

Model stacjonarnej pomocy psychologicznej osobom uzależnionym

Kiedy dwadzieścia lat temu, w 1978 roku, w podwarszawskim szpitalu psychiatrycznym grupa osób uzależnionych postanowiła zamieszkać razem i wspólnie pokonać nałóg, nikt nie przypuszczał, że będzie to początek zupełnie unikalnej z polskich warunkach metody leczenia. I choć słowo „leczenie” nie pasowało ani do sposobu traktowania tam pacjentów, ani do stosowanych wówczas metod i procedur – model wspólnoty osób uzależnionych: dopracowany, unowocześniony i ujęty w strukturalne ramy, nie tylko przetrwał do dzisiaj, lecz stał się podstawą tworzenia dla tej grupy profesjonalnych placówek stacjonarnej opieki zdrowotnej.

W polskim systemie leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych, oprócz punktów konsultacyjnych, poradni profilaktyki i terapii uzależnień, oddziałów detoksykacyjnych i nielicznych oddziałów dziennych najbardziej rozwinięty i najbogatszy w doświadczenia jest system opieki stacjonarnej – krótko- i długoterminowej.

Stacjonarna rehabilitacja prowadzona jest przez ośrodki rehabilitacyjne lub rehabilitacyjno-readaptacyjne pozostające w gestii publicznej służby zdrowia oraz organizacji pozarządowych (MONAR, Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii, Towarzystwo „Powrót z U”, Stowarzyszenie „Karan”, Stowarzyszenie „Familia”, Stowarzyszenie Katolickie „Betania”, Towarzystwo „Mrowisko” itp.). Mimo różnic strukturalnych, formalnych czy filozoficznych – wszystkie niemal istniejące placówki i ośrodki stacjonarnej pomocy przyjęły, bardziej lub mniej świadomie, metodę społeczności terapeutycznych jako główne narzędzie oddziaływań terapeutycznych w stosunku do osób uzależnionych.

Można zatem śmiało powiedzieć, że mamy ponad dwudziestoletnie doświadczenie w tworzeniu stacjonarnej pomocy społecznej osobom uzależnionym. I choć w ciągu tych dwudziestu paru lat nie prowadzono u nas zbyt wielu badań ewaluacyjnych, dość intuicyjnie przyjmując, że model taki jest stosunkowo skuteczny – dzisiaj możemy mówić nie tylko o czynniku technicznym społeczności terapeutycznych, ale także o efektywności oddziaływań ośrodków, w których społeczność jest głównym narzędziem pracy terapeutycznej.

Fenomen społeczności terapeutycznej

Idea społeczności leczniczej (the therapeutic community) nie jest nowa. Mimo że za jej duchowego ojca uważa się psychiatrę Maxwella Jonesa, który zerwał z tradycyjnym modelem leczenia psychiatrycznego, wprowadzając spotkania społeczności pacjentów, samą nazwę zawdzięczamy innemu angielskiemu psychiatrze, Tomowi Mainowi.

Koncepcja tzw. demokratycznej terapii Jonesa podkreśla wagę udziału pacjentów, ich zaangażowania i wpływu na podejmowane w oddziale decyzje. Przeciwwstawiała się tradycyjnej hospitalizacji, w której pacjent najczęściej czuł się samotny, pozbawiony możliwości aktywnego udziału w procesie zdrowienia i wpływu na własne życie. Codzienne spotkania personelu i pacjentów opierały się na 5 podstawowych założeniach:

1. udzielania informacji zwrotnych na wszystkich poziomach (lekarze-lekarzom, pielęgniarki-lekarzom, pacjenci-lekarzom itp.),
2. możliwość podejmowania decyzji na poszczególnych szczeblach organizacyjnych szpitala (także przez pacjentów),

3. współ prowadzenie spotkań (pacjenci wraz z lekarzami lub zamiennie),
4. konieczność uzyskania konsensusu w podejmowaniu wszelkich decyzji w oddziale,
5. społecznym uczeniu się poprzez społeczne interakcje, tu i teraz (Jones, 1953).

