

# **CanaQass (Cannabis Psychosocial Treatment Output Quality Assessment)**

## **Metoda ewaluacji interwencji psychospołecznych wobec użytkowników cannabis w Polsce**

Raport z badania zlecony w formie zakupu usług przez Krajowe Biuro Przeciwdziałania Narkomanii  
Pracownia Rozwoju Osobistego

**Autorzy i autorki:** Marcin Deutschmann, Dariusz Parzych, Karolina Trościanka, Michał Wanke,  
Dariusz Zawora

Opole - Warszawa 2016-2017

<b>1. Metody i przebieg badania</b>	<b>4</b>
Problem badawczy, cel badań, obszary analizy	4
Metody, techniki badań, dobór próby oraz przebieg badań	5
Analiza danych zastanych	5
Badanie w działaniu	11
Organizacja	12
Kontekst wywiadu	13
Transkrypcja	13
Warsztaty deliberatywne	14
Pilotaż metodologii	15
Etyka	15
<b>2. Placówki terapii uzależnień w Polsce</b>	<b>16</b>
Szkolenie terapeutów - historia systemu szkoleń	16
System certyfikacji terapeutów	17
Finansowanie terapii	18
<b>3. Etapy terapii</b>	<b>19</b>
Etap wstępny - ustalenie stanu pacjenta, jego motywacji i celów	19
Etap introspekcji - uświadomienie pacjentowi uzależnienia oraz wpływu uzależnienia na niego samego	21
Koniec terapii	24
Ryzyko nawrotu	25
<b>4. Motywacja</b>	<b>28</b>
Motywacja zewnętrzna	28
Źródła motywacji zewnętrznej	31
Motywacja zewnętrzna/wewnętrzna -zmiana i jej znaczenie w procesie terapeutycznym	41
Motywacje wewnętrzne	47
Dynamika motywacji	50
Czynniki wpływające na wzrost motywacji klienta	50
Terapeuta a dynamika motywacji	53
Czynniki wpływające na spadek motywacji klienta	55
Motywacja klienta a etapy terapii	58
<b>5. Cele terapii</b>	<b>63</b>
Określanie celów terapii jako proces	63
Cele główne terapii i cele pośrednie	66
Powrót do funkcjonowania w społeczeństwie	70
Realizacja celów	71
<b>6. Czynniki wpływające na przebieg terapii.</b>	<b>72</b>
Czynniki występujące przed przystąpieniem do terapii.	72
Aspekty związane ze specyfiką substancji	72
Udział środowiska zewnętrznego (rodzina, bliscy znajomi, otoczenie) w podjęciu decyzji o rozpoczęciu terapii	74

Wyobrażenia klientów na temat terapii	76
W trakcie terapii	78
Organizacja	78
Rola wspólnych aktywności w kontaktach z innymi	80
Utrudniają wejście w proces terapeutyczny duże grupy/społeczności	81
Otoczenie w terapii	81
Oddziaływanie społeczności terapeutycznej	83
Wycofywanie się jako sygnał ostrzegawczy problemów	86
Relacja terapeutyczna	88
Po terapii	92
Podsumowanie	94
<b>7. Możliwości oceny terapii</b>	<b>96</b>
Ewaluacja terapii	96
Ewaluacja terapeutów	97
Ewaluacja terapeutów wykonywana przez pacjentów	98
Wzajemna ocena terapeutów	98
Autoewaluacja	99
Certyfikacja terapeutów	100
Superwizja	103
Skutki prowadzenia ewaluacji	105
Skuteczność terapii	106
Miary oceny terapii – jak, czym mierzyć?	108
<b>8. Potencjalne kryteria oceny - podsumowanie raportu</b>	<b>111</b>
Osiągnięcie celów jako podstawowe kryterium oceny terapii	112
Zmiany postaw wobec używania	113
Zmiany zachowań i stylu życia	114
Zmiany w zarządzaniu emocjami	114
Zmiany w kompetencjach (społecznych)	114
Zmiany w relacjach	115
Zmiany w motywacjach	115
Świadomość (zmiany)	115
Nieosiągnięcie celów i inne wskaźniki negatywnej oceny terapii	116
Znaczenie abstynencji	116
Problem indywidualnego charakteru terapii	117
Ocena relacji z terapeutą	118
Horyzont czasowy oceny terapii	118
Terapeuta może oceniać postępy	120
<b>Podsumowanie</b>	<b>121</b>
<b>9. Ewaluacja ongoing pilotażu CanaQaas</b>	<b>122</b>
Problematyczność założeń pomiaru z użyciem narzędzi CANAQASS	123
Ryzykowna nieprzekładalność perspektyw	124
Problematyczne wdrażanie i używanie narzędzi CANAQASS	125



# 1. Metody i przebieg badania

## Problem badawczy, cel badań, obszary analizy

Przedmiotem zadania było opracowanie przejrzystej, optymalnie zaprojektowanej i standaryzowanej metodologii ewaluacji terapii użytkowników cannabis. Odbiorcami i użytkownikami proponowanego narzędzia są terapeuci, kierujący ośrodkami oferującymi terapie, lokalni decydenci, którzy będą mogli przy najniższym nakładzie pracy uzyskać o swoich programach rzetelne, zniuansowane, a przede wszystkim porównywalne dane, w oparciu o które będą mogli podejmować decyzje dotyczące swoich klientów, zarządzania ośrodkami i lokalnymi politykami redukcji szkód. Uzasadnienie stworzenia metodologii oceny efektywności terapii użytkowników cannabis w Polsce to brak i potrzeba polityki opartej na dowodach, dotycząca terapii oraz kompatybilność z europejskim systemem monitorowania skuteczności terapii.

Podstawowym celem realizowanego projektu jest opracowanie instrukcji użycia proponowanej metodologii przez interesariuszy (terapeutów, zarządzających podmiotami realizującymi terapie, decydentów) wydana cyfrowo z załącznikami w postaci gotowych do użycia narzędzi badawczych i schematów analizy i interpretacji wyników.

Problem badawczy koncentrował się na pytaniu, w jaki sposób możliwe jest opracowanie metody oceny efektywności terapii. Jego konceptualizacja pozwoliła wyodrębnić szczegółowe zagadnienia wymagające analizy:

1. Definicje terapii i jej cele
2. Motywacje do podejmowania terapii (wewnętrzne/zewnętrzne)
3. Kryteria wyboru (miejsca) terapii
4. System kształcenia terapeutów
5. System i struktura terapii w Polsce (w tym sposoby finansowania i dostępność)
6. Różnice w wyobrażeniu o terapii klientów i terapeutów
7. Dynamika motywacji w terapii
8. Definicje sukcesów i porażek oraz bariery i katalizatory terapii
9. Przerwanie terapii
10. Typologie klientów, typologie terapeutów
11. Metody, podejścia i ideologie dot. terapii
12. Informacja zwrotna w terapii
13. Rola placówek i ich charakterystyki
14. Relacje z klientami, w tym relacje po zakończeniu terapii

## 15. Relacje z terapeutami

## 16. Możliwości ewaluacji terapii

Badaniu poddano zarówno aktywnych, jak i biernych uczestników procesu terapii, od klientów i terapeutów po decydentów realizujących określone polityki oraz bliskie osoby dla klientów i byłych klientów terapii, których perspektywa stanowi spojrzenie jakby z boku.

Podobnie - zgodnie z założeniami projektu - poddano analizie dane zastane, zarówno naukowy dyskurs dotyczący terapii w Polsce, jak i opinie na jej temat formułowane przez użytkowników forów internetowych związanych tematycznie z substancjami psychoaktywnymi.

Na tym etapie badania nie stawiano żadnych hipotez, ani nie czyniono rozstrzygających założeń, starając się - w ramach projektowanych możliwości realizacyjnych - możliwie otwarcie podejść do istniejących i możliwych do wywołania danych, tak żeby eksplorować relatywnie skąpo opisany świat terapii substancji uzależnień.

Zgodnie z założeniami projektu, dla zawężenia tematu - który jest wielowątkowy i wieloaspektowy, zdecydowano się koncentrować na użytkownikach pochodnych cannabis. Praktyka badawcza pokazała jednak, że może to stanowić punkt wyjścia, ale w rzeczywistości, ci, którzy podejmują leczenie rzadko kiedy są klientami terapeutów tylko i wyłącznie ze względu na problemy związane z używaniem marihuany.

Następnie w wyniku analizy tematy badania zawężono (skoncentrowano) na następujących zagadnieniach istotnych i możliwych do oceny terapii w czasie jej trwania:

1. Znaczenie etapowości terapii
2. Motywacje klienta i ich dynamika
3. Cele terapii i ich zmienność
4. Utrudnienia i ułatwienia w terapii
5. Możliwości i kryteria oceny terapii

## **Metody, techniki badań, dobór próby oraz przebieg badań**

W zrealizowanym projekcie badawczym zastosowano różne metody badań jakościowych uzyskując dzięki temu zróżnicowany materiał empiryczny pozwalający na wielowymiarową analizę. Przeprowadzono analizę danych zastanych, dowiadując się jednak niezmiernie mało o terapii, co pokazuje, że jest to obszar wymagający większego zaangażowania badawczego w Polsce. Następnie opracowano narzędzia badawcze do pierwszej zasadniczej części badania - tj. wywiadów.

## **Analiza danych zastanych**

Wykonane zadania:

1. Konceptualizacja zadania
2. Budowa korpusu danych o terapiach w PL (kwerendy)
3. Budowa korpusu danych relacji użytkowników z głębokich sieci
4. Analiza zebranych danych (w tym dobór próby)
5. Opracowanie wytycznych do budowy narzędzi w partycypacyjnej części badania

W pierwszym etapie badania, analizie zostały poddane pozyskane dane ilościowe i jakościowe dotyczące terapii realizowanych z klientami używającymi cannabis w Polsce. W tym, do korpusu danych zostały włączone opisy udziału w terapiach użytkowników głębokich sieci relacjonujących swoje przeżycia związane z używaniem substancji psychoaktywnych.

Strategia analityczna (metody mieszane) to umiarkowana indukcja, bez prekonceptualizacji: poszukiwano ukrytych i jawnych założeń terapii, motywacje zaangażowanych stron i zakładane rezultaty oraz została podjęta próba mapowania struktury terapii użytkowników cannabis w Polsce. Do analizy danych zastanych wykorzystano oprogramowanie do analizy jakościowych CAQDA (Atlas.ti), a do stworzenia korpusu danych - kwerendy w internecie.

W analizach typu desk research wykorzystywano tak zwane „dane wtórne”, czyli informacje, które w różnej postaci były dostępne w momencie realizacji badania:

- publikacje udostępniane przez jednostki związane z działaniami na rzecz polityki przeciwdziałania narkomanii,
- publikacje i raporty z wynikami wcześniej zrealizowanych badań,
- artykuły i publikacje związane z tematyką terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych.

Publikacje wyłoniono w ramach eksploracji materiałów pod kątem opisu metod oddziaływań psychospołecznych, będących dominującą formą pracy w terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych, ze szczególnym uwzględnieniem marihuany.

Analizie poddano 25 publikacji:

- P 1: Całkowita abstynencja czy redukcja szkód – różne strategie
- P 2: Jolanta Rogala-Obłękowska Problemy z oceną skuteczności programów terapii uzależnień
- P 3: Co mówią wyniki badań o szkodliwości zażywania marihuany. Przegląd badań

- P 4: System szkoleń i certyfikacji - perspektywa historyczna i możliwości rozwoju
- P 5: Czynniki kształtujące opinię o legalizacji
- P 6: Kannabis biochemia, farmakologia, toksykologia
- P 7: Konsekwencje używania i nadużywania marihuany
- P 8: Całkowita abstynencja czy redukcja szkód – różne strategie 1
- P 9: Kwestionariusz skuteczności psychoterapii
- P10: Podwójna diagnoza
- P11: Psychoterapia jako dyskurs kulturowy
- P12: Roślinne środki odurzające – aktualnie obowiązująca lista
- P13: Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych i używania
- P14: Współczesne obrzeża terapii uzależnień
- P15: Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i niechemicznych
- P16: CANDIS
- P17: Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i niechemicznych 1
- P18: Informator\_Narkomania\_gdzie\_szukac\_pomocy 2015
- P19: KBdsPN\_narkomania\_gdzie\_szukac\_pomocy 2011
- P20: national\_raport\_2014\_r
- P21: POSTAWY WOBEC NARKOTYKÓW - cbos
- P22: raport\_nar\_2016 - raport europejski
- P23: World\_Drug\_Report\_2014\_web
- P24: raport\_rpou\_czesc\_lecznicza(1)
- P25: Używanie pochodnych konopi. Cz. I. Nowy wymiar zjawiska(2)



Analizowane rodziny tematów:

1. Statystyki i dane liczbowe o używaniu narkotyków i rynku narkotykowym
2. Powody trwania w nałogu
3. Postawy użytkowników
4. Finansowanie terapii
5. Skuteczność terapii
6. Proces tworzenia terapii i stojące za nim postrzeganie substancji psychoaktywnych i uzależnienia
7. Rodzaje terapii
8. Niedobory pewnych rodzajów terapii, monopol innych
9. Rodzaje strategii terapeutycznych
10. Społeczność terapeutyczna
11. Dialog motywujący
12. Rola motywacji
13. Rodzina i bliscy w terapii
14. Redukcja szkód
15. Zaufanie w terapii
16. Kontakt terapeutyczny
17. Powracanie do terapii, powracanie do używania
18. Ewaluacja terapii i pracy terapeutów
19. Kwalifikacje kadry terapeutycznej i zarządzającej

Dokonano też przeglądu struktury terapii uzależnień. Spośród osób podejmujących leczenie w ciągu roku :

- 34,6% to pacjenci uzależnieni od konopi indyjskich, którzy rozpoczęli leczenie (2483 osób);

- 44,6% pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie po raz pierwszy (1540 osób);
- 25% pacjenci, leczeni uprzednio (877 osób).

Podział typologiczny (nierozłączny) kształtuje się natomiast następująco:

1. terapia rezydencjalna
2. terapia ambulatoryjna
3. terapia substytucjonalna
4. terapie oparte na filozofii całkowitej abstynencji a terapie oparte na filozofii redukcji szkód.

Inne źródła danych zastanych stanowiła analiza forów internetowych używanych przez deklarujących korzystanie z substancji psychoaktywnych oraz wcześniej realizowane projekty badawcze.

Dane dotyczące doświadczeń w terapii uzależnień użytkowników forum Hyperral pozyskano ze strony internetowej: <https://hyperreal.info/talk/>.

Na tym etapie badań dane pozyskano z największego forum internetowego w Polsce o nazwie Hypereal, gdzie w wyniku celowego doboru tematów i słów kluczowych wyłoniono i wybrano wątki nawiązujące do doświadczeń użytkowników forum w zakresie terapii uzależnień. Wyboru celowego dokonali badacze, przeglądając zbiór wątków, wyszukując treści, które zawierały m.in. takie słowa kluczowe jak:

- terapia,
- terapia uzależnień,
- skuteczna terapia,
- leczenie,
- terapeuta.

W ten sposób dobrano zbiór wątków spełniających powyższe kryteria. W celu przetwarzania zbioru danych stworzono autorskie oprogramowanie w języku Python, które pozwoliło zautomatyzować pobieranie danych ze strony internetowej forum na podstawie wyznaczonego zbioru wątków. Następnie dokonano analizy składniowej danych wejściowych w celu określenia struktury, na

podstawie której odpowiednio przygotowane oprogramowanie przetworzyło pobrany zbiór dokumentów (html), na tekst nadający się do dalszej, jakościowej analizy materiału (Atlas.ti).

W efekcie dokonano analizy następujących tematów dyskusji (nazwy oryginalne):

1. P 1: 1.Ośrodki Leczenia Uzależnień - skuteczność, atmosfera, warunki
2. P 2: 2.Detox\_od\_trawy-01
3. P 3: 2.Detox\_od\_trawy-02
4. P 4: pocztek\_drogi
5. P 5: 4.Co musi się stać, abyś rzucił(a) narkotyki
6. P 6: 5.Rozmowy o narkotykach z rodzicami i osobami bliskimi
7. P 7: 6 Psycholog, psychiatra
8. P 8: 7. Samodzielne przezwyciężanie uzależnienia

Analiza danych pozyskanych z wątków forów internetowych pozwoliła wyodrębnić ponad 500 szczegółowych kategorii<sup>[1]</sup>, które następnie pogrupowano w następujące rodziny tematyczne:

1. Używanie substancji - szeroki kontekst
2. Motywacje podejmowania terapii
3. Sposoby samodzielnego regulowania używania
4. Środowisko/otoczenie w miejscu zamieszkania
5. Sposoby prowadzenia terapii
6. Rola rodziny i otoczenia w podejmowaniu decyzji o zaprzestaniu używania
7. Postawy wobec substancji psychoaktywnych (jako kontekst terapii)
8. Wybieranie ośrodka (proces decyzyjny)
9. Strategie rozmów o substancjach psychoaktywnych z bliskimi
10. Relacje z terapeutami
11. Życie w ośrodku

12. Racjonalizacja używania substancji psychoaktywnych

13. Racjonalizacje niepodejmowania terapii

14. Porównanie terapii i ośrodków

Do pracy konceptualnej wykorzystano również zebrany materiał badawczy w ramach projektu badawczego pn. *Konstruowanie poczucia kontroli użytkowników nad marihuaną i kontekst nie-legalności*, którego celem było rzetelne poznanie dynamiki bycia użytkownikiem marihuany i próba rekonstrukcji procesu budowania kontroli nad używaniem marihuany. Badanie miało charakter jakościowy z wykorzystaniem metody biograficznej. W ramach projektu przeprowadzono wywiady indywidualne biograficzne i kierowane oraz zogniskowane wywiady grupowe. Badaniu zostali poddani: użytkownicy marihuany, byli użytkownicy marihuany, osoby z otoczenia użytkownika, dilerzy oraz terapeuci.

W ramach ponownej analizy, zidentyfikowano i wyodrębniono materiał badawczy dotyczący tematów związanych z podejmowaniem terapii i spekulacji na temat ew. potrzeby terapii.

Wykorzystano także dane pozyskane z badania: *Analiza dyskursu nielegalnego rynku narkotykowego w sieci, na podstawie badań największego forum dotyczącego substancji psychoaktywnych*. Przedmiotem badania był proces wytwarzania wiedzy o nielegalnym rynku narkotykowym. Celem projektu była rekonstrukcja struktury dyskursu nielegalnego rynku narkotykowego na przykładzie forum substancji psychoaktywnych Hyperreal: <http://talk.hyperreal.info>. Realizowane badanie miało charakter eksploracyjny z wykorzystaniem metody wirtualnej etnografii, czyli poznawania, rozumienia, opisywania i interpretowania zjawisk i ludzi na podstawie dających się zaobserwować w Internecie efektów aktywności użytkowników. W ramach ponownej analizy, zidentyfikowano i wyodrębniono materiał badawczy dotyczący terapii, autoterapii, motywacji do niej i projektowanych wizji interwencji terapeutycznych.

W wyniku analizy w pierwszej części badania (szczegółowy opis i wnioski z badania danych zastanych - w raporcie końcowym) opracowano zbiór 4 rodzajów scenariuszy do wywiadów z 4 typami uczestników procesu terapii. Ich struktura różni się w zależności od typu badanego (i formy zaangażowania w proces terapii), ale wszystkie zachowują rdzeń tematyczny zaproponowany w konceptualizacji i rozbudowany tematy uzyskane w analizie danych zastanych. Scenariusze do wywiadów znajdują się w załącznikach.

### **Badanie w działaniu**

W zasadniczej części projektu, wybrano ośrodki/placówki realizujące terapię i wykonano następujące działania:

1. Dobór przypadków i rekrutacja do badania i organizacja badania
2. Realizacja badań partycypacyjnych w 4 podmiotach realizujących terapię
3. Transkrypcja wywiadów i przygotowanie danych do analizy
4. Analiza zebranego materiału

Druga część zrealizowanego badania (Partycypacyjne badanie w działaniu (*participatory action research*) wybranych programów terapeutycznych) miała charakter jakościowy z wykorzystaniem techniki ustrukturyzowanych wywiadów indywidualnych.

Badaniu zostało poddanych:

1. 16 terapeutów, w tym terapeuci zarządzający placówkami
2. 16 obecnych klientów
3. 6 byłych klientów
4. 6 bliskich klientów (otoczenie)
5. 4 decydentów

Dobór próby przebiegł dwuetapowo: w pierwszej kolejności dokonano celowego wyboru placówek ze względu na kryteria wyłonione w analizie. Zrekrutowano decydentów na poziomie krajowym i wojewódzkim, ośrodki leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego, w małych miejscowościach w dwóch różnych województwach oraz ośrodki w dużym i średnim mieście w dwóch różnych województwach. Ośrodki różnicowano również ze względu na instytucję prowadzącą (stowarzyszenie, firma) i charakter finansowania terapii (refundowane przez NFZ, płatne na zasadach komercyjnych). W sumie badania realizowano na terenie województw: Dolnośląskiego, Mazowieckiego, Opolskiego i Zachodniopomorskiego.

Po nawiązaniu kontaktu i uzyskaniu zgody na prowadzenie badania rozpoczynano badania od decydentów i terapeutów, a następnie uzyskiwano zgody i kontakt do klientów terapii oraz do byłych klientów, a także do osób z otoczenia społecznego klientów.

W rekrutacji do udziału w badania kierowano się przede wszystkim kryterium dobrowolności, ze względu na niezwykle drażliwy temat wywiadów. Wszyscy uczestnicy udzielili świadomej zgody na udział, a klienci i byli klienci oraz ich bliscy byli pytani o zgodę na kontakt z badaczami.

### *Organizacja*

Przed realizacją badania, osoby moderujące rozmowy zostały przeszkolone w zakresie metodologicznej poprawności realizacji wywiadu, zostały też dodatkowo uczulone na ewentualne trudności wynikające z kontaktu z osobą badaną. Było to związane z intymnością sytuacji wywiadu, szczególnie z klientami terapii, która niosła ryzyko relacji przypominającej quasi-terapeutyczną.

Starano się zachowywać świadomość zachodzących mechanizmów psychologicznych, mogących mieć wpływ na jakość realizowanego wywiadu i jakość kontaktu z osobą badaną. Chociażby z tego względu traktowano każdy wywiad jako wyjątkowe i indywidualne spotkanie, do którego podchodzono z wielką starannością od strony warsztatu badacza, dla którego dobro i bezpieczeństwo badanego jest sprawą najważniejszą.

W trakcie realizacji badania dokonano przesunięć w liczbach wywiadów realizowanych z poszczególnymi kategoriami badanych. Układ proporcji został częściowo zmodyfikowany ze względu na trudności w rekrutacji (osób bliskich klientów). Jednak główna przyczyna była związana z jakością materiałów badawczych, jakie uzyskano w w/w grupach. Realizacja wywiadów pokazała, że najbardziej zgodny z celami, materiał badawczy, który będzie zbliżał zespół do osiągnięcia przyjętych celów z założeń projektu możliwy będzie do uzyskania szczególnie od głównych uczestników procesu terapeutycznego - terapeutów oraz klientów.

#### *Kontekst wywiadu*

Czas i miejsce wywiadu były określane przez samych badanych, tak by wszystkie możliwe do zidentyfikowania czynniki (czas, tło, miejsce, klimat) dawały im poczucie komfortu i bezpieczeństwa rozmowy. Osoby prowadzące wywiady dołożyły wszelkich starań, by interakcja przebiegała naturalnie, w swobodnej atmosferze z podkreśleniem pełnej anonimowości osób badanych. Dołożono starań aby rozmowy nie były prowadzone w obecności osób trzecich, jak również w miejscach gdzie wywiad mógłby być w jakiś sposób zakłócony lub przerwany.

#### *Transkrypcja*

Przeprowadzone wywiady zostały zarejestrowane przy użyciu dyktafonów, następnie nagrania poddano transkrypcji. Transkrypcje zostały przeprowadzone z zachowaniem naturalnej wymowy błędów gramatycznych, stylistycznych oraz dźwięków paralingwistycznych jak śmiech, odchrząkiwanie, westchnienie. Informacje identyfikujące badanych (nazwiska, nazwy miejsc) zostały zapisane za pomocą nawiasów kwadratowych i opisane pospolitym rzeczownikiem: [imię i nazwisko], [pseudonim], [nazwa miejscowości], co uniemożliwia ich rozpoznanie. Za pomocą nawiasów trójkątnych <> zapisane zostały momenty ciszy. Liczba w nawiasie oznacza długość trwania pauzy, mierzoną w sekundach. Pustym nawiasem okrągłym () oznaczone zostały niezidentyfikowane słowa w wywiadach, natomiast słowa umieszczone w nawiasach okrągłych to wyrazy zgadywane, które pomimo ewentualnych zniekształceń można rozpoznać. W nawiasach

kwadratowych [ ] zostały zapisane zjawiska pozawerbalne i wokalne, które przerywały wypowiedź, takie jak [pukanie do drzwi], [odchrząkiwanie].

Wyjątkiem jest wywiad 38-terapeuty, w którym badana nie zgodziła się na nagrywanie i w efekcie moderator zarejestrował wywiad w formie notatek.

### **Warsztaty deliberatywne**

Oparte na doświadczeniach realizatorów z metodami deliberatywnymi (*Deliberative Polling*™) twórcze warsztaty angażujące przedstawicieli wszystkich grup interesariuszy oparte na wypracowanych we wcześniejszej części badania. W ten sposób dane i wnioski z badania w części 1 i 2 mogły zostać poddane krytycznej i konstruktywnej ewaluacji, a sami zaangażowani mieli wpływ na wygląd projektowanej metodologii. Przebieg warsztatów był moderowany przez badaczy i został zarejestrowany, transkrybowany, a następnie poddany analizie jakościowej CAQDA (Atlas.ti).

Dokonano doboru celowego - rekrutując spośród uczestników 2. części badania dwa podmioty (poradnię stacjonarną i ambulatoryjną):

- i. 15 klientów,
- ii. 11 terapeutów (w tym decydenci).

Scenariusz warsztatu (por. aneks) opracowano w oparciu o wyniki analizy z wcześniejszych części badania i przewidywał dwuetapową pracę. W pierwszej części uczestników dzielono na grupy i pracowali oni z moderatorami. Celem zadania była rekonstrukcja przebiegu terapii, w podziale na wyłonione na wcześniejszych etapach analizy tematy: etapów terapii, motywacji do terapii, celów terapii i sukcesów (oraz porażek) w terapii, a także komunikacji w terapii. Badani rysowali schematy w grupach prowadząc dyskusje. Ich przebieg był poddawany analizie, a rysunki pozwalały utrzymać dyskusję w ramach tematycznych i łączyć wnioski pomiędzy tematami.

W drugiej fazie warsztatów każda z grup prezentowała wyniki swojej analizy. Mieli odpowiedzieć na pytanie nie tylko, jak przebiega i z jakich elementów składa się terapia, ale także odpowiedzieć na pytanie, co jest najważniejsze w terapii? W ten sposób stymulowano dyskusję o najważniejszych kryteriach oceny.

Aby podnieść rangę wydarzenia i motywować badanych do pracy, prezentacja wyników odbywała się w obecności dwojga osób przedstawianych jako eksperci: badacza (z zespołu) oraz psychologa (terapeuty z placówki), którzy moderowali dyskusję odpowiadając na uwagi uczestników.

Praca warsztatowa trwała około 3 godzin (z przerwami). Całość nagrywano i spisano, a następnie poddano analizie wraz z pozostałym zbiorem danych.

W toku tej analizy opracowano dane w obszarach tematycznych, które stanowią strukturę niniejszego raportu:

1. Etapy terapii (rozdział 3.)
2. Motywacje w terapii (rozdział 4.)
3. Cele terapii (rozdział 5.)
4. Ułatwienia i przeszkody w terapii (rozdział 6.)
5. Możliwości oceny terapii (rozdział 7.)
6. Kryteria oceny terapii (rozdział 8.)

W oparciu o wnioski z raportu opracowano metodologię i narzędzie CanaQass.

## Pilotaż metodologii

Wypracowaną propozycję narzędzi CanaQass przetestowano w dwóch placówkach pracując z 6 klientami, ich terapeutami oraz otoczeniem. Ze względów na dostępność i chęć do wzięcia udziału w pilotażu, zmodyfikowano planowaną strukturę badanych zachowując (nieznacznie zwiększając) ich liczbę.

W pilotażu udział wzięło:

1. 3 terapeutów prowadzących
2. 6 klientów (4 w trakcie terapii, 2 rozpoczynających)
3. 5 osób z otoczenia klientów.

Zrezygnowano z udział decydentów, którzy mogą być zainteresowani dopiero skumulowanymi wynikami zbiorczymi. W pracy z pilotażową wersją metodologii brała udział ewaluatorka, która uczestniczyła w pracach zespołu badawczego wcześniej. Efekt jej pracy przedstawiono w rozdziale 9. niniejszego raportu.

Na podstawie uwag uczestników pilotażu i we współpracy z ewaluatorką wprowadzono znaczące poprawki do narzędzi badawczych i instrukcji.

## Etyka

W przypadku wywiadów pogłębionych kluczowe było zagwarantowanie poczucia bezpieczeństwa badanym i w konsekwencji wytworzenie atmosfery zaufania sprzyjającej szczegółowemu pogłębieniu odpowiedzi. Rekonstruowane w trakcie wywiadu osobiste - niejednokrotnie trudne emocjonalnie - doświadczenia z terapią uzależnień wymagały od prowadzących wywiady szczególnego przygotowania zakładającego z jednej strony wysoki poziom empatii i zrozumienia, a z drugiej umiejętność dystansowania się od badanego i problemu, aby maksymalnie wysycić tematy zawarte w scenariuszu wywiadu. Badani zostali zapewnieni o całkowitej anonimowości wywiadu oraz poufności pozyskanych informacji.

Podobnych zasad przestrzegano prowadząc warsztaty i pilotując narzędzie. Również w instrukcji zamieszczono stosowne wskazówki dla użytkowników narzędzia.

Na etapie analizy anonimowość osiągnana była najpierw na etapie rejestrowania wywiadu - nie nagrywano żadnych danych osobowych badanego, następnie w procesie transkrybowania wywiadu. Nagrania zostały zarchiwizowane przez zespół badawczy i nie będą udostępniane osobom trzecim.



## **2. Placówki terapii uzależnień w Polsce**

Zgodnie z danymi zawartymi w informatorze z 2015 roku pt.: "Narkomania. Gdzie szukać pomocy?", w Polsce jest kilka różnych rodzajów placówek udzielających pomocy i wsparcia osobom z problemem narkotykowym. Są to ośrodki ambulatoryjne, stacjonarne, oddziały detoksykacyjne, placówki prowadzące badania na obecność HIV, hostele i mieszkania readaptacyjne dla osób, które po terapii muszą zaadaptować się ponownie do społeczeństwa, placówki dla osób z podwójną diagnozą, ośrodki oferujące leczenie substytucjonalne, programy redukcji szkód. Oprócz tego organizowane są również spotkania Anonimowych Narkomanów.

### **Szkolenie terapeutów - historia systemu szkoleń**

Serwis informacyjny Narkomania Nr 4(64)2014, "System szkoleń i certyfikacji - perspektywa historyczna i możliwości rozwoju"

Oczekiwania środowiska terapeutycznego dotyczące wprowadzenia systemu kształcenia w dziedzinie terapii uzależnienia od narkotyków zainicjowały podjęcie w 2000 roku starań Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w zakresie wprowadzenia odpowiednich uregulowań prawnych. KBPN szczególny nacisk położył na umocowanie przepisów dotyczących systemu szkoleń i certyfikacji w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii. Starania KBPN zaowocowały powstaniem przepisów, na mocy których postępowanie certyfikujące w dziedzinie uzależnienia zostało powierzone dyrektorowi KBPN. Trzyetapowa struktura szkolenia (część teoretyczno-warsztatowa, staż kliniczny i superwizja kliniczna), którą ustalono wówczas w szczegółowym regulaminie obowiązuje do dnia dzisiejszego. W tym czasie, sprawy dotyczące postępowania zatwierdzającego i certyfikującego programy specjalistyczne minister zdrowia konsultował z Radą ds. Certyfikacji Programów Szkoleniowych, która pełniła funkcję organu opiniodawczo-doradczego do 2005 roku. Po nowelizacji ustawy zrezygnowano z powoływania Rady, a opiniowanie programów szkoleń powierzono Komisji Konkursowej, którą corocznie powołuje dyrektor KBPN.

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii określiła katalog studiów, po jakich można się ubiegać o tytuł specjalisty, a rok później, w 2006 roku, ukazało się Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szkoleń w dziedzinie uzależnienia. Ustalone zostały dwa moduły szkoleniowe – moduł I dla osób ze stażem pracy w terapii poniżej dwóch lat i moduł II dla osób z doświadczeniem większym niż dwa lata. Zarówno moduł I, jak i II obejmuje kilkaset godzin zajęć dydaktycznych (proporcje są zależne od doświadczenia oraz od tytułu, o jaki stara się uczestnik szkolenia). Moduły obejmują zajęcia z psychopatologii i warsztaty, w czasie których rozwijane są umiejętności interpersonalne, a także podstawy pracy indywidualnej z pacjentem. Obowiązkowym elementem

modułu I szkolenia jest odbycie stażu klinicznego w jednej ze stacjonarnych rekomendowanych placówek, gdzie uczestnik szkolenia zapoznaje się ze specyfiką pracy z osobami uzależnionymi i ma możliwość zastosowania poznanych metod w praktyce. W module II zawarte są zajęcia dydaktyczne, w tym zajęcia teoretyczne i treningi psychologiczne, warsztaty, staż i superwizja.

Wraz z kolejnymi nowelizacjami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wprowadzone zostały zmiany dot. dofinansowywania terapii oraz możliwości uzyskiwania tytułu specjalisty. Zalecany dotychczas katalog studiów niezbędny do ubiegania się o status certyfikowanego specjalisty przestał obowiązywać, a co za tym idzie, każda osoba z tytułem magistra ma szansę starać się o zostanie specjalistą.

## **System certyfikacji terapeutów**

Ośrodki szkolące terapeutów wybierane są w drodze konkursu, który odbywa się raz do roku. Zwykle nowy podmiot realizujący szkolenia otrzymuje rekomendację na jeden cykl szkoleniowy, a później, jeżeli się sprawdzi, na dłuższy okres, np. pięć lat. W ofertach konkursowych podmioty są zobowiązane przedstawić m.in. szczegółowy program szkolenia, który zostaje następnie poddany pod ocenę komisji konkursowej. Komisja decyduje, który program powinien zostać rekomendowany. Podmiot otrzymuje informację zwrotną, co powinno zostać w programie poprawione.

Za szkolenie płaci podmiotowi realizującemu uczestnik szkolenia. Samo szkolenie składa się z trzech części: teoretyczno-warsztatowej, stażu klinicznego i superwizji klinicznej. Staż kandydata opłaca, z pieniędzy wpłaconych przez uczestnika, podmiot realizujący szkolenie. Cały proces certyfikacji terapeuty nie powinien trwać dłużej niż 4 lata. Istnieje wymóg aktualizowania programów szkoleniowych przez podmioty realizujące, aby utrzymać nad tym kontrolę, rekomendacje nie są przyznawane na zbyt długi czas. Dzięki temu podmioty muszą co jakiś czas aktualizować swój program.

Egzaminy kończące szkolenie są organizowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii dwa razy w roku. Efekty szkolenia są weryfikowane w dwóch etapach – podczas egzaminu pisemnego i egzaminu ustnego. Egzamin ustny, do którego mogą przystąpić osoby z pozytywnym wynikiem egzaminu pisemnego, polega na obronie studium przypadku, które na wcześniejszym etapie zostało pozytywnie zrecenzowane, a także na ustnej odpowiedzi na pytania zadawane przez członków Komisji.

## Finansowanie terapii

Terapia może być finansowana prywatnie bądź ze środków publicznych, a konkretnie z Narodowego Funduszu Zdrowia. Jak stwierdza jedna z naszych badanych w kwestii finansowania terapii, *to wszystkie [terapię - przyp. aut.], które są ustalane naukowo są dofinansowywane w ogóle gdzieś tam. Jest tak, że to nie tylko, te warunki mniej dotyczą chyba metod, ale bardziej np. czy czasu trwania. Albo kompetencji osób, które to przeprowadzają. Niemniej jednak chyba też tak jest, że na pewne rzeczy się nie daje* (P7).

Ponieważ są to środki publiczne, muszą być wydatkowane efektywnie oraz w miarę możliwości transparentnie. Dlatego Narodowy Fundusz Zdrowia jasno określa reguły finansowania odnośnie tego, co jest terapią i może być dofinansowywane, a co nie. Jednak pojawiają się głosy krytyczne odnośnie tego, na jakie terapie przeznaczają się więcej środków, a na jakie mniej. Kontrowersje budzi nie tylko finansowanie samej terapii, ale również profilaktyki. Problemem jest, że na poziomie samorządów gminnych brakuje większej kontroli nad wydatkowaniem pieniędzy, które otrzymują one na profilaktykę. Jak relacjonuje jeden z badanych, finansowane zadania często nie są spójne z krajową polityką antynarkotykową: *Wiesz jak one nie biorą tej wojewódzkiej, to tym bardziej co ich obchodzi jakaś polityka Narodowego Funduszu Zdrowia, czy jakichś innych rzeczy. Oni wiedzą, co mogą finansować, a czego nie* (P7). Wiele gmin przeznaczają pieniądze z profilaktyki narkotykowej na wydarzenia sportowe, mimo że nie ma żadnych naukowych dowodów na to, żeby aktywność sportowa zmniejszała ryzyko sięgnięcia po narkotyki. Te kwestie jednak wykraczają poza zakres tematyczny niniejszego raportu.

### 3. Etapy terapii

*R: Kiedy można mówić o sukcesie terapii?*

*B: Nigdy (P15).*

Trudno jest wyodrębnić konkretne etapy terapii, ponieważ proces terapeutyczny i jego przebieg zależy od wielu różnych czynników, wśród których na pierwszym miejscu należy wymienić potrzeby konkretnego klienta oraz przyjęty plan terapeutyczny. Sprawę dodatkowo komplikuje fakt, że poszczególne etapy terapii można przechodzić czasami w różnej kolejności, innym razem można też do nich wracać, a czasami je pomijać:

Jak [yy] przed terapią miałem takie ciągi bardzo długie, nie brałem na prawdę duże ilości, ogromne iiii ten, no i jak tutaj po raz pierwszy przyszedłem to nie byłem jeszcze taki przekonany, wydaje mi się, że to nie było jeszcze to, ja nie chciałem się leczyć, po prostu bracia tak na mnie nacisnęli, no, no i później na tę terapię chodziłem sobie i chodziłem, później przerwałem, jeszcze sobie brałem i tak to było, tak wiesz, przerywałem iiii jeszcze brałem, nie, ale mniej oczywiście, jak już ten tutaj przyszedłem, to miałem wcześniej takie ciągi długie, a teraz to już minęło (P12).

