęć grupowych” i dotąd budzi niepewność urzędników kontraktujących świadczenia.

Mimo tych perturbacji leczenie uzależnień od nielegalnych substancji psychoaktywnych dostosowało powoli swą działalność do warunków jakie powinien spełniać proces terapii, by można go było nazwać profesjonalnym, a więc opartym o określone teorie i procedury zapewniające efektywność oraz bezpieczeństwo pacjentowi. W dalszym ciągu jednak stopień tego dostosowania wśród 80 istniejących placówek nie jest jednakowy. Można określić trzy główne czynniki ryzyka naruszania praw człowieka w ośrodkach stacjonarnych:

- ◆ pacjenci ośrodków należą do grup marginalizowanych, które mogą być bardziej narażone na łamanie ich praw;
- ◆ pobyt w ośrodkach ma charakter izolacyjny, co nawet uzasadnione względami terapeutycznymi stwarza zagrożenie naruszeń praw człowieka;
- ◆ w przeważającej liczbie ośrodki prowadzone są przez organizacje pozarządowe, gdzie występowanie patologii w warunkach izolacji może być skuteczniej ukrywane niż w zakładach publicznych.

A oto przykłady nieprawidłowości jakie zostały zanotowane przez wizytatorów Fundacji Helsińskiej, przy czym na szczególną uwagę zasługuje język, którym spisane są w niektórych ośrodkach stosowane tam regulaminy i procedury. Przesycenie go nomenklaturą penitencjarną odzwierciedla ciążący jeszcze nierzadko nad placówkami duch raczej karania i resocjalizacji niż leczenia.

Przyjęcie do placówki

Pacjent nie podpisuje zgody na leczenie, a „na pobyt”, co brzmi prawie jak „na osadzenie” i nie sugeruje, że będzie miała zastosowanie jakakolwiek opieka zdrowotna. W jednym z ośrodków pacjent miał przyjąć na wstępie do wiadomości, że „personel zobowiązany jest powiadomić organy ścigania, jeśli (pacjent) ujawni popełnione przez siebie przestępstwa” – taki zapis rujnuje natychmiast możliwość jakiegokolwiek szczerości i zaufania między pacjentem a terapeutą, bez których nie ma leczenia.

Ośrodek oparty na takich zasadach traci rację bytu, gdyż każdy narkoman jest przestępcą, ale tu przyszedł się leczyć, a nie odpowiadać za swoje czyny.

Podpisanie zgody na leczenie, jedno z podstawowych warunków wolności i podmiotowości pacjenta, aby było ważne, musi być świadome. Tymczasem z rozmów z pacjentami można się dowiedzieć, że w momencie podpisywania: „byłem w złym stanie i nie chciało mi się czytać”, „nie pamiętam czy cokolwiek podpisywałem, bo nie dotrzymałem abstynencji i skłamałem”. W tych wypadkach prawo o dobrowolności leczenia jest naruszone. Sprawa ta ma wagę również terapeutyczną, świadczy o tym fakt, że w standardach tzw. dobrej praktyki zalecane jest, by pacjent podpisywał tego rodzaju zgodę, nawet jeśli jest skierowany na leczenie sądownie i jego pobyt w ośrodku nie jest dobrowolny.

Przeszukanie stosowane standardowo przez tzw. SOM (Służba Ochrony Monaru, w innych placówkach różne odmiany tej nazwy) jest również bliskie procedurom więziennym, a nawet bywa bardziej upokarzające i zapewnienia terapeutów o odstąpieniu od niego w razie protestu osoby przyjmowanej, brzmią nieprofesjonalnie w ustach psychologów i pedagogów, którymi w większości są. Przypominają zapewnienia kierowników izb wytrzeźwień, że skoro klienci się nie skarżą, to znaczy, że nie czują się w izbie źle. Stan psychiczny narkomana skłania go niestety do przyjmowania wszelkich upokorzeń bez sprzeciwu. Aby oszczędzić pacjentowi

dotychczasowych przykrości, prawdopodobnie wystarczyłaby w tym momencie zwykła kontrola trzeźwości.