Wielokrotnie modyfikowane wersje metody społeczności terapeutycznej znalazły swoje miejsca w leczeniu psychiatrycznym, choć sama metoda budzi po dziś dzień wiele kontrowersji i wątpliwości. Głównie – ze względu na wieloznaczność terminu „społeczność”, jego mało medyczny charakter i brak sprawdzonych źródeł rzetelnych informacji na temat specyfiki i skuteczności metody.

Wykorzystanie metody społeczności terapeutycznej w leczeniu osób uzależnionych uważa się dzisiaj za wydarzenie przełomowe i absolutnie rewolucyjne. Stworzenie określonych, zewnętrznych warunków psychospołecznych umożliwiło stosowanie różnorodnych metod leczenia i terapii, które skutecznie przywracały zdrowie uzależnionym pacjentom. Okazało się, że stosowane ambulatoryjnie procedury medyczne i terapeutyczne wobec tych pacjentów są o wiele mniej skuteczne niż te same procedury stosowane w społeczności terapeutycznej. Pojawiła się szansa rzeczywistej pomocy powrotu do normalności i społecznej rzeczywistości.

Niezwykłe dzisiaj potężny i rozpowszechniony na całym świecie ruch społeczności terapeutycznych dla osób uzależnionych ma swoją prawie pięćdziesięcioletnią historię. Jego amerykańskie korzenie ściąga doświadczenia Charlesa Dedericha, twórcy Synanonu, który na bazie teorii i praktyki ruchu Anonimowych Alkoholików stworzył pierwszą wspólnotę ludzi uzależnionych. W 1958 r. w Santa Monika w Kalifornii powstała pierwsza społeczność terapeutyczna dla ludzi uzależnionych. Choć system Synanonu dzisiaj już nie istnieje, jest ciągle inspiracją dla teorii i praktyki leczenia uzależnienia. Wielu znakomitych psychologów, psychiatrów, socjologów i kryminalistów (J.L.Moreno, C.Rogers, A.Maslow, L.Yablonsky, D.Casriel, A.Bassin, D.Deitch, De Leon i inni) ma swój niebagatelny wkład w rozwój zarówno filozofii, koncepcji jak i technik oraz metod funkcjonowania społeczności terapeutycznej. W 1963 r. w Stanach Zjednoczonych powstały społeczności terapeutyczne Daytop Village i Phoenix House, które dały początek wielu systemom terapii uzależnień na świecie.

W Europie pierwsze profesjonalne wspólnoty terapeutyczne, wzorowane na amerykańskim Daytopie, powstały w 1970r. w Wielkiej Brytanii. W 1972r. powstaje Emiliehoeve w Holandii a w 1978r. – pierwsza wspólnota terapeutyczna MONAR w Polskim Głoscowie.

Dotychczasowe doświadczenia w wykorzystaniu społeczności terapeutycznej w leczeniu uzależnień wskazują jednoznacznie na ogromny potencjał tkwiący w strukturze i atmosferze tych wspólnot, który sprzyja zdrowiu osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków, niedostosowanych społecznie, z objawami zaburzeń zachowania czy deficytów psychicznych.

Podstawowe cele społeczności terapeutycznych wynikają z dość prostego założenia, iż grupa przebywająca jakiś czas razem jest swoistego rodzaju „reprezentacją rzeczywistości społecznej” dającą wszystkim jej członkom jednorazowe możliwości modyfikowania, normalizowania i zmiany wadliwych postaw i zachowań, rozwiązywania indywidualnych i grupowych problemów. Nie wymaga specjalnego uzasadnienia fakt, że jedynie konkretne, realne sytuacje życiowe, w których człowiek uczestniczy i które przeżywa, mogą dostarczyć mu znacznych doświadczeń i służyć społeczeństwu uczenia się.