Należy również wziąć pod uwagę, że w przebiegu terapii, wielokrotnie dochodzi do redefiniowania przez klienta swoich motywacji i celów. To sprawia, że niemalże niemożliwym zdaje się przedstawienie kolejnych etapów terapii, które miałyby po sobie linearnie następować w jakimś logicznym ciągu. Niemniej jednak możliwe jest wyodrębnienie kilku charakterystycznych i kluczowych momentów terapii. Czytając ten rozdział, należy jednak brać pod uwagę, że wszystkie te momenty w terapii nastąpić mogą, ale wcale nie muszą, oraz że czasami pacjenci mogą je przechodzić wielokrotnie. Można by (w bardzo uproszczony sposób) podzielić terapię na dwa zasadnicze etapy, poznanie siebie i pracę nad sobą. Pierwszy etap opiera się na głębokiej introspekcji, poznaniu siebie, swoich emocji i swoich problemów, ale także na poznaniu tego, czym jest uzależnienie i jak ono wpływa na życie konkretnego człowieka. Drugi etap to praktyka trzeźwości, która obejmuje nie tylko naukę tego, jak unikać brania narkotyków, ale również naukę nowych sposobów funkcjonowania, które mają zastąpić stare. W kolejnych akapitach postaram się nieco głębiej przeanalizować przebieg procesu terapeutycznego.

#### **Etap wstępny - ustalenie stanu pacjenta, jego motywacji i celów**

Nim jeszcze terapia się rozpocznie, osoby, które idą na nią po raz pierwszy, mają na jej temat pewne wyobrażenia. Pojawiają się skojarzenia, które są przez niektórych określane jako *pranie*

*mózgu*, istnieje również obawa przed rozmową na bardzo intymne i prywatne tematy z osobą zupełnie nieznaną. W dodatku terapeuta wydaje się być w roli oceniającego, klient obawia się, że będzie musiał się tłumaczyć ze swojego postępowania. Dlatego pierwsze spotkania terapeutyczne są ostrożne, zdystansowane i nieśmiałe. Często jednak wyobrażenia, które klient miał przed terapią, kiedy zostają skonfrontowane z rzeczywistością, okazują się zupełnie nieprzystające. Na jednym z przeprowadzonych warsztatów terapeuta stwierdził:

Na którymś tam etapie terapii yyy robimy taki yyyyyy flashback yyy widziałeś siebie, jak się czuleś etc. na samym początku, no to oni zazwyczaj werbalizują to w ten sposób, że oni przyszli jak na policję po prostu, że się będą musieli tłumaczyć, że będą musieli coś wykonywać, że to yyy nie będzie taka relacja bardziej empatyczna, przyjacielska, chociaż to złe słowo przyjacielska, bo takich się chyba nie powinno zawiązywać, natomiast nie będzie to relacja między dwoma ludźmi, tylko właśnie między ekspertem, a że tak powiem eeeee może to mocne słowo, ale osadzonym w pewnym sensie (P52).

Tak czy inaczej strach przed terapią i wszystkie te obawy są istotnymi przeszkodami w prowadzeniu terapii. Najpierw należy więc rozwiązać wątpliwości i zniwelować strach, który wynika z niewiedzy, czym terapia tak naprawdę jest:

No właśnie z racji tego, że najczęściej to są młodzi klienci, to najczęściej mam takie doświadczenia, że ich wyobrażenia są takie, że będzie siedzieć Pani i mendzić, że będzie. Czy Pan. Że będzie to jakiś no kontakt podobny jak z rodzicem. Że to będzie jakieś wypytywanie, wyszarpywanie informacji na siłę. Że jakieś przekonywanie i różne formy nacisku. Albo też manipulacji. (...) Na start faktycznie szczególnie ci młodzi pacjenci przychodzą raczej z lękiem, że mają do czynienia z dorosłą osobą. Że dzielą trochę no siebie na tych młodych, jakby po jednej stronie barykady no i tych dorosłych, po drugiej stronie barykady. I pomiędzy tymi dwoma stronami jest przepaść. Więc oni często przychodzą z takim dosyć negatywnym nastawieniem. Nie zawsze, ale większość tak ma (P5).

Zatem pierwszym etapem terapii jest przełamanie oporu klienta, nawiązanie kontaktu terapeuty z klientem i wypracowanie wzajemnego zaufania. To właśnie wtedy zawiązuje się relacja terapeutyczna. Od jakości kontaktu z terapeutą zależy cały przebieg procesu terapeutycznego, dlatego ten moment jest bardzo ważny dla całej terapii. Istotna jest też rola samego nastawienia terapeuty. Pochopna ocena klienta w pierwszej chwili, może znacznie opóźnić prowadzenie właściwej terapii i przejście do kolejnych etapów. Jedna z terapeutek mówi:

Trochę jest tak, że jest to takie wyobrażenie, że jest to młoda osoba, to najpierw moja terapia będzie musiała polegać no nie wiem jak to nazwać- walką z oporem. To tak trochę

jest. I faktycznie nie jest tak zawsze, bo potem się okazuje, że np. klient wcale nie był w oporze, a miałam takie nastawienie, że no to skoro jest młody i skoro przychodzi pierwszy raz to, no to może oporować. No i że może tu przychodzić właśnie z takim nastawieniem, że a ja jej udowodnię, że wcale to nie jest problem. Ja tu przyszedłem, żeby pokazać, pochwalić się wiedzą. Że ja wiem więcej. Bo też tak robią i testują czy pewno znamy, nie wiem każdy rodzaj. Lubią też się pochwalić jakąś tam swoją wiedzą właśnie na temat a kwiatostanów, a tego gdzieś wyczytali. Ale to mówię, jeżeli chodzi o moje nastawienie i to co ja (P5).

Na tym etapie definiuje się też dwie inne kwestie. Po pierwsze, jaka jest motywacja pacjenta, a po drugie, jakie są na tym etapie jego cele. Inaczej mówiąc, następuje postawienie diagnozy:

*Pierwszy kontakt tak jak mówię, pierwszy kontakt, z każdym człowiekiem trafiającym do poradni czy do ośrodka na jakąś terapię, to jest jakby szukanie dlaczego on przyszedł, co się takiego stało, że on w końcu postanowił, po nie wiem, iluś tam latach brania szukać pomocy (P30).*

Nie będę w tym miejscu rozwijał wątków zmian motywacji i celów, ponieważ są im poświęcone odpowiednie rozdziały. Na teraz, ogólnie można powiedzieć, że motywacje na początku terapii najczęściej są zewnętrzne i łączą się z naciskiem otoczenia, natomiast celem bywa nie tyle całkowita abstynencja (choć i to się zdarza), ale raczej powrót do kontrolowanego używania, redukcja szkód lub powrót do funkcjonowania w społeczeństwie:

Najpierw dochodzi do jakiegoś takiego zapoznania się stron prawdą? (P37)

Na pewno jeżeli jest to osoba pełnoletnia, to gdzieś próbuję ustalić, czy ta osoba chce przestać używać kanabinoli (zgadywane) czy chce zmniejszyć częstotliwość. Czyli na harm redakszyn (zgadywane) czy tak klasycznie, że tak powiem. To na pewno.(P4)

## **Etap introspekcji - uświadomienie pacjentowi uzależnienia oraz wpływu uzależnienia na niego samego**

Zwykle pacjenci, którzy trafiają na terapię po raz pierwszy, nie myślą o uzależnieniu w takich kontekstach jak terapeuci. Istotny jest tutaj brak świadomości, że uzależnienie jest problemem. Pacjenci w większości nie myślą o sobie jako o osobach mających problem z narkotykami. Do tego dochodzi proces racjonalizacji, który oparty jest na porównaniach do legalnych używek. Pacjenci przywołują tutaj wyniki badań naukowych, które mówią, że np. alkohol mimo że jest bardziej

szkodliwy, jest legalnie dostępny, zatem biorąc narkotyki pacjent nie robi czegoś gorszego niż picie alkoholu. Jeden z terapeutów stwierdza:

Tak, żeby ta osoba faktycznie zauważała to, że jest coś nie tak. Szczególnie to są osoby, tak jak mówię w większości oczywiście, bo nie generalizuję - nie uważają, że to jest problem. Nie uważają, że jest to szkodliwe, tak? Bo alkohol jest bardziej szkodliwy. I jest dostępny. (P4)

Inny dodaje:

Natomiast część pacjentów jest taka, trzeba ich wyedukować, powiedzieć im, co to jest uzależnienie, na czym to polega, czym się objawia [yym] czym grozi, tak potrzebują zwykłej takiej edukacji, bo tego nie wiedzą, wiedzą, że używają, wiedzą że mają kłopoty z tego powodu, natomiast nie mają zielonego jakby pojęcia o samej chorobie, tak? i to im trzeba przekazać, tą wiedzę. (P13)

Kolejny terapeuta rozwija tę myśl:

No czasami jest tak, że z jednej strony sami toczą walkę ze sobą, bo tak po co przychodzą z jednej strony. Ale z drugiej strony, czują przecież, że jest coś nie tak. Że bardzo często jest tak, że dopiero nazwanie, jakby nazywają tutaj. Że no faktycznie pogorszyła im się pamięć, no faktycznie pogorszyła im się jakaś sprawność, koncentracja. Że faktycznie no od kiedy palą coraz więcej to nie podejmują żadnych działań, leżą w łóżku i nic by nie robili. I dopiero jak sobie to ponazywają, to jakby te argumenty zwyciężają i oni przecież zanim to nazywają, to już przecież czują to. Więc to jest też tak, że no w pewnym stopniu przychodzą mówię z takim bojowym nastawieniem. Ale to z tego względu ze sobą też walczą. Częściowo są w oporze. Częściowo z przymusu, a częściowo jest też tak, że no z tyłu głowy świta im, że to nie do końca jest też takie zdrowe. Więc oni ze sobą gdzieś toczą walkę. Ale z nami przede wszystkim, jakby właśnie z tymi po tej drugiej stronie barykady. Ale ta walka jest zwyczaj, takie ma doświadczenia chwilowe właśnie. Od momentu rozbrojenia tych mitów, które oni gdzieś tam mają w głowie i od momentu nazwania tego co się z nimi stało po tym. No bo z tego względu też i przyszli. To faktycznie potem ulega zmianie i to (P5).

Zatem pierwszym etapem terapii jest poznawanie. Z jednej strony pacjent odkrywa siebie samego, dokonuje introspekcji, analizuje swoje emocje, postępowanie i relacje z innymi, a z drugiej strony odkrywa nowe, wcześniej nieuświadomiane problemowe kwestie związane z narkotykami. Jedno i drugie razem doprowadza pacjenta do zdefiniowania swojej relacji z substancją psychoaktywną i uświadomienia, że on sam jest uzależniony, a używanie ma negatywny wpływ na jego życie. Dojście do tych wniosków jest istotne dla całej dalszej terapii, ponieważ stanowią one podstawę

dalszego leczenia, rozmowy z terapeutą oraz wymuszają redefinicję motywacji oraz wcześniej określonych celów:

Pacjent ma prawo uzyskać trochę wiedzy na temat tego, czym jest uzależnienie prawda? (...) czyli powinien pacjent poznać, co jest jego problemem głównie, powinien dostać narzędzia do tego, żeby mógł się leczyć, ogólnie rzecz mówiąc, żeby mógł się zmieniać i powinien omawiać i powinien koncentrować się na tym, co jest dla niego najważniejsze, żeby nie wrócił do nałogu no nie? (P37)

Sukcesem terapii tutaj byłaby dostrzegalna zmiana myślenia pacjenta. Terapia działa, kiedy pacjent wie, że substancje psychoaktywne mają negatywny wpływ na jego życie. Jeden z pacjentów w następujący sposób odpowiada na pytanie, kiedy wiadomo, że terapia działa:

R: Kiedy człowiek ma jakąś refleksję, kiedy zaczynamy sobie uświadamiać, że nałóg jest zły, nie? P27

Uświadomienie sobie negatywnego wpływu narkotyków na swoje funkcjonowanie oraz uznanie siebie samego za osobę uzależnioną jest pierwszym sukcesem terapii, który daje podwaliny pod dalsze leczenie. Na tym etapie również motywacje klienta są już częściej wewnętrzne niż zewnętrzne. Motywacje zewnątrz schodzą tutaj na dalszy plan.

Kolejnym krokiem w terapii jest nauka nowych sposobów funkcjonowania w społeczeństwie. Pod tym stwierdzeniem należy rozumieć oduczanie zachowań ryzykownych oraz nabywanie różnego rodzaju kompetencji społecznych, które są użyteczne dla codziennego funkcjonowania. Abstynencja jest celem odległym i długoterminowym, który można osiągnąć po przejściu pewnych celów pośrednich. Wynika to z tego, że problem uzależnienia od narkotyków współwystępuje z innymi zaburzeniami funkcjonowania społecznego i aby dojść do abstynencji, trzeba naprawić inne elementy systemu. Odstawienie narkotyków nie może być jedynym celem terapii, nawet jeżeli zawsze (lub niemal zawsze) jest celem głównym. Razem z odstawieniem substancji psychoaktywnych musi nastąpić zmiana równoległe w stylu życia. Jeden z terapeutów stwierdza:

No to są wszystkie możliwe działania, myśli. Które klient zawsze wykonywał, kiedy brał. Czyli no wiem złościł się, wściekał, palił trawę, żeby się zrelaksować. Jak była świetna impreza to też palił trawę, żeby ją sobie uprzyjemnić. Pokłócił się z kimś, zapalił trawę. No wszelkie jakby te problemy z radzeniem sobie ze złością. I tak dalej. Kiedy widzę, że no klient zaczyna sobie radzić, nie starym schematem, a nowym. Czyli zdenerwował się, porozmawiałam. Zdenerwował się, rozwiązał problem. Wściekł się, nie wiem poszedł na trening, wyładował się, wrócił. Nie musiał używać, żeby osiągnąć te same cele, nie korzystał ze starych schematów. Tak to widzę (P5).



Jak było już wspomniane wcześniej, każda terapia musi być indywidualnie dostosowana do klienta. Dlatego właśnie tak ważna jest jakość relacji terapeutycznej i indywidualne traktowanie każdego pacjenta. To jednak też sprawia, że trudno jest wyodrębnić kolejne etapy terapii, ponieważ u każdego przebiega ona zupełnie inaczej.

Ale czy jakąś, czy jakiś mam konkretny sposób? Czy metodę wypracowaną? Nie, ja to bardziej robię pod osobę, która do mnie przychodzi czyli pod klienta. I gdzieś staram się z nim na bieżąco ustalać właśnie kontrakt i co będziemy robić, tak? (P4)

## Koniec terapii

Trudno jest określić, kiedy terapia się kończy. Oczywiście dość łatwo można wskazać zakończenie formalnej terapii, ale nie można powiedzieć, żeby rzeczywiście było to zakończenie terapii w ogóle. Niektórzy klienci twierdzą, że terapia kończy się wtedy, kiedy osiągnięta zostaje abstynencja:

Bez abstynencji nie ma ukończenia terapii... P50

Terapeuci stoją raczej na stanowisku, że terapia nigdy się nie kończy. Jest wiele podejść, które sprowadzają się tak naprawdę do tego, że decyzja o tym, kiedy terapię można uznać za zakończoną, zależy tylko od indywidualnej decyzji pacjenta. Może on się uznać za wyleczonego w momencie zakończenia terapii, może po jakimś czasie utrzymywania abstynencji, ale może się nigdy nie uznać za wyleczonego i do końca życia uważać się za osobę uzależnioną. Mimo że pozornie w ostatnim przypadku do końca życia może czuć pewien stygmat, to właśnie takie podejście jest najbezpieczniejsze ze względu na mniejsze ryzyko nawrotu. Pacjent uważa się ciągle za osobę uzależnioną, to nie pozwala mu na wykształcenie poczucia bezpieczeństwa, które mogłoby być problematyczne, ponieważ osłabia czujność i może tworzyć ryzyko powrotu do nałogu.

R: Kiedy można mówić o sukcesie terapii?

B: Nigdy.

R: Nigdy.

B: Są takie momenty jak zakończeniówka, kiedy kończysz terapię w ośrodku i siedzi się na tej sali, wszyscy Ci gratulują.

R: Na tronie.

B: Tak, na tronie, osiągasz status neofity. To już można uznać za sukces, tak teoretycznie.

R: Ale?

B: Mówi się też, że po 5 latach trzeźwości można się uznać za osobę wyleczonego. Jest też inna teoria, która mówi, że nigdy się nie jest osobą wyleczonego, bo narkomanem,

alkoholikiem, hazardzistą jest się do końca życia, ale np. nasz terapeuta mówi, że on po tylu latach trzeźwości nie czuje się już osobą uzależnioną. Ma z tym styczność na co dzień i... także naprawdę sukces zależy tylko i wyłącznie od Ciebie, kiedy Ty uznasz (P15).

Klient po formalnie zakończonej terapii powinien być bardziej świadomy siebie i niejako stać się terapeutą dla samego siebie. Nie oznacza to, że nie może mieć załamań, ale że jest w stanie sobie z nimi sam poradzić i wie, kiedy powinien zgłosić się po pomoc do profesjonalistów.

ja wiem jedno. Po tylu latach bycie w tym fachu, że jeżeli człowiek zmieni w sobie to, o czym powiedziałem, to i tak i tak wybierze abstynencję. Natomiast abstynencję nie bezwarunkową. Wielu ludzi, którzy kończą programy terapeutyczne ma różnego rodzaju wahania i ma różnego rodzaju, mówiąc kolokwialnie wpadki, tak? Natomiast istotniejsze jest to, żeby w tym czymś, czym jest ta relacja terapeutyczna i tym, czym są te fundamenty pobytu w programie terapeutycznym, żeby była możliwość bez obawy przyznania się do kryzysu, tak? I szukania możliwości wyjścia z tego kryzysu. A więc ludzie wybierają abstynencję natomiast w momencie, w którym przydarzy się kryzys alkoholowy, narkotykowy, czy jakiś inny, to nie ma żadnego problemu w rozumieniu tego jako pewnej, no pewnego epizodu w dochodzeniu ciągle do czegoś, czego nazywamy dobrostanem. Naszym osobistym dobrostanem (P29).

## **Ryzyko nawrotu**

W procesie terapii istnieje ryzyko jej przerwania i powrotu do nałogu. Również po zakończeniu terapii zdarza się, że osoby uzależnione wracają do używania substancji psychoaktywnych. Wrócić do używania jest stosunkowo łatwo. Może to być spowodowane na przykład brakiem silnego postanowienia o zerwaniu z nałogiem. Wtedy tak naprawdę nie można w ogóle mówić o skutecznej terapii ani o jakimkolwiek sukcesie, ponieważ klient utrzymuje abstynencję jedynie do momentu, w którym skończy formalną terapię. Natomiast już w jej czasie planuje, że kiedy tylko ją zakończy, użyje substancji. Tymczasem postanowienie o zmianie musi być trwałe i zakładać dożywotnią abstynencję.

R: Na pewno takie założenie sobie, że do końca się tu nie będzie, że dalej się będzie brało narkotyki albo miało z nimi styczność albo z tym środowiskiem, takie założenie, że - Dobra, może tu będę do końca, ale jak stąd wyjdę to se zajaram (P18).

To tak trochę jest, że część, część osób faktycznie będzie starała się żyć yy trzeźwo, niekoniecznie w abstynencji, ale trzeźwo yyyyy a część, część osób od czasu do czasu

będzie będzie, będzie yyyyyyyy no nie wiem, trafiała z powrotem nie wiem, w narkotyki, będzie w jakimś ciągu i znowu z, z niego wychodzi i tak to jest, nie. I tak to jest (P52).

Uzależnienie jest chorobą, w której bardzo łatwo o nawroty. Osoba, która raz była uzależniona, zawsze już musi uważać na wszelkie wyzwalacze, ponieważ często po terapii wystarczy użyć substancji raz, żeby ponownie zacząć używać nałogowo.

R: Nie ćpałem i nie piłem też alkoholu. I pewnego dnia się po prostu napiłem, obudziłem się bez pieniędzy, bez towaru i parę dni później w ogóle i...

B: i zacząłeś z powrotem?

R: I zacząłem z powrotem jeszcze bardziej lecieć (P15).

Do czynników ryzyka należy też powrót do starych nawyków i do starego środowiska. Często środowisko nie zmieniło swojego zachowania i wciąż może mieć negatywny wpływ na osobę, która dopiero co skończyła terapię. Natomiast w towarzystwie osób, które używają substancji, używanie staje się elementem integracji z grupą i społecznością. Dlatego osobie uzależnionej trudno jest odmówić.

Ja miałem tak...że jak zawsze wychodziłem po leczeniu i tylko poczułem zapach albo znajomych to...się trzymałem jakiś czas...a później znowu...bo w to samo miejsce wchodziłem...to samo mieszkanie... (P50)

Utrzymaliśmy się po terapii <4> około 8 miesięcy <3> no i po 8 miesiącach <4> partnerka zaproponowała narkotyki i <4>, no ja głupi z... nie wiem, tak se tłumaczyłem, ach, to dupa nam już odrosła i wyskoczyliśmy na poziom bardzo dobry, co nie, bo to, taką pracę miałem, mam i że wyskoczyliśmy na bardzo taki poziom społeczności, taki w miarę, że, że nie musieliśmy się niczego wstydzić ani ani martwić tak za bardzo. Ale i przyniosłem te narkotyki <4>, to amfetamina była znowu wtedy i yyyym, no i to był odstępow miesiąc, znowu, znowu się pojawiły, znowu i ja popadłem w... popadaliśmy już w takie ciągi, takie trzydniowe, czterodniowe (P23).

Bardzo niebezpieczne jest poczucie bezpieczeństwa, ponieważ ono usypia czujność. Osoba uzależniona musi mieć świadomość, że nie ma powrotu do kontrolowanego używania oraz, że każde użycie substancji może prowadzić znów do nałogu i rozpadu świata, który został zbudowany po odstawieniu.

Na wsi poznałem partnerkę pierwszą, z którą byłem 5 lat. Mam syna z nią. Ymmm, w tym okresie zaprzestałem brania narkotyków, jakieś takie zasady sztywniejsze były, rodzina i i ten, tak zacząłem tak myśleć, no ale później szybko wróciłem do narkotyków. Rozpadła mi się rodzina, ym, później popłynąłem strasznie (P23).

Oczywiście po powrocie do używania, z czasem niezbędny staje się też powrót do terapii. Jak się zresztą okazuje, pacjenci wskazują, że po terapii używanie też już nie jest takie samo jak przed terapią.

R: bo jak się bierze narkotyki trzeci raz po terapii to to jest uczucie straszne to to to nie jest w ogóle takie same branie jak przed w ogóle pierwszą terapią, to się bierze w ogóle nie jest wiesz super jak było wcześniej , że się () jest fajnie, super tylko jest mega lipa, jest mega okropnie (P12).

Jak zatem było wspomniane na początku, trudno mówić w terapii o jakichś bardzo wyraźnych etapach, które każdy klient powinien przejść. Ta kwestia jest bardzo płynna, a sama terapia to sprawa bardzo indywidualna w każdym właściwie aspekcie, poczynając od definiowania motywacji, przez definiowanie celów, aż po zakończenie terapii oraz uznanie kiedy jest zakończona. W opinii wielu badanych terapia nigdy się nie kończy i nie można mówić o jej sukcesie.

# Motywacja

## Motywacja zewnętrzna

Terapeuci uzależnień biorący udział w badaniu oceniają zaangażowanie klientów w początkowych etapach terapii jako, przede wszystkim, wynik motywów zewnętrznych. Ich zdaniem, głównym źródłem motywacji klientów do udziału w terapii są czynniki wynikające bezpośrednio z chęci stabilizacji ich trudnej sytuacji społecznej, rodzinnej, czy też finansowej. Terapia dla klienta w pierwszych jej etapach, jest jedynie instrumentem, dzięki któremu może on zniwelować niekorzystne dla siebie następstwa używania substancji psychoaktywnych. Co ciekawe, terapeuci uzależnień wskazują, że proces ten jest przez klientów nieuświadamiany lub uświadamiany w niskim stopniu. Wynika to wg terapeutów głównie z dwóch przyczyn tj.:

- a) działania środka psychoaktywnego
- b) mechanizmów obronnych, jakimi posługuje się klient.

R 3: Bardzo rzadko się zdarza, że klient ma, ale zdarza się również, że klient ma taką motywację wewnętrzną, że przychodzi sam, bo zauważył pewne yyy właśnie straty eeee wynikające z zażywania substancji i on przychodzi i mówi co jest w moim życiu nie tak, muszę yyy już nie mam innego wyjścia yyy, czy nie widzę innego wyjścia i już tylko pomoc yyy specjalisty i przyszedłem tutaj wspólnie coś zrobić ze sobą, nie. Yyyy, natomiast w większości przypadków to jest kwestia taka, że klient przychodzi z kimś, bo ktoś go przymusza do tego, bo łatwiej jest zaobserwować w ogóle straty z punktu widzenia osoby bliskiej tego eee uzależnionego, bo on sam nie zauważa, bo tak działają narkotyki, nie, ale też mechanizmy obronne klienta, które nie pozwalają yyy przez jakiś czas tego zauważyć, bronią swojej samooceny po prostu... (P52)

Badacz 2: To terapeuta narzuca swoją motywację?

Terapeutka: Zawsze zaczyna się od motywacji zewnętrznej. To jest tak, że komuś z zewnątrz coś nie pasuje np. rodzicom, dziewczynie, znajomym. Często to właśnie po reakcji ludzi z zewnątrz taka osoba pojawia się na terapii. Mówi wtedy o negatywnych efektach narkotyków, swoistym ewenementem jest Candis, ponieważ tak jak już wspominałam rozmawiamy również o pozytywach palenia, co jest niespotykane w innych systemach.(P1)

Klienci instytucji terapeutycznych (uczestnicy badania) również wskazują motywy zewnętrzne jako główne w trakcie podejmowania decyzji o rozpoczęciu leczenia. Sama decyzja o przystąpieniu do terapii była najczęściej konsekwencją nacisku ze strony rodziny klienta.

Badacz: A czy ta Twoja motywacja zmieniła się podczas trwania terapii, rozumiem, że była słaba co mówisz, a na pewno była zewnętrzna?

Klient: Chyba chodziłem tylko ze względu na to, że żona tego chciała.(P10)

Terapeuci twierdzą, że motywacja zewnętrzna w podejmowaniu decyzji o przystąpieniu do terapii, oraz w początkowych jej etapach, jest charakterystyczna szczególnie dla osób młodych lub osób przystępujących do terapii po raz pierwszy. Głównym celem terapeutycznym tej grupy klientów jest chęć zniwelowania niekorzystnej dla nich sytuacji rodzinnej, chęci udowodnienia sobie i bliskim tego, że używanie substancji psychoaktywnych nie wpływa negatywnie na ich życie i nie jest przyczyną sytuacji, w której się znajdują.

R: No najczęściej jest tak, że to są osoby młode i celem najpierw jest, żeby rodzice dali spokój jej (zgadywane). No właśnie udowodnić, że ja wcale z tym problemu nie mam. W przypadku osób już tam, tak mi się wydaje, że w przypadku osób, które już długo biorą, są starsze, też no często jest tak, że jednak inne narkotyki wchodzi później jeszcze dodatkowo. I to są osoby, które zaczynają zauważać, że jakby doszły do tego przez marihuanę. Ich celem jest najczęściej no naprawa tych strat, jak już są ich świadome. Ale początkowo najczęściej jest to no przymus no i w zasadzie udowodnienie, że to wcale nie jest problem nie.(P5)

R: Czyli to były gdzieś osoby, gdzie ta motywacja była tylko tak typowo zewnętrzna. Żeby rodzice dali spokój. Czy nie wiem, jak szkoła zauważyła. Raczej nie spotkałem się z osobami, które uważają, że to im coś zrobiło, nie? (P4)

Motywacja zewnętrzna jest szczególnie istotna w procesie decyzyjnym klienta przed przystąpieniem do terapii oraz początkowych etapach terapii. Wydaje się bowiem, że u większości klientów zgłaszających się do instytucji świadczących usługi terapeutyczne, jedynymi motywami podejmowania terapii są motywy zewnętrzne. Dzięki nim możliwy jest więc pierwszy kontakt klienta z terapeutą (w dalszej perspektywie kontynuacja działań terapeutycznych). Dzieje się tak głównie dlatego, że mechanizmy obronne klienta nie pozwalają mu na świadomą, obiektywną detekcję przyczyn sytuacji, w której się znajduje. Przyczyny związane z używaniem substancji psychoaktywnych w świadomości klienta są pomijane lub zastępowane innymi, nie mającymi związku z samym używaniem substancji. Ze względu na to, cele terapii w perspektywie klienta nie są związane z jego uzależnieniem, a konstruowane na podstawie błędnych przekonań o przyczynach jego "niekomfortowej" sytuacji.

R:...często [yy] konsekwencje, jakie ponoszą, które ich sprowadzają do ośrodka jest to presja rodziny, po prostu widmo tego, że nie będą mieli za chwilę gdzie mieszkać, będą pozbawieni przywilejów, które [] do tej pory, [yy] i i jakby nie, nie nie do końca akceptują, przynajmniej ci, których znam, nie do końca akceptują, jest im trudno się pogodzić, potrzebują zdecydowanie więcej czasu na to, żeby zrozumieć zrozumieć to na jakiej drodze się znaleźli no (P30)

R: mówię z tą motywacją różnie bywa, nie wiem trudno trudno powiedzieć czy nie wiem jakbym się tak zastanowił nie wiem nie wiem czy czy kiedykolwiek spotkałem się z takim człowiekiem, który by przyszedł do poradni, czy do ośrodka i powiedział, kurde mam tego wszystkiego `dość, słuchajcie, klęknął jak przed krzyżem, macie mnie, bierzcie teraz wyczyśćcie mnie do zera, chcę być nowym człowiekiem, no no z czymś takim nigdy się nie spotkałem, zwykle coś się podziało takiego w tym życiu, że w końcu ktoś tam gdzieś dał mu kopa i on ruszył tyłek i poszedł do poradni czy czy gdziekolwiek szukać pomocy(P30)

Motywy zewnętrzne klienta są wykorzystywane jako jedyne i wystarczające do tego, by klient utrzymywał się w terapii w początkowej jej fazie. Dla terapeuty prowadzącego terapię, koniecznością w pierwszych jej etapach wydaje się być trafne rozpoznanie motywów zewnętrznych klienta, które stanowią swego rodzaju "paliwo" potrzebne do realizacji kolejnych celów terapii.

Brak trafnego rozpoznania motywów zewnętrznych klienta, a co za tym idzie, "wykorzystywania" motywacji zewnętrznej przez terapeutę prowadzącego, po to by zyskać czas potrzebny na zmianę motywacji klienta na wewnętrzną, okazuje się być istotną przyczyną rezygnacji klienta z terapii w pierwszych etapach jej prowadzenia.

R: Po pierwsze najczęściej nam wypadają osoby z programów w przeciągu pierwszego miesiąca. O czym to może świadczyć? Pewnie o tym, że motywy przyjazdu do programu są całkiem inne niż profil programu i pomysł na program, tak? To znaczy, że najczęściej pewnie przyjeżdżają osoby, które mówiąc kolokwialnie przed czymś uciekają. Nie wiem, sprawy sądowe, prokuratury, dilerzy, koledzy, jakieś problemy, ale nie ich chęć wewnętrzna, pewnego dnia sobie przynajmniej czasu na pewne zastanowienie się nad tym, czy moje życie może wyglądać inaczej. Więc ci wypadają bardzo szybko, bo jakby widząc jak jest zbudowany ten program chociażby na poziomie tych najprostszych reguł i zasad funkcjonowania.(...)a, mamy, taty, tak? I z nimi jest też bardzo, bardzo ciężko na późniejszych etapach terapii, ponieważ w momencie, gdy oni mają jakby mówiąc znowu kolokwialnie, wziąć odpowiedzialność za to swoje życie, to oni bardzo często uciekają przed tym, w czym bardzo często pomagają im mówiąc znowu w cudzysłowie te ich rodziny, ponieważ mają od nich duże oczekiwania, że oni w jakimś tam stopniu będą pomagać, funkcjonować tej rodzinie, która została w ich rozumieniu (P29)

Świadomość tej przyczyny "wypadania klienta z terapii" , wydaje się być niewystarczająca u samych terapeutów. Najczęściej przyczyn wypadania klienta z terapii upatrują oni w samym niewystarczająco szybkim zmianom motywów klienta na wewnętrzne, lub zaprzestaniu działania motywów zewnętrznych. Pomijanie przez terapeutów istotnej roli, jaką odgrywają motywy zewnętrzne klienta w terapii, może być nie jedynym, ale z pewnością ważnym powodem jej niskiej skuteczności.

Najczęściej moim zdaniem jak ktoś jest tutaj przymuszony...czy coś...że nie jest tu dla siebie tylko dla kogoś...to on przyjmuje taką postawę buntownika...że a przyjadę...odbębnę to i spokój(P50)

Do głównych źródeł motywów zewnętrznych, jakie prowokują klientów do udziału w terapii w początkowych jej etapach możemy zaliczyć naciski ze strony rodziny oraz osób bliskich, straty osobiste poniesione w wyniku używania substancji psychoaktywnych, traumatyczne przeżycia lub chęć udowodnienia faktu znikomej szkodliwości (lub jej braku) używania substancji psychoaktywnych, sobie lub bliskim.

Mamy też taką trzecią grupę pacjentów, którzy nie chcą, a przyjechali, bo sąd im kazał, bo rodzice im kazali, bo żona nie wpuści ich do domu, są to osoby, które nie mają wewnętrznej motywacji. Tu jest największe pole do pracy motywacyjnej. (P24)

Znaczy moje doświadczenia to po prostu motywacja zewnętrzna, czyli po prostu albo zostali przyłapani no i prawo tego wymaga, że nie wiem, mają jakiś wyrok albo grozi im sprawa sądowa. Albo raczej to są przymuszani przez bliskich, nie wiem - żona, dziewczyna, rodzice, nie? Powiem szczerze, że ja w swoim doświadczeniu to znaczy w pracy nie spotkałem osoby, która przyszła sami i powiedziała, że za dużo jaram, powinien jarać mniej. Takiej osoby nie spotkałem przynajmniej ja (P6)

P: No i... poniekąd rodziców. Swojej też, ale nie do końca, bo gdyby nie nacisk ludzi dookoła – rodziny. Też chodziło o to, że już urodziło mi się dziecko – córka mi się urodziła – moja partnerka też naciskała, no a ja – w zaparte szło, że dom, dom se radę, dom se. Ale w to co ja godoł, ja do końca nie wierzył, że tak powiem, nie. Zawsze były dwa, trzy dni spięcio, że nie, nie – ten głód nie, ii wystarczyło te pięć minut takiego zawahania i człowiek pojechał po działka, zapalił iii...(P14)

W kolejnym podpunkcie przeanalizowane zostały najczęściej werbalizowane (przez klientów, jak i terapeutów biorących udział w badaniu) motywy zewnętrzne, jakimi posługują się klienci w początkowych etapach terapii uzależnień.

## Źródła motywacji zewnętrznej

Pierwszym i stosunkowo często pojawiającym się motywem, który był przedkładany jako warunek decyzji o podjęciu terapii, był nacisk osób bliskich. Negatywne konsekwencje używania substancji psychoaktywnych dotyczą nie tylko samego uzależnionego, ale również jego rodzinę. Bliscy uzależnionego, w sposób bardziej racjonalny niż on sam, percypują negatywne konsekwencje wynikające z używania substancji psychoaktywnych, co może wpływać na ich determinację do tego, by sam uzależniony rozpoczął leczenie. Z danych pozyskanych w badaniu wynika, że rodzice



(ale też osoby bliskie) uzależnionego, bardzo często uciekają się do szantażu lub ograniczenia jego przywilejów, po to by zmusić go do podjęcia trudu związanego z leczeniem uzależnienia. Wydaje się zatem, że pierwszym z motywów uzależnionego do podjęcia terapii jest chęć odzyskania tychże przywilejów i zasobów, które zostały mu w jakiś sposób odebrane.

R: często [yy] konsekwencje jakie ponoszą, które ich sprowadzają do ośrodka jest to presja rodziny, po prostu widmo tego, że nie będą mieli za chwilę gdzie mieszkać, będą pozbawieni przywilejów, które [] do tej pory, [yy] i i jakby nie, nie nie do końca akceptują, przynajmniej ci których znam, nie do końca akceptują, jest im trudno się pogodzić, potrzebują zdecydowanie więcej czasu na to, żeby zrozumieć zrozumieć to na jakiej drodze się znaleźli no (P30)

B: Czujesz motywację swoich bliskich do pomocy Tobie?

R: Tak.

B: Też mówisz, że rodzina, Twoja sytuacja z dziewczyną też wpływa...

R: Z moją kobietą jestem 5 lat i ona przez cały ten czas zaciekle walczy z moim uzależnieniem. I zarówno jak i ona postawiła mi ten, już ostatecznie powiedziała, że albo ona albo narkotyki to tak samo, w tym samym momencie, myślę też że za porozumieniem z moją mamą, to tak samo moi rodzice stworzyli wtedy tę sytuację z ich rozwodem i tym wszystkim. I też dobiły mnie konsekwencje prawne i wszystko na raz mi się tak zważyło na głowę. Ja też jestem takim paranoikiem, że mam wrażenie, że to wszystko jest jakoś wiesz...(P15)

R: No to mówię, że do poradni za pierwszym razem to kolega mnie namawiał, właśnie chodziło o ten bilet do więzienia nie? Ja tego na początku też nie chciałem, ale mówię idę, zobaczę no i tak już siedzę 2 lata jestem.(P22)

Bliscy klientów, nie zawsze uciekają się do represyjnych metod wpływania na decyzję klienta o podjęciu czy kontynuacji terapii. Również sama represja, niejednokrotnie nie stanowi wystarczającego motywu do rozpoczęcia leczenia. Klienci biorący udział w badaniu wskazują, że rodzina oraz ich bliscy sami są często motywem ich działania. Wsparcie bliskich, którymi są obdarzeni oraz pomoc w ich leczeniu, jak i codziennym funkcjonowaniu, wzmacniają więzi rodzinne między klientem a jego rodziną, co jest ważnym motywem do podejmowania trudu przez klienta. Klienci wspominają również o chęci odwdzięczenia się swoim bliskim za otrzymane wsparcie, co często realizują poprzez rozpoczęcie lub kontynuowanie terapii.

R: W trzecim ośrodku to już był taki najgorszy okres, że kurczę no, bardzo dużo czasu spędziłem na byciu bezdomnym, szlajaniu się po znajomych, już nie wierzyłem w siebie,

nawet nie starałem się znaleźć pracy. Pracę znalazłem tylko taką, że...na odbieraniu długów, więc no krzywdziłem ludzi po to, żebym sam mógł się wzbogacić. Ludzie, którzy mnie wysyłali też mogli być zadowoleni z tego co mogę. Chciałem zaprzestać... Wtedy jakoś tak poczułem, że no może jednak mam wsparcie w ojcu chrzestnym. Zadzwoiłem do niego no i powiedział mi, że właśnie wierzy we mnie, że się martwi o mnie przez te tam...niecałe 5 lat i, że liczy na mnie. To mi dało taką motywację do leczenia, no niestety też się nie powiodło, a tutaj motywacja? (p44)

B: a sama motywacja bliskich do tego żebyś Ty zdrowiał, albo kto inny w ogóle, żeby klient zdrowiał to ma jakiś wpływ?

R: tak, ()

B: a dlaczego ()?

R: ()klient jak to nazwałeś ma oparcie w bliskich tak? to po prostu to motywuje no, prosta rzecz no motywuje jakby to cieszy wie, że ma w kimś oparcie, ma kogoś bliskiego, nikt się od niego nie odwrócił mimo jego problemu, że są ludzie którzy chcą mu pomóc, ta sama jedna rzecz motywuje, tak jakby podnosi na duchu i to jest już dużo, bo jeśli jest np. terapia to nie ma oparcia w bliskich, znajomych, przyjaciół to tak jak mówię to to nawet nie ma sensu, to muszą być te wszystkie według mnie, taka to układanka muszą się zająć (P33)

Motywacją klienta w procesie terapii jest również chęć odzyskania utraconego zaufania ze strony swoich bliskich, poprawy relacji interpersonalnych między klientem i jego bliskimi oraz chęć udowodnienia swoim bliskim tego, że są wartościowymi ludźmi. Poczucie własnej wartości jest podstawą do budowania przez klienta odległych celów terapeutycznych, oraz motywacją do ich realizacji. Stawiane przez klientów cele często nie są skonkretyzowane. Klienci wspominają o tym, że chcieliby być dobrymi ludźmi, wartościowymi dziećmi, partnerami, pracownikami.