Pobyt w placówce

Prawie wszystkie stacjonarne placówki prowadzą terapię metodą społeczności terapeutycznej, która, pod kierunkiem terapeutów ma z założenia stanowić główną „siłę leczącą”, gdzie wszyscy wzajemnie sobie pomagają uwolnić się od uzależnienia. Społeczność ma ogromną władzę, dlatego powinna być bardzo czujnie kontrolowana przez prowadzących terapię specjalistów. Społeczność wybiera spośród siebie członków SOM, rozdziela stałe role (kucharz, ochmistrz, „pieskowy” itp.) a potem ocenia sposób wywiązania się z nich. Ma to na celu uczenie się odpowiedzialności, zasad współżycia, rytmu dnia itd. To wszystko przywraca uzależnionemu równowagę, cel w życiu. Wyznaczone etapy terapii cel ten dzielą na cele mniejsze.

Społeczność ustala wspólnie regulamin, w którym dominują zakazy, społeczność ustala też tzw. *dociążenia* oficjalnie nazywane oddziaływaniami korekcyjnymi.

Określenie to jest przeniesione żywcem z systemu penitencjarnego i jest stałym narzędziem, którym posługuje się większość ośrodków stacjonarnych, traktując je jako oddziaływania terapeutyczne. Skoro taki jest ich cel, powinna być ustalona ich lista i udokumentowana efektywność ich stosowania, gdyż dowolne ich ferowanie przez społeczność niesie ze sobą zagrożenie nadużyć, o czym mówią pacjenci, mimo, że ogólnie akceptują ten środek dyscyplinowania, a nawet się go dopominają. Wypowiedzi takie jak: „to wolna amerykanka, nawet jak się pacjent nie zgadza- musi wykonać, nawet jak nie ma siły” czy opis tzw. „dychy z okinawą”, dają jednak do myślenia. Może przecież być tak, że potrzeba karania siebie i innych wynika ze stanu uzależnionego umysłu leczonych osób.

Wydaje się, że wiara jaką pokładają terapeuci w mądrość społeczności terapeutycznej nie zawsze bywa poddawana racjonalnej ocenie, gdyż w przeciwnym przypadku nie dochodziłoby np. do zgody na to, by to spotkania społeczności prowadził pacjent – uzależniony w trakcie leczenia, co jest postępowaniem nieprofesjonalnym, jawnym nadużyciem wobec pozostałych pacjentów. Kadra niektórych ośrodków tego wyraźnie nie rozumie, co więcej, wypowiedzi kierowników, że „generalnie zasada jest taka, że gdy ustalenia społeczności nie uwłaczają godności, nie godzą w prawa pacjenta, to akceptujemy takie dociążenia” nie gwarantują, że tak się rzeczywiście dzieje.

Wystarczy przytoczyć stosowane chętnie *dociężenie* w postaci pozbawienia planowanej wizyty rodziny, wzięte żywcem z praktyki więziennej.

Wątpliwości pogłębia sytuacją, gdy jeden z pacjentów po zapoznaniu się ze swoimi prawami upomniał się o odebrane mu symbole religijne (najprawdopodobniej medalik), co dla kadry było wyraźnym zaskoczeniem. Kilkakrotnie też natykamy się na wypowiedź rozgoryczonego pacjenta, który z powodu praktyk religijnych jest stałym obiektem drwin ze strony kolegów, na co wyraźnie kadra nie reaguje. Tolerancja religijna nie wchodzi w skład zasad współżycia społecznego, których wpajaniem zajmuje się ta placówka rehabilitacyjno-adaptacyjna.

Dostęp do terapii adekwatnej do potrzeb pacjenta

Wyraźnie niewystarczający bywa dostęp do terapii indywidualnej, wg oceny pacjenta: „Terapia indywidualna jest, jak jest wolny czas, (...) nie jest zaplanowana. Jeśli nie ma czasu, to nawet miesiąc albo więcej można nie spotkać się z terapeutą.” A nie ma czasu bo np: „od 12 do 23 zajęcia społecznościowe. Nie ma możliwości żeby nie być. Kto tego nie akceptuje, wyjeżdża”. Jak można wnioskować z wypowiedzi pacjentów, bardzo dużo czasu i uwagi zajmuje im też wywiązywanie się z *dociężeń*. Trudno uznać, że kwestie porządkowe i dyscyplinarne - siłą rzeczy nużące, zwłaszcza, gdy przeciągnie się spotkanie społeczności - są ważniejsze od planowej, regularnej terapii indywidualnej.