Spółeczność terapeutyczna to swoisty mikrokosmos społeczny „małe społeczeństwo”, w którym istnieje podział ról i zadań, stanowiska i szczeble kariery prawa, obowiązki i przywileje, organy władzy wykonawczej, ustawodawczej i sądowniczej. I choć taki opis społeczności terapeutycznej daleko odbiega od medycznego modelu leczenia, jest nim niewątpliwie. Społeczność terapeutyczna stwarza bowiem niepowtarzalną okazję do połączenia się różnorodnych interakcji społecznych, w których każdy członek społeczności ma możliwość swobodnego wyrażania i wzajemnej wymiany autentycznych uczuć, spostrzeżeń, myśli itp. Gwarantuje też optymalne możliwości społecznego uczenia się, tzn. dostarcza pacjentowi takich doświadczeń, dzięki którym może on przyswoić nowe sposoby zachowań, niezbędnych w przyszłych, rzeczywistych sytuacjach życiowych.

Chodzi nie tylko o to, aby człowiek odzyskał to, co utracił biorąc narkotyki, lecz uczenie się umiejętności tworzenia i utrzymywania prawidłowych stosunków z innymi ludźmi. Społeczność terapeutyczna umożliwia zdobyte umiejętności radzenia sobie z własnymi trudnościami, uzyskania większej niezależności i odpowiedzialności za siebie, jest też szansą mobilizacji inicjatywy i energii do dalszego, osobistego rozwoju.

Realizacji takich celów sprzyjają struktura i sposób funkcjonowania społeczności terapeutycznej. Siedzibami społeczności bywają najczęściej dworki lub gospodarstwa położone z dala od aglomeracji miejskich. W obrębie miast mają najczęściej swoje domy społeczności dziecięco-młodzieżowe, ze względu na bliskość do szkół. Formalnie – społeczności terapeutyczne funkcjonują jako ośrodki rehabilitacyjne lub rehabilitacyjno-readaptacyjne. Zamieszkuje w nich jednorazowo od 20 do 60 osób. Wszystkie te domy prowadzone są przez zespoły terapeutyczne założone najczęściej z profesjonalistów (psychologów, pedagogów, pracowników socjalnych), a także terapeutów zajęciowych i instruktorów oraz neofitów (czyli byłych narkomanów, którzy pozytywnie zakończyli proces terapii).

Podstawową formą aktywności pacjentów jest praca (codzienne czynności gospodarskie, remontowe, konserwatorskie itp.) oraz nauka i zabawa. Oprócz tego każdy członek społeczności zobowiązany jest do uczestniczenia w terapii (indywidualnej i grupowej), spotkaniach społeczności oraz w aktywnych formach spędzania czasu wolnego.

Dążenie do swobodnego porozumiewania się stanowi naczelną ideę i główne zadanie społeczności, wokół którego koncentrują się wszystkie cele i dążenia, zasady i formy pracy (Kraft 1966).

W każdej prawidłowo funkcjonującej społeczności obowiązują 5 podstawowych zasad:

Zasada demokracji – która oznacza, że każdy członek społeczności ma równe prawa i obowiązki w zarządzaniu i decydowaniu o sprawach tej społeczności. Realizacja tej zasady zwiększa szacunek pacjenta do samego siebie, zaangażowania, samodzielności i samokontroli.

Zasada konsensusu – czyli podejmowania decyzji na podstawie wspólnej, powszechnej zgody co do tego, że dane przedsięwzięcie jest słuszne lub konieczne. Zasada ta gwarantuje, iż żadna decyzja nie może być ostateczna czy obowiązująca dopóty, dopóki nie znajdzie uznania i poparcia wszystkich zainteresowanych.

Zasada permissywności – postulująca przede wszystkim określoną postawę terapeutyczną: akceptacji i rozumienia pacjenta, tolerancji wobec jego

zaburzonych i niewłaściwych zachowań, dążenie do zrozumienia podejmowanych przez niego form aktywności itp. Konsekwencją tej zasady jest unikanie różnego rodzaju ograniczeń, a szczególnie przemocy i kar wobec pacjentów, zniesienie biurokratycznych i instytucjonalnych restrykcji, „odformalizowanie” reguł rządzących życiem społeczności. Realizacja tej zasady ma zapewnić maksymalny autentyzm i naturalność życia grupowego.