B: A co jest Twoją motywacją tutaj w leczeniu się? Co Cię motywuje?

(cisza)

R: Myślę, że kobieta i mama.

B: Czyli bliscy tak, rodzina wpływa na...?

R: W zasadzie to ja sam jestem dla siebie największą motywacją, bo wiem, że mam potencjał i charyzmę. Wiem, że przeznaczyłem to na nie takie cele, jakie powinienem.

B: A co byś chciał?

R: Chciałbym być dobrym materiałem na męża, chciałbym być dobrym synem i wnukiem. Chciałbym zdążyć to pokazać zanim te osoby ode mnie odejdą.

czas też robi swoje, czas też robi swoje, zaczynają zauważać, pozytywne strony w takim sensie, że rodzina zaczyna znów darzyć ich zaufaniem, że zaczynają odzyskiwać przywileje, które stracili, że dostają szansę, jakby zacz, może nie zaczęcia od nowa, ale kontynuowania czegoś co w pewnym momencie zaprzestali, i widzą w tym pozytywne strony, widzą w tym jakiś punkt zaczepienia i punkt zwrotny dla siebie (p30)

Miałem zadania w ogóle z muzyki, bo nasza zmiana zadaniowa była bez muzyki, bez papierosa, bez kawy, tak? I zadaniowe były nie typu...o, robić o, nie wiem... parówki na śniadanie, zrobić mielone, czy tam gulasz, tylko zrobić pierogi dla 22 osób... Pierogi zrobić dla 22 osób to jest po prostu sajgon. To jest po prostu...(śmiech) wow! Albo naleśniki i krokiety z barszczem czerwonym na obiad, tak? To ja wstawałem o 4 czy, czy 3 w nocy, żeby to ogarnąć tak? Zależało mi. Chciałem zostać. Nie chciałem dać za wygraną tym ludziom i powiedzieć, że ja się poddam, pokazać, że się poddam.

B: Chciałeś im udowodnić, że dasz radę?

R: Tak, i dziadkom.

B: No i dziadkom. I sobie, co?

R: Tak, na pewno, gdzieś w głębi.(p35)

Istotnym motywem wpływającym na rozpoczęcie lub kontynuowanie terapii jest chęć bycia wartościowym rodzicem. Klienci wielokrotnie w trakcie badania podejmują temat rodzicielstwa. Stanowiło ono dla nich niejednokrotnie najważniejszy motyw leczenia. Chęć wypełniania roli rodzica, obawa przed utratą relacji z dzieckiem, czy przewidywane (hipotetyczne) wrogie nastawienie dziecka do uzależnionego rodzica, stanowiło dla nich bardzo emocjonalny czynnik zwiększający ich motywację do leczenia.

Listy motywują do terapii..

Motywuja.. Taki dzieciak przyjdzie, się przytuli, powie.. mamę chcę żebyś była ze mną, nie w szpitalu (p47)

R: No bo to syn, to ja już nie mogę wariować, ja go kocham, gdzie ja mógłbym mu krzywdę zrobić, no to nie jest tak, może mogłem wrócić po terapii do [nazwa miejscowości] do syna bo też ma 7 lat, teraz 20 listopada będzie kończył i ile mnie z tego swojego życia widział? 3 lata może, trzeźwego, nie, znaczy jak tu byłem trzeźwy. Ja byłem z synem jak się urodził do 4 lat bo później już kontakt się urwał, znaczy już nie byłem z partnerką, no ale go odwiedzałem, przyjeżdżałem, zawsze go brałem na weekendy.(P22)

Musiałem poczekać do takiego momentu, po tych właśnie 7 latach, ten miesiąc wstecz, nie, już w sumie dwóch miesięcy bo jestem miesiąc tutaj, no, że już myślałem, że jak mam wychować swojego syna to na trzeźwo, jako zdrowy człowiek, bo ja nic mu nie dam biorąc narkotyki, głównie to dla niego robię i dla siebie ale głównie on jest moją motywacją(P27)

B: A w ogóle jaki jest wpływ twoich bliskich na terapię, czy jest jakiś w ogóle?

R: Nie ma żadnego wpływu, chyba, że mój syn

B: A dlaczego syn?

R: No bo dla syna też chcę żyć, żeby miał innego ojca tak jak mój był, nawet dobrze mi to idzie

B: No to się bardzo cieszę. A kto z zewnątrz ma jeszcze wpływ na twoją terapię? Jeżeli w ogóle ma

R: Nie ma nikt, oprócz syna, tak to nikt (P22)

Drugą grupą czynników, które motywowały klientów do działania w trakcie początkowych etapów terapii, była chęć zniwelowania konsekwencji oraz strat poniesionych w wyniku używania substancji psychoaktywnych. Straty te dotyczą wielu obszarów życia. Jednym z nich jest utrata zdrowia. Klienci wskazują tu nie tylko na zaistniałe konsekwencje zdrowotne używania substancji psychoaktywnych, ale również na strach przed ich poniesieniem w przyszłości. Strach ten często determinowany był na podstawie obserwacji innych uzależnionych, nierzadko znajomych samych klientów. Percypowanie już poniesionych strat w obszarze zdrowia fizycznego, oparte było zazwyczaj na ocenie własnego wyglądu. Motywem do podjęcia terapii były też straty poniesione w obszarze zdrowia psychicznego. Najbardziej dostrzegalne przez klientów okazywały się problemy w funkcjonowaniu poznawczym, jak również objawy psychotyczne ujawniające się bezpośrednio po przyjęciu narkotyku lub odroczone w czasie.

R: o jeszcze było dla mnie motywacją. Mój wygląd.

B: Dlaczego?

R: No...wiesz co...ważyłem 40 kilo, miałem zapadnięte policzki, wory pod oczami, doszczętnie zniszczony wizualnie i wewnętrznie. Eee... moje uzębienie wyglądało jakbym był kasownikiem. Pan Robert jak mnie zobaczył, to pierwsze co powiedział o mnie. Czyli miałem zniszczone, poszczerbione, po, po, strasznie to wyglądało, nie wiem czemu Ci to mówię, to jest jedyna rzecz, której się wstydzę naprawdę do dziś, tego jak wyglądałem wtedy i w sumie...do dziś. I to też było moją motywacją, że...nie potrafiłem iść na rozmowę w którymś momencie i rozmawiać z ludźmi, bo....wyglądałem jak wyglądałem.(P35)

R: A klient, który jeden, który przyszedł póki co sam z siebie - to powiedział, że ma takie problemy z funkcjonowaniem poznawczym. Że siada mu uwaga i siada mu pamięć i jemu

to przeszkadza w funkcjonowaniu. Ale to jest taki klient używający i też coś tam sobie dodatkowo dobiera, trudno powiedzieć co. Ale on przyszedł sam z siebie(P32)

R:Ja wczoraj byłem na przepustce u siebie w domu i musiałem się spotkać...z synem mojego szefa...bo się staram o zasiłek rehabilitacyjny...i zobaczyłem w jakim on jest stanie...bo ja z nim ćpałem wcześniej...zobaczyłem...to ja nabrałem motywacji do dalszego leczenia...bo ja mogłem...być w takim samym stanie(P50)

Kolejnym obszarem życia, w którym klienci zauważają straty, jest obszar funkcjonowania społecznego. Jedną z konsekwencji uzależnienia od substancji psychoaktywnych jest utrata najbliższych oraz rozluźnienie więzi społecznych wśród znajomych. Straty te dostrzegane są przez samych uzależnionych w zaawansowanych stadiach uzależnienia. Jak sami twierdzą - czują się marginalizowani społecznie, ich sieć kontaktów społecznych stopniowo się degraduje. Dotyka ich osamotnienie, brak wsparcia ze strony najbliższych. Jedynymi osobami, z którymi klienci utrzymują relacje pozostają osoby uzależnione oraz dealerzy. Brak wsparcia ze strony rodziny i najbliższych często doprowadza do intensyfikacji destrukcyjnych zachowań u samego uzależnionego.

R:...inną rzeczą jest to, że część z nich pozostając w uzależnieniu traci znajomych, dla których to był pewnego rodzaju epizod w życiu, zaczynają ich tracić, bo ci ludzie zaczynają funkcjonować trochę inaczej, zaczynają zakładać rodziny, zaczynają chodzić do kolejnych szkół, nie [zawalają] paru rzeczy, są społecznie akceptowane przez innych rówieśników, tych tych którzy niekoniecznie przystawali do tych grup zabawowych, zaczynają to zauważać, zaczyna im to przeszkadzać w pewnym momencie (P30)

R:Ja pamiętam, że to był czas, kiedy ja miałam bardzo beznadziejne, a nawet ich praktycznie nie miałam kontakt z rodziną. Zaczęło mi się psuć wszystko. Bardzo mi się pogorszyły oceny. Moje relacje ze znajomymi się ograniczały do kilku osób, z którymi głównie brałam i to byli praktycznie tylko koledzy, od których też często miałam towar. Ja pamiętam, że ja byłam bardzo taka zdesperowana i nie chciałam mieszkać w domu, kilkakrotnie zostałam też do niego nie wpuszczona i po prostu podjęłam taką decyzję, że jest mi to po prostu obojętne, czy ja tam pojedę, czy nie.(P19)

B: [yhym] no rozumiem, a jak to się w ogóle stało, że trafiłeś do terapii?

R: [yy] to stało się na takiej zasadzie po prostu stwierdziłem, że już za dużo, że już przesada, że już zaczęło mi to przeszkadzać w życiu

B: [yhy] a w jaki sposób Ci to zaczęło przeszkadzać w życiu?

R: [yy] poczułem się, że przez to stałem się taki odizolowany od społeczeństwa, ja myślałem, że nie wiem no, nie że jestem inny, że po prostu paląc cały czas codziennie, po kilka gram dziennie, po prostu już się chowałem jakby za murem (P33)

Uzależnieni od narkotyków borykają się również z problemami dotyczącymi funkcjonowania zawodowego. Z jednej strony, w wyniku używania substancji psychoaktywnych doprowadzają do

zaniedbań obowiązków zawodowych - a to bezpośrednio generuje problemy finansowe - a z drugiej strony, w miarę pogłębiania się uzależnienia, koszty ponoszone na zakup substancji psychoaktywnych są coraz wyższe. Dyskomfort związany ze stratami w tym obszarze funkcjonowania, oraz chęć jego niwelowania stanowi ważny czynnik motywujący do podjęcia terapii.

B: Co to znaczy zaczęło się wszystko psuć?

R: No nie wiem jakieś relacje popsute na przykład przez to na przykład z mamą. Psuły się relacje przez te narkotyki. <1> Zaniedbywałem obowiązków w pracy na przykład. Mnie wyrzucali to zmieniałem inną pracę <1> zmieniałem te prace i tak właśnie miałem. No nie był fajnie, tak kolorowo jak mówię ale <1> no ale...03:32 (P26)

R: i po prostu już mi zaczęło to przeszkadzać, a ciągnęło mnie do tego tak?

B: [yhym] a w czym głównie Ci to zaczęło przeszkadzać? Powiedziałeś, że o tym o tej izolacji na początku, były jeszcze jakieś takie czynniki, które no takie nie wiem jak to nazwać, czynniki, sytuacje, które były dla Ciebie niekorzystne, które sprawiały że miałeś poczucie dyskomfortu w ogóle

R: przez palenie marihuany tak?

B: [yhy]

R: no na pewno to był ten dyskomfort finansowy, to jest taka no podstawowa tak, no nie ukrywajmy się, żyjemy w takim kraju gdzie się nie zarabia kokosów, a tutaj już trochę kosztuje, to to jest na pewno dyskomfort... (P33)

Kolejnym z istotnych czynników motywujących do rozpoczęcia terapii lub jej kontynuacji są problemy prawne klientów. W pierwszym przypadku klienci zgłaszają się do terapii w celu realizacji nakazu sądowego. Drugą grupę stanowią natomiast klienci, którzy terapeutyzują się w nadziei odroczenia zasądzonej kary, czy też wykazania chęci poprawy przed sądem, co może wpłynąć na zastosowanie wobec nich mniej dotkliwej kary za popełnione przestępstwa lub wykroczenia.

R: jeżeli ja uważam, że jeżeli mamy do czynienia z młodym człowiekiem który zaczął używanie używanie marihuany to co go może motywować do leczenia? na pewno rodzina może być wymieniona, na pewno można wymienić że prawo, bo bo tak naprawdę najbardziej problem z prawem mają ci którzy zostali złapani z niewielką ilością marihuany na własny użytek i oni mają różne nakazy leczenia, dozory, czasami jeżeli to się pojawia częściej, podejrzewani są o handel, podejrzewani są o propagowanie i rozprzestrzenienia no i oni się jak gdyby motywują do tego, że że żeby się leczyć, bo muszą mieć jakiś

powiem wprost papier na to, że coś robią ze sobą, bo taki jest wymóg no nie, prawny, że oni nie mogą pozostawać (P37)

Klienci biorący udział w badaniu wskazują również emocje jako czynnik skłaniający ich do realizacji działań terapeutycznych. Wskazują tu na strach przed przerwaniem abstynencji jako czynnik motywujący do utrzymywania się w terapii.

R: Codziennie.. rano gdy się budzę jestem trzeźwa.. mogę powiedzieć, że zaliczyłam sukces.. że wczorajszy dzień przetrwałam.. tego jestem nauczona codziennie rano mówię sobie sobie, że dzisiaj będę trzeźwa.. nie patrzę na jutro na pojutrze na kiedyś tam.. tylko, że dzisiaj będę trzeźwa taki sobie daję cel...i ten cel osiągam i następnego dnia znowu.. i ja mam sukcesy codziennie nie patrzę na jeden wielki.. duży sukces.. bo załatwiłam mieszkanie.. oczywiście to sukces.. ale patrzę na takie drobne.. strach jest jak się naćpam.. albo jak chce mi się ćpać nie.. jak chce mi się ćpać to nie jest jeszcze porażka...bo jeszcze wiem, że jest psycholog.. wiem jak sobie sama nie poradzę, to mogę tu przyjść...jak już odlatuję w tamten świat za bardzo to już niedobrze..(P47)

Strach jest jednak emocją, która może wpływać demotywująco. Głównym źródłem strachu przed rozpoczęciem terapii jest znikoma wiedza klientów na temat warunków panujących w ośrodkach terapeutycznych lub poradniach uzależnień, programu terapeutycznego w nich realizowanego, czy też strach przed osobami pracującymi w tych jednostkach, które postrzegane są niejednokrotnie jako surowe i nieprzyjazne. Strach przed rozpoczęciem terapii w ośrodku stacjonarnym może wynikać również z faktu długoterminowego przebywania w izolowanym środowisku, zminimalizowania kontaktów z rodziną podczas terapii, czy też innych strat, które hipotetycznie klient może ponieść w wyniku długiego czasu trwania terapii.

R: Nie, nie chodziłam nigdzie. W sumie to już tak jakby na siłę mnie tak zawieźli. Chociaż ja z jednej strony chciałam się leczyć i w ogóle, ale nie chciałam być zamknięta tak naprawdę w tym ośrodku. Ja czytałam o ośrodku, że to będzie rok terapii i w ogóle. Ja powiedziałam, że na pewno tam roku to nie będę siedzieć.

B: Bałaś się tego?

R: Tak. I tata mi obiecał, że ja tam jadę na 3 miesiące, maksymalnie 6. Jak ja przyjechałam do ośrodka, to miałam rozmowę z (imię terapeuty prowadzącego z ośrodka Monar)m akurat, (imię terapeuty prowadzącego z ośrodka Monar) mnie przyjmował. (P20)

R: No i w sumie było tak, że ja jadąc też na terapię, to ja byłam w strasznym szoku i ja się bałam strasznie, bo bałam się tego, że ja z nim nie będę, bo ja jeszcze wtedy nie widziałam tego tak naprawdę trzeźwym okiem, cały czas narkotyki przemawiały przeze mnie, nie? Ja

się strasznie bałam, wiesz, że jak wyjdę z terapii, to nikt nie będzie na mnie czekał, że ja będę sama, że w terapii nikt nie będzie ze mną, nie? Ja strasznie płakałam właśnie za nim, że nie mogę mieć z nim kontaktu i w ogóle, nie? W końcu było tak w ogóle, że ja po kilku tygodniach terapii stwierdziłam, że ja nie chcę mieć z tym człowiekiem nic wspólnego. (P20)

Kolejną z wymienianych emocji przez klientów, jak i terapeutów jest radość. Radość postrzegana jest jako alternatywa do używania substancji psychoaktywnych. Radość wynikająca z realizacji pasji, radość tworzenia, radość osiągniętych sukcesów w trakcie terapii z jednej strony jest nagrodą za chęć działania, z drugiej natomiast, akceleratorem motywacji. Odczuwanie radości przez klienta jest również warunkiem skutecznej terapii. Dzięki radości możliwa jest redefinicja motywów terapii z zewnętrznych na wewnętrzne w świadomości klienta. Odczuwana przez klienta radość powinna być wskaźnikiem prawidłowego przebiegu terapii dla terapeutów prowadzących.

R: No takie wiesz rzeczy pozytywne, tak? Takie, które można czymś się zarazić pozytywnie i coś zrobić w życiu pozytywnego, fajnego i nie trzeba ćpać, żeby poczuć tą radość, euforię, uczucia, tak? Bo człowiek, który ćpa ma szablony swoich uczuć...trzy...max cztery uczucia: euforia, obojętność, no i nie będę brzydko mówił, tak? smutek, już tak mówimy. (P35)

B: OK. Co pomaga Ci w terapii?

R: Ludzie pomagają w terapii, ludzie z którymi ta chwila bieżąca jest miłsza. Gdy pracujesz z kimś i czujesz, że w danej chwili jest fajnie, po prostu, robiąc coś, nie ważne co to jest, czy to jest grabienie liści czy to jest kopanie łopata czy obieranie jajek na kuchni, czy tam ziemniaków. To jest takie najważniejsze, nie? Że to najbardziej pomaga, że podczas codziennych czynności czujesz się dobrze, nie? No. Nie mogę, no jakoś tak poważnie gadam, chyba przesadzam, co?(P43)

Pozytywna wizja własnej przyszłości wskazywana jest jako kolejny czynnik motywujący klienta do realizacji planu terapeutycznego. Jest ona jednym z głównych, odległych celów terapii dla samego klienta. Marzenie o spokojnym, "normalnym", pozbawionym problemów wynikających z uzależnienia życiu, okazuje się być jednym z istotnych motywów przyświecających klientom.

B: Jak wygląda teraz Twoja motywacja? Jaki jest Twój cel?

R: Rodzina, żeby założyć swoją rodzinę. Naprawdę chciałbym...stworzyć rodzinę taką, która będzie ze mnie dumna. (P16)

R:Znaczy nie no co mnie nakręca do terapii? 26:23



B: No.

R: No lepsze życie na pewno. Takie normalne życie jak normalni ludzie. Nie jak ćpun, że idzie coś ukradnie, tam kogoś napadnie, <1> weźmie jakieś narkotyki, jakieś podejrzane interesy, tylko normalne życie. Iść sobie do pracy, zrobić coś, by mieć... no być szczęśliwym. O! To mnie nakręca - szczęśliwe życie <1> bez problemów, bez żadnych konsekwencji. (P26)

Metody terapeutyczne stosowane w ośrodkach leczenia uzależnienia, filozofia pracy wykorzystywana w palcówkach, program terapeutyczny, jak i sam styl pracy terapeutów może być motywacją do terapii dla klientów. Jako pozytywnie wpływające na motywację do terapii czynniki, klienci wskazywali możliwość realizacji pasji w ośrodku, kolektywny sposób współpracy z innymi leczącymi się osobami, partnerskie podejście terapeutów do samych klientów oraz ich poświęcenie i zaangażowanie w pracę.

R: Tak. Tak, spoko ośrodek polecam chyba wszystkim, kto ma decyzję, żeby coś ze sobą zrobić. To jest chyba jeden z najlepszych i najbardziej hardcore'owych na razie na rynku monarowskim ośrodek.

B: A dlaczego? Czym się charakteryzuje? Co go tam odróżnia od innych?

R: Bo jest wszystko. Jest pasja. To jaką ty masz, w tej chwili, że chcesz coś innego robić, tam Ci ludzie po to są, by dać Ci siebie. Jak śpiewał...nie pamiętam kto, ale jest taki...

B: ...daj siebie innym.

R: Tak. I generalnie polega to na tym, że tam jest o wiele mniej osób, tak... czyli jest tam 20. Było najwięcej osób przez moje 16 miesięcy - 30, gdzie wykruszyło się po dyskotecę 3, czyli 28 lub 27, zależy od momentu. Tak to tam wszystko wyglądało. Ale chodzi o to, że skupiane jest... terapia skupia się na danych osobach, tak... Masz...rozmowy przeprowadzasz z terapeutą co drugi dzień, indywidualne. Jest...społeczność trwa 4 do 5 godzin nieraz. Nawet przekładane były na następny dzień.(P35)

R: Tak myślę, z pacjentami rozmawiamy, że naturalne, normalne w życiu jest tak, że czasem motywacja w życiu jest taka, taka i taka i też myślę, że ważne jest w tym pierwszym etapie dajemy nacisk na taką samodyscyplinę: normy zasady, normy zasady. Oni mogą się później do tego odwołać. (P53)

Motywacja zewnętrzna pełni istotną rolę nie tylko w procesie decyzyjnym przystąpienia do terapii, czy też początkowych jej etapach. Klienci dostrzegają jej potencjał również na etapie post-rehabilitacji.

R: Bo zawsze ta rodzina pomoże, mam dużo kolegów po leczeniu gdzie mają duże wsparcie rodzinne i im jest łatwiej po terapii, a takim jak ja , gdzie nie mają gdzie wrócić to jest trudniej nie, to już nie jest wesoło (P22)

Po zakończonym procesie terapii, klienci zmagają się z wyzwaniami wynikającymi z konieczności readaptacji w funkcjonowaniu społecznym. Trudności związane ze znalezieniem pracy, mieszkania, tworzenia nowych relacji interpersonalnych w sposób zupełnie odmienny od tego, jakim dotychczas się posługiwali, mogą prowadzić do nawrotu choroby. Jak twierdzą sami klienci, prawdopodobieństwo nawrotu jest mniejsze w przypadku, gdy mają oni wsparcie rodziny, znajomych, osób trzecich. Wsparcie to stanowi motywację zewnętrzną, która na tym etapie terapii pełni rolę wspomagającą dla motywów wewnętrznych klienta.

## Motywacja zewnętrzna/wewnętrzna -zmiana i jej znaczenie w procesie terapeutycznym

Kulminacyjnym punktem terapii osób uzależnionych jest redefiniowanie motywów jej podejmowania. Przed rozpoczęciem procesu terapeutycznego oraz w początkowych jego etapach, głównymi motywami klienta w realizacji procesu terapeutycznego są cele poboczne, związane najczęściej z zaistniałym dyskomfortem wynikającym bezpośrednio z konsekwencji używania środków psychoaktywnych oraz chęci jego zniwelowania. Motywacja zewnętrzna, mimo że istotna na początkowych etapach terapii, wydaje się być niewystarczająca do tego, aby klient osiągnął zakładane cele terapii - jeśli nie są one bezpośrednio związane z konsekwencjami wynikającymi z uzależnienia (dzieje się tak w przypadku terapii "harm reduction", gdzie podstawowym celem terapii jest niwelowanie szkód wynikających z uzależnienia). Motywy zewnętrzne, ze względu na stosunkowo krótki czas ich trwania oraz niemożność ich kontrolowania przez klienta, wydają się niewystarczająco silne oraz zbyt niestabilne do tego, by mogły być wykorzystywane na późniejszych etapach terapii. Po wyczerpaniu się motywacji zewnętrznej, klient nie widzi najczęściej powodów do jej kontynuacji, co prowadzi do jej zakończenia. Osiąganie celów terapii , które zakładają niwelowanie przyczyn samego uzależnienia, wymaga wzbudzenia motywacji wewnętrznej klienta. Motywacja ta opiera się głównie na wewnętrznych przekonaniach klienta o możliwości realizacji celów terapeutycznych oraz innych pobudkach wynikających nie z zewnątrz , ale z samych przekonań, którymi klient się posługuje. Motywacja wewnętrzna w porównaniu z motywami zewnętrznymi, nie zależy od czynników, których klient w dużym zakresie nie jest w stanie kontrolować ( wsparcie rodziców, wyroki sądowe, problemy finansowe itp.). Głównym jej źródłem są przekonania klienta, które ze względu na "wewnętrzny" charakter pochodzenia, wydają się być stosunkowo trwałe.

R: to jest tak, że zazwyczaj do terapii czy do pierwszej czy do którejś yyy takie czynniki, które głównie wpływają na motywację są czynniki raczej takie zewnętrzne, nie. Czyli coś się wydarza trudnego eeee albo właśnie mnie ktoś gania , albo mi ktoś każe , w każdym razie to są takie czynniki, które dość szybko yyyyy gdzieś tam nie wiem, znikają , rozmywają się , przestają mieć znaczenie , nie. Więc tak naprawdę dość istotne jest, żeby w tym pierwszym etapie terapii jednak przekuć ten, ten impuls ten czynnik eeee na taką terapię wewnętrzną,

nie, bardziej takie przekonanie , że może jednak warto spróbować, może mi się to będzie opłacało... (P28)

B: Dziewczyna się nie zgadza w ogóle z tym, żebym ja zażywał yyy substancje psychoaktywne, i to zawsze tak jest, że to dla kogoś, kto się przestaje zgadzać , chce budować jakieś tam , wiesz, zaplecze eee, rodzinne etc. czy finansowe czy jakiegokolwiek inne, nie , albo ja sobie idę tam dla mamy, jestem tutaj dla pieniędzy, albo dla pracy , albo yyy wiesz, różne są motywacje. To myślę, że nigdy nie jest mocną motywacją i to jeśli terapeuta nie pomoże eee klientowi zmienić tej motywacji na to, że jestem tutaj po to, żeby się rozwijać, żeby yyy inaczej funkcjonować , żeby ee wiesz, zmienić coś w swoim życiu właśnie , zmienić coś w swoim życiu yyy no to to ma małe szanse powodzenia taka terapia, jeżeli taka motywacja bo dla kogoś, bo dla czegoś, bo po coś, się utrzyma, nie. (p52)

Zmiana motywacji klienta nie następuje naturalnie, ale powinna być stymulowana w procesie terapeutycznym. Za pośrednictwem metod terapeutycznych motywacje zewnętrzne stają się dla klienta coraz mniej istotne. Rolą terapeuty jest stymulowanie tej zmiany w kliencie.

R:...natomiast jakby rolą terapeuty myślę w tym momencie i terapii w ogóle jest przekształcenie tej zewnętrznej motywacji, czyli przyszedłem dlatego, że mam sprawę karną, przekształcenie jej na wewnętrzną pod tytułem ok mam sprawę karną, ale nie dlatego jestem w terapii, jestem w terapii dlatego, że narkotyki się spustoszenie w moim życiu i chcę to zmienić tak? no to już jest rola terapii w tym momencie(P13)

R:...przychodzi odsiedzieć sobie ty tam gadaj sobie.. ja odsiedzę sobie bo muszę tutaj być takie są warunki wiesz..yy..takie są warunki postawione przez prokuraturę czy sąd, że ja tu muszę być.. ta terapia widzę że ewidentnie nie są gotowi na zmianę nie odpuszczamy takich klientów absolutnie, bo też yy.. terapeuta powinien wzbudzać tą motywację wewnętrzną przez tą rozmowę pokazywać co on traci a co zyskuje dzięki tej marihuanie.. jaki jest bilans tych strat i zysków, czy to mu się opłaca.(P7)

B: A od ukazywania tego, że no jednak zażywanie takich substancji jak ( ) przynosi straty to możesz (zgadywane), w sensie jak konstruujesz w ogóle proces terapeutyczny, jak on według ciebie powinien wyglądać? ( ).

R: Ja w ogóle przeważnie zaczynam od tego, żeby też przede wszystkim zmienić tę motywację z zewnętrznej, bo to mówię to najczęściej mam takie doświadczenia, że to przymus. Więc już jakby jestem na tym etapie, w którym jest to motywacja wewnętrzna i

faktycznie zaczynam od ukazania tych szkód, ale później najczęściej ta terapia dla mnie polega na, to znaczy bo mówiłeś jakie cele ja mam, tak?07:17 (P5)

W jaki sposób terapeuta może wpływać na proces zmiany motywacji zewnętrznej na wewnętrzną u klienta? Jednym ze sposobów jest wizualizacja jego przyszłości w dwóch perspektywach - w perspektywie osoby uzależnionej oraz wolnej od uzależnienia. Wskazanie na konsekwencje używania środków psychoaktywnych nie jest zbyt dobrą formą prewencji. Koncentracja uwagi klienta na zyskach wynikających z abstynencji oraz możliwościach, jakie może ona przynieść w przyszłości, stanowi natomiast silny czynnik motywujący dla samego klienta, a przede wszystkim zależy jedynie od jego woli i działania. Konsekwencje uzależnienia wskazywane klientowi pełnią tu jedynie rolę kontrapunktu dla korzyści płynących z abstynencji.

R:... ja bardzo często wzbudzam tą motywację przez to, że pokazuję mu przyszłość w sensie.. pytam się go co on by chciał.. jakie ma marzenia, do czego dąży etc i później mówię o tym, że no widzisz marihuana jest takim czynnikiem, który może ci przeszkadzać.. to nie jest tak, że ona może ci ona w ogóle tą drogę ograniczyć, ale może ci utrudniać... osiągnięcie tego celu będzie o wiele trudniejsze...niż bez niej i oni wtedy oni zaczynają zreflektować i to jest chyba podstawowym celem.(p7)

Na redefinicję motywów klienta wpływa także ukazywanie ambiwalencji między pragnieniami klienta a obecnym jego funkcjonowaniem. Dostrzeganie przez klienta faktu, że obecne jego funkcjonowanie nie daje możliwości realizacji odległych planów, może spowodować zmianę jego zachowania na mniej destruktywne. Wyeliminowanie zachowań ryzykownych w funkcjonowaniu klienta niweluje straty w jego życiu, które były determinowane przez te zachowania. Sukcesy percypowane przez klienta jako następstwo ograniczenia używania lub całkowite jego zaprzestanie motywuje klienta do podejmowania dalszych starań w utrzymywaniu abstynencji lub ograniczeniu przyjmowania substancji psychoaktywnych.

R 2: Korzyści, jeśli zaczyna widzieć korzyści z tego, że nie bierze to, to już zaczyna się wewnętrzna motywacja, no, wtedy, wtedy zaczyna człowiek myśleć o tym jakie, tak sobie bardziej na szali, tak, ile, ile, ile dobrego miał w jakiejś tam sferze yyy pod wpływem narkotyku, tak, jakie dokładnie koszty tego ponosił, a ile ma korzyści nie biorąc tego narkotyku i ii czy ponosi koszty to łatwo sobie może tutaj yyy zauważyć, tak, i ocenić, bardzo łatwo, tak, i o ile ja jestem przeciwnikiem bazowania na, na jakiś stratach, na, na z, z yyy na strachu co to tam będzie, że można jakieś szkody ponosić i tak dalej, to jednak one są, i nie jest to trudno, trudno zaprzeczyć, bo niezależnie, czy to jest rodzina tej motywacji, czy dziewczyna, czy ktokolwiek inny, to cały czas mamy do czynienia z narkotykiem(P52)

R: To znaczy gdy pracujemy tak właśnie. Na rozwijaniu ambiwalencji, tak? Na tym, trochę ich jakby zmuszam do zastanawiania się - po co im to, dlaczego, czy warto by trochę ograniczyć czy nie? To ta motywacja się zmienia, nie? Rzadko mam tak, że ktoś powie, że nie chce już w ogóle jarać. Raczej mam takie bo głównie z młodzieżą pracuje. Więc raczej ma takie doświadczenia, że na jakiś czas chcą przestać. Że dosyć mocno chcą ograniczyć. Że na ten moment im się to jaramie nie opłaca.(P6)

R: Przychodzi np. na rozmowę, dostał informację do społeczności, że się nie angażuje, że olewa, że jest leser w pracy, ja się wtedy odwołuję do jego celów. Dobra jakiś czas temu powiedziałeś, że chcesz mieć super pracę, a powiedziałeś, że super praca to musisz być taki i taki, a tego nie realizujesz. To jak się ma to do tego co tutaj robisz. Jakby rozwijam jego ambiwalencję mogę nakrzyczeć, że ma to robić, a mogę mu jakby pokazać, że to mu się opłaca i jak on zdecyduje, że to mu się opłaca, no to wtedy to jest trwałe. A jak będzie się mnie bał i będzie to robił dlatego, że mnie się boi, to jak wyjdzie stąd...(P53)

Samo poszerzenie świadomości klienta na temat zysków z bycia trzeźwym okazuje się być istotnym czynnikiem wpływającym na zmianę motywacji klienta.

B: a w trakcie terapii jakoś się zmienia ta motywacja?

T: () zmienia się zmienia się z tego względu, że ludzie zaczynają u siebie zauważać jakby pozytywne aspekty, to jest w ogóle, w terapii szuka się pozytywnych, powinno się szukać pozytywnych aspektów, bo trudno () wciąż jakby motywację czy tam pokazywanie człowiekowi, żeby przestał brać tak na stratach, w końcu człowiek rzyga tymi stratami, mówi kurde ciągle straty, straty, straty, () straszą, że będą taki, siaki i owaki, od straszenia są duchy nie? (P30)

Kolejnym ważnym czynnikiem wpływającym na zmianę motywacji klienta do realizacji celów terapeutycznych jest jego poczucie sprawczości. Świadomość klienta oraz jego poczucie realizacji własnych celów - a nie cele terapeuty - jest silną motywacją do kontynuacji działań. Po to, by poczucie to miało możliwość zaistnienia w świadomości klienta, konieczne jest umożliwienie mu dokonywania własnych wyborów oraz ustalania własnych priorytetów w trakcie trwania procesu terapeutycznego. Świadomość nadmiernej kontroli ze strony terapeutów może spowodować zniechęcenie do realizacji - często mało rozumiałych dla klienta i w jego perspektywie bezcelowych "nakazów".

R: Mi się sprawdza, bo ja się w nim odnalazłem, ale też mam wrażenie, że ci klienci jakby inaczej na mnie reagują. Że jeżeli ja im dałem, taką możliwość wyboru, pokażę kilka dróg i to oni mają zdecydować to. No to te zmiany są trwalsze, jeżeli oni podejmą decyzję, nie? Bo jeżeli mam takie doświadczenia, że na początku jak byłem, taki bardziej

behawioralno-poznawczy, taki każący no to ci pacjenci, robili pode mnie, ale zmiany w ogóle nie były trwałe, nie? Albo mnie okłamywali. Ja się na nich wkurzałem, taki jakiś bezsens. Na takiej zasadzie. (P6)

Redefiniowanie motywów, które są siłą napędową terapii, jest odroczone w czasie. Jak wskazują klienci, redefinicja ta następuje po kilku miesiącach od rozpoczęcia terapii. Co ciekawe, klienci często określają motywację wewnętrzną jako pierwszą, która zaistniała, pomijając zupełnie motywy zewnętrzne, jakie im wcześniej przyświecały. To pokazuje siłę motywacji wewnętrznej, która jest w stanie zupełnie wyprzeć ze świadomości klienta motywy, dzięki którym rozpoczęli terapię. Klienci często opisują tę zmianę jako pewne "ośnienie", nagłe uświadomienie sobie czegoś. Wydaje się, w momencie dostrzegają nowe chęci, cele, siłę do walki, które bardzo często współwystępują z doznaniem pozytywnych emocji i doznań, takich jak radość, ekscytacja, wewnętrzny spokój.

R: No na terapii, na terapii jeszcze też mi ciężko było, miałam myśli samobójcze, na początku. Cały czas powtarzałam, że to jest dla mojego taty i z każdym kolejnym tygodniem ja coraz bardziej dojrzywałam do tego, że to jest moja decyzja i że ja to robię dla siebie, tak naprawdę. Po to, żeby po prostu normalnie żyć, żeby mogła iść do pracy normalnie, żeby mogła wynająć sobie mieszkanie i mieć te swoje cztery kąty i nie musieć mówić już, że jestem bezdomna. Po prostu zaczęłam rozumieć, że to ja żyję swoim życiem i że nikt za mnie życia nie przeżyje, że po prostu to ja muszę coś zrobić ze swoim życiem i to dla siebie, że muszę odnaleźć sens i żyć, tak? A potem też motywacją była dla mnie mama i mój brat.

R: to jest całkowicie co innego...to jest właśnie polubienie tego świata na trzeźwo...no to zaczęło się zmieniać po 2-3 miesiącach gdzie zacząłem lubić ten świat na trzeźwo...gdy zacząłem...polubiłem bieganie...yy...czy jakieś tam nie wiem wyjścia grupowe...i wtedy pierwszy raz czułem że nie wolałbym siedzieć gdzieś i pić browara czy jakiś narkotyków, tylko wolałem być tutaj...wolałem brać udział w biegu..(p36)

B: Ale, a wcześniej te dwie inne próby terapii, to one też były w takich ośrodkach?

R: Tak, w Monarach.

B: W Monarach? Ale nie w tym, tylko w jakichś innych?

R: Nie, w innych. W [nazwa miejscowości] i w [nazwa miejscowości].

B: A jak to... To się szybko skończyło, mówisz, bo to było jakoś tak z przymusu, tak?

R: To nie było z własnej woli, z chęci zmian, nie? <3> Bardziej presja rodziny, presja znajomych. W sumie nawet nie wiem, czemu tam pojechałem, nie?

B: A jak to jest możliwe, że teraz zmieniłeś tę motywację?

R: Mm, motywacja, powiem ci, że dopiero tutaj się narodziła motywacja.

B: Ale jednak przyjechałeś pierwszy raz z własnej woli gdzieś, tak?

R: Z własnej woli, ale nie miałem motywacji. Po prostu przyjechałem, bo przyjechałem.

B: Mhm.

R: Przyjechałem, bo chciałem coś zmienić, jeszcze nawet nie wiedziałem co, nie? Chciałem przestać ćpać i tyle, nie? A motywacja dopiero tutaj się narodziła gdzieś, nie wiem, koło 4-5 miesiąca, że rzeczywiście chcę, nie? Zacząłem...(p34)

R: To jakby w tej relacji jasno określają to, że oni sobie nie wyobrażają tego, że oni już nigdy nie będą brali. Natomiast oczywiście to się w trakcie pobytu w programie terapeutycznym zmienia. To się zmienia poprzez właśnie funkcjonowanie w programie. Poprzez np. to, że ten nasz program jest zbudowany na zasadzie, takiego no systemu gratyfikacji społecznej, tak? (p29)

Terapeuci uzależnień dostrzegają zmianę zachowania klientów, która dokonuje się u nich w wyniku redefiniowania celów terapii, jak i jej motywów. Wskazują głównie na ich większą swobodę w kontaktach interpersonalnych, otwartość, wyższy stopień zaangażowania w realizacji codziennych obowiązków, podwyższenie nastroju.