Wielu pacjentów mówi o braku zaufania do społeczności, nic dziwnego, gdy dzieją się tam rzeczy urażające jak roztrząsanie spraw intymnych, które mogą przeszkadzać w terapii. Tym profesjonalna terapia indywidualna jest ważniejsza.

Trzeba w tym momencie zwrócić uwagę na proporcję płci w ośrodkach. „Ciężko popłakiwałam po kątach, kiedy musiałam mówić o swoich sprawach” zwierza się jedna z dziewcząt. Nie powinna płakać po kątach, tylko mieć możliwość wypłakania się przed terapeutą. Zadbanie o osobną możliwość terapii grupowej dla kobiet, by te kilka dziewcząt (średnio 5-7 na 20 -30 chłopów) mogło porozmawiać intymnie z terapeutką o swoich sprawach, zwłaszcza, że często mają za sobą ciężkie traumy związane z nadużyciami seksualnymi, o których trudno mówić w mieszanym gronie – należy do wyjątków.

Ogromna władza społeczności generuje wiele ryzykownych sytuacji np. błędy w postępowaniu SOM mogą doprowadzić do dramatycznych zwrotów w życiu pacjentów, łącznie z próbami samobójczymi.

Ryzyko nadużyć

Charakterystyczne jest niewielkie zainteresowanie możliwością złożenia skargi – nie ma takiej potrzeby, wszystko załatwiane jest we własnym gronie, mówią pacjenci. Oni wiedzą o możliwościach poskarżenia się, ale z nich nie korzystają – twierdzi kadra. Do wyjątków regularnie prowadzona ankieta satysfakcji pacjentów, która jest analizowana – a jest to jeden ze standardów komunikacji z pacjentami w placówkach świadczących usługi zdrowotne.

Ze względu na swoją izolację (często podkreśloną umieszczeniem „na końcu świata”) oraz zasadę tajemnicy społeczności, ośrodki są podobne do grup rodzinnych, gdzie obowiązuje solidarność, łatwo mogąca się przekształcić w zмовę milczenia o sprawach, które nie powinny ujrzeć światła dziennego. Dodatkową poduszką ochronną tajemnicy może być zarząd stowarzyszenia prowadzącego np. kilka placówek. W tej sytuacji profesjonalizm i poziom etyczny kadry terapeutycznej ma znaczenie podstawowe. Cechy te są gwarantem, że terapia jest efektywna i przebiega bezpiecznie dla pacjenta.

Prowadzenie ośrodka jest sztuką trudną - wielu chorych ma przeszłość kryminalną, pojawia się grypsera, fala, by nie stracić kontroli nad tak trudną zbiorowością pacjent musi być cały czas „na widelcu”, a jednocześnie trzeba mu pomóc wyciszyć się, zerwać mentalnie z dotychczasowym życiem, „narodzić na nowo”, nauczyć choćby nawyków higienicznych. Nie łatwo jest to wszystko wyważyć, mimo to wielu placówkom stacjonarnym się to udaje o czym świadczą wypowiedzi pacjentów.

Etyka zawodowa

Specjalista terapii uzależnień, podobnie jak lekarz, wciąż powinien doskonalić swoje umiejętności. Jak lekarza właściwie nie pytamy go jakie stosuje metody leczenia, bo jego dyplom jest rękojmią tego, że robi to fachowo. Pytamy go natomiast, podobnie jak lekarza, czy dokłada wszelkich starań, gdy chodzi o tzw. „dobrą praktykę”, czy nie narusza praw pacjenta, czy dba o jego bezpieczeństwo i nie naraża go na zbędne ryzyko (np. nie stawia go w takiej sytuacji psychicznej, że mimo zaawansowanej terapii opuszcza ośrodek z powodów

osobistych). Na koniec pytamy go, czy i w jakim stopniu jego postępowanie przynosi pożądane efekty. Dobrej praktyce sprzyja regularny dostęp do superwizji wysoko kwalifikowanego specjalisty spoza zespołu, które dają możliwość skorygowania ewentualnych błędów i przedyskutowania wątpliwości co do metod prowadzonej terapii.