Zasada uczestnictwa i wspólnoty – postulująca, aby wszystkie sprawy członków społeczności stały się sprawami wspólnymi. Oznacza wzajemne zrozumienie, pomoc oraz troskę o dobro drugiego człowieka. Aktywne uczestnictwo we wszystkim, co się dzieje w społeczności, stanowi niezaprzeczalny walor leczniczy.

Zasada realizmu – sprowadza się do dostarczenia członkom społeczności bezpośrednich doświadczeń, umożliwiających w ten sposób konfrontację nabytych społecznych umiejętności z otaczającą rzeczywistością (Bizoń 1980, Kraft 1966).

W społecznościach terapeutycznych zwykle obowiązują też zasady:

Absolutnej abstynencji do jakichkolwiek środków psychoaktywnych i farmakologicznych (z wyjątkiem zalecanych przez lekarza na skutek choroby somatycznej) – dlatego terapię w społecznościach terapeutycznych nazywa się „niemedyczną” (ang. drug free treatment).

Niestosowanie przemocy wobec innych.

Otwartości i ograniczonego zaufania.

Pobyt w społecznościach terapeutycznych trwa z reguły od 12 do 24 miesięcy, chociaż coraz częściej wprowadzane są programy krótko terminowe, gdzie pobyt obliczony jest na 3 do 6 miesięcy. Proces terapeutyczny podzielony jest zazwyczaj na etapy, co ułatwia członkom sprawianie kontroli nad przebiegiem i efektami własnej terapii. W społecznościach terapeutycznych nie ma z reguły żadnego personelu pomocniczego, a najwyższą władzą są spotkania społeczności, na których decyduje się o wszystkim, co dzieje się w ośrodku, ustanawia zasady współżycia w grupie, dyktuje warunki pobytu i ocenia postępy w terapii. Na forum społeczności rozwiązuje się problemy osobiste, intymne, omawia sprawy

organizacyjne, planuje wspólne działania i wzajemnie pomagają odnaleźć i realizować zadania życiowe poszczególnych członków społeczności.

Czynniki lecznicze w społeczności terapeutycznej

Pytanie o czynniki lecznicze jest właściwym pytaniem o to, jakie warunki muszą być spełnione, aby człowiek zdrowiał, rozstał się z nałogiem rozwijał się i tworzył.

Często wygłaszany jest pogląd, że w społeczności terapeutycznej wszystko jest terapią. Stwierdzenie tyleż optymistyczne, co budzące nieufność. Przeciwnicy metody twierdzą, że kategoria „wszystko” jest zbyt ogólna i nie pozwala na rzetelną ewaluację. Uniemożliwia replikację metody i utrudnia przygotowanie personelu do pracy w tego rodzaju programach.. zwolennicy społeczności terapeutycznej za jej szczególny walor uznają możliwość odwoływania się w pracy z pacjentem do jego autentycznych doświadczeń i przeżyć, których na dodatek możemy być uczestnikiem i świadkiem jednocześnie. Bronią koncepcji o całodobowym oddziaływaniu terapeutycznym przekonując, że nawet proste czynności codzienne są dla członków społeczności prawdziwą kopalnią wiedzy na własny temat, a ilość i jakość kontaktów interpersonalnych – najlepszą szkołą społecznego przystosowania.

Pytanie o to, co się leczy w tym nieustannym, ciągłym procesie grupowym, owym mikrokosmosie społecznym, jest właściwie pytaniem o uniwersalne ludzkie potrzeby, o to, czy środowisko społeczności terapeutycznej pozwala je zaspokajać, bez czego niemożliwa jest wiara w wyzdrowienie, nadzieja na zmianę, odwaga przyznania się do błędów, ujawnienia czarnych stron samego siebie, złych i dobrych emocji i poszukiwania własnej drogi życiowej.