R: Tak, w relacji terapeutycznej jest taki moment kiedy się ona zmienia. Następuje to w momencie, gdy pacjent podejmuje sam decyzję, że chciałby coś zmienić, wie, że będzie ciężko, ale ma motywację do zmiany. Relacja między nami staje się bardziej otwarta, naturalna, pacjent zaczyna mówić, że się zeżłościł na mnie i to są świetne momenty, gdy pacjent czuje się bezpieczny w relacji. Zazwyczaj wynika to z tego, że on chce zmienić swoje życie.(P24)

B: I tu mam bardzo ważne pytanie, a czy terapeuta zauważa zmianę motywacji z zewnętrznej na wewnętrzną? Właśnie taką, jaką opisujecie...?

R 1: No z pewnością tak.

R 2: No powinien

R 3: Doświadczony terapeuta ją zauważy. Na przykład yyyy może ją bardzo łatwo zauważyć yyyy oceniając zaangażowanie w terapii...

R 1: Tak.

R 2: Czyli zauważa się o wiele większe zaangażowanie, ale też eeee no to kolokwialnie nazwę – poważne podejście do tematu. Bo zazwyczaj w pierwszych etapach terapii to chyba jest tak, że te osoby w większości mają zewnętrzne jakieś motywy do tego, żeby uczestniczyć w terapii eeee, ale na pewnym etapie jeżeli terapeuta rzeczywiście i to jest chyba główna praca terapeuty, bo ja myślę, że w momencie kiedy ta motywacja się zmienia to tutaj już jest kwestia taka, eeeee, podtrzymująca tak naprawdę, czyli terapia, terapeuta przechodzi z roli takiego motywatora do takiego człowieka, który podtrzymuje pewne eeee...(P52)

Detekcja tego typu zachowań jest niezmiernie istotna dla samych terapeutów. Jeśli świadczy ona o dokonaniu się procesu zmiany motywów zewnętrznych na wewnętrzne u klienta, sam terapeuta powinien dokonać istotnych modyfikacji w sposobie oddziaływania na klienta, po to, by jak najlepiej stymulować jego motywację wewnętrzną.

## Motywacje wewnętrzne

Po procesie dokonania zmiany motywacji z zewnętrznej na wewnętrzną, klienci uświadamiają sobie fakt, że skuteczne wyleczenie wiąże się bezpośrednio z ich osobą, z chęcią dokonania czegoś dla siebie, a nie dla innych lub dla czegoś innego. Dzięki motywacji wewnętrznej, cele terapii, jakie stawiają sobie klienci, nie dotyczą już jedynie niwelowania strat poniesionych w wyniku używania substancji psychoaktywnych. Coraz częściej głównym motywem do pracy staje się samorozwój.

B: No po co się leczysz?

R: Leczę się no tak dla siebie, żeby wyjść z tego nałogu, no i żyć normalnie, bo to jest taka moja motywacja, że mogę... dużo w życiu bym miał teraz gdybym nie ćpał, no i że mogę to wszystko mieć, tylko przejdę ten okres terapii, który mnie też przygotowuje do tego wszystkiego. (P18)

B: A co Cię motywuje, żeby tu być, żeby się leczyć?

R: Zmiana swojego życia na lepsze, na bardziej satysfakcjonujące, wydaje mi się, że gdybym spełniała się i tak dalej, nie potrzebowałabym sztucznych symulacji przez narkotyki(P46)

B: A są rodzaje wewnętrznej motywacji? Jakies inne? Nie? Czy jest zawsze?



R 1: Zawsze chodzi o mnie chyba w wewnętrznej motywacji, że jak się dostrzega, że chodzi o mnie, o moje życie, że jeżeli chodzi o ja, nie. (P52)

Klienci zaczynają również dostrzegać, że motywy, które przyświecały im wcześniej, nie są wystarczające w dążeniu do celu na późniejszych etapach terapii. Dostrzegają również, że motywy te nie mają wystarczającej mocy do tego, by osiągać na nowo zdefiniowane cele terapii. Wydaje się zatem, że redefiniowanie celów terapii w trakcie jej trwania istotnie koreluje w czasie z redefinicją motywów klienta.

R: no ale ale głównie myślę, że to było z tego powodu mojego, no bo jak bym dla nich to robił, no to wydaje mi się, że dalej bym sobie brał, wiesz, miał ich gdzieś, bo jak brałem to wiesz, szeroko ich miałem gdzieś(P12)

R: <5> no pewnie w jakiś sposób na pewno, ale to trzeba samemu, ale to, że ktoś tam kogoś wyśle na terapię to tam jest połowa sukcesu, on se może pójść pogadać ale to trzeba

B: czyli mówisz, że jednak rodzina jest ważna, ale najważniejsze jest to żeby ()

R: () samemu sobie powiedzieć (P12)

Motywacja wewnętrzna kojarzona jest przez klientów z uczuciem ulgi, radości, spełnienia. Wydaje się, że bez odczuwania tych emocji motywacja wewnętrzna nie może być wzbudzana.

B: <4> a po czym wnioskujeś, że ona Ci pomaga?

R: po czym wnioskuje tak? no jakby to powiedzieć, lżej mi na duszy no [y] [kaszel] no po prostu tak jak powiedziałem, to jest dla mnie taka odskocznia, po prostu chcę tu przychodzić tak? chcę, lubię, nie wiem jak to nazwać [śmiech](P33)

R: Trochę motywację do rozwoju, my chcemy zarazić pacjentów, taka koncepcja na życie, jeżeli człowiek rozumie swoje emocje, swoje potrzeby, swoje relacje, to zaczyna mu być lepiej z samym sobą. No ja przynajmniej mam tak osobiście, że jak zaczęłam pracować nad swoimi obszarami to zaczęło mi być lepiej z samą sobą i to sprawiło, że lepiej czuję się w życiu. Pacjenci mówią mi bardzo podobnie. Oni zaczynają być bardziej świadomi, jest im

lżej. To jest motywacja do tego, żeby się rozwijać, żeby się zmieniać, żeby doświadczać nowych rzeczy.(P53)

Motywacja wewnętrzna mocno wiąże się z chęcią osiągnięcia zakładanego celu. Upór klienta do osiągnięcia zakładanego przez siebie celu jest jednym z częściej werbalizowanych przez klientów wskaźników, świadczących o działaniu pobudek wewnętrznych klienta. Taki upór nie istnieje w przypadku motywacji zewnętrznej. W przypadku motywów zewnętrznych działających na klienta (naciski ze strony rodziny, problemy finansowe klienta, problemy z prawem etc.), charakteryzuje go niski stopień okazywanych chęci w realizowaniu celów, które są wyznaczane nie przez niego, ale przez inne osoby lub instytucje (bliskich terapeutów, osoby trzecie). Mówią o tym sami klienci:

R: I właśnie tu też jest sens gdzieś leczenia naszego, że powinniśmy coś od początku do końca. No i ja tego pragnąłem. Zrobić coś od początku do końca. Wreszcie, w swoim życiu, zrobić raz, a porządnie, a nie się kurwa bawić w jakieś ciuciubabki. No i tak zrobiłem. (P35)

R: Tak, dzięki terapii. Wierzę w to, że zyskuję w jej oczach coraz więcej dzięki temu, że staram się dociągnąć to wszystko do końca, że sobie nie odpuszczam, wiesz wcześniej byłem taki, że coś zaczynałem no i nie kończyłem. A tutaj jednak w ogóle ta terapia to mi się podoba bardzo. Jest czymś co ja zacznę i skończę. Od początku do końca i to jest pierwsza rzecz, którą ja tak zrobię. W sumie nigdy niczego mi się nie udało za bardzo tak zacząć i skończyć, zawsze przerywałem w połowie, cokolwiek by to nie było.(P43)

Motywacja wewnętrzna koreluje również ze samoświadomością, ze zmianą percepcji problemu uzależnienia, jego przyczyn i skutków. Koreluje również dodatnio z wiarą klienta na skuteczne wyleczenie.

R:Bo bardzo wielu naszych klientów przyjeżdża do nas do ośrodka do naszego programu, mówiąc będą tutaj pół roku. Potem przychodzi piąty miesiąc przychodzi i mówi, wiecie co jak bym chciał zostać dłużej. Bo ja widzę, że teraz to ja dopiero widzę, że ja bym chciał jeszcze popracować nad tym, nad tym i nad tym.(P29)

R: Powinna być jak rodzina, druga rodzina.

B: I co jest dla Ciebie?

R: Dla mnie, tzn. dla mnie to są... ludzie, którzy chcą, którzy ze mną rozmawiają, to jest dla mnie jak rodzina, bo jak nikt ze mną nie rozmawia i widzę, że ma wyłożoną łaskę, tak mówiąc, w terapię to to są dla mnie takie hieny. Niektórzy przyjeżdżają albo na socjal,

pokazać coś rodzicom, tak jak ja kiedyś, albo dostają nakaz i przyjeżdżają tutaj załatwić swoje sprawy sądowe.

B: Uniknąć?

R: To jest dla mnie chamstwo. Tak. I dopiero to z czasem zrozumiałem, wiesz bo sam tak robiłem na początku, że wiesz, dla rodziców... To jest gównem nie leczenie, to gównem, to rok przegibany na socjalu Polski.(P16)

Zmiana motywów oraz samoświadomość problemu i możliwości jego rozwiązania, często objawiają się w zachowaniu klientów jako niechęć do osób, którym w terapii przyświecają jedynie pobudki zewnętrzne. Co istotne, okazuje się, że klienci zachowują świadomość faktu, że sami kiedyś postępowali w podobny sposób. Nie wpływa to jednak na ich wysoki poziom dezaprobaty dla takich zachowań.

## Dynamika motywacji

### Czynniki wpływające na wzrost motywacji klienta

Motywacja w trakcie procesu terapeutycznego nie pozostaje na takim samym poziomie. Jednym z głównych celów tego procesu jest budowanie motywacji w kliencie. Samo zaprzestanie używania substancji psychoaktywnych zwiększa świadomość problemu uzależnienia u klienta. Następuje zmiana jego percepcji postrzegania otaczającego go świata, co wpływa na wzrost jego motywacji do leczenia oraz motywacji do realizacji celów życia codziennego.

B: Czy oni dostrzegają jakieś cele dla siebie? Czy od samego początku jest tak, że oni przychodzą z jasno określonym celem w ogóle? Tej terapii?

R: Nie, nie. To ta motywacja się zmienia. To ok. Motywacja się zmienia faktycznie. No oni jak łapią wiesz, takie chwile bez palenia to zaczynają dopiero wtedy. Wiesz no widzieć, że coś jest na rzeczy, tak? Jak no jeden z nich zrobił sobie bilans np. pieniężny, tak? Brakowało kasy. Ciągłe się coś nie sumowało, a tutaj się okazało, że prawie tysiak miesięcznie schodził na marihuanę. To było dużo, nie? No to była taka motywacja, że to jest chociaż wymierna jakaś rzecz. Jak są bardziej przytomni, bardziej w kontakcie z ludźmi, tutaj jest chyba coś jest akceleratorem, nie? Do jednak większych starań do terapii. No, ale to jest już jak gdyby po takim momencie, że nie palę, nie? Już mają trochę ().17:55 (p31)

B:...natomiast nie pytałem o takie rzeczy środowiskowe, czyli takie rzeczy zewnętrzne, czy coś oprócz samego terapeuty i terapeuty () jeszcze może wpłynąć na przebieg terapii, coś lub ktoś?

R: na pewno, na pewno to są rzeczy pozytywne dla człowieka tak? tak trochę umacniają, tak mi np. trochę pomogło w tym, że () zacząłem chodzić na terapię, zacząłem mniej palić, znalazłem np. dziewczynę i to mi też pomogło, podbudowało mnie to, polepszyły mi się też trochę relacje w domu (...) no i ta sytuacja mi też pomogła, to po prostu jak przestałem tyle palić codziennie, codziennie też mi się strasznie nastrój zmienił, zacząłem jakby być bardziej żywy, wszystko widzieć na () kolorach, więc to samo to już potrafi zmotywować, jak już parę dni powiedzmy nie paliłem czy coś, to już po paru dniach widziałem te () chciało mi się przede wszystkim coś, chciało mi się wyjść do ludzi, chciało mi się no nie wiem no, chciało mi się po prostu coś, a nie przyjsć przed kanapę, zwinąć, zapalić i ewentualnie () no(P33)

Na wzrost motywacji znacząco wpływają sukcesy osiągnięte przez samego klienta. Warto zatem zadbać, by cele terapii były ustanawiane przez klienta (co zwiększa w nim poczucie odpowiedzialności za ich realizację) oraz by cele te były adekwatne do możliwości ich realizacji, które klient posiada. Spełnienie tych warunków - po pierwsze - znacząco wpływa na wzrost motywacji do osiągnięcia celów terapeutycznych, jakie klient sobie wyznacza - a po drugie - sam sukces w realizacji celów, wzbudza motywację klienta do realizacji kolejnych celów, które sobie wyznaczył.

B: Czy ta motywacja się jakoś zmienia - przepraszam, że ci wchodzę w słowo, zmienia się w trakcie terapii?

R: [odchrząkuje].16:49

R: Tak, a okazywało się, że w momencie kiedy stawiano sobie mniejsze cele, okazywało się, że udało mu się, cokolwiek osiągnął i wtedy był w stanie postawić sobie większy cel i wcale to nie eliminowało go z systemu pomocy i to jest jakby to podejście ku klientowi, na tyle na ile może, na ile ma motywację możemy już z nim pracować

B: Czyli jak dobrze rozumiem to pojęcie abstynencji wcześniej jakby blokowało dużo, jakby próg wejścia był tak wysoki, że większość osób

R:Tak, nigdy nie skorzystało, a proszę sobie wyobrazić człowieka, który pije codziennie a ogranicza picie do weekendu, jaka to jest ulga i dla niego i dla całej rodziny(p8)

Na wzrost motywacji klienta wpływa również poczucie bezpieczeństwa w procesie terapeutycznym. Klient, który czuje się bezpiecznie w relacji z terapeutą wzmacnia swoją motywację do leczenia. Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa klientowi, zależy w dużej mierze od terapeuty. Terapeuta, który potrafi stworzyć bezpieczne dla klienta warunki terapii, poprzez budowanie zaufania między sobą a klientem, naturalnie wzmacnia jego motywację do leczenia.

R:... bardzo często się zmienia [yym] bardzo często na początku, na tych pierwszych spotkaniach, czy na pierwszym jest tak, że no ludzie trafiają tu z problemami {yyy} przychodzą z czymś czego często się wstydzą, nikomu nie powiedzieli, z tym, że oni się z tym źle czują, że sobie z czymś nie radzą, jest to dla nich trudne, powiedzieć komuś o tym co ja () często te pierwsze spotkania są takie bardzo ostrożne, ludzie się przyglądają, jakby czekają też na reakcję, jak zobaczą, że nic takiego się nie dzieje w sensie nie wiem, nikt nie krzyczy na nich, nikt im nie mówi ale ty to jesteś niedobry np., co ty narobiłeś, tylko dostają wsparcie, dostają zrozumienie, dostają też propozycje, że ok możemy się tym zająć i coś z tym dalej zrobić, no to często się zdarza, że jakby to coś z nich schodzi i wtedy już no no to jest zmiana nastawienia, widzą, że nic złego się nie dzieje, nikt im głowy nie urwał tak? w związku z tym tak no wyluzowują, są bardziej spokojniejsi, bardziej nie wiem otwarci może (P13)

Poczucie bezpieczeństwa budowane jest również w procesie grupowym. Grupę odniesienia dla klienta stanowią często inni klienci korzystający z terapii. Ich postrzeganie samego procesu terapeutycznego, opinie na temat tego procesu, mogą budować w kliencie poczucie bezpieczeństwa, a co za tym idzie wzmocnić jego motywację do leczenia.

R: W czwartki są pogadanki, cały czas takie same, omówienie tygodnia. Czyli każdy mówi co mu jest, jak minął tydzień i ewentualnie, co go męczy, z czym ma problem.

B: Pomaga Ci to?

R: W sumie pod jednym względem jak inni Ci, co są krócej na przykład, mówią że się im tu podoba, że jest fajnie, to mnie też w jakiś sposób motywuje, bo jak czuję się źle i ze mną coś jest nie tak, to wiem,, że z innymi jest dobrze i mnie to w jakiś sposób właśnie dużo pomaga.(p18)

## Terapeuta a dynamika motywacji

Motywacja klientów, ich zaangażowanie w procesie terapii, zależne są nie tylko od czynników zewnętrznych czy wewnętrznych (osobniczych) oddziałujących na klienta, ale również w znacznym stopniu zależy od terapeuty z nim współpracującym. Klienci wskazują pewne cechy osobowości terapeuty, charakterystykę zachowania oraz metody terapeutyczne stosowane przez terapeutów, które wpływają na poziom ich motywacji do leczenia,

R: Przede wszystkim musi dochodzić do człowieka, musi go rozpoznawać, wiadomo od razu się nie otworzy pacjent na samym początku nie? Musi być dobry, musi wydobyć z niego to, nie kazać tylko mają coś takiego że mają to od siebie, pomagają ludziom a nie że tylko przychodzą do pracy, bo to nie pyknie według mnie (P22)

Terapeuta budujący poczucie bezpieczeństwa w trakcie procesu terapeutycznego, okazując empatię oraz zrozumienie, wzmacnia chęć realizacji celów terapeutycznych klienta.

R: no to podobały mi się rozmowy...ona mnie tak ta pani terapeutka..tak mnie wyluzowywała mnie.. jak miałem wielki problem to.. mówię co mam teraz zrobić pani terapeutko.. jakieś mi tam rzeczy podpowiedziała.. że... powinienem to tak załatwić..albo tak..no nie wiem powiedziała żebym się nie martwił.. no tak mi powiedziała ja mówię no dzięki..no nawet nie wiem jak miała na imię bo zapomniałem.. ale jak mi powiedziała, żebym się nie martwił to od razu stanąłem na mocny fundament..ktoś Ci psuje głowę jeszcze większy narkoman niż jaki się wydaje.. bo jest w pomieszczeniu jakimś.. i ja nie wiedziałem co robić..musiałem iść do terapeuty..ponieważ muszę porozmawiać.. terapeutka mówi żebym się wyluzował.. dać więcej czasu..mam się uspokoić..i dziękuje i od razu lepiej i to mnie pchnęło do przodu..(p21)

Klienci podkreślają też inne cechy terapeuty, które mogą wzbudzać u nich motywację do leczenia. Wskazują często na "uwagę" terapeuty w procesie terapeutycznym, nieszablonowość działania, indywidualne podejście do klienta. Podkreślają również to, że terapeuta powinien cechować się zaangażowaniem i opanowaniem. Terapeuta powinien również wskazywać klientowi alternatywy w stosunku do używania substancji psychoaktywnych. Jak twierdzą sami klienci, wskazywanie takich, motywuje ich do działania.

B: Powiedziałaś już o takim czynniku, który jest pomocny w prowadzeniu terapii czyli o tym zaufaniu między klientem a terapeutą? A co, czy są jeszcze jakieś inne, które ci przychodzą do głowy, które mogłyby tę współpracę jakby wiesz?

T: Poza tym zaufaniem? Myślę, że taka świeżość myślenia. Że ten - o czym tu myślę o tym, że terapeuta jest na tyle elastyczny, że nie siedzi w jakiś takich swoich schematach prawda? Że co mi się wydaje o świecie, że powinien się uczyć, iść na studia i tak dalej. Tylko terapeuta, który się orientuje w tym co jest modne, co jest na czasie. Takim elastycznym, takim świeżym. Że to co wnosi klient nie jest dla niego abstrakcją. Nie bojący się pytać, nie stający w takiej roli eksperta i profesjonalisty tylko też taki zainteresowany, taki - myślę, że to każdy terapeuta powinien mieć, szczerze mówiąc. Ale taki właśnie mało wychowujący, a taki bardzo otwarty na to co ten człowiek ma do powiedzenia, bo na tym się potem fajnie pracuje. Nawet na tych modnych rzeczach, na tym nie wiem co teraz przeżywa, czego doświadcza, czym się interesuje, co jest takie dla niego nowe, czym się nie zgadza też.

B: Czyli powinien być taki w cudzysłowie atrakcyjny ten terapeuta?

T: Tak. To na pewno.(P32)

B: Nie, jak oceniasz swoją relację z nim?

R: Dobrą, (imię terapeuty) mnie rozumie. Dla mnie jest bardzo ważne to, żeby ktoś mnie słuchał i starał się zrozumieć, co mam na myśli, gdy mówię, nie? I dostaję to od niego, nie?(P43)

R: Tak, wszyscy byli. Był Paweł, który był fotografem z pasji i gdzieś nas zabierał właśnie wtedy on zrobił ten spływ. Zrobił, pokazywał, poszliśmy...4 osoby zabrał na pole robiąc własnoręcznie takie zasieki, żebyśmy mogli leżeć pod tym i aparat każdemu dał ze swoich. Siedzieliśmy i szukaliśmy wilków i jakiś innych zwierząt. A potem wywołał je i w przejściu mieliśmy w korytarzu te zdjęcia, tak? I każdy pacjent mógł sobie gdzieś coś takiego zrobić gdzieś tam. Wiesz no takie właśnie pasje znajdowali, wpływali...yyy...w ten, w tą załóżek tej twojej próby bycia trzeźwym, żeby zaczęło to płonąć, żeby wskrzesić w tobie chęć życia. I.. coś takiego powiem. Powinien mieć pasję. Powinien mieć ochotę dawać siebie całego. Na serio, Pan Przemek opowiadał mi o tym, jak sam miał problem z alkoholem, jak jego żona była chora i dziś nie ma po prostu ochoty rozmawiać. I on mi się zaczął, gdzieś tam zwierzać, że jest w słabej formie, że jego żona będzie najprawdopodobniej umierać, że w ogóle jest słabo, tak? I...wiesz...te relacje już są w którymś momencie już są tak bliskie, że nie da się ich słuchać, ty ich po prostu już zaczynasz kochać. Ja...(P35)

## Czynniki wpływające na spadek motywacji klienta

Metodyka pracy terapeuty, charakter relacji istniejącej między nim a klientem, jak również postrzeganie swojej roli, jak i roli, jaką pełni klient w procesie terapii, może wpływać demotywująco na samego klienta. By uniknąć demotywującego charakteru działania terapeuty na klienta, istotne jest, by sam terapeuta pozyskiwał informacje zwrotne od klienta na temat tego, jakie czynniki odnoszące się do osoby terapeuty lub metody pracy stosowane przez niego, mogą wpływać zniechęcająco na samego klienta.

R: Więc to, żeby tego jakby nie, no zepsuć, że terapeuta przyjeżdża zmęczony do pracy jakiś pacjent chce mu coś powiedzieć, a ten na jego wyładowuje swoją złość, nie? Więc to jakby są ważne dla mnie jak teraz patrzę teraz z tej perspektywy, ważne rzeczy. Żeby być tego świadomy, nie? Na każdym kroku, że każdy nasz gest, jakieś słowo no może zablokować tą relację, nie? Warto pytać w ogóle pacjenta co jakiś czas, też się tego z superwizji dowiedziałem - jak ci jest w ogóle ze mną w relacji? Czy ci odpowiadam? Nasz styl pracy? Może coś ci przeszkadza? Może jest coś, co chciałbyś mi powiedzieć, a ci jest głupio? Na takiej zasadzie. Otwierać takie wątki, nie?(P6)

R: Mi na przykład pomagają, bo ja wiadomo każdy terapeuta musi mieć to coś, że musi wysłuchać, musi do niego trafić a moim terapeutą jest Marek i on do mnie trafia, ja mu o tym nie mówię oczywiście

B: Jasna sprawa, coś trzeba mieć dla siebie. A dlaczego akurat wiesz Marek trafia?

R: Miałem innego terapeutę to w ogóle nie trafiał, bo brał na takie kuki, wywierał na mnie presję niż ja to robiłem niż tak jak Marek to mnie mówi, że możesz tak, tak, tak i ja to wybieram. A ten mówił masz być to i koniec, no i ja się poskładałem i to w ogóle nie pykało bo to nie było moje w ogóle (P22)

Bardzo często poruszonym wątkiem, który negatywnie wpływa na motywację klientów jest repesyjny system prowadzenia terapii. Wiąże się on ze stosowanymi zadaniami korekcyjnymi (tzw. "dociążeniami"), brakiem szacunku ze strony kadry terapeutycznej, poczuciem uprzedmiotowienia odczuwanym przez klientów - co pośrednio może skutkować spadkiem poczucia własnej wartości klienta. Poczucie niskiej wartości u klientów wpływa wtórnie na brak chęci do podejmowania wysiłku potrzebnego do osiągnięcia celów terapeutycznych. Negatywne



emocje klienta, które są następstwem takiego sposobu ich traktowania, budzą w kliencie bunt i opór wobec terapeutów, jak i całego systemu terapeutycznego.

R:..o, żeby szukać kogoś, bo i tam bym znalazł, nie byłby to problem. () że [nazwa miasta] tak blisko. To już w ogóle żadne problemy. Ale było tak, że była wioska. [nazwa miasta] (psychiczny) ośrodek wtedy. Próbowali, y, próbowali, obrali chorą terapię w stosunku do mojej osoby.

B :To znaczy? Może pan więcej...

R: Chodziło o to, żeby mnie złamać fizycznie i psychicznie, zszamoczyć, zrobić ze mnie, nie wiem, y, no, jak to określić, nic nie znaczący ()....

B: A czym to się objawiało? Mógłby pan przykłady podać?

R: Mogę. Tam był taki system, że było 2 tygodnie, to nie było się pełnoprawnym wtedy...

B: Uczestnikiem?

R: Tak, uczestnikiem terapii, pacjentem (). Zresztą to było zabronione (). Po 2 tygodniach ludzie mieli dopiero tak zwaną przejściówkę. Trzeba było powiedzieć o sobie, prawda, odpowiadać na pytania, oni wtedy oceniali i w razie, co im tam do głowy przyszło, to wymyślali dociążenia i rodzaj terapii, która miała być później modyfikowana. (P48)

B: a czym różniła się Twoja skuteczna terapia od tych nieskutecznych..?

R: tym że tam byłem..do wszystkiego zmuszony..znaczy te dwa ośrodki..całkowicie inny system terapii.. ja to tak przynajmniej widzę..tam było bardziej dociążeniowo..do różnych rzeczy byłem zmuszony..i wielu rzeczy nikt jakby nie powiedział mi po co to jest..ja to robiłem..te wszystkie rzeczy..zadania..yy. na społecznościach się udzielałem..tak mechanicznie wiedziałem że muszę...że jak się nie będę odzywać to mnie przydzielą do domownika.. nie do końca wiedziałem po co to wszystko jest..robiłem po prostu bo musiałem..to jest taka największa różnica..no i to co wcześniej wspominałem ten wybór..że tam nikt mi tego nie powiedział..nie wytłumaczył..(P36)

B: rozumiem..ale to bardzo dużo to co powiedziałaś.. naprawdę..czy chciałbyś jeszcze mi na coś zwrócić uwagę jeszcze..o czym już nie wspominałem..o czym to jest ważne w terapii jej skuteczności..w działaniach? a które nie powiedziałem..nie zapytałem..

R: <8> jedna rzecz..to już mówiłem..żeby nie zmuszać..ale żeby zachęcać..<3> i dla mnie system dociążeniowy..zadania..bo czasami to się nazywa zadania korekcyjne..ale dla mnie osobiście to nie jest dobre..znaczy..oczywiście..trochę mi pomogło trochę mnie utemperowało na początku..ale z czasem..dla mnie osobiście to nie jest dobre..znam dużo ludzi którzy przez to się zniechęcali..ja oczekiwałem..cały czas ataku..jakby przez to bałem się..tutaj jest tak, że zrób to jak nie jesteś pewny to spróbuj podjąć decyzję a my Ci powiemy czy to jest dobrze czy źle zrobione..ale my Ci to powiemy..a tam..od razu było zadanie..ja bałem się cokolwiek zrobić..bałem się sam podejmować jakieś decyzje..bo wiedziałem, że mogę dostać karę..tak to traktowałem..do teraz uważam..że tak było..yy..to niby zadania dla mnie korekcyjne..które koryguje.. które coś pokazuje czegoś uczy..a co to za zadanie jak ja dostanę kuchnię..bo coś tam ja będę musiał kilkanaście godzin pracować..<3> (P36)

Kolejnym powodem spadku motywacji klientów, jest brak dostrzeganej gratyfikacji działań, jakie realizowane są przez klienta.

R: Nigdy nie towarzyszy taka sama chęć do jakiejś tam pracy. U nich bardzo często jest tak, że mają bardzo dużą potrzebę szybkiej gratyfikacji. Co jest zresztą jednym z filarów uzależnienia. Wchodzimy w uzależnienie, ponieważ potrzebujemy bardzo szybkiej gratyfikacji, potrzebujemy bardzo szybkiej sytuacji zniesienia tego napięcia, które nam towarzyszy. I jakby gdy są jakieś zadania długoterminowe bardziej, coś trzeba się bardziej postarać, coś jest trudniejszego w ich życiu

Przyczyną, która może wpływać na spadek motywacji klienta jest lęk przed utratą dotychczasowego stylu życia, pozytywów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Spadek dynamiki pozytywnych doznań może być spowodowany brakiem alternatyw w stosunku do używania substancji psychoaktywnych.

R: Mówisz że straciłeś motywację. <1> Po przyjeździe tutaj już?

B: Tak. 16:37

R: O no to opowiedz o tym.

B: [Yyy] to był jakoś, nie wiem, po miesiącu z dwa tygodnie temu to był. <3> Jakby doszedłem do siebie, wytrzymałem cały ten miesiąc, trzeźwy byłem i tak sobie pomyślałam,

że moje życie nie było takie złe nawet był fajne, bo zawsze miałam jakieś imprezy, narkotyki, tam pieniądze z tego. No a teraz co ja będę robił? Nie będę ćpał, nie będę miał żadnych przyjemności, będę chodził do pracy jak normalni ludzie. To tak takie trochę szare i tak, <3> no i nie wiem, i przez to straciłam motywację, bo nie chciałbym, żeby moje życie było jakieś takie szare, zwykły takie. A wcześniej, nie wiem, to takie [y] iluzja taka, nie? ż był fajnie i ż <1> ż jednak nie był tak źle. 17:22 (P26)

## Motywacja klienta a etapy terapii

Motywacja klienta jest jednym z najważniejszych czynników skutecznego leczenia. Wpływa ona bezpośrednio na realizację jego celów. Jest czynnikiem koniecznym do utrzymania się w terapii. Redefinicja motywów z zewnętrznych na wewnętrzne jest procesem pośrednim, "budującym" klienta w trakcie jego leczenia. Sama zmiana motywacji jest miarą skuteczności i punktem kulminacyjnym procesu terapeutycznego.

B: Jak można byłoby ocenić skuteczność terapii? Po czym poznać, że ona przebiega skutecznie?

R: Wiesz co, bo to nie chodzi o to, że terapia jest skuteczna, bo... magia pobytu tzw. to jest. Ludzie tu przyjeżdżają, myślą że będą tu rok i nie będą ćpali. To nie jest tak. To...sama motywacja nasza, chcemy - nie bierzemy, robimy coś ze sobą, poddajemy się terapii, chcemy, dążymy do tego, pracujemy coś żeby zmienić w sobie, może nie w 360, ale chociaż w połowie, żeby dalej, dalej to zmieniać i nie chcieć brać, bo raz się człowiek będzie bał... to dalej się będzie bał, ale jeżeli znajdzie odwagę no to będzie dalej.(P16)

R: Tak, w relacji terapeutycznej jest taki moment kiedy się ona zmienia. Następuje to w momencie, gdy pacjent podejmuje sam decyzję, że chciałby coś zmienić, wie że będzie ciężko, ale ma motywację do zmiany. Relacja między nami staje się bardziej otwarta, naturalna, pacjent zaczyna mówić, że się zezłościł na mnie i to są świetne momenty, gdy pacjent czuje się bezpieczny w relacji. Zazwyczaj wynika to z tego, że on chce zmienić swoje życie(P24)

Pierwsze etapy terapii charakteryzują się motywacją typowo zewnętrzną. To motywy zewnętrzne zmuszają klienta do podejmowania kroków, których celem jest nie zerwanie z nałogiem, ale poprawa funkcjonowania społecznego lub niwelowanie negatywnych konsekwencji używania, które dla klienta stały się uporczywe.

R: Trochę tak widzenie na narkotyki mi się zmieniło, kiedy miałem te 16 lat, już wtedy rok nie mieszkałem z mamą, bo wyrzuciła mnie z domu i stwierdziłem, że coś muszę zrobić ze swoim życiem, nie. I kurczę no, postanowiłem rok po tym jak mnie wyrzuciła, że pójdę się leczyć, że zostawię wszystko oprócz marihuany i alkoholu. No i tak od 16 roku życia, czyli praktycznie przez te cztery lata cały czas marihuanę i alkohol, w ilościach...(p44)

W pierwszym kontakcie klienta z placówką leczniczą, klienci niekoniecznie chcą zerwać z nałogiem, ale np. ograniczyć jego używanie po to, by zniwelować straty, jakich przez używanie doświadczyli. Innym powodem zgłaszania się klienta do terapii może być chęć przekonania innych (najczęściej rodziców) o tym, że podejmują wysiłek leczenia - zabieg ten realizowany jest najczęściej po to, by zmienić ich stosunek do własnej osoby. Celem leczenia nie jest tutaj zdrowienie, ale część stabilizacji trudnej sytuacji, w której się znaleźli.

R:...marihuaniści często wypierają, jako żeby się coś bardzo poważnego działo, natomiast zaczynają im doskwierać konsekwencje, które ponoszą, które stają się dla nich uciążliwe, czyli nauczyciele zaczynają zauważać, że coś się z nimi zaczyna dziać, zawalają naukę tak? ewidentnie widać, że jednak odbiegają od tych grup, które starają się iść tą drogą taką taką nie wiem zwykłą, normalną, to jest często przez ubiór pokazują pewnego swojego swego rodzaju takie [eee] () w zależności, nie wiem, ciagotki, chęci, potrzeby takie szukania gdzie indziej, gdzieś w środkach różnego rodzaju, w pewnym momencie znaczy w pewnym sensie tracą komfort, tracą komfort tego palenia i i zdarza się tak, że po prostu, żeby zaspokoić zaspokoić nie wiem właśnie te osoby, które które im to sygnalizują, że oni coś z tym robią, że poszli, ok, jasne coś coś się tam dzieje, () uspokoić klimat, pokazać że jest ok, wszystko jest pod kontrolą, poszedłem nic takiego się nie dzieje, nie jestem kierowany dalej, znaczy jest ok nie?(p30)

W początkowych efektach terapii, motywy zewnętrzne determinujące działanie klienta są istotne z punktu widzenia procesu terapii. Pozwalają one na kontakt klienta z placówką, oraz dają możliwość nawiązania z klientem relacji terapeutycznej. W kolejnych etapach terapii rolą terapeuty jest zmiana motywów leczenia na takie, które mogą poprzez zmianę postrzegania problemu,

wzmocnienie perspektywy klienta z "oni" na "ja", doprowadzić go do zaniechania działań destrukcyjnych, które realizuje. Terapeuci wykorzystują wiele metod prowadzących do redefiniowania motywów przez samego klienta. Są to, między innymi: uświadomienie realnych kosztów używania, wzmocnienie ambiwalencji u klientów, praca nad emocjami klienta, czy też wzmocnienie świadomości klienta na temat mechanizmów uzależnienia.

R: To znaczy gdy pracujemy tak właśnie. Na rozwijaniu ambiwalencja, tak? Na tym, trochę ich jakby zmuszam do zastanawiania się - po co im to, dlaczego, czy warto by trochę ograniczyć czy nie? To ta motywacja się zmienia, nie? Rzadko mam tak, że ktoś powie, że nie chce już w ogóle jarać. Raczej mam takie bo głównie z młodzieżą pracuje. Więc raczej mam takie doświadczenia, że na jakiś czas chcą przestać. Że dosyć mocno chcą ograniczyć. Że na ten moment im się to jaramie nie opłaca. Mam teraz dwóch, takich pacjentów, klientów. Którzy jakby są, zostali przyłapani na zażywaniu marihuany.(...) Już zakłada czyli ta, w tej kole zmiany już jest w tej, takiej fazie prekontemplacji, zastanawiania się - a może jednak warto. Więc jakby tu no, takie hasło padło. Może się oduczy przez te pół roku. To może już nie wróci do tego więc na takiej zasadzie, nie? No właśnie ja pracuję na, patrząc na klienta ja pracuję przez koło zmiany, nie? Czyli patrzę w jakiej on jest fazie no i tak dostosowuję też poziom terapii, nie? Bo to też jest ważne, żeby jeżeli ktoś jest ewidentnie w fazie prekontemplacji, czyli w ogóle nie zakłada, że może przestać to nie ma co z nim jakby nie wiem pracować jak w fazie decyzji czyli ustawiać plan na życie, nie? Tylko raczej pracować po prostu tylko i wyłącznie nad motywacją i tyle, nie?(P6)

R: Przychodzi np. na rozmowę, dostał informację do społeczności, że się nie angażuje, że olewa, że jest leser w pracy, ja się wtedy odwołuję do jego celów. Dobra jakiś czas temu powiedziałeś, że chcesz mieć super pracę, a powiedziałeś, że super praca to musisz być taki i taki, a tego nie realizujesz. To jak się ma to do tego co tutaj robisz. Jakby rozwijam jego ambiwalencję mogę nakrzyczeć, że ma to robić, a mogę mu jakby pokazać, że to mu się opłaca i jak on zdecyduje, że to mu się opłaca no to wtedy to jest trwałe. A jak będzie się mnie bał i będzie to robił dlatego, że mnie się boi to jak wyjdzie stąd...(P53)

Punktem kulminacyjnym i koniecznym do skutecznego zakończenia procesu leczenia jest zmiana motywacji klienta z zewnętrznej na wewnętrzną. Zmiana ta jest odroczone w czasie i następuje zazwyczaj kilka miesięcy po rozpoczęciu procesu terapeutycznego. W kolejnych etapach terapii konieczne jest wzmocnianie motywacji wewnętrznej u klienta.

R:Bo bardzo wielu naszych klientów przyjeżdża do nas do ośrodka do naszego programu, mówiąc będę tutaj pół roku. Potem przychodzi piąty miesiąc przychodzi i mówi, wiecie co jak bym chciał zostać dłużej. Bo ja widzę, że teraz to ja dopiero widzę, że ja bym chciał jeszcze popracować nad tym, nad tym i nad tym.(P29)

R: <3> na społecznościach..no to jak ktoś się odzywa czy ktoś w ogóle mówi..to jest też jakimś wyznacznikiem, że ktoś coś mówi..jak ktoś się nie odzywa.. a po dwóch miesiącach mówi że złamał zasady to widać zmianę..że ktoś się..nagle w ogóle się odezwał..coś się w nim ruszyło w tej osobie..że po pierwsze potrafiłem się przełamać po drugie że zaczęły te zasady szanować..i zaczęły jej przeszkadzać...no bo jak ja byłem na początku to miałem to gdzieś że ktoś łamie zasady miałem to gdzieś..ale jak zaczyna Ci przeszkadzać to znaczy że to idzie do przodu..te zasady.. zaczynają się jakby stawać moimi zasadami..jako pacjenta..no to najważniejsze..(P36)

W końcowych etapach terapii bardzo ważne jest utrzymywanie motywacji do podejmowania wysiłków w budowaniu przez klienta nowej struktury życia. Klienci, jak i terapeuci wskazują, że po ukończeniu terapii istotną rolę pełni motywacja wewnętrzna. Nie można jednak zapominać o roli motywacji zewnętrznej (rozumianej jako pomocnicza) w realizacji nowych celów trzeźwego życia. Motywacja wewnętrzna na tym etapie bardzo często łączy się z doznaniem pozytywnych emocji, takich jak szczęście czy radość. Emocje te wpływają bezpośrednio na poziom motywacji do działania, ale sama chęć działania wpływa również zwrótnie na poziom odczuwanego przez klientów szczęścia.