W przypadku lekarza, pacjent może poskarżyć się na jego błąd w sztuce do Izby Lekarskiej, w przypadku specjalisty ds. uzależnień, czy terapeuty, nie ma w Polsce odpowiedniej, kompetentnej instytucji, gdyż mimo wielokrotnych przymiarek Sejm RP nie uchwalił jak dotąd ustawy regulującej prawa i obowiązki tego zawodu. W konsekwencji tego zaniedbania, specjalista terapii uzależnień, któremu by nawet postawiono poważne zarzuty nadużyć wobec pacjentów, może swobodnie dalej mieć do nich dostęp, gdyż nie ma instytucji, która na czas postępowania sądowego mogłaby choćby zawiesić go w jego czynnościach.

Cztery lata temu przy Krajowym Biurze Przeciwdziałania Narkomanii powstała Komisja ds. Etyki, która w konsultacji ze środowiskiem terapeutycznym ułożyła Kodeks Etyki Terapeuty Uzależnień. Kodeks ten w czerwcu br. został upowszechniony. Podpisało go wprawdzie na razie tylko ok. 30% specjalistów, jednakże zainteresowanie nim jest spore. Lista osób oraz placówek, które go podpisały jest zamieszczona w zakładce Komisji Etyki na stronie Biura. Komisja mimo że nie ma kompetencji np. zawieszenia kogoś w czynnościach zawodowych, jednakże może przyjmować skargi, rozpatrywać je i wyciągać różne stopnie konsekwencji. Jej głównym zadaniem jest szerzenie postaw etycznych i samokontroli środowiska terapeutów, propagowanie wysokich kompetencji nie tylko zawodowych.

Poprawa jakości

Kolejnym narzędziem dbania o podnoszenie jakości pracy placówek leczenia uzależnień są wspomniane na wstępie artykułu *Standardy terapii uzależnień*, które po zatwierdzeniu przez Ministra Zdrowia będą stanowić podstawę systemu akredytacji tego rodzaju placówek. Jednostka, która będzie aspirować do otrzymania akredytacji, będzie musiała je u siebie wdrożyć. Zakłada się że z czasem ośrodki i poradnie nie posiadające akredytacji a więc nie zainteresowane stałą poprawą jakości świadczonych usług nie będą otrzymywały kontraktów z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jednym z rozdziałów Standardów są prawa pacjenta. Standardy nie są ustalone raz na zawsze, poddawane będą stałemu sprawdzaniu czy są adekwatnym miernikiem jakości i czy

istnieje realna możliwość sprawdzenia ich wypełnienia, co wymaga wysokich kompetencji od wizytatorów.

Na koniec

Przez ostatnie 20 lat zmieniły się substancje, zmieniły wzory brania, wiek pacjentów, nie wiele zmienił się system leczenia, oparty wciąż na demonizowaniu problemu narkotyków i upartym dążeniu do abstynencji, co przy obecnej scenie narkotykowej daje rezultaty niezadowalające.

Aktualnie uzależnienie od opiatów deklaruje zaledwie 16,3% przyjętych do placówek stacjonarnych, dominuje zaś tam uzależnienie „mieszane i nieokreślone”, które zgłasza

63,2 % przyjętych.

Trzecią z kolei grupą środków psychoaktywnych, z którymi problemy zgłaszają pacjenci są leki uspokajające i nasenne, stanowiące domenę kobiet.

Pośród przyjętych do placówek po raz pierwszy problemy z używaniem wielu substancji ma 80% mężczyzn i 50% kobiet.

Narodowy Fundusz Zdrowia nie sprawdza, czy terapia, na którą łoży z kieszeni podatników jest dostosowana do potrzeb pacjentów i czy daje spodziewane efekty. Przywilej bezpłatnego leczenia bez ograniczeń generuje ośrodkową turystykę. Krążą, bo nie znajdują dla siebie miejsca – w kręgu, które wyznaczyło im przestraszone nimi społeczeństwo.

W ten sposób system leczenia staje się poniekąd opresyjny zarówno dla potrzebujących pomocy jak i tej nieadekwatnej pomocy udzielających. Nadużyciem wobec chorych staje się ograniczenie dostępu do adekwatnej opieki.

dn. 5 listopada 2012 r

Małgorzata Maresz, socjolog, od 1993 roku pracuje w nurcie leczenia uzależnień i rozwiązywania problemów towarzyszących im patologii. W latach 2000 -2007 główny specjalista ds rehabilitacji w KBPN, obecnie kierowniczka Ogólnopolskiego Telefonu Zaufania "Narkotyki, Narkomania".