Podstawowym elementem terapeutycznym w społeczności terapeutycznej jest zatem terapia grupowa, a spotkania społeczności są intensywną formą grupowej psychoterapii, w której wyróżnić można 11 czynników leczniczych takich jak:

Wpajanie nadziei – na rozwiązywanie własnych problemów, poprawę samopoczucia itp.; nadzieja wpajana i podtrzymywana przez terapeutę i innych członków grupy, wyrażana jest w ustosunkowaniu się do celów terapii poprzez pryzmat oczekiwań członków społeczności, sprzyja wystąpieniu innych elementów leczniczych, a tym samym zwiększa efektywność grupowego oddziaływania.

Przekazywanie informacji – o zdrowiu i chorobie, o właściwościach funkcjonowania psychologicznego i społecznego; rady, sugestie dotyczące rozumienia i rozwiązywania życiowych problemów, które terapeuta i inni członkowie grupy przekazują pacjentowi, przyczyniają się do znacznego uświadomienia sobie istoty własnych zaburzeń. Zwiększają przez to prawdopodobieństwo rozumienia siebie i innych.

Uniwersalność problemów – pacjenci rozpoczynający terapię zwykle przekonani są o wyjątkowości swoich problemów, lęków, trudności i niepowodzeń. Czują się samotni, nieszczęśliwi izolowani od grupy ze względu na własną odmienność. Odkrycie, że pozostali członkowie grupy mają podobne problemy, czy czują podobnie, daje poczucie wspólnoty z

innymi, zapewnia bezpieczeństwo grupowe („wszyscy jedziemy na tym samym wózku”), co umożliwia, w dalszych etapach terapii, otwarcia się.

Altruizm – większość osób uzależnionych uważa, że nie zasługuje na uczucia innych, że nie jest dla innych wartością. Pomagając innym, osoby uzależnione mają okazję zwiększyć poczucie własnej wartości, odkryć, że można być dla kogoś ważnym i potrzebnym.

Korektywna rekapitulacja doświadczeń wczesnodziecięcych – jej aspekt leczniczy przejawia się przede wszystkim w znaczeniu, jakie ma uświadomienie sobie przez pacjenta, poprzez odtworzenie sytuacji przykrych z dzieciństwa, w bezpiecznej atmosferze, ich wpływu na rozumienie samego siebie, czyli genezy niektórych zaburzeń zachowania w stosunku do innych.

Socjalizacja – nabywanie nowych, efektywnych technik zachowań społecznych przyczynia się do usprawnienia funkcjonowania w środowisku zewnętrznym. Poprzez stosowanie odpowiednich technik (np. odgrywania ról w sytuacjach symulacyjnych) pacjenci mają okazję „wypróbować” swoje nowe zachowania, dostrzec jaki wpływ wywierają one na innych ludzi i jakie przynoszą korzyści im samym.

Zachowania naśladowcze – obserwacja zachowań terapeuty i innych członków grupy prowadzi do przyswojenia sobie określonych zachowań, gestów, sposobów wyrażania emocji i traktowania ich jak własne.

Interperencjalne uczenie się – trudno wyobrazić sobie, aby uczenie się umiejętności ważnych w kontaktach międzyludzkich mogło być prowadzone w samotności. Dzięki informacjom zwrotnym do innych i samoobserwacji członek społeczności staje się świadomy nie tylko znaczenia swoich zachowań interpersonalnych, ale także zaczyna zdawać sobie sprawę z wpływu własnego zachowania na uczucia innych i kształtowanie opinii związanych z jego osobą. Satysfakcjonujące relacje interpersonalne warunkują osłabienia lęku społecznego, a tym samym – podwyższenie samooceny, zwiększenie autonomii i skuteczności własnych działań.

Spójność grupy – wynika z ważności grupy i poszczególnych jej członków dla każdego z uczestników. W warunkach wzajemnej akceptacji i zrozumienia człowiek jest bardziej skłonny do wyrażenia i poznania samego siebie.