R: Dla mnie, ja to ostatnio tak sobie zdefiniowałem, bo mój pacjent zakończył terapię. Ja z nim podsumowałem terapię w niedzielę. I on powiedział jestem szczęśliwy. Że jest zadowolony ze swojego życia. Mimo tego, że wychodzi z ośrodka. Nie ma pracy, zdał teraz prawo jazdy na kategorię ciężarówek, na ciężarówkę, nie? Ale jest taka niepewność jego w życiu. Bo wraca do rodzinnego domu. Bo wraca tam do swojego syna. On się rozstał z partnerką. Więc taka spora niewiadoma, ale mówi, że jest szczęśliwy. Że nie wiem wychodzi na dwór i cieszy go to, że nie wiem słońce świeci. Cieszy go to, że może sobie pójść pobiegać. Cieszy go to, że może sobie pogadać z bliskimi, nie? No to jest taki dla mnie wyznacznik, nie? Że człowiek lepiej mu się żyje. Taki jest zadowolony ze swojego życia. No może to kontrowersyjne, ale chuj powiem. Jak ktoś ma nie brać narkotyków czy nie pić alkoholu, aby nie szczęśliwy to już nie sobie bierze. (P6)

Motywatorami zewnętrznymi do trzeźwości bardzo często jest wsparcie ze strony rodziny. Poprawiające się relacje między klientem a bliskimi oraz zwiększenie się poziomu zaufania między nimi. Ważne dla motywacji klienta jest również wsparcie finansowe lub inne wsparcie materialne udzielane przez najbliższych.

B: A rodzina ma jakiś wpływ na to czy ktoś się dobrze terapeutyzuje czy też nie?

R: Myślę, że tak. Jak człowiek jest sam po terapii jak w moim przypadku i jeszcze ma komorników to jest hardcore, naprawdę, terapia jest jedno a życie jest drugie, tak ja na to patrzę nie? No bo ja zawsze mam komornika za alimenty i był taki przypadek, że wziąłem na wakacje syna i pracowałem na umowę, normalnie, legalnie i przyjechał do mnie syn i komornik na mnie siadł i zabrał mi 60% wypłaty i dostałem wypłaty 5 stów i teraz tak, ja syn i jakbym na hostelu nie był to był siadł no bo z czego tu rachunki opłacić. A jak masz jakiś podkład rodzinny, finansowy, to jest lepiej moim zdaniem(P22)

Motywacja klienta jest kluczowa na każdym z etapów terapii. Jednym z głównych celów terapii jest wzbudzanie i podtrzymywanie motywacji klienta, dzięki której może on przewyciężyć trudny leczenia. Za wzbudzanie i podtrzymywanie już istniejącej motywacji odpowiedzialny jest terapeuta. Aby tego dokonać, musi mieć świadomość tego, jakimi motywami posługuje się klient, jaki jest to rodzaj motywacji oraz jak kontrolować jej dynamikę. Posiadający taką wiedzę terapeuta, może w łatwy sposób stymulować motywację swojego klienta oraz kontrolować jej dynamikę w trakcie trwania procesu terapeutycznego.

## 5. Cele terapii

*Radość z życia...uczciwość..abstynencja P50*

### Określanie celów terapii jako proces

Na początku terapii istnieje zasadnicza różnica między celami terapeuty i celami klienta. Wynika ona z różnych czynników, ale jednym z najważniejszych jest postawa pacjenta i jego postrzeganie siebie, uzależnienia oraz samej terapii. Właściwie w niemal każdym przypadku celem terapeuty jest doprowadzenie klienta do całkowitej abstynencji, czasami terapeuta na zasadzie mniejszego zła, akceptuje redukcję szkód jako cel, ale zawsze jest to dla niego cel pośredni. Niektórzy klienci przychodzą natomiast na terapię jedynie po to, aby uzyskać formalne zaświadczenie o tym, że odbyło się spotkanie. Jeden z terapeutów, zapytany co chcą osiągnąć klienci, odpowiada:

To zależy. Czasami chcą osiągnąć, chcą otrzymać zaświadczenie. To z tych takich bardziej nie fajnych stron, tak? Jeżeli osoba faktycznie jest nastawiona na zmianę, to jednak bardziej idą w harm redaszym (zgadywane) czyli zmniejszenie ilości zażywanych kanadynoli (zgadywane). A, no i są też tacy, którzy po prostu chcą, z tym zerwać definitywnie, tak. (P4)

Niemniej jednak na początku terapii najpierw terapeuta próbuje się dowiedzieć, jakie cele ma klient, po to, by móc z nim skutecznie pracować. Każda terapia musi być dostosowana indywidualnie do danego klienta, a określenie celów konkretnej terapii oparte jest na negocjacji między klientem a terapeutą:

Na pewno jeżeli jest to osoba pełnoletnia to gdzieś próbuję ustalić, czy ta osoba chce przestać używać kanabinoli (zgadywane) czy chce zmniejszyć częstotliwość. Czyli na harm redaszym (zgadywane) czy tak klasycznie, że tak powiem. To na pewno. Jeżeli chodzi o osoby niepełnoletnie no to staramy się, wręcz gdzieś naciskamy na tę pełną abstynencję. Ale czy jakąś, czy jakiś mam konkretny sposób? Czy metodę wypracowaną? Nie, ja to bardziej robię pod osobę, która do mnie przychodzi, czyli pod klienta. I gdzieś staram się z nim na bieżąco ustalać właśnie kontrakt i co będziemy robić, tak? (P4)

W niektórych terapiach cele są spisywane w planie terapii i formalnie zatwierdzone przez terapeuta. W założeniu to klient musi sam zdefiniować sobie cele i ułożyć taki plan terapii. Ma to na celu lepszą internalizację celów, a co za tym idzie, skuteczniejsze prowadzenie terapii:

te plany to były dosłownie to były kontrakty zawierane na piśmie, pacjent pisał co będzie realizował w tym planie zdrowienia i to dotyczyło różnych obszarów jego życia no i jeśli coś



szło nie tak, to było widać, że on nie zrealizował, miał się zapisać do szkoły, nie zrobił tego tak? no to trzeba będzie wrócić, dlaczego nie zrobił tego, co mu w tym przeszkodziło, brak pieniędzy, a może tą szkołę napisał dlatego, żeby ładnie wyglądała, a tak naprawdę wcale tego nie chce i nie widzi potrzeby, także no to na bieżąco w trakcie realizacji celów tam było bardzo wyraźnie i ładnie widać, czy to się sprawdza P13

Cele klienta na wstępie terapii są różne i rzadko bywa to całkowita abstynencja. Częściej na początku definiuje sobie jako cele ostateczne takie rzeczy, które tak naprawdę są celami pośrednimi. Jest to na przykład powrót do funkcjonowania w społeczeństwie, poprawienie relacji z rodziną i bliskimi, skończenie szkoły, odnowienie kontaktów z dziećmi, poprawienie swojej sytuacji prawnej. Wielu używających ulega też złudzeniu, że można wrócić do kontrolowanego używania, zatem jako cel stawiają sobie odzyskanie kontroli nad braniem substancji psychoaktywnych.

i w tym ośrodku, w którym ja pracowałam wyglądało to technicznie tak, że przechodząc na ten nowy etap miałam wyznaczony czas na napisanie tak zwanego planu zdrowienia, czyli to on sam pisał swój plan terapii tak na prawdę tak? ten plan to był omawiamy na zespole terapeutów, był [yy] no formalnie miał być zaakceptowany, ewentualnie jakieś wskazówki do poprawki no no i taki ludek startował do realizacji tego (...) w tych planach znajdowały się różne rzeczy, podejmę szkołę, poprawię relacje z rodziną, nawiążę kontakt z dziećmi, zacznę płacić alimenty, których do tej pory nie płaciłem, zacznę porządkować sytuację prawną, czyli pisać pisma do sądu, nie wiem, wywiązywać się z płacenia grzywny, z godzin pracy społecznej i użytecznej, czyli wykonywać wyroki czy te różne rzeczy, przede wszystkim utrzymywać abstynencję oczywiście. P13

Jeżeli osoba faktycznie jest nastawiona na zmianę, to jednak bardziej idą w harm redaszym (zgadywane) czyli zmniejszenie ilości zażywanych kanadynoli (zgadywane). A, no i są też tacy, którzy po prostu chcą z tym zerwać definitywnie, tak. P4

Te pierwsze zdefiniowane przez klienta cele stają się wyzwaniem dla terapeuty. Pierwszym celem pośrednim na wstępnym etapie terapii staje się zatem samo zredefiniowanie celów przez klienta. Aby to uczynić, konieczne jest zbudowanie dobrej relacji terapeutycznej opartej na zaufaniu. Następnym krokiem jest głęboka introspekcja klienta i uświadomienie sobie przez niego, po pierwsze, że jest osobą uzależnioną, po drugie, zdanie sobie sprawy, jaki wpływ mają substancje psychoaktywne na jego życie.

R: Jeżeli któryś z nich jest na tyle szczery, rzadko się to zdarza, ale czasami się zdarza. To jakby w tej relacji jasno określają to, że oni sobie nie wyobrażają tego, że oni już nigdy nie będą brali. Natomiast oczywiście to się w trakcie pobytu w programie terapeutycznym zmienia. (P29)

Wydaje się, że często skutecznym podejściem jest wyznaczanie na danym etapie terapii takich celów, które wydają się możliwe do osiągnięcia. Zatem całkowita abstynencja w pierwszej chwili dla klienta jest czymś niewyobrażalnym. Dlatego terapeuci godzą się na stopniowe schodzenie i jako pierwszy cel wyznacza się ograniczenie używania, a dopiero na kolejnych etapach terapii, kiedy klient ma już świadomość uzależnienia i szkodliwości substancji psychoaktywnych, zarówno w kontekście swojego życia społecznego, jak i kondycji psychofizycznej, można wprowadzić temat całkowitej abstynencji. Wtedy klientowi łatwiej jest ją zaakceptować. Jeden z terapeutów stwierdza:

Bardzo jest to atrakcyjne dla niektórych właśnie takie systematyczne schodzenie. Tak, że sobie palą co jakiś czas. Natomiast wszyscy, którzy się utrzymali dłużej niż pół roku [w terapii - przyp. aut.], tak? (...) To tak sobie może sobie myślę dwa, trzy miesiące, że stwierdzali, że jednak abstynencja. Że im się nie opłaca, takie popalanie co jakiś czas. No może dlatego, że to stało się jakby oczywiste, tak? Że to nie jest palenie rekreacyjne - tak to sobie nazwę, nie? Tylko, że tam faktycznie jest uzależnienie i utrata kontroli, nie? (...) np. byliśmy umówienie na to, że schodzą - zmywarka. No. Schodzą z dawek i okazywała się, że nie wyrabiają w tych dawkach, tak? To taka np. sytuacja, że ileś tam tego towaru było do spalania w ciągu miesiąca, a poszło w ciągu trzech dni. to to był ten impuls o kurde nie mam, faktycznie nie mam kontroli, a wydawało mi się, że jest, nie? P31

T: wiem, jakby to można było nazwać. takim wspólnym, najczęściej pojawiającym się yyy nie wiem, no nastawieniem ? no może nastawieniem ludzi, którzy trafiają do terapii jest coś takiego, że na pewno to jest miejsce yyy czy to jest człowiek, który będzie chciał mi zabrać te moje narkotyki. Bo to wcale nie jest tak, to jest w ogóle klucz do, do terapii, do rozumienia w ogóle terapii że osoba, która przychodzi na terapię to wcale nie jest osoba, która chce yyy na 100 % i od razu zrezygnować z używania. P28,

W związku z tym jeśli uda się zmienić schemat picia, zażywania narkotyków na takim mniej destrukcyjny, to już jest to poprawa, już krok do przodu, tak? w przypadku niektórych pacjentów jest to zalecenie abstynencji powstrzymywania się w ogóle, tak? ale ale ()

B: nie zawsze

T: ten model nie zawsze się sprawdza dokładnie, ale już zmiana tego modelu, że ktoś pije mniej, ktoś używa narkotyków rzadziej, mniej destrukcyjnie w mniejszych ilościach i to już jest poprawa i to już może przynieść ulgę, no i satysfakcję tym osobom tak? P13

## Cele główne terapii i cele pośrednie

Jak było już wspomniane, w terapii można wyróżnić cele główne i cele pośrednie. Celem głównym jest niemal zawsze całkowita abstynencja, lub w niektórych przypadkach, kiedy to wydaje się niemożliwe do osiągnięcia, celem głównym terapii staje się redukcja szkód. Terapeuta stwierdza:

R: Oni u nas przez pierwsze dwa miesiące właściwie dowiadują się, czy oni już to wiedzą, przestać brać narkotyki to narzędzie do tego żeby normalnie funkcjonować, a nie cel sam w sobie terapii. (P53)

Cele pośrednie terapii, to wszystkie te, które należy osiągnąć na drodze do osiągnięcia celu głównego. Zatem na początku klienci uczą się tak podstawowych rzeczy jak punktualność i wypełnianie swoich obowiązków. Jest to niezbędne do osiągnięcia kolejnych celów terapii.

R: Celem nie może być niebranie narkotyków. Celem nie mogą być rzeczy materialne. Oni muszą mieć świadomość, że bez tego czego się uczą na tym wstępnym etapie: takiej właśnie nie wiem punktualności, porządku, sumiennego wykonywania obowiązków, odnajdą się na rynku pracy, bo ta praca będzie potrzebna im do tego, by móc się utrzymać, by móc docelowo realizować swoje cele. W takim kontinuum to widzę. P53

Cele wprowadzić ma definiować klient, ale to terapeuta go na te cele naprowadza. Kwestia naprowadzania klientów na cele pojawiała się w relacji terapeutów, ale co ważne, pojawiała się również w narracjach klientów jako oczekiwanie:

R: potrzebowałem ukierunkowania, żeby mnie ktoś pokierował i powie, pokazał mi, co nie, na czym, na czym, jakiego by mnie nie chciał, co nie. No.

B: I to pomaga w zdrowieniu? Takie wspólne ustalanie celów?

R: To na pewno, no bo to jakby, hm, no tam gdzie człowiek wejdzie, to kracze jak ten, co nie, jak w s... to grono, a no a to dużo upraszcza, co nie i dlatego mówię, że że ważny jest terapeuta prowadzący, bo jeśli, hm, słucha i wie i i coś, to to dobrze pokieruje pacjentem (P23).

Terapia jest ciągłą negocjacją pacjenta z terapeutą. Terapeuci niemal zawsze od początku zakładają jako cel główny abstynencję, jednak czasami nie jest to cel werbalizowany od razu. Określone w konkretnej terapii cele są dostosowane do konkretnego klienta. Nie zawsze możliwe jest osiągnięcie celu głównego, czyli całkowitej abstynencji. Wtedy bierze się nieco mniej wymagający cel, po to, by był on w oczach klienta możliwy do osiągnięcia. Jeden z terapeutów mówi o celach głównych terapii:

w związku z tym, jeśli uda się zmienić schemat picia, zażywania narkotyków na taki mniej destrukcyjny, to już jest to poprawa, już krok do przodu, tak? w przypadku niektórych pacjentów jest to zalecenie abstynencji powstrzymywania się w ogóle, tak? ale ale ()

B: nie zawsze

T: ten model nie zawsze się sprawdza dokładnie, ale już zmiana tego modelu, że ktoś pije mniej, ktoś używa narkotyków rzadziej, mniej destrukcyjnie, w mniejszych ilościach i to już jest poprawa i to już może przynieść ulgę, no i satysfakcję tym osobom tak? (P13)

Zatem poprzez rozbieżność celów klienta i terapeuty, terapia jawi się jako ciągła negocjacja celów. Oficjalnie to pacjent definiuje sobie cele, w praktyce jednak naprowadzany jest na nie przez terapeutę. To terapeuta ustala cele, a następnie pomaga klientowi do nich dojść. Celem takiego zabiegu jest maksymalna internalizacja celów terapii przez klienta.

Więc jakby oczywiście nie zostawiam pełnej jakby decyzji klientowi, ale staram się go raczej naprowadzić na takiej zasadzie, nie? (P6)

W procesie terapii okazuje się też, że cele pośrednie są silnie połączone z celem głównym. W czasie jednych z warsztatów, między uczestnikami zawiązał się następujący dialog:

R6: Bycie trzeźwym

R2: Bycie empatycznym

R5: Jak nie będziesz trzeźwy to nie będzie nic z tego (P50)

Zatem, aby być trzeźwym, należy zmienić swoje zachowanie i postrzeganie świata, ale aby to zrobić, trzeba być trzeźwym. Koło się zamyka. Jak wspomniałem, cel główny nie zawsze jest na początku terapii werbalizowany, również ze względu na to, że u klienta występuje strach przed tak radykalną zmianą i utratą swojej tożsamości, jednak przededefiniowanie swojego świata wartości jest niezbędne, by osiągnąć trwały sukces:

trochę mi się zmienił kręgosłup moralny i wyrobił się może bardziej i też jakaś tam hierarchia wartości, która mi po prostu znikła w czasie kiedy ćpałam i ja miałam właśnie bardzo zaburzoną hierarchię wartości i priorytety, kiedy brałam narkotyki, kiedy chodziłam do tych klubów na te wszystkie imprezy. I czasem tego brakuje, nie? (P19)

Zmiany w świecie wartości obejmują nie tylko postrzeganie siebie samego, swojego zachowania i swojej przeszłości, ale również postrzeganie otaczającego świata. Dla osoby uzależnionej

autorytetami przestają być inni uzależnieni, a stają się nimi osoby, którym udało się utrzymać abstynencję:

no wcześniej imponowali mi ćpuny i bardziej tacy źli ludzie. Teraz bardziej Ci, którzy ukończyli terapię i się trzymają też, to jest taki przykład, no. No i też widać po tej samej ocenie grupy, że jednak coś w sobie zmieniłem, że nie jest gorzej ani nie jest tak jak było, nie? Bo tak to w sumie jest takie coś jak wyrzucenie z ośrodka za to, za brak postępów w terapii, o, jest coś takiego, że człowiek się nie zmienia. A większość ludzi mówi tutaj jak jest np. jak jest właśnie to omówienie tygodnia, że wydaje mu się, że stoi w miejscu, że od 3 miesięcy nic w sobie nie zmienił, że dalej popełnia te same błędy, wiele jest do niego spraw o te same rzeczy, że cały czas robi to samo, ludzie mówią, on dalej to samo i to jest takie bez sensu, błędne koło (P18).

Przewartościowanie jest wstępem do wyznaczenia kolejnych, trudniejszych do osiągnięcia celów. Staje się podwaliną do nauki samokontroli, nieulegania impulsom, zachowaniom agresywnym oraz wystrzegania się różnego rodzaju wyzwalaczy. Jedna z klientek mówi:

A co do pytania, czym się charakteryzuje, to głównie charakteryzuje się tym, żeby nabyć świadomości siebie, żeby analizować, żeby umieć przeciwdziałać jakimś wyzwalaczom, zapalnikom, wypracować sobie takie sytuacje, jak np. myślenie o konsekwencjach albo jakiś tam dialog wewnętrzny, umiejętność przewartościowywania sobie jakiś tam rzeczy. To miało być takie skuteczne, żeby przeciwdziałać temu ćpunowi, który jest, był w każdym z nas (P19).

Pośrednim celem terapii jest też zmiana relacji z innymi ludźmi. W miejsce dotychczasowych relacji, patologicznych lub w jakiś sposób nieefektywnych, niesatysfakcjonujących lub ryzykownych, należy zbudować relacje oparte na zaufaniu i szczerości, a w innych przypadkach - asertywności. Pierwszym krokiem jest stworzenie takiej relacji z terapeutą, ale w dalszym rozwoju, również z rodziną i bliskimi. Klient z jednej strony uczy się nawiązywać nowe rodzaje relacji, a z drugiej, czerpać przyjemność z bycia z innymi:

Czułam się świetnie w kontakcie z ludźmi. Czułam, że moja otwartość i bycie takim kontaktowym się rozwija, przez bardzo dużą grupę ludzi, która tam była i też ludzi od A do Z. Też się cieszyłam, wiadomo, nie było tak, że wszystkich lubiłam. Miałam osoby, które lubiłam bardzo, bardzo, z którymi się przyjaźniłam, bardzo chętnie z nimi spędzałam czas i po prostu jak z nimi rozmawiałam i wszystko, to Jezus Maria zaraz się popłaczę... (P19)

Jednym z ważniejszych punktów terapii, który pojawiał się w wielu relacjach badanych jest praca nad emocjami. Nie tylko wspomniana nauka samokontroli, panowania nad zachowaniami agresywnymi, przeżywania tych emocji, radzenia sobie z nimi, okazywania i nazywania ich, ale

celem jest już sama praca nad nimi. Sama introspekcja i nauka analizowania oraz rozumienia samego siebie jest celem, zatem nie chodzi nawet o osiągnięcie efektu, ale już o samą pracę nad sobą. Jeden z pacjentów opisuje swoją naukę emocji w taki sposób:

<5> Bardzo ważnym było to, jak kazano mi <3> nauki i opisywania emocji, emocji, hm, przeżywających, co nie i e, to było, to zapamiętałem, bo ja musiałem, miałem taki obo..., hm, plan po prostu, że dwa razy w ciągu tygodnia <3> byłem oceniany, nie na raz na dwa tygodnie, był bardzo, y, bardzo taki w... bardzo mi tak kazali, y, narzucać, narzucili mi to, y, i przedstawiałem to, te emocje. I pamiętam, ja mówię: o co wam chodzi, przecież jest dobrze albo źle, no to i i i i tak było dla mnie i ja pamiętam, wchodziłem z taką kartką, sam sobie poddrukowałem to w ogóle, co nie, tą listę tych emocji, tego wszystkiego <2>, no i uczyłem się tego, co nie i w ogóle czy było to w ogóle adekwatnie, w ogóle w moim zachowaniu, bo ja często [pociągnięcie nosem] wybuchalem jakimiś złościami i takimi rzeczami, co nie. No rzeczy, w ogóle, gdzie człowiek normalny, człowiek to powinien się ośmiać nieraz albo, albo w jakiś inny sposób podejść czy w ogóle, y, hm, bardzo, hm, [cmoknięcie] w takich niektórych sytuacjach byłem bardzo jakiś skrępowany, gdzie w ogóle, gdzie w ogóle też to nie było adekwatne, co nie. I i przerastało mnie i ja się bałem w ogóle podejść do, po po sam podjąć tego pewnych wyzwań (P23).

Jeden z terapeutów uzupełnia natomiast:

Tak sobie radzić ze stresem, jak sobie radzić z wyrażaniem uczuć, z różnymi sytuacjami, które nas spotykają, a u tego człowieka wiążą się w tym momencie z tym, że brał narkotyki, to jest też no <3> rzeczy związane z tym jak wygląda życie tego człowieka w momencie podjęcia terapii, czego on by, o on chciałby zmienić, albo co należało by np. zmienić tak? też praca w kierunku tego, żeby on coś tam pozmieniał (P13).

Konieczna do osiągnięcia i zachowania abstynencji jest zmiana zachowania pacjenta, zmiana jego przyzwyczajeń i stylu życia. Zalicza się do tego zmiana wyglądu, pacjenta, który zaczyna o siebie bardziej dbać, ale również zmiana zachowania. Są to pierwsze symptomy pomyślnej realizacji celów pośrednich. Terapeuta stwierdza:

myślę sobie, że przez dwanaście miesięcy, które ma człowiek na cały proces terapii, ma nauczyć się zachowań które pomogą mu żyć na zewnątrz, w taki sposób jaki zakładany jest, jaki jaki jest cel cel, czyli zachować trzeźwość, spróbować zmienić pewnego rodzaju zachowania, które przeszkadzały, które powodowały że trzeba było po tą marihuanę sięgać, przez dwanaście miesięcy człowiek jest w pewnego rodzaju inkubatorze, w którym zbiera ogrom różnych informacji (P30).

## Powrót do funkcjonowania w społeczeństwie

Długoterminowym celem jest powrót do funkcjonowania w społeczeństwie. Niektórzy klienci określają ten powrót słowem *normalnego*. Pod zwrotem *normalne funkcjonowanie* kryją się takie rzeczy jak chodzenie do pracy, chodzenie do szkoły, spędzanie czasu w sposób niezwiązany z substancjami psychoaktywnymi.

nie chcę już ćpać i żyć i wrócić do trzeźwego normalnego życia...społeczeństwa...jako normalny człowiek (P50).

Oznacza to tyle, że pacjenci chcą zacząć spełniać przypisane im role społeczne. Być dobrym ojcem, matką, synem, córką, bratem, siostrą, partnerem, partnerką, pracownikiem, studentem, uczniem. Aby móc tak żyć, muszą zerwać ze wszelkimi substancjami psychoaktywnymi, łącznie z alkoholem:

P: porzucając, że tak powiem ćpanie narkotyki, chca, chca być odpowiedzialnym ojcem, odpowiedzialnym partnerem nie chca już zażywać nawet używek czy to marihuany czy, czy amfetaminy, czy dopalaczy, czy nawet alkoholu. Bo alkohol to jest dość duży wyzwalacz jeśli chodzi o narkotyki. Wystarczą 3 piwa i człowiek już mo, człowiek już mo za mało wrażeń, zz... upojania się alkoholem i szuka czegoś twardszego jakiejś większej że tak powiem, bani, nie. No i sięga po narkotyki, dlatego, dlatego jak ktoś... hyy... kończy z narkotykami to nie powinien nawet pić alkoholu, bo to jest wyzwalacz i... jo chca po roku po tej rocznej terapii wrócić, wrócić do partnerki i... całkiem zbastować czy to alkohol, czy narkotyki, żyć, żyć na trzeźwo (P1).

Klienci zaczynają też tworzyć wizje i plany na temat tego, co będą robić po wyjściu z ośrodka. Ważne, że nie ma w tych planach wątków związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Pojawia się natomiast wizja przyszłej pracy, odzyskanie kontaktu z rodziną oraz założenie swojej rodziny. Oczywiście te plany zależą od sytuacji konkretnej osoby, która jest w terapii. Jeśli ktoś już ma rodzinę, to jego cele po terapii są inne niż osoby, która rodziny nie ma. Warto również zwrócić uwagę, że w poniższym cytacie, klient na swój plan reaguje śmiechem. Można to interpretować jako bycie samemu zaskoczonym z powodu sytuacji, w jakiej się znalazł.

R: Na razie [terapia - [przyp. aut.] tak wpływa, że chcę otwierać swoje radio, Ci powiem (śmiech). Chcę swoje radio po wyjściu założyć i jakoś to kręcić. Dalej na pewno będę nagrywał i z czasem rodzina, zarabiać pieniądze. Chcę no... nie mogę się wysłowić, przepraszam. Jeszcze jedną moją motywacją jest to, żeby po prostu wspierać siostrę, mamę i babcię, bo dziadek zmarł, ojciec tak na razie powiedzmy odszedł, matka nie chce do niego wracać (P16).

## **Realizacja celów**

Dla klientów i terapeutów na początku terapii celem najczęściej jest coś innego. To skutkuje ciągłą negocjacją celów w procesie terapii, ponieważ dla prowadzenia terapii istotne jest, aby wyznaczone cele były realne do spełnienia w oczach klienta. Często całkowita abstynencja na początku wydaje się zbyt trudnym do osiągnięcia celem, dlatego wyznaczane są mniejsze cele, na zasadzie małych kroków. W takiej sytuacji najczęściej celem staje się ograniczenie używania. Aby jednak osiągnąć ten cel ostateczny, należy osiągnąć wiele celów pośrednich, wśród których należy wymienić pracę nad sobą, nad emocjami, uczenie się siebie, uczenie się wpływu uzależnienia na siebie samego, uczenie się na nowo przebywania z ludźmi w nieryzykownych kontekstach, a także naukę nowych sposobów funkcjonowania w społeczeństwie. Realizowanie celów terapii można nazwać sukcesem terapii.



## 6. Czynniki wpływające na przebieg terapii.

Celem analizy czynników mogących mieć wpływ na przebieg terapii uzależnień w grupie badawczej była próba wyznaczenia obszarów, które, w głównej mierze z perspektywy klientów terapii, ale również terapeutów i otoczenia klienta, mogą ułatwiać lub utrudniać proces terapii. Czynniki te rozumiane są jako elementy będące składową procesy terapii w jej szerokim rozumieniu, ale które identyfikowane są przez osoby badane jako ważne aspekty dla osiągnięcia założonych celów terapii. W ramach prowadzonych wywiadów proszono badanych o próbę zidentyfikowania takich czynników, które z perspektywy ich doświadczeń mogły istotnie przyczynić się do osiągnięcia postępów lub ich braku w obszarze terapii uzależnień.

W ramach projektu poddano analizie materiał badawczy uzyskany od respondentów pod kątem próby zmapowania czynników ułatwiających lub utrudniających przebieg terapii na poszczególnych jej etapach.

Czynniki te analizowane były z perspektywy klienta terapii, terapeuty lub otoczenia klienta (bliscy, znajomi), które następnie zdecydowano się pogrupować ze względu na ich występowanie:

- przed przystąpieniem do terapii
- w trakcie terapii
- po terapii

### Czynniki występujące przed przystąpieniem do terapii.

W tym miejscu poddano analizie czynniki mogące ułatwić lub utrudnić podjęcie decyzji o rozpoczęciu terapii związanej z używaniem substancji psychoaktywnych. Analizowany okres obejmował działania, związane z rozważaniem podjęcia terapii, w tym wyobrażenia nt. formy i jej przebiegu, jak również aspekty związane z pierwszymi kontaktami z terapeutami czy instytucjami zajmującymi się działaniami z obszaru terapii uzależnień.

### Aspekty związane ze specyfiką substancji

Utrudnieniem w podjęciu decyzji o rozpoczęciu terapii jest już specyfika samej substancji, gdzie korzyści i stosunkowo małe straty wynikające z używania marihuany nie motywują użytkowników do podejmowania działań w kierunku terapii. Aspekt ten znacząco może wpływać na decyzję o nie podejmowaniu leczenia w profesjonalnych ośrodkach, czy też przy pomocy grup wsparcia.

Natomiast sama marihuana, powiedziałabym tak, że to są osoby, które lepiej funkcjonują i też jest mi trudniej przez to zobaczyć, tak? Czy poczuć to, że są uzależnione, tak? Mają tą trudność. Bo ciężiej jest się im odnieść do skutków. (P31)

Osoby zgłaszające się do terapii uzależnień związanych z marihuaną, którzy nie doświadczają tak dużych strat (zdrowotnych, społecznych) jak to się ma w stosunku do użytkowników innych

substancji, identyfikowani są przez terapeutów jako specyficzna grupa osób używając substancji psychoaktywnych.

Z relacji terapeutów wynika, że użytkownicy przetworów konopi stanowią jakby odrębną grupę klientów, którym przez to, iż nie ponoszą widocznych konsekwencji związanych z uzależnieniem, utrudnia to wzbudzenie motywacji do podjęcia interwencji terapeutycznej.

R: Wiesz co myślę, że ta różnica głównie jest związana ze szkodami i z sytuacją, taką psychospołeczną tych osób. Bo kiedy pracuję z alkoholikiem, to tam jest pełno zmian, tak? Niekorzystnych zmian, destrukcji i społecznej, i organicznej. Natomiast to jest ta różnica, taka najczęściej przeze mnie rejestrowana, że ci ludzie nie wypadają z ról życiowych. (P31)

Wiedza klienta o używaniu, jak i samej marihuany jest konfrontowana z wiedzą na ten temat, jaką posiada terapeuta. Ma to na celu w pewien sposób zdyskredytować kompetencje terapeuty w obszarze wiedzy o samej substancji i jej działaniu - szczególnie przez osoby, których wizyta motywowana jest czynnikami zewnętrznymi.

Z narracji badanych wynika, że klienci terapii nieustannie racjonalizują używanie marihuany, odnosząc się do efektów związanych z innymi używkami. Klienci przekonują między innymi o prozdrowotnym działaniu marihuany, która nie wywołuje tak kłopotliwych konsekwencji jak inne substancje psychoaktywne. Potencjalni klienci terapii, stosują mechanizmy racjonalizacji swojego używania, odnosząc się m.in. do alkoholu - legalnej używki, której spożycie, ich zdaniem, przynosi większe szkody społeczno-zdrowotne niż przetwory konopi.

Bardzo trudno jest, takim młodym klientom często też przywiezionym przez rodziców, no jakby dyskutować na ten temat, ponieważ ma szeroką wiedzę i jakby nie widzi jeszcze tych skutków w swoim życiu. (32)

Szczególnie to są osoby, tak jak mówię w większości oczywiście, bo nie generalizuję - nie uważają, że to jest problem. Nie uważają, że jest to szkodliwe, tak? Bo alkohol jest bardziej szkodliwy. I jest dostępny (P4)

W relacjach badanych zwracano również uwagę na pobudzającą kreatywność właściwość marihuany, która pomaga w pracy o charakterze twórczym. Substancja stanowiła na tyle istotny element w twórczości zawodowej, że rezygnacja z niej wiązała się w wyobrażeniu użytkowników z ryzykiem strat. Aspekt ten może być istotnym czynnikiem utrudniającym terapię związaną z ograniczeniem lub rezygnacją z substancji podczas pierwszych spotkań z terapeutą, gdzie omawiane są cele terapii, a w tym ewentualna abstynencja.

R: To tutaj raczej w to bym nie poszła. Często się zdarzają takie osoby, które tworzą coś i jest ich więcej po marihuanie. Tak mają taką trudność, taki już opór prezentują, że ciężko jest się im rozstać z narkotykiem, bo to im pomaga np. tak? Miałam człowieka, który budował, projektował no sprzęt agd tak kuchnie.

B: Mówisz o tym, że często zajmują się jakiś artystem?

R: Kreacją.

B: Kreacją. Kreowaniem czegoś.

R: No kreowanie. Bo to wiesz nie chodzi o ten artystyczny wątek. Był chłopak, który rysował, tak? Jest facet, który skleja modele. Ale to wiesz jakiegoś specjalnego artystu nie wymaga. Bardziej oni się bali, że zniknie im tak wena, nie? Ten napęd do roboty. Ale w

zasadzie w każdym przypadku, o którym teraz myślę, jeżeli się zdecydowali zbastować z marihuaną, to się nie potwierdzało. I to chyba było chyba ich najważniejszy argument, nie? (..) (P31)

Momenty, w którym użytkownicy jednak dostrzegają poczucie strat związanych z używaniem substancji, która objawia się między innymi stratami w sferze kontaktów społecznych (w tym wypadku związane z ograniczeniem kontaktów społecznych), uruchamia proces rozważenia decyzji o zmianie, który może kolejno ułatwić podjęcie decyzji o rozpoczęciu terapii.

B: [yhym] no rozumiem, a jak to się w ogóle stało, że trafiłeś do terapii?

R: [yym] to stało się na takiej zasadzie po prostu stwierdziłem, że już za dużo, że już przesada, że już zaczęło mi to przeszkadzać w życiu

B: [yhy] a w jaki sposób Ci to zaczęło przeszkadzać w życiu?

R: [yy] poczułem się, że przez to stałem się taki odizolowany od społeczeństwa, ja myślałem, że nie wiem no, nie że jestem inny, że po prostu paląc cały czas codziennie, po kilka gram dziennie, po prostu już się chowałem jakby za murem (P33)

## Udział środowiska zewnętrznego (rodzina, bliscy znajomi, otoczenie) w podjęciu decyzji o rozpoczęciu terapii

Na proces decyzyjny, związany z rozpoczęciem terapii, często ma wpływ otoczenie klienta: bliskie osoby, rodzina, znajomi. Wpływ środowiska na podjęcie terapii u osób uczestniczących w badaniu przybierał różnoraki charakter. Z jednej strony, czynnikiem motywacyjnym do kontaktu z terapeutą oraz rozpoczęcia leczenia były naciski, które przyjmowały również formę stawianego ultimatum:

K: Mama dała mi takie ultimatum, że albo tam jadę albo mam iść dalej robić to co robiłem, czyli wyjść i po prostu nie wracać jak tak zawsze po kilku dniach, po tygodniu, tylko już w ogóle (p18)

B: Czy mogłaby pani powiedzieć coś o okolicznościach tego jak pani partner zapisał się na terapię, jakie były okoliczności tego wydarzenia?

R: To wyszło tak przypadkowo, i ja i jego rodzice dość mocno próbowaliśmy wypierać na nim jakieś tam, żeby się zapisał, bo w sumie zrobił to tylko dlatego, że nam zrobić przysługę już bardziej niż chciał

B: Czyli taki czynnik zewnętrzny, dla rodziny, dla bliskich niż jakaś wewnętrzna taka motywacja

R: Tak, dokładnie, poszedł tylko dlatego żeby pójść i żebyśmy się już, nie męczyli go z tym (P42)

Z drugiej strony, forma wpływu zewnętrznego przyjmowała również charakter wspierających relacji, troski i zrozumienia:

rodzina, moja była, znaczy raczej byłem jeszcze wtedy ze swoją dziewczyną, ona też mnie motywowała, noo ona ten ona też mi dużo dawała, ona też mnie motywowała (p12)

Oprócz wpływu otoczenia na podjęcie decyzji związanych z rozpoczęciem terapii, istotnym czynnikiem było również wsparcie w wymiarze logistycznym związane z wyborem miejsca terapii. To co pomagało w podjęciu ostatecznej decyzji o rozpoczęciu leczenia to m.in.: opinie innych osób, które publikowane są na forach internetowych, czyli swoisty system rekomendacji. Znaczenie dla osób, rozważając podjęcie interwencji terapeutycznej, miały również polecenia przekazywane bezpośrednio przez osoby, które miały kontakt z tą formą wsparcia.

B: I jak ona znalazła ten ośrodek (nazwa ośrodka Monar)? R: W internecie, jakieś fora, no takie. B: Coś słyszała o nim? Co tam wyczytała? R: Opinie były dobre, bardzo. Na forach różnych ludzie polecali ten ośrodek. (p18)

R: Ogólnie mam kumpla, który korzysta z takich usług w [nazwa miejscowości] koło [nazwa miejscowości] tylko, że ten ośrodek jest z () tak? No i ogólnie jemu to pomogło no i mówię jeżeli tobie to facet pomogło to i mi to musi pomóc nie?

B: Czyli rekomendacja tak?

R: No (p27)

Znaczna odległość ośrodka od miejsca zamieszkania, wpływa na większe powodzenie w terapii, w momentach kryzysowych, zmniejszając prawdopodobieństwo, pokusy opuszczenia ośrodka.

b:a jak wybrałeś w ogóle ośrodek..miejsce?

r:pierwszy to był..po prostu ten co był wolny...yy.. nie miałem żadnego rozeznania.. nie wiem...pod kątem terapii..i jak najdalej od domu..w sumie kuratorka go wybrała.. żeby był jak najdalej od domu..

b:ale dlaczego jak najdalej od domu?

r:znaczy ja jeszcze o tym nie wiedziałem..ale faktycznie jakbym był 50km od domu albo 70km miałbym za blisko do domu..by wyciągało mnie po prostu..a jak miałem te kilkaset km to w myślach kryzysowych..gdzie miałem myśli wyjazdowe..to to mnie hamowało (P36)

Na etapie podejmowania decyzji dot. leczenia, niezrozumienie mechanizmu uzależnienia oraz brak podstawowej wiedzy dot. procesu terapeutycznego również wśród najbliższych klienta utrudnia podjęcie decyzji o terapii. Skorzystanie ze wsparcia terapeutycznego wiąże się z wieloma obawami u osób bliskich. Wyobrażenie o terapii czy ośrodek leczenia uzależnień wprowadza w stan niepokoju, który może być związany z wieloma niewiadomymi, które towarzyszą temu procesowi.

Sporo takich lęków, obaw, rodzice tych naszych pacjentów są tacy zaniepokojeni, nie odnajdują się w sytuacji. W naszym społeczeństwie, wiele lat nas czeka, zanim pójdzie do psychologa będzie jak pójdzie do dentysty. (P24)

Innym czynnikiem mogącym blokować udzielenie wsparcia przez bliskie otoczenie klienta w podjęciu decyzji o rozpoczęciu terapii jest aspekt współuzależnienia, związany często wieloletnim życiem z osobą uzależnioną, który utrwalił reakcje przystosowawcze.

A myślę też, że dużo opór też ze strony bliskich, środowiska może być tym stoperem. Jeżeli osoba zaczyna wprowadzać zmiany i widzi, że zaczyna nie pasować zupełnie do osób, które są jej stadem, tak? Stado mocno oporuje, no to wtedy to może zatrzymać osobę gdzieś tam (). (P31)

Klienci podejmując terapię podkreślają, iż ograniczenie, a w niektórych wypadkach zerwanie kontaktów z otoczeniem, które jest związane ściśle z używaniem substancji, jest niezbędne do rozpoczęcia efektywnej terapii, nawet pomimo poczucia straty, jakie temu ograniczeniu kontaktów towarzyszy

nie wyobrażam sobie tego żeby się nie odciąć się od znajomych..na początku różnie się do tego podchodzi..to z czasem..gdzie człowiek sam rozumie..że trzeba się od tego odciąć, żeby było okej...uważam że to jest dobrze, że nie ma telefonu, nie ma możliwości się kontaktować z nimi...to wyciąga (P36)

Pełnienie ról rodzinnych czy społecznych i wiążące się z tym poczucie zobowiązania wobec innych mogą utrudnić zaangażowanie się w proces terapii, jednak zdaniem terapeuty - przy wysokiej motywacji, aspekt nie jest już blokadą w podjęciu decyzji o rozpoczęciu terapii.

p. nie da się wyjść np. z roli rodzica i zająć się no swoją terapią. Bo to spowoduje za duże straty. No to może być przeszkoda, tak? Finansowa, niestabilna sytuacja. No to zależy, my jesteśmy placówką nfz-towską, tak? U nas się nie płaci za to - za te usługi. Jakoś tak mam doświadczenie, że te czynniki pod tytułem nadmiar pracy, tak? Niskie zarobki przy dużej motywacji one nie mają znaczenia. (P31)

## Wyobrażenia klientów na temat terapii

Istotną kwestią poruszaną w narracjach badanych są ich wyobrażenia nt. terapii. W wypowiedziach badanych, wyobrażenie nt. ośrodka leczenia uzależnień związane jest z ich negatywnymi przeświadczeniami, które nie sprzyjają podejmowaniu terapii. Negatywne wyobrażenia o systemach leczenia przyczyniają się do kreowania i utrzymywania negatywnego wizerunku placówek oraz leczących się w nich osób uzależnionych.

R: Ja nie wiedziałam, bo ja powiem szczerze, ja miałam wyobrażenie, że ośrodek taki Monaru to jest coś jak ośrodek wychowawczy, że tam będzie straszna patologia i w ogóle, bo mi kiedyś znajomy policjant mojego taty opowiadał właśnie, bo miałam trafić do ośrodka przez to, że nie chodziłam do szkoły, miałam trafić do ośrodka i on mi opowiadał, jak tam jest, jeżeli to miało być moją taką motywacją, żebym ja zmieniła swoje życie, żebym nie trafiła do tego wychowawczego. Ja tak naprawdę to myślałam, że albo to jest jakiś wychowawczy albo jakiś kurwa szpital. (P20)

Moja wizja ośrodka była trochę na zasadzie takiego poprawczaka. Ja myślałam, że tam pojedę i że tam będzie jeszcze większa patologia. W ogóle nie spodziewałam się tego, co zastałam tam realnie. (P19)

Interwencja terapeutyczna rodzi duże obawy i niepokój, które manifestowane są w relacjach badanych nt. wyobrażeń związanych w kontakcie z terapeutą.

R: No pewnie. Czego ja się spodziewałem? Ogólnie że ta osoba po prostu mi nawciska

B: Nawciska czego?

R: No ogólnie, za to co ja zrobiłem z sobą, że wejdzie mi na głowę, jak to się mówi, że wejdzie mi na psychikę, ale nie było tak ogólnie. Po prostu, że robi mi tak zwane rozgrzeszenie za to wszystko [śmiej] ale było na lajcie nie? Tym bardziej, że podczas społeczności mówili, że nie traktują nas jak narkomanów tak, tylko jak normalnych ludzi (P27)

Obawa przed ingerencją terapeutyczną może być dodatkowo potęgowana przez negatywne wcześniejsze doświadczenia z interwencją terapeutyczną lub nieudaną próbą leczenia w specjalistycznym ośrodku.

Terapeutka: Człowiek, jak trafia na terapię, to jest pełen obaw, lęków co to się będzie działo. Ma takie wyobrażenie, że ktoś inny będzie mu grzebał w głowie i wyciągał sprawy, o których nie chce mówić, ma dosyć mocne mechanizmy obronne. Z drugiej strony bardzo ważne są też wcześniejsze doświadczenia. Jeśli w młodości taka osoba miała kontakt z psychologiem i nie dało to efektów, nic z tego nie wyszło, to też podejście do terapii może być inne (P24)

B: Ale z jakim wyobrażeniem, że co się wydarzy w ośrodku Monar [(nazwa ośrodka Monar) ] z Tobą?

R: Ja nie chciałam tam jechać, bo ja patrzyłam na ośrodek Monar (nazwa ośrodka Monar) przez pryzmat [nazwa ośrodka], bo bałam się, że znowu będą takie zasady. (P19)

Zdaniem terapeuty, użytkownicy marihuany, stanowią jakby odrębną grupę osób korzystających z terapii w kontekście uczestnictwa ich w grupach składających się z klientów używających innych substancji, w tym wypadku alkoholu. Niedopasowanie klientów terapii grupowej pod względem używanej substancji.

R: Myślę, że się czują - nie chce używać swojej lepsi, tak? Inni się czują. Ciężko jest im - jeszcze jesteśmy placówką, gdzie jest dużo klientów alkoholowych więc mają trafić na grupę motywacyjną gdzie tam są i z mopsów ludzie, tak? A one jakby są na innym poziomie nawet organicznym, tak? To jest faktyczna trudność. (P31)

Z relacji badanych wynika, że ważnym momentem poprzedzającym terapię, który może w dużej mierze wpływać na jej powodzenie, jest rzetelna diagnoza osoby zgłaszającej się do placówki ambulatoryjnej. Kompleksowa, rzetelna diagnoza w punkcie kontaktowym/ambulatorium ułatwia dopasowanie formy terapii i przekierowanie klienta do odpowiedniej placówki, która będzie mogła objąć go odpowiednim programem terapeutycznym.

(..) To znaczy ja sobie w ogóle nie wyobrażam terapii bez diagnozy dobrej, tak? A więc nie wyobrażam sobie co mnie powala, a często tak jest, że dzwonią do mnie z poradni x - nie naszej [Nazwa ośrodka] tylko w ogóle z poradni x, gdzieś w Polsce i pytają czy mam miejsce dla klienta. Ja zaczynam robić wstępny wywiad telefoniczny i się okazuje, że ten terapeuta pyta klienta o to, o co ja go pytam, tak? Np. co bierze, ile bierze, jakie tam ma

swoje doświadczenia, tak? Więc ja sobie tego nie wyobrażam. Dla mnie skierowanie człowieka do odpowiedniego programu no musi polegać na tym, że my robimy diagnozę i ta diagnoza nie może polegać na jednym spotkaniu 45-minutowym. Bo to się po prostu nie da. moje doświadczenie i moja wiedza mi podpowiada, że się nie da. (P29)

Próba zmapowania czynników, które ułatwiają bądź utrudniają decyzję związaną z rozpoczęciem terapii, jest związana z sygnalizowanym przez samych terapeutów problemem związanym z dużym odsetkiem osób, które nie podejmują terapii po pierwszych rozmowach konsultacyjnych w kierunku leczenia uzależnienia. Z relacji badanych wynikają aspekty związane z indywidualnymi kwestiami używania substancji, bilansu zysku i strat wynikających z tego tytułu i wynikającej z tego tytułu motywacji, związanej ze zmianą takiego stanu rzeczy. Szczególnie jednak należy zwrócić uwagę na takie aspekty, które już bezpośrednio nie są widoczne w kontakcie klient-terapeuta, a mianowicie: wpływ otoczenia na podjęcie decyzji o przystąpieniu do terapii, wyobrażenia klienta o terapii, rekomendacje i doświadczenia innych uczestników terapii, jak również kwestie czysto organizacyjne związane z podjęciem leczenia.

## W trakcie terapii

W tej części raportu uwzględniono czynniki mogące mieć wpływ na przebieg terapii (utrudniać ją lub ułatwić), poczynając od momentu podjęcia decyzji związanej z rozpoczęciem terapii przez klienta aż do jej formalnego zakończenia.

### Organizacja

Na początkowym etapie terapii prowadzonym w trybie stacjonarnym pomocne okazało się zagospodarowanie czasu pacjentów ośrodka terapii stacjonarnej, wyznaczając dla nich ścisły plan obowiązków w ciągu dnia. Również jasno określony cel terapii był ważnym aspektem przetrwania momentów kryzysowych dla nowo przyjętych klientów.

R: Spodobało mi się(..) Ogólnie jak to jest stworzone tutaj, może nie pierwsza godzina, nie pierwszy dzień ale po dwóch dniach jak zacząłem pracować, jak zobaczyłem jak to wszystko funkcjonuje, nie ma czasu myśleć o głupotach nie, no, odrywa mnie to od myślenia o życiu na zewnątrz. Próbuję się zająć też książkami na przykład nie, bo jest ciężko, w jeden dzień mi się chce tak okropnie ćpać że mam ochotę wyjść za ten mur, za tą bramę, po prostu wyjść i nie wrócić, no ale co, tu mam cel taki i ja będę dążył do niego po prostu (27)

W ramach terapii stacjonarnej, często poruszonym aspektem, który był istotny z perspektywy badanych w czasie pobytu w ośrodku, to podejmowanie ról w społeczności, wywiązywanie się z powierzonych przez grupę coraz to bardziej skomplikowanych i odpowiedzialnych zadań oraz obowiązków - które w założeniu mają być treningiem zachowań społecznych, które mają być pomocne w odnalezieniu się w rolach społecznych w życiu poza ośrodkiem.

A jak na Ciebie wpływa posiadanie funkcji?

R: No jakaś taka odpowiedzialność, jakiś przykład taki, że muszę... trzymać taki fason, o. W sumie może źle to nazwałem. Na pewno muszę być odpowiedzialny pod jakimś względem,

bo muszę pamiętać o wielu rzeczach, bo jak zapomnę to będzie lipa.

B: Czy ta praca i posiadanie funkcji wpływa na Twoją terapię, na to jak się zmieniasz?

R: Na pewno, na pewno jest tak, że jak się nam nudzi i nie mamy żadnych obowiązków to czas wolniej leci i przychodzą Ci głupoty do głowy, a jednak jest stały taki harmonogram,(P18: 18-klient.docx)

A jeśli chodzi o funkcje to chodzi o przyjęcie jakiejś odpowiedzialności, że zajmujesz się czymś, przyjmujesz jakąś odpowiedzialność, czy jakieś tam obowiązki i wypełniasz ich, doglądasz ich. Na tym to polega dorosłe życie, to jest odpowiedzialność, nie? (P43)

Mi najbardziej pomogło zaangażowanie się w ośrodek.. niemyślenie o niczym zewnętrznym..tylko zaangażowanie w życie terapii..w życie w ogóle całej społeczności.. bo tutaj wszystko jest po coś.. wszystko ma swój sens..odnalezienie siebie..ja zacząłem..poszedłem.. jakby w stronę artystyczną..zacząłem spełniać siebie..czułem się dobrze z tym całym programem terapii.. zaangażowanie i wsparcie grupy..a wsparcie grupy mam na myśli to.. że to co wcześniej mówiłem.. że grupa jest życzliwa..czułem się bezpiecznie.. (P36)

To co kluczowe, podejmowanie ról i zadań w ośrodku pomaga zmieniać dotychczasowe przyzwyczajenia, utrwaląc nowe wzorce zachowań, gdzie substancja zastępowana jest przez inne aktywności.

R: No tak, bo jak Ci się nie chce, to jednak się zmuszasz, no i chodzi o ten opór, no co, potem jak się tyle razy już zmusisz to za 50 razem już nie będziesz się musiał zmuszać, zrobisz to po prostu. (...). Podoba mi się ta zmiana, no podoba mi się to, bo ja mam siłę, ja mam siłę na to, że ja.. ja mam siłę na to, by coś zrobić ze swoim życiem. Mam taką energię w sobie, że mogę ją wykorzystać. Nie jestem zmęczony ciągle, tylko mogę żyć, mogę funkcjonować, mogę tworzyć, mogę pracować, mogę robić cokolwiek. Nie jestem zmęczony, nie mam oporu, już jest mi...dobrze. I to jest fajne, to jest fajne uczucie, nie? A nie jak się jest ciągle przydeptanym, wiesz, zmartwionym, zniszczonym fizycznie, że uuu nie ma siły na nic i najlepiej to bym leżał w łóżku i deprecha i więcej narkotyków, żeby na chwilę poczuć się lepiej... no już tak... (P43)

Jednak jeśli klient terapii nie został poinformowany o celowości powierzonych ról, nie rozumie zasad i ich funkcji w procesie terapeutycznym, to znacznie utrudnia odnalezienie się w funkcjonowaniu społeczności. Również praktykowany system kar (tzw. dociążeń), związanych z niewywiązywaniem się z powierzonych ról w ośrodku pogłębia brak zrozumienia celowości tych działań, a co za tym idzie, wpływa negatywnie na sam proces terapeutyczny

tym że tam byłem..do wszystkiego zmuszany..znaczy te dwa ośrodki..całkowicie inny system terapii.. ja to tak przynajmniej widzę..tam było bardziej dociążeniowo..do różnych rzeczy byłem zmuszony..i nie..wielu rzeczy nikt jakby nie powiedział mi po co to jest..ja to robiłem..te wszystkie rzeczy..zadania..yy. na społecznościach się udzielam..tak mechanicznie, wiedziałem że muszę...że jak się nie będę odzywać to mnie przydzielą do domownika.. nie do końca wiedziałem po co to wszystko jest..robiłem po prostu, bo musiałem..to jest taka największa różnica..no i to co wcześniej wspominałem, ten wybór..że tam nikt mi tego nie powiedział..nie wytłumaczył..” (P36)



## Rola wspólnych aktywności w kontaktach z innymi

Badani w kontekście terapii często podnosili wagę wspólnie podejmowanych aktywności z innymi członkami terapii, które umożliwiały im budowanie bliższych relacji z tymi osobami, czy też ułatwiały odkrywać własny potencjał i możliwości rozwoju osobistego.

gdy zbliżało się MONAR-owisko mieliśmy zrobić.. bo chodziłem wcześniej do liceum plastycznego i miałem zrobić taki plakat.. z kolegą..yy.. a wcześniej tu z nikim się nie.. nie miałem bliższego kontaktu. niby ze wszystkimi, ale sam.. ale pierwszy raz się do kogoś zbliżyłem.. że zacząłem rozmawiać..spędzać czas i czerpać z tego przyjemność..yy..przy robieniu tego plakatu..to było super doświadczenie..wtedy pierwszy raz poczułem.że mi są potrzebni ludzie...mieć jakiś znajomych..rozmawiać z nimi spędzać z nimi czas. (P36)

Mieliśmy bardzo fajną pracę, która była długa często, miałam poczucie, że się też dłużyła, ale była fajna, bo robiło się dużo rzeczy, od lepienia pierogów po grabienie liści, przez sprzątanie stajni po zbieranie porzeczek.

B: Czułaś satysfakcję tam?

R: Ogromną. Czułam się świetnie w kontakcie z ludźmi. Czułam, że moja otwartość i bycie takim kontaktowym się rozwija, przez bardzo dużą grupę ludzi, która tam była i też ludzi od A do Z. Też się cieszyłam, wiadomo, nie było tak, że wszystkich lubiłam. Miałam osoby, które lubiłam bardzo, bardzo, z którymi się przyjaźniłam, bardzo chętnie z nimi spędzałam czas i po prostu jak z nimi rozmawiałam i wszystko to jesus maria zaraz się popłaczę... (P19)

Umiejętność zagospodarowania wolnego czasu w życiu klientów ośrodka staje się istotnym wskaźnikiem, który może pokazywać dalszy stopień postępów w terapii, czyli pewnego rodzaju radzenia sobie w organizacji życia, w którym nie ma już substancji. Na wstępnym etapie terapii, struktura dnia w ośrodku mocno determinuje funkcjonowanie klienta, a angażowanie go w szereg aktywności ma na celu, między innymi, zmniejszyć dręczące myśli o narkotykach, starych znajomych i dawnych czasach. Jednak jak sygnalizują terapeuci, klienci, dla których dotychczasowe życie obracało się wokół substancji, mają trudności z odnalezieniem się w tej sytuacji, szczególnie kiedy mają do dyspozycji dużo wolnego czasu.

często często takim mankamentem dla osób, które się leczą i jakby później wychodzą z tego z tego programu terapeutycznego jest umiejętność spędzania wolnego czasu, ludzie nie potrafią spędzać wolnego czasu, (..) jakaś grupka osób jakieś pojedyncze osoby znajdują sobie zajęcie, (..) ale zdecydowana większość osób to nie wie jak to robić, siada bezmyślnie przed telewizorem i nie zastanawiając się nawet co ogląda, ale patrząc w ten ekran, albo nie wiem idą zamykają się w pokoju leżą w łóżku, żeby przeleżeć ten czas, nie potrafią po prostu go spędzać, tutaj jakby staramy się im fundować parę różnych rzeczy w postaci tych zajęć, natomiast ciężka praca to jest, żeby ktoś naprawdę dla kogo narkotyki były bardzo bardzo mocnym takim argumentem, żeby ten czas spędzać fajnie, bardzo

ciężko jest znaleźć jakiś zamiennik na to i tak jak mówię albo ktoś zacznie budować od nowa ten system takich własnych umiejętności, czegoś co sprawia przyjemność tak, albo odbudowywać to co kiedyś ci ludzie mieli, ale w pewnym momencie przestali to używać, bo znaleźli coś bardziej atrakcyjnego, i to jest takie ważne i to jest ten czynnik wewnętrzny, który który który często sprawia na ile człowiek jest bliższy temu żeby żeby ta terapia przebiegała po przebiegła pomyślnie (P19)

Ważne jest też poczucie jakości życia, pytanie pacjenta o to, czy widzi różnicę, jak się czuje sam ze sobą, jak mu jest samemu ze sobą. Czas wolny – konstruktywny sposób spędzania czasowego, jak to wyglądało wcześniej. Tych wątków generalnie jest bardzo dużo, czy coś jeszcze, bo dochodzi również do tego spędzanie czasu wolnego, czyli jak wyglądało to wcześniej, a jak teraz. (P24)

## Utrudniają wejście w proces terapeutyczny duże grupy/społeczności

W początkowym etapie terapii kłopotliwe dla klientów rozpoczynających terapię stacjonarną są zbyt duże grupy terapeutyczne, w których uczestniczą. Okres wstępny w ośrodku ma w swoim założeniu (Monar) sprawdzanie motywacji klienta. Okres ten kończy się rozmową „przyjęciową” na społeczności, na której zbierają się wszyscy pacjenci ośrodka:

R: Akurat w (nazwa ośrodka Monar) społeczność jest bardzo duża, bo akurat liczy około 80 osób. Ja, szczerze mówiąc, jak przyjechałam do ośrodka, to byłam przerażona, bo siedziałam na tej społeczności przyjęciowej, tak, mówiłam o sobie, oni mnie przyjmowali do tej społeczności i kurwa każdy się na mnie gapił, mimo tego że ta społeczność 80 osobowa jest podzielona na mniej więcej połowę... (P20: 20-b.klient.docx)

Wraz z doświadczeniem uczestnictwa w terapii grupowej, klienci oswiają się z tą formą pracy, budując tym samym swoje zaufanie do grupy. Otwarcie się na grupę skutkuje otrzymaniem wsparcia od poszczególnych członków społeczności, co ułatwia proces terapii:

R: czas, jak już tam dłużej z ludźmi pobylem wiadomo jak przyjechałem w pierwszy miesiąc było przede mną tam, nie wiem ile osób trzydzieści pięć, byliśmy tam wszyscy na sali to ciężko było się otworzyć przed takimi ludźmi, ale później jak już się ludzi trochę posłuchało, no i później jak już się z siebie wszystko wyrzuciło trochę się popłakało to było łatwiej i później z czasem to już bardzo łatwo przychodziło: i wsparcie od ludzi się tam dostawało w jakiś sposób, no i też innych się trochę posłuchało, no i każdy ten każdy się trochę powymieniał no jakimiś tam swoimi rzeczami (P12),

## Otoczenie w terapii

Z relacji badanych, ważnym aspektem w terapii jest posiadanie systemu wsparcia społecznego w rozumieniu otoczenia, w tym bliskich. Jednak nie tylko posiadanie wsparcia wśród otoczenia wspomaga proces terapii, ale umiejętność korzystania z tej formy relacji.

B: Znaczący mama ogólnie się pyta czy dam radę, co to znowu będzie ze mną, czy dam radę, wspiera mnie, mówi żebym wytrzymał, to że pyta się czy mam ciagotki do narkotyków jeszcze, i takie tam. Ogólnie o tym jak mi tu jest, nie?

A: I co dobry jest taki kontakt? W czasie terapii z innymi.

B: No. Tak. Ostatnio powiedziałam, że ją Kocham, a nigdy chyba nie mówiłam, nie? (P26)

Kontakt z osobami bliskimi w czasie terapii, w tym możliwość uzyskania od nich wsparcia m.in. poprzez dzielenie się emocjami i osobistymi przeżyciami - pomaga osobom będącym w terapii utrzymywać motywację do osiągnięcia założonych celów. Ważne również jest zauważanie przez najbliższe otoczenie klienta postępów w terapii.

No i te przepustki też dają, że rodzina Cię widzi już w innym, inaczej, że jest wszystko lepiej. To Ci daje też taką satysfakcję. (P18)

R: Mieć jakieś bliskie osoby, z którymi można porozmawiać czasami o swoich problemach, o tym co się ma w głowie głęboko i nie mówi się tego od tak wszystkim. Też nie każdej osobie chce się o takich rzeczach rozmawiać i to mi się wydaje, że też. No i wsparcie od ludzi takie, żeby ludzie się wspierali, a nie tylko dojeżdżali się nawzajem. (P18: 18-klient.docx)

Wsparcie bliskich sprzyja w toku terapii, sprzyja, zdaniem terapeutów, w jej postępie, pełniąc rolę dodatkowego czynnika, który pomaga dostrzec cel podejmowanej terapii przez klienta. Niezbędne jest jednak odnalezienie źródła tego wsparcia lub w razie jego braku - zbudowania takich zasobów w toku terapii.

T: [wzdycha] zewnętrzne, zewnętrzne to są takie, na ile na ile ktoś jest na ile ktoś ma zaplecze do tego, żeby wystartować, wystartować normalnie, niekoniecznie niekoniecznie jakby z punktu takiego totalnego zera, zdecydowanie czynniki w postaci wsparcia z zewnątrz, nie wiem w postaci rodziny, znajomych, przyjaciół są są bardzo ważne, ludzie, którzy ich nie mają muszą często od nowa budować sobie ten system samopomocowy na zewnątrz, to jest taki czynnik, który na pewno sprzyja, (P30)

Na pewnym etapie wsparcie społeczne powinno z danej badanej mieć określony charakter, tzn. osoby uzależnione mogą liczyć na wsparcie bliskich, towarzyszących im w toku terapii z zachowaniem określonych warunków jej udzielania. Zdaniem terapeuty pomoc bliskich nie powinna być bezwarunkowa, ale jej celem ma być wsparcie osoby najbliższej w wychodzeniu z uzależnienia. Sygnalizowana jest również potrzeba budowania grup wsparcia dla bliskiego otoczenia osoby będącej w toku terapii:

Terapeutka: Myślę, że przede wszystkim wsparcie rodziny, świadomość rodziny, czyli edukacja, co zmniejsza komfort brania narkotyków przez użytkownika. Ważne by rodziny zauważyły zmiany. To jest ogromnie trudne wypracować u rodziny stawianie granic i bycie konsekwentnym. Ważne jest zauważenie, że pacjent się zmienia. Wg mnie brakuje takich grup wsparcia dla rodzin, dla partnerów osób uzależnionych. (P24)

W trakcie prowadzonych badań terapeuci zaznaczali, że systemowe podejście do kwestii terapii uzależnień, czyli uwzględnienie w niej osób bliskich jest istotne do odniesienia sukcesu klienta w

terapii. W takim podejściu, podstawowym założeniem w pracy z klientem jest rozumienie rodziny jako systemu, który tworzą jego członkowie oraz ich wzajemne relacje.

Terapeucie pomaga, podejście systemowe, utrudniać też może sytuacja, taka psychospołeczna też inaczej, bo jeżeli są punkty oparcia w środowisku np. rodzina się nie rozpadła, można się oprzeć w dzieciach, można zaprosić żonę czy męża - to jest inny rodzaj pracy. Pracujemy, tak też jest np. jaka możliwość, żeby popracować parą czy rodziną w ogóle. Bo jest u nas terapeuta, który jest, tak pracuje systemowo więc zaprasza wtedy całą rodzinę. To jest świetne, rzadko się zdarza, ale jest taka możliwość fajnie. (..) To wtedy taki układ systemowy by się przydał, nie? Taka terapia systemowa. (P31)

Z relacji badanych wynika, że pomocne na etapie leczenia - szczególnie początkowych stadiach terapii stacjonarnej jest ograniczenie kontaktu ze środowiskiem zewnętrznym,, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa - często utożsamianego z kontrolowaniem dostępu do niepożądanych osób, które mogłyby zagrozić członkom społeczności ze względu na wcześniejsze relacje.

Bo ośrodek daje Ci taką, taką parasolkę, taką barierę i my mieliśmy naprawdę hopla takiego (..) na ochronę tego, żeby nic nam się nie wdarło, jak przyjeżdżał ktoś z zewnątrz to były testy, były, od razu był som, nikt z nikim nie rozmawiał, nie można było wiesz...żadnych komunikatów, nic. Jeśli ktoś w ogóle kogoś kojarzył, znał i powiedział to na społeczności - wypadł robił, tak? Nie było w ogóle możliwości.... z jednego miasta nie ma hu hu...nie i koniec! (P35)

tak, tak, w przypadku ośrodka, nie, odcięcie od świata całkowicie, bez komórki, noo i tak noo, to też chyba wiele dało (P12)

## Oddziaływanie społeczności terapeutycznej

Oprócz wspólnych aktywności z innymi pacjentami ważną rolę we wspieraniu terapii pacjenta odgrywają planowe spotkania społeczności terapeutycznej. Podczas spotkań pacjenci nie tylko rozmawiają o swoich emocjach i dzielą się refleksjami z danego tygodnia, ale przede wszystkim analizują problematyczne kwestie. Omawiane są one z perspektywy członków społeczności, którzy często charakteryzują się odmiennym zdaniem i podejściem. Badani doceniają możliwość poznania opinii szerszego grona osób. Co więcej, pacjenci otrzymują informacje, które ułatwiają zrozumienie przyczyn i poznanie konsekwencji danego zachowania. Takie rozmowy mogą dostarczyć również wiedzy na temat tego, jak reagować w określonych sytuacjach aby rozwiązać dany problem.

R: Myślę, że to jest bardzo fajne, bo wspieramy się w grupie i każdy opowiada. Bo wiesz, nie z każdym masz kontakt, a zbieramy się w grupie i przy terapeutycie każdy opowiada o tym co mu się zdarzyło w... o emocjach bardziej, w ciągu danego tygodnia, jakby grupie jest łatwiej zrozumieć jego wtedy zachowanie. (P46).

o tutaj jest tak, że oprócz tego, że parę osób jak jest jakiś jeden problem, to parę osób mówi o nim i często jest tak, że... mają odmiennie zdanie albo mają ten sam cel, ale inaczej

o nim mówią też, a oprócz tego wszystkiego jeszcze ja mogę dodać coś od siebie, sam powiedzieć co o tym sądzę i to jest w sumie super, bo ja potrafię jedną rzecz, jeden problem na parę sposobów rozwiązać dzięki temu i zobaczyć go z różnych perspektyw. To jest przydatne bardzo, bo mogę to też zapamiętać, a jak mogę zapamiętać to mogę to później zastosować, mogę sobie to przypomnieć, mogę pomyśleć jak sam będę miał problem. To jest spoko, nie? Bardzo przydatna rzecz. Wcześniej nie miałem takiej okazji, no bo tak to mogłem zawsze usłyszeć tylko zdanie ewentualnie najbliższych mi osób, w sensie mamy, albo dziewczyny albo najlepszego kumpla czy coś, no to są 3 czy 4 osoby, ewentualnie 5, a tutaj 30-40 osób siedzi na społeczności i każdy coś tam jest w stanie powiedzieć, nie? (P43)

Istotne znaczenie w trakcie terapii stacjonarnej mają informacje zwrotne czyli tzw. feedback od społeczności terapeutycznej. Są to komunikaty udzielane każdemu pacjentowi na temat jego funkcjonowania w ośrodku. Mogą one przyjmować charakter pozytywnych wzmocnień i wsparcia pacjenta, które ułatwiają mu utrzymanie się w terapii. Rola wsparcia ze strony grupy jest mocno podkreślana w wypowiedziach badanych.

zaangażowanie i wsparcie grupy..a wsparcie grupy mam namyśli to.. że to co wcześniej mówiłem.. że grupa jest życzliwa..czułem się bezpiecznie.. bo tam wiedziałem cokolwiek nie zrobię.. chociaż krok to opierdziel.. tam nie było..jakiś takiej przyjaznej atmosfery.. tam byłem nastawiony na atak.. o to jest dobre określenie cały czas czekałem na atak..a tutaj właśnie.. że wsparcie.. jakieś takie..wsparcie..najlepsze określenie (P36)

Spółeczności terapeutycznej przypisywany jest duży wpływ na pacjenta. Działa ona nie tylko wspierająco i motywująco w sytuacjach kryzysu czy spadku motywacji, ale także pozwala na odkrycie problemów pacjenta. Można uznać, że społeczność terapeutyczna stanowi zwierciadło ludzkich zachowań. W kontakcie z innymi wychodzą na jaw nieuświadomione do tej pory problemy, z którymi zmagają się pacjenci. Uświadomienie sobie swoich problemów, które są dostrzegalne dla grupy traktowane są niekiedy jako moment krytyczny. Mogą one jednak stymulować pacjenta do refleksji i podjęcia pracy nad ich rozwiązaniem.

B: A co jeszcze byś mi powiedział tak o społeczności terapeutycznej? Jak ona wpływa na pacjenta, na jego zmiany?

R: Bardzo często wpływa bardzo mobilizująco. Odkrywa przede wszystkim w pacjencie swoje deficyty, ale również bardzo często wzmacnia jakieś, wzmacnia pozytywnie, jeśli są jakieś sytuacje kryzysowe, spadki motywacji. Myślę, że to główny cel społeczności, nie? (P17)

R: Momenty krytyczne? No kiedy sobie... Raczej u mnie przynajmniej to było, kiedy sobie uzmysłowiłam hmm...Jakie mam.. Jakie są moje problemy jakie mam, których jakby nie zauważałam wcześniej na zewnątrz i teraz one wychodzą i wiesz i np. zbiera się społeczność 11 osób mi o tym mówi, że jest tak, a tak ze mną, że nie mogą...że się nie staram, że jak na samym początku przyjechałam było wszystko ok, a teraz odpuściłam sobie, że komuś się nie podoba moje zachowanie itd. Jak słyszysz to od 11-stu osób, a jeszcze najbardziej od tych, których lubisz jeszcze no, że jednak ktoś... Na przykład (imię pacjenta) mi powiedział, że on się nie chce kolegować z taką Klaudią, że woli taką, która nie pali, bo zapaliłam, chociaż miałam deklarację o coś takiego no... I to myślę, że jest takie dosyć dołujące no...

B: Ta informacja od innych też?

R: Raczej no jakby uzmysłowienie sobie, że mam taki problem i muszę go rozwiązać i że inni też to widzą i jakby no... i trzeba się zmienić wtedy nie.. (P46)

Z drugiej strony, są to również negatywne informacje o zachowaniu pacjenta, które uznawane są za najbardziej wartościowe z punktu widzenia procesu terapeutycznego, zachodzenia zmian w pacjencie.

Dużo dają te informacje, wiesz, jak cała społeczność udzieli np. jakiejś informacji. Bo tutaj jest taki program, że się prosi o różne podsumowanie grupy. No i z reguły w człowieku jest fajnie, jak ktoś funkcjonuje dobrze, no i ludzie mówią, że jest dobrze, tak, że to podkreślają, że jest super i w ogóle, no i to człowieka podnosi na duchu i w sumie, no co, każdy tak chciał, ale mimo wszystko podobno bardziej terapeutyczne są takie złe informacje, właśnie dociążenia, że człowiek uczy się pokory (P18)

Zdaniem badanych, otrzymywanie informacji od innych osób ze społeczności należy do najważniejszych momentów ich terapii. Jednak samo ich przyjmowanie jest również pewnego rodzaju wyzwaniem i wymaga odpowiednich umiejętności. Wysłuchanie opinii innych na swój temat wymaga pewnej pokory, szczególnie gdy pacjent nie ma możliwości natychmiastowej reakcji na przedstawione treści, nie może ich od razu skonfrontować, ani się wybronić. Podczas spotkań społeczności pacjent uczy się przyjmowania argumentacji innych, bez impulsywnego reagowania, co pozwala na lepsze zrozumienie swojej sytuacji oraz może zapobiec dalszym konfliktom i kłótniom. Usprawnia to komunikację nie tylko z osobami współtowarzyszającymi w terapii, ale także przygotowuje na różne komunikaty ze strony bliskich i otoczenia, z którymi pacjent będzie musiał się zmierzyć po wyjściu z ośrodka.

B: A jakie są takie najważniejsze momenty w Twojej terapii? (..)?

R: Informacje, które dostaję od ludzi.

B: Na społecznościach?

R: Tak.

B: To bardziej na Ciebie wpływa niż terapeuta, jak to jest?

R: Myślę, że tak (P15)

No i są społeczności, które myślę, że są bardzo ważne, jedne z ważniejszych rzeczy, gdzie omawiamy wszystkie problemy, tam też i myślę, że informacje są bardzo ważne, jak cała grupa daje informacje jednej osobie i trzeba je przyjąć zazwyczaj bez odzywiania się, to też jest spoko, znaczy można się odezwać, ale najpierw trzeba je przyjąć, żeby zobaczyć, że ktoś może mieć inne zdanie w tym temacie, a nie wyrywać się od razu odbijać piłeczkę czy coś no. (P46)

Udzielanie informacji zwrotnej może natomiast komplikować różnica wieku między pacjentami uczestniczącymi razem w terapii. Jeśli w społeczności pojawi się ktoś wyraźnie młodszy lub starszy od reszty pacjentów, to może to prowadzić do problemów w komunikacji. Ze względu na występujące między nimi różnice, pacjenci niekiedy nie wiedzą, jak komunikować się z osobą o dużej różnicy wieku. Brak komfortu w formułowaniu informacji zwrotnej może zniechęcać pacjentów do siebie, czy też do aktywnego uczestnictwa w rozmowach społeczności.

- To na pewno, co nie, bo to zależy od grupy społeczności, no bo, hm, <3> jeśli w społeczność jest wrzucony ktoś, społeczność jest starsza wrzucony albo młodsza, dużo młodsza, co nie, i wrzucony ktoś starszy czy czy, hm, no to tak za bardzo ktoś nie może mi udzielić informacji tej zwrotnej i to tak samo w odwrotne strony, co nie, działa, bo bo to się trochę tak zmienia, te te, zmieniają się te narkotyki, zmieniają się, zmieniają się problemy i i i sposób życia i to jest istotne, bo to tak naprawdę, nie wiem co, co mam powiedzieć, hm, 18- czy 20-letniej osobie teraz, no nie. Hm, nie wiem, jak mi o niektórych rzeczach mówi, no.
- Czyli rozumiem, że ten wiek jest bardzo istotny.
- Tak, jest istotny, bardzo ważny. (P23)

## Wycofywanie się jako sygnał ostrzegawczy problemów

Brak aktywnego uczestnictwa na sesjach grupowych oraz zaprzestanie wchodzenia w interakcje z innymi pacjentami jest łatwo dostrzegalne przez resztę pacjentów. Takie wycofywanie się z życia społeczności może stanowić sygnał ostrzegawczy problemów pacjenta w terapii.

B: Po czym poznać, że właśnie...No, że Twoja terapia powiedzmy... czyjaś terapia nie idzie? Że właśnie tutaj kurcze zatrzymałam się i nie wiem, nie mogę tego przebrnąć. Jak to jest? R: No to jakby widać, bo jakby ktoś jest aktywny w społeczności to...to jest aktywny, no to widać go cały czas jak uczestniczy w tym co się dzieje w życiu społeczności, czyli tam w jakichś tam, w tym wszystkim co jest zorganizowane, ma duży kontakt z ludźmi wiadomo, a kiedy jakby się wycofuje, no to od razu widać, że nic z siebie nie daje, że nie wypowiada się na społecznościach, że chodzi jakiś zgaszony czy coś takiego nie...Jakby ma mniej chęci... (P46)

Pacjentom mającym trudności z wyrażaniem swojego zdania i wypowiadaniem się podczas spotkań społeczności, zadawane są tzw. dzienniczki uczuć. Mają one na celu nauczyć pacjenta opisywania swoich emocji oraz ekspresji siebie. Pacjenci dostają również zadania, które pozwalają im wykazać się swoimi umiejętnościami przed społecznością, co traktowane jest przez samych pacjentów jako krok naprzód.

Ludzie, terapeuci, wszystko mi tutaj pomaga. Myślę, że to jest bardzo budujące, to, że wiesz, że np. rozmawiamy sobie o tym... Ja w ogóle nie miałam się jakby z kim dzielić swoimi problemami, a tutaj rozmawiam o tym, że...o poprawie kontaktu z rodziną jakby są jakieś wymagania w stosunku do mnie, jakiś głupi wierszyk. Ja bym na przykład problemy z wypowiadaniem się na społecznościach tak jak mówisz, że np. mam przez tydzień mieć dzienniczek uczuć, jak nie umiem o emocjach pisać i ten dzienniczek uczuć przez tydzień pisałam przez pół godziny codziennie wieczorem i...no i czułam się fajnie jak wiesz, jak to schodzi ze mnie, jak mogę się wykazać, jak mogłam śpiewać na parlamencie...Jezu... jak w ogóle stanęłam...Ja bardzo lubię śpiewać. Jakoś wiesz, po prostu stanęłam i po prostu śpiewałam, nawet głos mi prawie nie drgał. Było naprawdę świetnie.