Katharsis – wiara w pozytywny efekt podjętej terapii umożliwia odreagowanie, poprzez ponowne przeżycie w atmosferze bezpieczeństwa, napięć związanych z problemami emocjonalnymi, a tym samym odblokowuje zdolności do pozytywnego przeżywania różnych sytuacji życiowych.

Uświadomienie sobie egzystencjalnych aspektów bytu – nieuchronności pewnych zjawisk ludzkiej egzystencji, takich jak ból czy śmierć, od których nie ma ucieczki; zdanie sobie sprawy z wyłącznej

odpowiedzialności za własne życie, niezależnie od tego, ile mogą pomóc nam inni, ułatwia przeniesienie zdobytych w grupie doświadczeń w realia życia codziennego.

Wiele badań przeprowadzonych w społecznościach terapeutycznych, których celem było określenie efektywności tej metody, wskazuje też na dodatkowe, niezwykle ważne czynniki terapeutyczne tkwiące w społeczności terapeutycznej, takie jak:

Substytut rodziny (aspekt bezpieczeństwa i wsparcia).

Stała, prosta filozofia.

Równowaga między demokracją, autonomią i terapią.

Uczenie się zachowań społecznych poprzez specyficzne interakcje.

Uczenie się poprzez sytuacje kryzysowe.

Terapeutyczny aspekt wszystkich rodzajów aktywności.

Odpowiedzialność za własne zachowanie.

Wzrost poczucia własnej wartości poprzez twórczy, aktywny udział w życiu społeczności.

Uzewewnętrznianie pozytywnych wartości.

Konfrontacja.

Pozytywna presja rówieśnicza.

Uczenie się rozumienia i wyrażania własnych emocji.

Zmiana wadliwych postaw społecznych.

Poprawa więzi rodzinnych.

Proces terapeutyczny jest tym efektywniejszy, im więcej czynników leczniczych czy terapeutycznych występuje w społeczności terapeutycznej.

Specyfikacja choroby uzależnieniowej (jej wieloaspektowość, negatywna stygmatyzacja społeczna, epidemiczność, nawrotowość itd.) sprawiają, że pacjent uzależniony od substancji psychoaktywnych jest najczęściej człowiekiem o słabej motywacji do zmiany, z wysokim poziomem lęku, słabo rozwiniętym wyobrażeniem na temat własnej przyszłości; jest słaby fizycznie, pozbawiony wiary i nadziei, samotny, przegrany, pełen bólu i roszczeń wobec świata i ludzi nieufny, pozbawiony miłości i ludzkiego szacunku. Jest osobą chorą na ciele i duszy. Wymaga zazwyczaj kompleksowej pomocy specjalistycznej, a jego powrót do zdrowia jest powolny i żmudny.

Relacja świadczeń zdrowotnych dla osób uzależnionych w warunkach społeczności terapeutycznej

Wybór odpowiednich procedur medycznych oraz określanie warunków, w jakich mogą być one realizowane, stanowią podstawę planowania skutecznych form pomocy społecznej osobom uzależnionym. Standardy świadczonych usług medycznych określać zatem powinny zarówno planowany efekt oddziaływań terapeutycznych (cel terapii), jak i sposoby realizacji świadczeń zdrowotnych podejmowanych ze względu na ów cel.

Leczenie uzależnień jest bardzo trudne ze względu na specyfikę samej choroby, trudności w jednoznacznym określeniu obrazu „wyzdrowienia” (zalecenia), a także konieczność zastosowania różnorodnych procedur medycznych w niezwykle starannie określonych warunkach zewnętrznych. Trudność leczenia wynika też, a może przede wszystkim z faktu, że postępy zależą przede wszystkim od woli i chęci samego zainteresowanego, a proces leczenia wymaga czasu.. dlatego też społeczność terapeutyczna, ze względu na działające w niej czynniki lecznicze, jest jednym z najbardziej korzystnych środowisk terapeutycznych umożliwiających realizację specjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Więcej – doświadczenie pokazuje, że stosowanie najbardziej nowoczesnych procedur medycznych bez zadbanie o środowisko terapeutyczne najczęściej skazane jest na niepowodzenie.