B: To są takie Twoje sukcesy co?

R: No. Tak wiesz, czuję, że idę do przodu jeszcze szkołę kończę i myślę, kurde, że jest bardzo dużo pozytywów.(P46)

W społeczności zawsze znajdują się osoby bliższe i dalsze pacjentowi. Przyglądając się relacjom pacjenta, warto zwrócić uwagę na jego relacje damsko-męskie. Z wypowiedzi badanych wynika, że wchodzenie w związki z innymi pacjentami ośrodka może utrudniać terapię. Zamiast skupiać się na

sobie i swoim leczeniu, pacjent koncentruje się na drugiej osobie, nierzadko nie przestrzegając zasad ośrodka czy łamiąc obowiązującą w terapii abstynencję seksualną. Pacjent odbiega myślami, często rozmyślając o życiu poza ośrodkiem i snując plany o wyjeździe we dwoje, do czego niekiedy dochodzi.

B: To jak możesz powiedzieć, bo przeszkadza w terapii?

R: Związek, najbardziej związek i układy. Układy i związki. Bo związek to jest taką rzeczą, że nie myśli się o niczym innym tylko o tym. Ja na przykład byłem tak wkręcony w to, że... no nie pomagało mi to na pewno się leczyć. Jestem teraz w związku z dziewczyną, która nie jest tutaj i... boli mnie to, że jej nie ma tutaj, ale zajmuje się sobą i ona mi sama mówi, żebym patrzył na siebie, na swoje zachcianki, a nie na to, że ona jest tam, żebym nie myślał o tym i... przez te związki nabrałem też takiego trochę dystansu do związków, ale i też uczucia mam wielkie. (P16)

Kolejną trudnością może okazać się tzw. wchodzenie w układy z innymi pacjentami. Polega to na tym, że pacjenci pozwalają sobie na nie stosowanie się do reguł, przymykają oko na wzajemne przewinienia. Dłuższe tkwienie w tzw. "układzie" może obciążać pacjenta psychicznie, wywoływać w nim poczucie winy i zamykać na innych, co nie sprzyja postępom terapii. Istnieje jednak grupa osób, która wykazuje obojętność wobec drugiej osoby i brak chęci kontrolowania, czy przestrzegania zasad ośrodka. Rola tzw. "dociążeń", czyli kar za przewinienia też jest ważnym aspektem. Odbywanie kar, które wiążą się z wykonywaniem ciężkich dodatkowych zadań, a co więcej z pewną stygmatyzacją pacjenta w ośrodku, sprzyja zniechęceniu się do procesu terapii. Trudnym momentem jest również poczucie zastoju w terapii. Niemoc postawienia kroku naprzód może okazać się bolesna dla pacjenta, szczególnie gdy widzi on postępy u tych, którzy krócej się leczą. Może to prowadzić do zwątpienia, a w konsekwencji do zakończenia terapii.

„R: No zazwyczaj jak się ktoś nie wiem, układanie się różnie wpływa na ludzi na przykład, niektórzy jak się układają, to potem siedzą w pokoju, albo wiesz chodzą tacy spięci itd. To naprawdę bardzo wpływa takie wiesz, dogadywanie się z innymi, albo z... klepanie komuś... Chociaż no nie na wszystkich, są ludzie, którzy bardzo dobrze funkcjonują na społeczności, a wiesz niektóre rzeczy ich w ogólnie nie obchodzą, czy ktoś wypił taką kawę czy inną, czy ktoś złamał pół AeSa czy nie, no, co jeszcze... Dociążenia źle wpływają na ludzi, bardzo źle, kurde ludzie są bardzo wyjazdowi jak mają dociążenia, wiesz dwa tygodnie kombo, albo coś takiego to...wyjazdowi. Tak samo jak stoją w terapii, jeżeli czują, że nie idą do przodu to jest też...Jest coś takiego, że potem np. popełniają takie głupie błędy jak na samym początku, czyli wiesz łamanie zasad, po prostu już o tym nie myślą. Myślą, że niektórzy nowicjusze, którzy przyjeżdżają są bardziej...jakby mają większą motywację niż oni, więcej robią itd. wiesz i czują, że stoją w tej terapii i nie wiedzą co zrobić dalej, albo, że wszystko przerobili, albo, że chcą już wyjść na zewnątrz.(P46)

Niechęć do pozostania w procesie terapeutycznym może być również spowodowana przez atmosferę w ośrodku, zwłaszcza gdy pacjent obserwuje, bądź sam ma do czynienia z nieszczerością, plotkami, oczernianiem, czy innymi negatywnymi elementami relacji społecznych.

Teraz już widzę, widzę więcej rzeczy. Robią sobie pod górkę, wszyscy na złość sobie robią, są mściwi, zazdrośni. E, afery sobie kręcą nawzajem. Hm, już po prostu mam, mam serdecznie dość. Już mi się tu nie chce mi się tu być przez to właśnie, jak ci, jak, yy, ci ludzie się tutaj zachowują, nie? Obgadują się nawzajem, gdzieś w kularach, obrabiają



sobie dupę, ty wiesz, ktoś jest dla ciebie miły w cztery oczy, nie, pójdzie za róg i zacznie ci dupę obrabiać, to to w ogóle nie wiem, nie podoba mi się to strasznie, nie.

- Ale to będzie miało albo ma jakiś wpływ na twoją terapię?

- Wiesz co, chyba tak, bo jeśli dalej będzie taka atmosfera, to... to ja tutaj dłużej nie będę, bo nie mam ochoty się leczyć w takim towarzystwie, nie? (P34)

Doszukiwanie się u innych przewinień, szczególnie dotkliwe jest dla pacjentów, którzy deklarują funkcjonowanie w zgodzie z zasadami ośrodka. Funkcjonowanie w społeczności w takich przypadkach staje się dla badanych trudne. Może skutkować naznaczeniem przez resztę pacjentów, ale też do samowolnej izolacji pacjenta od grupy.

„Chociaż mi ciężko było tak naprawdę w społeczności, ponieważ ja byłam osobą uczciwą, która nigdy nie rozrabiała, czułam się w ogóle też taka inna, bo ja byłam świadoma tego, co mi narkotyki odebrały, co się stało z moim życiem przez narkotyki i inni np. co rozrabiali, co tam łamali różne zasady, nie wiem, ćpali na przepustkach, całowali się czy tam nawet uprawiali seks w ośrodku, no to oni mieli...Ja czułam jakby oni mieli mi za złe, że ja jestem uczciwa. Chodzili tylko i mi cały czas mówili - O, o idzie krystalicznie czysta. Naprawdę i mi się aż tak głupio robiło i wtedy w takich momentach nie czułam się dobrze, nie? Nie czułam się też dobrze, bo te osoby, które były poukładane, które łamały te cały czas zasady to próbowały się doszukiwać w tych uczciwych osobach, czegoś co one robią źle, jakiś najmniejszy błąd..” (P20)

## Relacja terapeutyczna

W obszarze relacji terapeutycznej, w relacji badanych wielokrotnie poruszano kwestię jakości kontaktu między klientem a terapeutą. Dla relacji oprócz tak istotnych czynników jak zaangażowanie terapeuty, czy stosowane metody interwencji w ramach psychoterapii, ważną rolę odgrywały takie aspekty jak odbiór terapeuty jako osoby ciepłej, pomocnej i wspierającej. Kontakt, który był oceniany jako ułatwiający terapię był charakteryzowany jako kontakt bezpieczny i skoncentrowany na indywidualnej relacji.

B: Czegoś jeszcze nie powiedziałem ważnego jeśli chodzi o terapię? Takie twoje uwagi, co jest jeszcze ważnego w terapii?

R: Podejście do człowieka, to jest najważniejsze według mnie, według mnie, ja nie wiem jak inny

B: Według Ciebie jakie to podejście powinno być?

R: No miłe, takie no ciepłe, że człowiek może się czuć bezpiecznie, musi poczuć to przede wszystkim, bo jak on ma poczuć, jak on ćpał tyle lat, zero takiego nakazywania, takiego wiesz nakrzyć, żeby presja ale to nie pyknie, ktoś powie, że tak ale to będzie zupełnie inaczej wyglądało poza rozmowami, no bo też tak jest (P22)

Z relacji terapeutów w relacji terapeutycznej pomagają zdefiniowane oczekiwania, ustalone granice i pewna konsekwencja w prowadzeniu terapii. Istotne jest również wzmocnienie klienta w terapii

poprzez zauważanie postępów, udzielanie pozytywnej informacji związanej z realizacją poszczególnych celów, ale jednocześnie stawianie wyzwań.

Terapeutka: terapeuta powinien być osobą stawiającą granicę oraz konsekwentną. Wymagającą to za duże słowo. Jak się na coś umawiamy, to faktycznie należy znaleźć ten złoty środek. Dawać wzmocnienia, pochwały, takie fajne rzeczy, ale z drugiej strony, stawiać również poprzeczkę. (P24)

Zaufanie klienta do terapeuty jest m.in. budowane poprzez poczucie bycia zrozumianym i zaakceptowanym. Okazanie klientowi współczucia odbierane jest jako otwartość, a akceptacja pozbawiona oceny skutkuje tym, że klienci są bardziej gotowi do otwarcia się i pogłębiania doświadczeń, co przynosi poczucie ulgi, że zostali wysłuchani i zrozumiani:

„b: a co takiego robi terapeuta że można mu zaufać.. w jaki sposób on osiąga to zaufanie u swoich klientów(..)

r: mi pokazał.. że mnie rozumie.. jak byłem u niego na diagnozie i opowiedziałem mu trochę historii mojego życia.. jak wyglądały moje stosunki z ojcem.. i on mi powiedział mi że.. musiało mi być ciężko.. w tym dzieciństwie.. tak i ja pierwszy raz poczułem się zrozumiany..to było dla mnie takie największe.. największy moment.. terapii.. mojej i terapeuty.. to że się poczułem zrozumiany...on mi powiedział..że mnie rozumie..no i wtedy mu jakoś zaufałem..po prostu..okazał mi takie jakby ciepło...no..” (P36)

„R: możliwość to, że potrafi mnie wysłuchać i właśnie patrzy obiektywnie, nie wmawia mi jakiegoś swojego zdania tylko po prostu i nie ocenia mnie tylko po prostu jest obiektywny według wszystkiego co mówię, nie neguje mnie za nic ani też mnie nie pochwała, po prostu mnie jakby wysłuchuje, a to już daje dużo według mnie” (P33)

Sygnalizowanymi aspektami pomagającymi w relacji klient-terapeuta były również wcześniejsze doświadczenia terapeuty z problemem uzależnienia. Terapeuta mający takie doświadczenie uznawany jest jako osoba, która może bardziej rozumieć stan klienta, jego problemy - a jednocześnie jest symbolem zmiany oraz przykładem odniesienia sukcesu w terapii, który może wzbudzać motywację u pacjentów.

„B: Jak oceniasz, terapeuta powinien być neofitą?

R: Dla narkomanów? Tak.

B: To jest ważne?

R: To jest bardzo ważne, bo nie uważam by osoba trzeźwa była w stanie zrozumieć narkomana. Nie uważam, że trzeźwy terapeuta... trzeźwy terapeuta nie ma tej wiedzy, nie posiada jej i nigdy nie będzie mógł jej mieć. Poza tym może poczuć się bliżej kogoś kto miał takie same problemy i z nimi poradził niż... no nie poczujesz bliskości do kogoś po prostu kto Cię nie rozumie, bo nie miał takich problemów, nie? I nie wie jak to jest. Łatwiej jest zaufać komuś kto po prostu przeżywał to co Ty, a to daje dodatkową motywację, bo jak ja widzę takiego (imię innego terapeuty z ośrodka), który też brał i (imię swojego terapeuty), (imię kolejnego terapeuty z ośrodka) i wszystkich tutaj, którzy są w naszej kadrze, ludzi, którzy wcześniej byli po prostu narkomanami, a dzisiaj nie są narkomanami, pomagają innym z tego wyjść i rozumieją te wszystkie problemy, to mi jest łatwiej, to mnie motywuje, to mi pomaga.” (P43)

Klienci relacjonowali również czynniki niesprzyjające budowaniu relacji terapeutycznej. Jednym z takich aspektów był odczuwalny ze strony klienta brak stanowczości w terapii.

Jeśli chodzi o relacje z tą panią to ja ją bardzo lubiłam. Czułam, że ona jakby angażuje się w moją osobę i że jej na mnie zależy i czułam też, że ona jest dobrym specjalistą, ale rzeczywiście coś, czego mi brakowało i co często myślałam sobie po wizycie z nią, czy w trakcie, że dla mnie ona ma za mało w sobie stanowczości, że ona bardziej mnie klepie, tak kolokwialnie mówiąc, po pupci, zamiast raz na jakiś czas po prostu w tą pupę po prostu przywalić, żeby mi dać coś bardzo silnie do zrozumienia, a potrzebowałam tego. Potrzebowałam tego, a momentami mi się wydawało, że się ona bardziej ze mną pieści niż coś próbuje wskórać tak skutecznie.(P19)

Podkreślana jest również rola zindywidualizowania relacji i dostosowania jej do uczestnika terapii, co potwierdza wcześniej przytoczona wypowiedź jednego z klientów terapii.

„B: a jak myślisz takie negocjowanie albo ocena albo narzucanie swojego zdania byłoby przeszkodą jakąś albo byłoby wręcz odwrotnie byłoby pomocne?

R: [yym] to już szczerze mówiąc według mnie zależy od osoby

B: a dlaczego?

R: bo np. ja wiem, że mnie by takie ocenianie albo negocjowanie ty to zrobiłeś źle, ty nie powinienes, mnie by to mogło trochę odstraszyć, zdolować i mogłoby się skończyć tym, że zerwałbym terapię ale są takie osoby, które tego potrzebują, że po prostu im trzeba powiedzieć zepnij dupę, bo inaczej nic nie zrobią, inaczej będą no no no, no ale to już mówię, to już zależy od człowieka i to już terapeuta powinien wy badać czy po kilku spotkaniach może, bo na pierwszym wiadomo może nie wy badać, ale po kilku spotkaniach już chyba będzie w stanie ocenić, czy taka osoba potrzebuje tak zwanego kopa w dupę czy po prostu nie potrzebuje tego (P33)

Istotne znaczenie dla relacji terapeutycznej mają interwencje terapeuty we wczesnym okresie terapii. Na podstawie obserwacji działania podejmowane przez terapeuta powinny być dostosowane do klienta, opierając się na pewnym wypracowanym fundamencie, który jest podstawą dalszej pracy w toku psychoterapii.

pracując z nimi indywidualnie - poszczególni terapeuci prowadzący jakby są jakby obowiązani dostrzegać pewne trudności czy deficyty, z jakimi oni przyszli i tak budować wspólnie z nimi ten indywidualny plan pracy terapeutycznej, żeby on był adekwatny do ich umiejętności w danym momencie. To znaczy tak umieć hierarchizować różnego rodzaju zgłaszane, definiowane przez nich problemy do zmiany, żeby no zacząć od tych, które zbudują pewien fundament, który fundament, żeby można było iść potem dalej. (P29)

Czynnik, który może utrudniać terapię to sygnalizowana w relacji badanego z terapeutą trudność związana z udzieleniem informacji zwrotnej. Klient, obawiając się reakcji terapeuty na informację związaną z niezadowolaniem z postępów w terapii, nie komunikuje tej informacji, ucieka się raczej do unikania sesji terapeutycznych, argumentując to zaangażowaniem w obowiązki.

No jak [imię] dostałem, to się, kurwa, wszystko poszło do przodu, nie? Od razu. <3> I odpowiednie mówienie i odpowiednie zwracanie uwagi, używanie tego komunikatu "ja". <2> No [imię] mi takich rzeczy nie mówiła, nie?

- Ale potem wróciłeś do niej?

- Wróciłem, no i jakoś nie jestem zadowolony, nawet nie chce mi się do niej iść na terapię.

- A, czyli to jakoś teraz wróciłeś?

- No, bo wróciła z urlopu. <2> Wczoraj mnie zjechała, że nie przychodzę do niej na terapię, nie? A ja się zastaniam, że mam dużo obowiązków. I zapominam.

(..)

- No ale nie możesz jej tego powiedzieć?

- <3> Nie wiem, jakoś <2> boję się trochę, jaka będzie jej reakcja. <4> Ale, ale, ale, jak z tego, co mi mówisz, to może jej powiem. [pociągnięcie nosem] Nie no, powiem jej chyba. Chyba to, hm, dobrze by było jej powiedzieć, (..)

- Mhm. No właśnie, czy terapeutycznie można powiedzieć wszystko? Na przykład to, że nie podoba ci się terapia z nią?

- Czy można... Uważam, że można, ale jest to dość <2>, nie wiem, krępujące, stresujące.

<3> No ale nauczyłem się też, że trzeba się przełamywać do pewnych rzeczy i myślę, że nie obrazi się, a <2> może też zmienić jakby trochę podejście do mnie, nie, na jakieś lepsze, inaczej coś. <2> W poniedziałek będzie i pójde jej to powiedzieć, nie? <2> Myślę, że że to będzie dobry pomysł. (P34)

## Po terapii

W ramach zebranego materiału badawczego poddano analizie czynniki mogące ułatwić lub utrudnić utrzymanie efektów terapii po jej formalnym zakończeniu. Jak wynika z relacji badanych, dopiero po formalnym zakończeniu terapii następuje moment, gdy powraca do funkcjonowania w społeczeństwie. Okres ten może okazać się szczególnie trudny dla tych osób, które przez dłuższy czas, np. rok, tak jak to jest w terapii stacjonarnej, przebywały w specyficznych warunkach społeczności terapeutycznej. Muszą one na nowo odnaleźć się w rzeczywistości, która nie dostarcza już przyjemnych momentów, które wiązały się z zażywaniem substancji, ale przynosi trudne sytuacje, którym trzeba teraz poddać. Szczególnie etap po wyjściu z ośrodka wiąże się z ryzykiem powrotu do znanych pacjentowi sposobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach.

porusza się [yy] po świecie zewnętrznym, ale w bardzo określonych ramach, bardzo [ee] mocnych ryzach, troszeczkę na takim dłuższym łańcuchu, w momencie kiedy jest to zetknięcie z tą rzeczywistością, często ludzi to przeraża, przerasta po prostu, zaczynają z tych wszystkich korzyści jakie do tej pory () doświadczać, nie mają ich, zaczynają napotykać na więcej trudności, na więcej [yy] więcej sytuacji, które powodują stres niż niż jakby rozładowywania tego, niż niż tych sytuacji, które sprawiają, że ten świat jest dla nich piękniejszy, zderzają się z taką szarą rzeczywistością, z którą w pierwszym momencie ciężko jest im sobie poradzić i w tym pierwszym momencie mogą się pogubić i spróbować znów jakby utartych schematów poradzenia sobie z jakby z sytuacją (P30)

Tak jak podkreślają badani, weryfikowanie efektów terapii zaczyna się dopiero po opuszczeniu ośrodka. Człowiek konfrontuje się z różnymi sytuacjami oraz stara się najczęściej (w zależności od celów terapii) utrzymać abstynencję. Dlatego też istotną rolę odgrywa na tym wsparcie bliskich. Jeśli się go nie posiada w odpowiednim wymiarze, pomocna okazuje się forma wsparcia adresowana przez instytucje zajmujące się problemem uzależnień.

„B: Ale ja tutaj wiesz, twojego zdania słucham. A czy w terapii potrzebny jest kontakt terapeuty już po terapii? Czy byłby wskazany?

R: Ja bym chodził

B: Tak?

R: No pewnie, bo to jest tutaj to jest tylko trening, a wychodzimy tam i tam jest prawdziwa terapia, tam się zaczyna. To nie jest tak, że tutaj człowiek się wyleczy i już jest zdrowy, nie, nie, nie. Tutaj jak człowiek się wyleczył to jest na poziomie zero i dopiero tam wskazuje na wyższy pułap i musi być sobą i są wsparcia, ja muszę iść, chyba, że ktoś ma rodzinę, ja jestem sam i nie mam możliwości takiej” (P22)

Samotność po terapii jest bardzo uciążliwa dla pacjentów i zdaje się być głównym zagrożeniem dla ich abstynencji. Pacjenci skarżą się, że zwyczajnie nie mają z kim porozmawiać i nie mają styczności z innymi osobami nie biorącymi używek.

P19: 19-b.klient.docx Po 3 miesiącach zaczęłam brać. Poszłam do klubu, dopadła mnie tzw. samotność człowieka utrzymującego abstynencję. Stałam się takim samotnikiem. Po

prostu stwierdziłam, że jestem sama na świecie jako abstynent i nie mam się do kogo odezwać, dlatego, bo pomimo tego, że nie chciałam wracać już na terapię do [Nazwa ośrodka] to nie chciałam odzyskiwać starych znajomości. Wiedziałam, że to jest złe i nie chciałam tego po prostu.

Klienci, którzy ukończyli terapię nie tylko narzekają na zubożenie relacji towarzyskich, ale również na brak zrozumienia przez najbliższe otoczenie. W konsekwencji często szukają kontaktów w otoczeniu osób z podobnym doświadczeniem, które również ukończyły terapię, co daje im poczucie zrozumienia. Na te potrzeby szczególnie trafnie odpowiadają grupy wsparcia, które wspierają w utrzymaniu efektów terapii.

„B: Terapia byłaby skuteczniejsza, gdyby ktoś nie był sam już po ośrodku?

R: No pewnie że tak, nie może być sam, ja byłem sam i jakie są skutki? Wróciłem, ani z nikim porozmawiać, ani co, najlepiej z tego środowiska bo każdy wie co jest, z innego środowiska to nawet się nie interesują, nie wiedzą co ja do nich gadam w ogóle “(P22)

„R: No narzędzia, trzeba sobie znaleźć zaraz po terapii grupę wsparcia i różne takie rzeczy, mamy to zapisane na kartkach ale zapomniałem tego, bo jak to mówią, robią ci wachlarz umiejętności, o coś takiego.” (P22)

nie.. znaczy..teraz po ośrodku chodziłem na grupę wsparcia..ale to tak..po ośrodkowa żeby w tym nowym życiu się odnaleźć.(36)

Jak podkreślają badani, po wyjściu z ośrodka, trudno jest o zawieranie nowych znajomości. Klienci napotykają na trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktów. Problem stanowi znalezienie towarzystwa, które nie używa środków psychoaktywnych, w tym alkoholu. Klienci, którzy zakończyli terapię, próbują radzić sobie z tym kłopotem zawierając nowe znajomości z osobami uprawiającymi sport, które z reguły prowadzą zdrowy i aktywny tryb życia. Pomimo świadomości, że znalezienie odpowiedniego grona osób wymaga czasu i cierpliwości, kwestia ta jest oceniana przez pacjentów za bardzo kłopotliwą.

ale problem, z którym się teraz zmagam..pracuję to poznanie nowych ludzi..to jest ciężkie po terapii..jak wszyscy znajomi z mojej pracy gdzieś idą..to głównie idą na browara..na piwo...i no okej..jak ktoś wypije przy mnie jedno piwo to okej..ja zauważyłem.. i jak oni opowiadają to kończy się zazwyczaj 4 nad ranem i tam no..yy...i to jest właśnie ciężko znaleźć taką osobę, która w sumie nie pije..albo w jakiś takich..która się nie upija.. która fajnie spędza czas..nie jest tak łatwo..no bo chodzę niby do szkoły..ale w szkole ciężko znaleźć taką osobę..mam plan żeby na biegach znajdować..bo ludzie, którzy biegają to wiadomo bardziej sport..bardziej w tym kierunku.. dbają o zdrowie.. i raczej wolą wyjść pobiegać niż no..siedzieć przy piwie czy gdzieś tam..to jest problem z którym się zmagam..wiem że na to trzeba czasu bo nic od razu..ale no ale to jest dla mnie jedna z cięższych rzeczy.. (P36)

Po zakończeniu terapii badani wyrażają chęć utrzymywania kontaktu z ośrodkiem, liderem oraz pacjentami ośrodka, ale przede wszystkim z grupą neofitów, uznając takie relacje za wspierające utrzymanie rezultatów terapii.

„R: Tak, z liderem, no i z... ogólnie tutaj z ludźmi, którzy są w ośrodku i wyjdą w tym samym czasie co ja albo już są albo wyjdą po mnie itd., będę na pewno chciał być w tej grupie takich co się trzymają, nie, bo to będzie wspierało.” (P18)

Ponadto, zdaniem respondentów po terapii powinien być zachowany przynajmniej kontrolny kontrakt z terapeutą, który poznał pacjenta na tyle, by rozpoznać, czy funkcjonuje on prawidłowo po zakończeniu leczenia.

„B: ok, o coś chciałem jeszcze zapytać, a właśnie, a Twoim zdaniem czy jeżeli ktoś kończy terapię, to powinien mieć dalej kontakt ze swoim terapeutą?

R: jeśli ktoś kończy tak, choćby taki kontrolny, nie mówię tu żeby wychodzić się tam spotykać na piwo co weekend czy coś, ale tak raz na jakiś czas choćby przyjść pokazać się, jak to mniej więcej jest, jak idzie, bo to nawet po czasie, powiedzmy skończyłem terapię tak? ale jakbym przyszedł tutaj za pół roku i np. bym jak ta terapia nic by mi nie dała i bym jarał to () terapeuta byłby w stanie to po mnie zauważyć tak? () prowadził już ze mną terapię (), poznał mnie trochę tak i po jakimś czasie np. mógłby zauważyć, że jednak coś jest nie tak, coś o od końca tej terapii popłynęło nie tą nie tą ścieżką, dlatego taki kon, przynajmniej kontrolny kontakt powinien być” (P33)

Również z punktu widzenia psychoterapeutów odwiedzanie miejsca, w którym pacjent odbył leczenie, zdaje się być wskazane. Ośrodek stanowi miejsce, do którego neofita może zawsze przyjechać i porozmawiać, zwłaszcza gdy ponownie zmagają się z jakimiś trudnościami i potrzebuje wsparcia.

„Ośrodek terapeutyczny jest też takim specyficznym miejscem, gdzie można po prostu przyjechać i porozmawiać o każdej porze dnia i nocy. To jest jak dom, gdy jest dramat w życiu. Cieszę się, że odwiedzają nas chłopaki, którzy się zmienili. Taki kontakt dla mnie jest ważny i dla pacjentów też. Ja osobiście raczej się nie spotykam z pacjentami po godzinach pracy.” (P24)

## Podsumowanie

W wyniku analizy materiału badawczego, zidentyfikowano czynniki, które z perspektywy doświadczeń respondentów mogły pomagać lub utrudniać osiąganie postępów w obszarze terapii uzależnień. Pomimo zindywidualizowanego charakteru relacji, do jakiej należy terapia, zidentyfikowano czynniki, które okazały się być wspólne dla badanych w tym obszarze problemowym.

Ze strony klienta istotnym czynnikiem wpływającym pozytywnie na proces terapii jest wsparcie otoczenia na wszystkich wyszczególnionych etapach. W procesie podejmowania decyzji o rozpoczęciu terapii, ważnym aspektem okazały się wyobrażenia klienta o terapii, rekomendacje i doświadczenia innych uczestników terapii, jak również kwestie czysto organizacyjne związane z podjęciem leczenia.

Najwięcej czynników zidentyfikowano na etapie terapii, które związane były z organizacją procesu terapeutycznego, czyli rola wspólnych aktywności w kontaktach z innymi osobami będącymi w terapii, w tym rola społeczności terapeutycznej. Ze strony klienta istotnym czynnikiem wpływającym pozytywnie na przebieg terapii była relacja klient - terapeuta. Dla relacji oprócz tak istotnych czynników jak zaangażowanie terapeuty, czy stosowane metody pracy w ramach psychoterapii, było odczucie zaangażowania, zrozumienie i otwartość. W ten sposób są najczęściej odbierani ci terapeuci, którzy dzielą się z klientami swoimi przeżyciami, czy też osobistymi spostrzeżeniami na ich temat. Często poruszonym aspektem, który również pomaga w terapii to bezpieczny styl prowadzenia klienta przez terapeutę. Z relacji terapeutów pomagają zdefiniowane oczekiwania, ustalone granice i pewna konsekwencja w prowadzeniu terapii. Ważne również okazało się wzmocnienie klienta w terapii poprzez zauważanie postępów, udzielanie pozytywnej informacji związanej z realizacją poszczególnych celów

Po formalnym zakończeniu terapii najczęściej poruszaną kwestią wśród respondentów było budowanie wspierających relacji społecznych. W procesie terapii, jeden z elementów zmiany najczęściej odnosił się do zakończenia znajomości z osobami, z którymi relacje klienta oparte były na używaniu substancji, co powodowało konieczność reorganizacji życia w tej sferze życia. Dla osób badanych wspierające w tym obszarze było utrzymanie kontaktów z ośrodkiem, liderem oraz innymi pacjentami ośrodka.



## 7. Możliwości oceny terapii

### Ewaluacja terapii

Badane ośrodki terapeutyczne w Polsce regularnie poddają się ewaluacji, która umożliwia ustalenie, czy z pomocą wykorzystanych zasobów osiągnięto założone wcześniej cele terapeutyczne z pacjentem ośrodka. W środowisku terapeutycznym przyjęto za wymóg formalny realizację ewaluacji prowadzonych programów. Realizowana w ośrodkach ewaluacja nigdy nie dotyczy wyłącznie pacjentów, badanie skupia swoją uwagę również na terapeutach koordynującym przebieg konkretnej terapii, którego sposób prowadzenia terapii ma bezpośrednie przełożenie na skuteczność i dalsze funkcjonowanie pacjenta w ośrodku, a także po jego opuszczeniu.

Dlatego jest to kij w mrowisko, dlatego że jeżeliby to miało dotyczyć tego tylko i wyłącznie pacjenta to bardzo proszę oczywiście. Ale nie da się tego oddzielić, bo tego jak funkcjonuje pacjent jest jednak w jakimś stopniu wynikiem tego jak my z nim pracujemy. (P7)

Ocena prowadzonych terapii jest realizowana przez ośrodki indywidualnie. Terapeuci niezależnie od wyniku terapii zbierają dane na temat swoich pacjentów, które następnie poddawane są analizie wewnątrz ośrodka. Oceny terapii dokonuje zarówno terapeuta, jak i pacjent ośrodka, z którym nawiązywany jest kontakt także po zakończeniu terapii. W ośrodkach biorących udział w badaniu klienci mają możliwość ocenić ośrodek w trakcie terapii, a także po jej zakończeniu. W tym celu organizowane są konferencje i zjazdy, za pośrednictwem których ośrodek i terapeuci mają możliwość zweryfikowania skuteczności prowadzonej terapii oraz utrzymania kontaktu z osobami, chcącymi podzielić się historią swojej choroby. Działania wykraczające poza bieżący kontakt z klientami ośrodka nie są prowadzone przez ośrodki terapeutyczne cyklicznie.

B: Czyli to są takie dane, które do was spływają, są wypełniane przez terapeutów, to jest oblik?

R: Tak, ale bez żadnych konsekwencji, ale staramy się namawiać, że to służy wszystkim ta wiedza jak to wygląda

B: A czy są zbierane jakieś informacje od samych pacjentów?

R: My czasami mamy takie pisemne informacje od klientów, czasami były takie konferencje, na które zapraszaliśmy klientów, którzy sami chcieli przyjść i opowiedzieć jak to wyglądało. Mam takie dłuższe wyznanie pacjenta mogę przesłać (P8)

Pomimo braku systematycznego kontaktu terapeutów z byłymi pacjentami ośrodka zwraca uwagę otwarte nastawienie byłych klientów ośrodka do kontaktu i retrospekcji. Choć nie wszyscy klienci ośrodka są jednakowo nastawieni do powtórnego kontaktu z ośrodkiem i podejmowania oceny skuteczności terapii.

R: No ja ostatnio tej Pani, która robiła, która mówiłem, że kończyła, że obroniła tą pracę magisterską. Pozwalałem właśnie poprzez kontakt w sieci z naszymi absolwentami, skontaktować się z nimi i zaproponować im anonimowo udzielenie odpowiedzi na tą ankietę. I znalazłem takich wielu, którzy to zrobili. To było ponad czterdzieści osób, których mi się udało zmobilizować w ciągu dwudziestu czterech godzin. (P29)

B: A czy jest jakaś możliwość ocenienia terapii? Czy masz taką możliwość, że oceniasz terapię?

R: Nie, nie, nie, po co? To tak samo jakbym miał oceniać tamtą terapię a tą terapię po co mi to? Może mnie tylko zaraz pomieszało w głowie. Jest ta co teraz jest tutaj (P22).

Na istotną rolę oceny terapii zrealizowaną przez klientów ośrodka zwraca uwagę decydent. Wskazuje on, że terapia w ośrodku pomaga uzewnętrznić pacjentom ich problemy zlokalizowane na różnych płaszczyznach, dlatego prowadzona terapia powinna być jedynie elementem bardziej rozszerzonych działań, które ośrodki terapeutyczne w Polsce kierują do odbiorców i ich otoczenia.

R: Nie wiem, wydaje mi się, że nie są prowadzone żadne badania ewaluacyjne a to dobrze byłoby gdyby pacjenci mieli możliwość wypowiedzenia się jak oni to widzą, bo minusem to jest że tego nie ma. W Niemczech ten program jest yyy jako yyy część oferty placówki ambulatoryjnej, która dotyczy programów zajmujących się problemami zażywania marihuany, ale wiadomo, pacjent ograniczy zażywanie albo osiągnie abstynencję, ale bardzo często on ma dużo więcej innych, głębszych problemów, które odkrywają, że są jakieś głębsze problemy, o których wcześniej nie wiedzieli i często mają też problemy z depresją, różnymi lękami, czasami nawet stany psychiatryczne bo marihuana może uruchamiać więc potrzebują też takiej opieki psychiatrycznej, potrzebują też czasami terapii, takiej dla par czy dla rodzin, dobrze by było gdyby ten system opieki ambulatoryjnej, żeby ten program CANDIS był jakby jednym z elementów całościowego podejścia, żeby ten pacjent później mógł mieć tę kontynuację, a często tak nie jest tak? (P8)

Na to jak ważnym elementem w pracy terapeuty jest ewaluacja, wskazują również terapeuci, podkreślają, że w prowadzonej terapii bardzo duże znaczenie odgrywa ewaluacja *ongoing*, realizowana na poszczególnych etapach terapii. Pozwala to zapobiegać przerywaniu terapii w trakcie jej trwania. Choć trudno jest jednoznacznie określić czas, jaki powinien upłynąć między momentem zwrotnym w leczeniu pacjenta, zakończeniem procesu leczenia a rozpoczęciem oceny skuteczności terapii.

R: to znaczy tak chyba to chyba o to chciałbym zapytać ludzi na różnych etapach ich leczenia, jak się mają, jak się mają do tego, jak się mają ze mną po prostu, my mamy taki, takie narzędzie w postaci badania efektywności terapii i realizacji tych celów, po pierwszym, po trzecim, po szóstym i dziewiątym miesiącu, takiego narzędzia nie ma w prz w moim prz w mojej pracy, nikt mnie nie badał pod tym kątem, pewnie, że pojawia się, że pojawiają się w pewnym momencie trudności, kiedy klient zaczyna się cofać albo np. z dnia na dzień wyjeżdża i tutaj jakby w momencie przychodzi do głowy co takiego mogłem zrobić więcej, albo czego nie zrobiłem i czy ja mogłem się mocno przyczynić do tego, że on nie wiem przerwał terapię. (P30)

## Ewaluacja terapeutów

Terapeuci pracujący w badanych ośrodkach poddawani są stałej ocenie. Ewaluację terapeutów można rozróżnić na wykonywaną przez pacjentów ośrodka, wzajemną ewaluację wykonywaną przez terapeutów z ośrodka – kolegów po fachu, autoewaluację, w której ocenie terapeuta poddaje się samodzielnie oraz certyfikację terapeutów i superwizję, które aktualnie są jedynymi metodami oceny terapii z wykorzystaniem zestandaryzowanych narzędzi.

## Ewaluacja terapeutów wykonywana przez pacjentów

Ewaluacji pracy terapeutów w ośrodku dokonują sami pacjenci. Zwracają oni uwagę na istotną rolę bieżącej oceny terapii w całym procesie terapeutycznym, w którym uczestniczą. O konieczności informowania i oceniania terapeuty prowadzącego klienci ośrodka uczą się od nich samych. Terapeuci badanych ośrodków uczulają swoich pacjentów na to, aby ci w trybie natychmiastowym zgłaszali swoje wątpliwości, niezadowolenie i opowiadali o emocjach, jakie wzbudza w nich kontakt z prowadzącym terapię – natychmiastowa reakcja pozwala odpowiednio wcześnie ułożyć satysfakcjonujący obie strony plan terapii.

czy właśnie z kimś pogadać i powiedzieć "słuchajcie no to jest fajne, to jest spoko, to moglibyście zmienić, to mnie trochę denerwuje" czy to w ogóle nie jest potrzebne, takie, nie wiem, takie ocenianie powiedzmy terapii na bieżąco?

B: Myślę że <1> jest ważne. <4> Myślę, że jest ważne, bo jak coś w nas siedzi, coś nam się nie podoba, to lepiej o tym mówić na bieżąco. To też się tutaj dowiedziałam. Żeby nie chować jakichś, nie wiem, urazy, niezgody do czegoś. <1> Możesz nie kryć zadowolenia albo mówić o tym co się czuje, a co nam się nie podoba, co nam się podoba. (P26)

## Wzajemna ocena terapeutów

Wzajemna ocena terapeutów realizowana na podstawie pracy we wspólnym ośrodku jest ceniona i pożądana w środowisku terapeutycznym. Terapeuci doceniają konstruktywną krytykę, którą kierują do nich specjaliści tej samej dziedziny, a dzięki której mogą rozwijać swoje umiejętności i dokształcać się w tych obszarach, które wymagają poprawy. Wzajemne sygnalizowanie konieczności zmiany pewnych zachowań, czy elementów realizowanych w ramach terapii lub dopingowanie przy pomyślnie prowadzonych działaniach są nieocenione w pracy terapeuty.

B: czy dawałoby Ci to coś, że że Twoi koledzy, koleżanki z pracy powiedzieliby Ci no słuchaj, no wiesz tutaj ok, ale tutaj nie ok np.

T: jasne, jasne, szczerść, szczerść tak, uważam, że [yy] jakby tutaj odgrywa kluczową rolę i i na pewno wolałbym, żeby ktoś powiedział mi prawdę, nawet jeśli byłaby bolesna, pewnie żebym się mógł sfochować, tak bo by mnie zabolalo w tym momencie, natomiast wolałbym usłyszeć prawdę od kogoś jak jak jak postrzega moja pracę, czy moje zachowania, jeśli mówiłby to szczerze i faktycznie tak jak to widzi, nie złośliwie, tak, byłoby to na pewno cenne dla mnie(P30)

T: każdego, każdemu można udzielić informacji, każdego można [yy], każdemu można powiedzieć, w jaki sposób się postrzega jego pracę, jego zachowanie i czy czy pewne cechy charakteru pasują czy nie, [ee] natomiast z to [] ja myślę sobie, że ja wiem na co, czego mogę się spodziewać po moich kolegach i koleżankach, chyba chyba nie wiem, nie myślę o tym, że nagle coś by mogły wykonać tak tak tak nowego, że by mi szczęka opadła(P30)

Wzajemna ocena jest możliwa w czasie spotkań kadry terapeutycznej, które organizowane są regularnie w badanych ośrodkach. Na spotkaniach omawiane są poszczególne przypadki oraz przebieg prowadzonej terapii. Ponieważ wybór terapeuty prowadzącego jest podyktowany obszarem, w jakim ten się specjalizuje i aktualnymi potrzebami i oczekiwaniami pacjenta, spotkania kadry terapeutycznej to najlepszy moment do wprowadzenia zmian, jeśli chodzi o terapeutów prowadzących i udzielanie wzajemnego wsparcia w prowadzonej terapii.