Na wysoki standard udzielania świadczeń zdrowotnych osobom uzależnionym w trybie stacjonarnym składają się:

Warunki zewnętrzne – w tym: organizacyjne, administracyjne, socjalne i finansowe.

Ilość i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych – ich:

- Dostępność,
- Zasadność,
- Adekwatność,
- Atrakcyjność,
- Efektywność,
- Koszt.

Profesjonalizm realizacji świadczeń zdrowotnych:

- Przygotowanie kadr (praca nad ich rozwojem, szkolenia, kształcenia itp.),
- Aktualizacja metod i technik,
- Kodeks etyczny,
- Monitoring i ewaluacja.

Dotychczasowe doświadczenia w realizacji programów leczniczych i rehabilitacyjnych osób uzależnionych upoważniają do stwierdzenia, że proces leczenia osoby uzależnionej jest przede wszystkim funkcją:

- Czasu,
- Warunków zewnętrznych,
- Indywidualnej postawy wobec leczenia osoby uzależnionej,
- Ilości i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Społeczność terapeutyczna opisana powyżej wydaje się idealnym środowiskiem terapeutycznym, zapewniającym właściwą realizację świadczeń zdrowotnych. Czas pobytu w społeczności pozwala na stopniowe wprowadzenie określonych procedur medycznych, uwzględniających stan zdrowia pacjenta, jego zaangażowanie w proces terapii, etap, na którym się aktualnie znajduje. Panujące w niej zasady, jej przejrzysta struktura oraz mnogość

czynników leczniczych stanowią idealne zabezpieczenia dla realizacji określonych procedur (terapii indywidualnej i grupowej, badań psychiatrycznych i psychologicznych itp.), a etapowość pobytu w społeczności pozwala precyzyjnie dobrać określone procedury do możliwości i stanu psychofizycznego pacjenta. Umiejętność doboru procedur odpowiednich do etapu terapii jest jednym z najważniejszych warunków skuteczności leczenia osób uzależnionych.

Świadczenia zdrowotne realizowane w warunkach społeczności terapeutycznych dzielą się na:

Świadczenia wstępne – obejmujące wszystkie procedury, które stosuje się wobec pacjentów rozpoczynających pobyt w placówce, najlepiej w okresie pierwszych 3-4 tygodni. Są to:

badania lekarskie (psychiatryczne i somatyczne) – diagnoza wstępna,
badania psychologiczne (diagnoza wstępna),
wywiady, konsultacje, interwencje socjalne (zbieranie danych, postępowanie diagnostyczne),
poradnictwo, terapia podtrzymująca i motywacyjna.

Świadczenia codzienne i okresowe – realizowane na poszczególnych etapach pobytu w społeczności, dostosowane do stanu zdrowia pacjenta, możliwości placówki, przygotowania kadry. Minimum obejmuje świadczenia codzienne i okresowe.

Świadczenia codzienne:

psychoterapia indywidualna,
interwencje kryzysowe,
psychoterapia grupowa (społeczność terapeutyczna, psychoterapia w formie zabawy itp.),
działania pielęgnacyjne,
inne leczenie rehabilitacyjne.

Świadczenia okresowe:

badania lekarskie,
badania psychologiczne,
ewaluacja postępów leczenia,
turnusy rehabilitacyjne.

Tak skonstruowany plan świadczenia określonych usług medycznych w warunkach społeczności terapeutycznej wprowadza w dotychczas istniejące modele określony porządek programowy. Pozwala nie tylko w sposób bardziej zdyscyplinowany realizować program leczenia, ale także kontrolować przebieg terapii.

Społeczności na całym świecie doskonalą metody pracy, głównie przez zwiększenie naturalności działań odchodząc od profesjonalizmu medycznego na rzecz rówieśniczych grup samopomocowych.

Jolanta Koczurowska