R: Mogę powiedzieć co robimy w tym celu, by sobie to cały czas sprawdzać. Co tydzień mamy spotkania kadry, zebrania kadry my to nazywamy, w innych miejscach nazywane są to zebrania kliniczne, tak? Na których spotykamy się i rozmawiamy o naszej wspólnej pracy, o naszych trudnościach, bólach, kłopotach, sukcesach. Omawiamy tych naszych poszczególnych klientów co tydzień.(P29)

No znaczy wiesz my tak pracujemy. Jeśli dostrzegamy jakieś problemy w relacjach danego klienta z danym terapeutą, to gdy wiemy, że ktoś jest np. bardziej wyspecjalizowany w czymś tam to dokładamy tego drugiego terapeuta. Nie ma żadnego problemu też i nasi klienci to wiedzą, pewnie to wyjdzie w rozmowach z nimi, żeby przyszli, powiedzieli, że chciałbym z jakiś powodów zmienić terapeuta.(P29)

## Autoewaluacja

Aby nie polegać wyłącznie na informacji zwrotnej, którą terapeuci otrzymują od kolegów z branży, psychoterapeuci uważnie obserwują również samych siebie. Ocenie poddają styl swojej pracy oraz kontakt i emocje, jakie wzbudzają w pracy z pacjentem. Wprowadzenie autoewaluacji, czyli subiektywnej oceny i obserwacji działań i kierunków prowadzonej terapii, umożliwia im bieżące reagowanie na zmiany w terapii. Terapeuci zdają sobie sprawę z tego, jak delikatnym tematem jest terapia i podchodzą do jej prowadzenia z należytą troską, nadmieniając, że są uważni, ponieważ mogą „robić krzywdę komuś”.

czasem <3> jakby subiektywnie oceniam pewne sytuacje, jakby próbuje na nich pracować bazować, bez konfrontacji tego jakby z innymi terapeutami, z grupą, robię to na gorąco, może nadgorliwie, i chyba chciałbym usłyszeć, w których momentach i gdzie się tak dzieje, że mogę robić krzywdę komuś (P30)

Terapeuci zwracają uwagę, że w terapii najważniejszy jest dla nich klient, z którym mają możliwość współpracować, dlatego nie mogą mieć uprzedzeń i obaw przed oddaniem do oceny swojej pracy, którą wykonują. Dla badanych terapeutów ocena pracy jest niezbędnym elementem terapii, jeśli mają swoje zadania realizować świadomie i skutecznie.

Ja sobie nie wyobrażam, żeby terapeuta bał się oceny swojej pracy. Ja sobie nie wyobrażam, żeby terapeuta mający świadomie pracować ze swoim klientem tzn. <3> rozwijać jego rozumienie świata. Czy pokazywać mu jak on rozumie ten świat, który może mu zaproponuje. Który może mu pokaże, który może mu przedstawi. Sam pracował, będąc schowany za podwójną gardą. Oczywiście To jest bardzo trudne. To prawda, to jest bardzo trudne, tak? I

wielu z nas pewnie jakbyś mnie zapytał o to dwadzieścia lat temu, to miałbym pewnie całkiem inne emocje i całkiem inne myślenie. Na to wszystko. Natomiast nie wyobrażam sobie, żebyśmy prowadzili program, myśląc o tym jak my wypadniemy. (P29)

## Certyfikacja terapeutów

Obecny system uzyskiwania kwalifikacji zawodowych potwierdzony jest na podstawie egzaminu certyfikacyjnego, do którego mogą przystąpić osoby chcące uzyskać tytuł specjalisty terapii uzależnień. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii organizuje egzamin dwa razy w roku. W tym czasie osoby zainteresowane uzyskaniem tytułu poddają ocenie swoją wiedzę – w pierwszym etapie przeprowadzany jest test pisemny, następnie po uzyskaniu pozytywnego wyniku następuje egzamin ustny. System uzyskiwania kwalifikacji rozróżnia podział na instruktora terapii uzależnień i specjalistę psychoterapii uzależnień, których różni zakres obowiązków, posiadanych uprawnień i warunków wstępnych, jakie muszą spełniać kandydaci, chcąc uzyskać poszczególne kwalifikacje.

T: [yyy] znaczy terapeuta uzależnień może pracować jakby na dwóch poziomach, to jest instruktor terapii uzależnień i specjalista terapii uzależnień [yy] samo szkolenie [yy] to które kończy się certyfikatem terapeuty uzależnień jest troszkę różne w jednym i w drugim przypadku tak?

B: [yhym]

T: mniejsza liczba godzin, mniejszy zakres merytoryczny w przypadku instruktorów i specjalistów, i warunki wstępne są inne, czyli ja teraz jakby nie siedzę w tym, ale z tego co pamiętam jak ja robiłam szkolenie to [yyy] żeby szkolić się na specjalistę terapii uzależnień trzeba było mieć wyższe wykształcenie, natomiast na instruktora wystarczyło mieć średnie, [yyy] kiedy ja robiłam certyfikat to to wyższe wykształcenie po prostu miało być wyższe, natomiast wiem, że z czasem jakby krajowe biuro, ministerstwo zdrowia zawężyło, czyli są określone kierunki, nie każdy kierunek studiów wyższych.(P13)

Uprawnienia certyfikowanych terapeutów nie dotyczą jednego rodzaju substancji, od której uzależniony jest klient ośrodka, zatem terapeuci nie są w żaden sposób skategoryzowani, jeśli chodzi o specjalizacje w obszarze konkretnych substancji. Ośrodki terapeutyczne kierują swoją ofertę do osób uzależnionych od każdego typu substancji odurzającej.

T: no nie ma terapeuty zajmującego się, nie ma nie ma, ja przynajmniej nie znam takiej szkoły, która by się zajmowała tylko i wyłącznie osobami uzależnionymi od marihuany, oczywiście tutaj pomijając jakby już już szkolenia, nie szkoły a szkolenia, chociażby o tym Candisie, o którym mówiłem, no to wiemy, że tam trzeba przejść odpowiednie przeszkolenie, żeby móc musieć móc móc go móc go jakby w tej formie go prowadzić tak? jakby być, być jakby

B: realizatorem

T: realizatorem z ramienia tego podejrzewam zastrzeżonego programu, czyli trzeba jakieś tam szkolenie przejść, natomiast jeśli chodzi o kwalifikacje zawodowe, które uzyskuje się, to nie ma takiego rozgraniczenia, że ktoś jest specjalistą czy instruktorem terapii czy psychoterapii uzależnień od marihuany, inny jest od heroiny, jeszcze inny od amfetaminy, od kokainy i i od dopalaczy (P30)

I choć rodzaj uzależnienia, z jakim zgłasza się klient do ośrodka jest kwestią drugorzędną w opinii terapeuty, a sam fakt uzależnienia od jakiegokolwiek substancji jest istotą sprawy

Terapeutka: (...) a przecież to chodzi tylko o to, że człowiek jest uzależniony, a nie od czego.(P24)

To terapeuci zwracają uwagę na zasadność wprowadzenia podziału i certyfikowania specjalistów ze względu na rodzaj substancji, o ile system leczenia również odpowiadałby na tego typu rozróżnienie

R: myślę sobie, że gdyby był system leczenia rozgraniczający te środki, to byłby to zasadne, gdyby były placówki, do których trafialiby poszczególni specjaliści z danej dziedziny, to tak, byłoby to zasadne, natomiast [yy] nie wyobrażam sobie, żeby w ośrodku, w którym jest są osoby uzależnione od dziesięciu różnych substancji, pracowało dziesięciu specjalistów, i każdy od od jednej (P30)

B: A czy w tym systemie kształcenia są jakoś kategoryzowane metody dotyczące uzależnień od konkretnych substancji? Np. dla osób używających marihuanę i inne, nie wiem np. o potwierdzonej skuteczności et cetera? Nie wiem, jakie miałyby być kryteria doboru w ogóle tych metod? Ale czy to tak jest, czy ogólnie uczycie się całości jakby pracy nad osobami uzależnionymi?

T: Jeśli chodzi o tematykę zajęć to jest to całość w ogóle taka. Jak mechanizmy, praca na tych mechanizmach uzależniania i jedyne co jest kategoryzowane, to skutki używania konkretnych substancji. Wiadomo, tam gdzie ta organika może być, bardziej prawda na pierwszym planie. Co z takim klientem można robić. Raczej od takiej strony psychopatologii i neurologii. Natomiast jeśli chodzi o metody pracy, to w zasadzie uczymy się ogólnie. Wiadomo, że jeśli chodzi o piaty (zgadywane) no to terapie metodonowe (zgadywane) i tego typu kwestie, ale to takie raczej wzmianki, płynące od naszych wykładowców i trenerów. A nie ma tego w programie jakby rozdzielone. (P32)

Certyfikacja terapeutów ma za zadanie zweryfikować wiedzę i przygotować do prowadzenia terapii, jednak odczucia terapeutów dotyczące opanowania zagadnień i przygotowania do samodzielnej pracy są podzielone. Część terapeutów, po uzyskaniu kwalifikacji, czuje się odpowiednio dobrze przygotowana do pracy podejmowanej indywidualnie, mając na uwadze konieczność ciągłego rozwoju i doksztalcania w miarę pojawiania się nowych substancji na rynku.

czy według Ciebie uzyskiwane kwalifikacje np. terapii uzależnień [ee] specjaliści terapii uzależnień dobrze przygotowują do do pracy z osobą uzależnioną?

T: [yy] tak, wstępnie tak, wstępnie tak, dobrze przygotowują, jest mi bliskie to czego czego ja się uczyłem i i jakby mam wiedzę co z tymi, co z tą, wiem co z tą wiedzą zrobić, po prostu w jaki sposób ja wykorzystać praktycznie, natomiast oczywiście ja tutaj jestem zwolennikiem tego, że człowiek cały czas się powinien szkolić, że jednak świat ewaluuje i uzależnienie również, środki pojawiają się wciąż nowe, () dopalacze tak, trzeba jakby podążać za pewnego rodzaju specyfiką grup, środków, nie wiem nowej sytuacji ekonomicznej ludzi, jaką mają, społecznej, wiele różnych czynników gdzie cały czas jakby trzeba podążać, jakby za wciąż rozwijającym się światem (P30)

Z kolei inni zauważają potrzebę wzbogacenia przygotowań o elementy praktyczne i bezpośredni kontakt z klientem w terapii, pomimo ugruntowanych teoretycznych podstaw, jakie nabyli w trakcie uzyskiwania kwalifikacji.

B: Rozumiem. A tak trochę z innej beczki, chciałbym ciebie zapytać o twoje wykształcenie w ogóle i o sam, w ogóle samo szkolenie do, nie wiem jak to nazwać, do zawodu, do profesji terapeuty uzależnień. Jak ono wygląda? Czy twoim zdaniem jest adekwatne? Czy ono się później przekłada na pracę z osobami uzależnionymi?

R: Wiesz co, no ja uczestniczyłam w takim szkoleniu, myślę bardzo standardowym, tak? Pod agidą (zgadywane) Krajowego Biura. I ono trwało w sumie dwa lata, tak? Pierwszy taki rok był bardziej teoretyczny i bardziej warsztatowy. A później zaczął się okres staży i superwizji. Czy ja się po tym czasie czułam przygotowana, tak? Bo o to zapytałeś?02:18

B: [odchrząkuje]

R: Nie, nie czułam się przygotowana. Ale nie dlatego, że szkoła wiesz - tam było coś nie tak w szkole. Bo uważam do tej pory, że akurat ta placówka, która mnie przygotowywała była świetna pod wieloma względami. Tak jeszcze jak słyszę porównania ludzi, którzy gdzie indziej robili ten certyfikat - to tam nie było tak dobrze. Dużo takich jakiś niedociągnięć. U nas było ok. Natomiast to czego mi zabrakło – indywidualnie, to praktyki. Ja tej praktyki nabywałam dopiero z czasem. Tylko mi się wydaje, wiesz, jak czytam te różne z [nazwisko] (zgadywane) wywiady. Tam właśnie z tego Krajowego Biura jak coś wypuszczają. To tam większość tych starych wyjadaczy kładzie nacisk na to, że najpierw praktyka i najpierw ten ktoś dobrze jak popraktkuje, a później dopiero wiesz, no stara się o to, żeby faktycznie zostać, tak? Zostać () terapeutą. (P31)

Certyfikacja terapeutów sprawdza ich wiedzę, jednak sami terapeuci również poddają ocenie program certyfikacji, w którym wzięli udział. Proponowana zmiana dotyczy zwiększenia czasu poświęconego zajęciom warsztatowym i zastosowaniu zdobytej wiedzy w praktyce.

R: Wiesz co, ja bym dla własnych potrzeb to ja bym może ciut wydłużyła. Wiesz, o takie bardzo cenne doświadczenia. Chyba najcenniejsze to były te, które wносиły materiał do pracy własnej, tak naprawdę. Więc więcej być może warsztatów, tak? Gdyby była pewnie potrzeba jeszcze kolejnego roku. Natomiast tutaj już wchodzimy bardziej chyba w takie przygotowanie psychoterapeutyczne. Tak myślę. Nie, wydaje mi się logiczne, taka kontynuacja, że wiesz robisz, takie przygotowanie do pracy z uzależnionymi, a później w większości z nasz rodzi się taka potrzeba, żeby iść do jakiejś szkoły psychoterapii. Bo to jakby kontynuacja, nie? Naturalnie. Wiesz co, ja tak nie mam w zasadzie. Próbuję sobie przypomnieć teraz jak mi zadałeś, takie pytanie czy ja bym coś zmieniła. Były jedno zajęcia, ale to osobowo bym po prostu osobę zmieniła. Bo to były zajęcia z psychopatologii, więc wiesz ciekawa rzecz. Ale poprowadzone po prostu kiepsko no i tyle. A sama struktura tam, wiesz co każdy zjazd coś wnosił dla mnie. I to wydaje mi się, że to była taka dosyć powszechna opinia. Dużo się tam fajnych takich kawałów działo. Dużo na praktyce było. Przy okazji zostaliśmy wyposażeni w tak wiesz solidnie w teorię. Nie, ja nie pozmieniałabym za dużo. Wprowadziłabym więcej warsztatów, tak? To już by szło w stronę, takiego po prostu szerszego wyposażenia w metody psychoterapeutyczne, tak? Czy jakieś takie podejście. (P31)

Osobiste doświadczenia życiowe terapeutów związane z uzależnieniami są cenne i akceptowalne w środowisku terapeutycznym. Terapeuci mający w przeszłości problemy z uzależnieniem muszą wykazać kilkuletni okres abstynencji oraz ukończenie terapii własnej, nie stanowi to jednak

przeszkody w prowadzeniu terapii klientów ośrodka. Co więcej, w otoczeniu terapeutycznym takie osoby określane są jako „ludzkie”, znające słabości i problemy ludzi borykających się z uzależnieniem, a dla pacjentów, terapeuta posiadający własny bagaż doświadczeń jest przykładem do naśladowania.

T: Natomiast tym co myślę o tym jak powinni być kształceni terapeuci no to nie mam takich - o że ktoś powinien, bo każdy ma swoje doświadczenia i znam super terapeutów, którzy po prostu przeszli własną drogę trzeźwienia i tak na prawdę nie kończyli żadnych kursów, bo są po prostu ludzcy. I też są skuteczni w tym. Bo dla mnie tak jak wcześniej wspomniałam, miarą tej skuteczności to jest to, żeby towarzyszyć klientowi i żeby zapewnić mu te bezpieczeństwo (P32)

## Superwizja

Superwizja wydaje się być bardzo ważnym elementem w pracy terapeuty. Możliwość regularnych spotkań z superwizorem, na których omawiany jest sposób prowadzenia terapii i skonsultowanie doświadczenia terapeuty w prowadzeniu terapii, pozwala zlokalizować ewentualne przeszkody - po stronie terapeuty i pacjenta - które mogłyby utrudniać skuteczne prowadzenie terapii.

T: Nie wiem. Nie wiem. Mnie czasami brakuje właśnie kwestii superwizji. Bo jednak to są tacy nie łatwi klienci. No właśnie przez to, że są młodzi, że są cała ta struktura szkolno-wychowawczo-prawna jest. I też, takie zdolności szeroko manipulujące i takie. No myślę, że to jest coś co powinno być też ważnym narzędziem terapeuty.

B: A co teraz taka superwizja może wnieść?

T: Taki szerszy ogląd chociażby, wiadomo, że jesteśmy ludźmi, prawda? Że ten klient może nas wciągać w te same gierki, w które wciąga rodziców czy nauczycieli. I że tak na chłodno siedzimy w takim zespole, tak sobie wyobrażam - superwizyjnym. No to się dzielimy takimi doświadczeniami, bo np. u nas w poradni jest tak, że jak coś tam przemknijemy, jak coś sobie powiemy to jest. Natomiast nie ma takiej struktury, że faktycznie żeby zdiagnozować poziom takiego wciągania się w historie i pewnych takich dbałości. Dla mnie jako osoby początkującej tak naprawdę to by było ważne.(P32)

Superwizujemy też nasz program. Co najmniej sześć razy w roku korzystamy z superwizji certyfikowanego superwizora. Z którym także pracujemy właśnie nad tym - jakie są relacje między nami, w zespole, jak, czy mamy jakieś trudności, kłopoty w pracy z naszymi klientami, trochę też o nas, tak? O naszych bolączkach, o naszych nie wiem o myśleniu, o drodze rozwoju. O tym, w czym się udoskonalać by odpowiadać na ciągle zmieniające się potrzeby naszych klientów.(P29)

tak..tak klienta i ma na przykład taki kłopot.. albo ma takiego klienta po prostu i nagrywa sesje i potem yy.. ten superwizor mu wskazuje, co mógłbyś robić inaczej, a co robisz dobrze.. no tak generalnie tak omawia się podczas tej superwizji.. te przypadki. (P9)



Superwizja przez regularne konsultowanie toku pracy terapeuty z pacjentem pozwala zweryfikować umiejętności i kompetencje terapeuty w zakresie prowadzenia terapii, a także sprawdza jego predyspozycje do wykonywania zawodu terapeuty.

ten system ma za zadanie.. yy... no.. przesiewać.. te osoby.. jeżeli na którymś z etapów.. no właśnie nie wiem.. na ile ja mogę być szczerą..na przykład na dobrej.. ta superwizja... pozwala sprawdzić czy ta osoba się w ogóle nadaje.. superwizor widzi to jaki... kontakt ma dana osoba z.. jakie ma predyspozycje.. tutaj może nie wiedzę..tak.. wiedza tutaj jest sprawdzana na egzaminie.. tutaj właśnie takie miękkie yy.. predyspozycje są sprawdzane.. z tym, że superwizorzy się boją odrzucać..i wystawiać negatywne (P9)

Dzięki superwizji terapeuci spoglądają na prowadzoną przez siebie terapię z różnego punktu widzenia i konfrontują swoje wątpliwości, gdy praca z klientem nie przynosi spodziewanych rezultatów. Możliwość ciągłej nauki, doskonalenia swojej techniki terapeutycznej jest w przypadku prowadzenia terapii nieoceniona.

Bo często jest tak przynajmniej ja miałem na początku, że ja się złościłem na pacjenta, że on nie idzie w terapii, nie? I ja się złościłem na niego i tak się boksujemy. I dopiero na superwizji jakby, gdy pozwoliłem sobie zobaczyć to z innej strony, trochę popatrzeć na jego potrzeby albo się poprzeglądać dlaczego on mnie tak denerwuje. I powychodziły, że to są kawałki, takie, że a ja muszę dobrze pracować.(P6)

Superwizja mi co daje? To to, że ja się uczę, tak? Bo jako terapeuta sporo miałem wątpliwości czy ja dobrze robię, tak? No przecież ci pacjenci nie wszyscy się jednak wyleczą, że oni łamią abstynencję. No to są takie momenty, gdy ja mogę wyrzucić to z siebie to z siebie, te swoje wątpliwości. Konfrontować te swoje, taki pomysły na pacjenta. Ale też choćby ostatnio jak miałem, taki trudny okres bo sporo, takich ludzi mi bliskich dookoła umarło. To się popłakałem. Powiedziałem, co ja na ten temat myślę. Że mi jest ciężko, że trudno, tak? Więc jakby no superwizja daje taką mi przynajmniej sporą możliwość do odreagowania po prostu, nie(P6)

Superwizja prowadzona jest indywidualnie z terapeutą lub grupowo w ośrodku. Pomimo świadomości tego, jak istotnym elementem pracy jest ocena pracy terapeuty przez superwizora, to prowadzenie superwizji grupowej w gronie specjalistów tej samej dziedziny niesie ze sobą obawę terapeutów, związaną z wytykaniem na forum elementów wymagających poprawy.

Odwrotnie sytuacja przedstawiała się w przypadku ewaluacji wewnętrznej realizowanej w ośrodku wzajemnie przez terapeutów. Wynikać to może z charakteru ewaluacji zewnętrznej, która odbierana jest jako kontrola. Naturalnym jest, że ludzie nie lubią być poddawani ocenie, a sam fakt podjęcia przez superwizora oceny działań terapeuty jest stresogenny. W skrajnych przypadkach, superwizja wykonywana w niesprzyjających terapeutę okolicznościach, może być odbierana jako próba umniejszenia autorytetu terapeuty.

R 1: Superwizja jest jednak rzeczywiście bezpieczna, nie, ona ma za zadanie rozwój a nie yyyyy...

R 2: Jakies też konkretne rezultaty... Tak gdzieś, gdzieś konkretne wskazanie co mógłbyś poprawić, jeśli mówimy o superwizji, a tak naprawdę możemy tylko fantazjować jaki byłby feedback od klientów.

R 3: Bardziej emocjonalny.

R 1: Wy wyobrażacie sobie, żeby w poradni yyyy was yyy no nie wiem, próbował superwizować, tak [śmiech].

R 2: No mogą być problemy.

R 3: W terapii grupowej ja słyszałem teorię, że to, że to już jest samo takie myślenie yyyy może być, może być yyyyy powodem do, do dyskusji, co nie, że, że to jest jakby yyy umniejszanie autorytetowi terapeuty, nie.(P52)

## Skutki prowadzenia ewaluacji

Ogólne podejście do ewaluacji w rzeczywistości przekłada się zarówno na jej przebieg, jak i użyteczność. Odpowiednio przeprowadzona diagnostyka pozwala ujawnić elementy terapii, które w procesie terapeutycznym wykorzystywane są z korzyścią dla pacjenta i powinny być kontynuowane i wdrażane przez innych terapeutów – jako jedna ze sprawdzonych możliwości. Z drugiej strony, efektem ewaluacji jest obniżenie elementów wymagających korekty ze strony terapeuty - pojawia się również wątpliwość dotycząca dalszej kariery zawodowej terapeutów, którzy otrzymali nieprzychylną ocenę.

r: No, ale się zastanawiam po co to by miało być? bo co z tym zrobić z takimi specjalistami, którzy dostają złe oceny..(P9)

A co za tym idzie, ogólne powątpiewanie w sens prowadzenia ewaluacji terapeutów i zdolności do wykonywania obowiązków.

r: a czym innym jest badania terapeutów i ich nadawania się do tej pracy.. no właśnie.. pierwsze pytanie, czy to w ogóle ma sens(P9)

Terapeuci zwracają uwagę na zbyt bezpośredni sposób przedstawiania wyników ewaluacji – w tym przede wszystkim negatywnych ocen i uwag dotyczących pracy terapeuty – które wycelowane są w ich kierunku. Z nieprzychylną oceną ewaluatora wiążą się negatywne emocje terapeutów, które usprawiedliwane są odmiennym wykształceniem i zestawem kompetencji od tych, którymi charakteryzuje się terapeuta.

mało jest ludzi, otwartych (zgadywane) na tyle, żeby rzeczywiście, było zainteresowanych taką ewaluacją, która może. No, ale ewaluator nie jest terapeutą. Więc jakby on tego nie musi. Ale ja jak pracuję z ludźmi np. to mam tak, że cały czas też podkreślam, co im wyszło i co im się udało. I dopiero mówię o tych rzeczach, które ewentualnie, nad którymi mogliby popracować. Nie?48:56(P7)

R. Ale ewaluator jakby nie musi być taki, bo mówię on nie jest terapeutą. Nie musi brać tego pod uwagę, że komuś może być przykro z tego powodu, że pokazane są też jego no mankamenty.49:09(P7)

## Skuteczność terapii

Jedną z przyczyn, dla których ocena skuteczności terapii jest utrudniona jest korzystanie przez pacjentów z kilku ośrodków terapeutycznych. Pacjenci nie są w stanie jednoznacznie wskazać, która terapia przyniosła najlepsze efekty. W tym kontekście problematyczne staje się również porównywanie terapeutów, mających doświadczenie i wiedzę zdobytą w różnych szkołach i różny model przygotowania do terapii, przez pacjenta.

T: I nikt nie jest w stanie wiedzieć dokładnie, że on się leczy, bo część z tych punktów np. konsultacyjnych jest anonimowych. Dlatego, że narkotyki w dużym stopniu się też wiążą z działalnością przestępczą i jeżeli ludzie wtedy przychodzą i mówią no dobra, w porządku, ale ja nie chcę, żeby dokładnie tutaj był mój pesel, czy moje czy informacje na mój temat. Czy dochodzi do takich, jest leczenie ambulatoryjne no i do tego dochodzi np. leczenie w różnego rodzajów punktach. I właściwie nie wiemy, co ma na tych ludzi wpływ i co się rzeczywiście z nimi dzieje. I kto może wziąć odpowiedzialność za tak zwaną () skuteczność części leczenia. (P7)

T: nie nadażają, bo prędeziej i więcej jest nowych rzeczy np. na rynku i zagrożeń niż jesteśmy w stanie się dostosować, a poza tym jeśli chodzi o terapeutów, to w zależności od tego z jakiej oni przyszli szkoły i z jakimi przyszli doświadczeniami swoimi, jeśli chodzi o pracę, no to to też jest bardzo różne, to nie jest tak, że jest jakaś wspólna idea albo wspólny mianownik tego wszystkiego, co ma się wydarzyć no nie? (P37)

Kłopotliwa dla oceny skuteczności terapii staje się również zbyt wysoka pozycja klienta w strukturze społecznej, gdyż dobrze sytuowani klienci oczekują szczególnej dyskrecji.

T: Chyba, że mają na tyle wysokie pozycje społeczne, że ta terapia jest im konieczna do takiego normalnego, gdzieś tam funkcjonowania. Ale to jest np. ta ilość tych klientów, o którym my w ogóle nie wiemy. Ja muszę powiedzieć, że dla mnie to było taka bardzo dziwne doświadczenie, bo ja o to, mój mąż. Więc to jest tak, że ja byłam taka zaskoczona tym, że jak na pogrzebach bliskich mi terapeutów, zobaczyłam ludzi bardzo ważnych i istotnych w naszym życiu społecznym. I mogłam domniemywać, że to byli ich pacjenci właśnie. I to byli ich pacjenci, no głównie jednak prywatnie. No bo jeżeli człowiek ma pozycję społeczną dość wysoką, to nie bardzo ma ochotę mieć napis na czole narkoman, czy alkoholik gdzieś tam będących. I ci np. w ogóle w tym momencie nie są do zrewaluowania czy sprawdzenia ich skuteczności.24:50(P7)

Ocena terapii powinna być realizowana z wykorzystaniem osób z zewnątrz, nie powiązanych na co dzień z jednostką i osobami, których dotyczy ocena terapeutyczna. Możliwe jest wykorzystanie personelu sąsiedniego i/lub zaprzyjaźnionego ośrodka terapeutycznego, który nie jest znany pacjentom ośrodka, w którym ma miejsce ocena. Terapeuta biorący udział w badaniu zwraca uwagę, że przez zaangażowanie obcej osoby do zebrania oceny i opinii uczestnikom terapii zostanie zapewniony komfort i swoboda wypowiedzi. Warto zatem poświęcić więcej uwagi obiektywności oceny, która realizowana byłaby w obecności i/lub za pośrednictwem terapeuty prowadzącego.

R 1: Ale fajnym sposobem byłoby to, że, że rzeczywiście ktoś z zewnątrz przyjeżdżał i spotykał się z klientami...

R 2: Na przykład w terapii grupowej to jest łatwe do stworzenia, nie, yyy ja sobie jestem w stanie wyobrazić, że na przykład z innego ośrodka przyjeżdża terapeuta i rozmawia z klientami yyy danego yyy terapeuty, nie, żeby jakieś tam pytania co ci pasuje, co ci nie pasuje etc. oni się czują bezpiecznie a ty dostajesz informację zwrotną.

R 3: Tylko, tylko że wiesz, że to są świetne działania tylko yyyyy ja yyy już wiem jak gdzieś tam z praktyki yyy i mogę dołożyć od siebie, że to trudne fizycznie, wiesz, do, do wykonania. I oczywiście można, można, można wiele różnych metod yyy z, stosować żeby temu klientowi jak najbardziej pomóc, tylko jeśli przedobrzemy z tym wszystkim, no to może się wcale wiesz...(P52)

Sprawdzenie skuteczności prowadzonej terapii umożliwia spotkanie się z klientami po zakończonej terapii, a organizowane spotkania są okazją do zdobycia cennych informacji na temat efektów terapii po jej zakończeniu oraz zebrania uwag i porad, które terapeuci mogą zastosować w późniejszej pracy.

T: Ja, oczywiście, pewnym takim elementem, takim sprawdzającym to czy ten program jest adekwatny do potrzeb naszych klientów są też spotkania z nimi. Np. po ukończonej terapii. No akurat dzisiaj wszedłeś na sytuację, w której przyjechało już kilku naszych absolwentów, neofitów. Z którymi m.in. po przywitaniu rozmawiamy, o tym jak żyją i na ile to co im tutaj proponowaliśmy w programie spowodowało, że odnajdują oni się, w tym realnym życiu. Na poziomie właśnie, takiego funkcjonowania i realizowania się w tych różnych rolach. (P29)

T: To znaczy znowu ja bardzo, ja właśnie rozmawiając z nimi, głównie skupiam się na tym, żeby nie pytać, albo żeby im nie proponować rozmowy w kierunku zbierania samych pochwał i podziękowań i cukru tak zwanego. Tylko żeby pytać czego może ewentualnie brakowało, tak? I czy zastanawiają się nad tym czego brakowało. Więc jakby głównie moje pytania idą w tym kierunku, tak? Bo najbardziej mnie interesuje jednak to co jeszcze może powinno się w tym programie znaleźć. To co istotne i ważne też pod kątem sprawdzania efektywności tego no to ten program, który ja tutaj kieruję zawsze był nastawiony na to, żeby współpracować ze wszystkimi, którzy robią coś naukowo. Właśnie sprawdzając, potwierdzając skuteczności programów czy naszej jakości pracy. Stąd zgody już drugi raz na bycie w tym projekcie, który proponujecie teraz. Braliśmy wcześniej udział, w tym pierwszym. Także bardzo często różne osoby piszą czy prace licencjackie czy prace magisterskie, które też w jakimś stopniu też badają i potwierdzają to, jak my tutaj pracujemy i jakie są efekty tej pracy. Ostatnio jedna z pań napisała i obroniła pracę magisterską na [nazwa uczelni] właśnie o skuteczności tej naszej pracy i dostałem już wstępne wnioski dotyczące zawartych przez nią pytań w ankiecie. Więc będę to analizował i przedstawiał zespołowi. Więc jakby cały czas mamy dużą ochotę i gotowość na to, żeby właśnie trochę się dowiadywać (P29)

Pacjenci ośrodków terapeutycznych wskazują, że skuteczność terapii można mierzyć za pomocą sukcesów, które są przez nich osiągane w trakcie trwania terapii oraz że w głównej mierze to oni mają bezpośredni wpływ na powodzenie terapii przez zaangażowanie w podejmowane działania.

R: Znaczy mi się wydaje, że tutaj terapeuci wiedzą, że dobrze robią

B: A skąd wiesz, że na przykład dobrze terapeutyzują ciebie?

R: Że im dobrze idzie w terapii, to widzi tak?

B: To po czym on widzi, że tobie dobrze idzie w terapii?

R: A ja nie wiem, nie mam pojęcia, po sukcesach jakie się tam odnosi, wszystko zależy od pacjenta, bardzo dużo, czy on chce, bo jak nie chce to to nie pyknie w ogóle i terapeuta może robić wszystko a to i tak nie zadziała (P22)

R: Znaczący przykład patrzę na osoby, które kończą tutaj terapię, to są osoby, które motywują mnie, a są osoby, na które patrzę i myślę sobie, że kurde ja mam chyba więcej teraz w głowie niż ta osoba, która wyjechała i to jest takie przerażające i to co te osoby mówią, np. Batman wyjeżdżał i taki był nie bardzo, nie dość, że...No mi się w ogóle nie podoba jego stosunek do ludzi, ale wiesz...Albo ludzie, którzy po prostu mówią, że będą palić tylko marihuanę, albo coś takiego i naprawdę to są osoby, które kończą, potrafią tutaj skończyć terapię, a chociaż to też rzadkość prawda. Albo jak czasem patrzę na starszych domowników, którzy też jeszcze mówią takie rzeczy.(P46)

R: Może to nie należałoby nazywać ocenianiem terapeuty. Może to by należałoby nazwać. Że oceniać elementy swojej zmiany, takie które pewne zachowania terapeuty by mu pomagały, a pewne by mu przeszkadzały.01:23:27(P7)

Terapeuci przyznają, że w ocenie skuteczności pomagają komunikacja z otoczeniem klienta oraz ich opinia na temat widocznych zmian i postępów w zachowaniu.

R: Dla mnie ważne jest to, co widzi otoczenie. Pytam rodziców, opiekunów czy widzą zmianę. Siebie sama również bym zapytała. Nie zawsze celem jest abstinencja, czasami ważne, aby nie było to branie szkodliwe. Zmiany dotyczą m.in. relacji z innymi ludźmi np. czy zmniejszył się poziom konfliktów, czy są osoby, z którymi mogę porozmawiać w swoim środowisku, czy potrafię mówić o swoich problemach, dogadywać się z rodzicami. Ważna jest komunikacja. Dodatkowo zapytałabym, w jaki sposób pacjent radzi sobie z emocjami, ze złością, lękiem. Czy pacjent akceptuje to, że przeżywa takie emocje. Ważne jest też poczucie jakości życia, pytanie pacjenta o to, czy widzi różnicę, jak się czuje sam ze sobą, jak mu jest samemu ze sobą. Czas wolny – konstruktywny sposób spędzania czasowego, jak to wyglądało wcześniej. Tych wątków generalnie jest bardzo dużo, czy coś jeszcze, bo dochodzi również do tego spędzanie czasu wolnego, czyli jak wyglądało to wcześniej, a jak teraz. (P24)

## Miary oceny terapii – jak, czym mierzyć?

Badanym ciężko jest wskazać na jednoznaczne miary skuteczności terapii. Zdaniem terapeutów nie jest możliwe stworzenie uniwersalnego narzędzia, które umożliwiłoby zbadanie skuteczności i ocenę terapii wszystkich pacjentów.

R: Do sprawdzenia po drugiej stronie dokładnie i pewnie do sprawdzenia tak naprawdę w skuteczności. Natomiast no znowu czy można, czy są jakieś narzędzia gdziekolwiek na świecie, które by powiedziały, jak tą skuteczność mierzyć, tak? No bo bardzo możliwe, że my jako terapeuci wymyślimy inną, inne zmienne, badacze wymyślą inne zmienne, a później się

okaże, że nasi klienci mają całkiem inne potrzeby, z jakimi tutaj przyszli. Więc myślę sobie, że to też trudny wątek.18:56(P29)

W trakcie realizowanego badania pojawiły się propozycje miar, które umożliwiałyby zmierzenie skuteczności terapii. Jednym z pomysłów było organizowanie cyklicznych spotkań z byłymi klientami ośrodków, co umożliwiłoby klientom zachowanie regularnego kontaktu również po zakończeniu terapii.

Terapeutka: Wydaje mi się, że korzystne byłoby organizowanie spotkań po latach, podczas których ludzie opowiadaliby o swoich sukcesach i porażkach. Coś na wzór schematu w AA. Myślę, że coś podobnego w Candisie byłoby korzystne. Aczkolwiek doświadczenia narkotykowe są trudne, ludzie najczęściej chcą po prostu zapomnieć o tym okresie. Tutaj upatrywałabym pewnych trudności. (P1)

R: Kurde nie wiem, trzymając kontakt z tymi ludźmi, tak. Bo to są jakby świadectwa, że to działa, nie? Nie wiem, może wymyślić jakiś taki, program nie komputerowy. Jakiś taki program, że nawet ci którzy wyjeżdżają z tych ośrodków, nie? To że, no to, żeby mieć z nimi jakiś nie wiem kontakt nie wiem. Nie wiem jakiś sposób prowadzenia jakiś badań nie wiem. Nie wiem. Bo to jest tak, że wyjeżdża pacjent z ośrodka, my pracujemy nad motywacją. Jednak wyjedzie, ale np. za półtorej miesiąca pojedzie do innego i tam skończy terapię, tak? I to co wykonaliśmy, w tym jednym ośrodku, to już zapoczątkowało jakiś proces, tak? Bo on wyjeżdżając z tego ośrodka, mówią o tym pacjenci no kurde no to branie już nie było takie spoko, nie? Że jak on się dowiedział, że to jest już taki mechanizm, taki - no to jednak stracił komfort brania, nie?53:48(P6)

R: No wiesz, dzisiaj tą sytuację, którą mieliśmy z kolegą, którzy przechodził na monarowca, to on sam powiedział, że jest świadom, że w którym momencie tak jakby poszedł do przodu, jest świadom, kiedy się to wydarzyło. Tak więc, jak oni są dłużej to oni mają większą samoświadomość, co się z nimi dzieje i na ile i z czego to wynika. Oczywiście jest to też wynikiem indywidualnych jego kompetencji, ale bardzo często jest tak, że oni potrafią powiedzieć, że to mi najwięcej pożytku przyniosło w całym procesie terapeutycznym, że to to mi naprawdę do niczego nie służy, jak już są długo. (P53)

Kolejną z propozycji jest stworzenie narzędzia w postaci arkusza obserwacji terapii, na podstawie którego możliwa będzie ocena etapu terapii i ogólnego jej przebiegu, a także stworzenie programu, który pozwoli zweryfikować zachowanie całkowitej abstynencji przez byłych klientów. Na początkowym etapie terapii zachowanie abstynencji nie jest traktowane przez terapeutę jako cel główny, ponieważ dla pacjenta w pierwszej chwili taka decyzja jest czymś niewyobrażalnym. Dopiero stopniowe przejście przez etapy terapii, takie jak ograniczenie używania i uświadomienie na temat uzależnienia i szkodliwości substancji pozwala wyznaczyć za cel całkowitą abstynencję.

R: jasne, jasne jest szereg takich narzędzi narzędzi narzędzi () arkusze obserwacji, które przynajmniej w ośrodku, na podstawie których można zobaczyć, na jakim etapie człowiek jest chociażby przez to, czy zaczyna pracować nad swoimi własnymi emocjami, czy nadmiernie je np. kontroluje, próbuje kontrolować, czy potrafi o nich rozmawiać albo pracować nad nimi(P30) Co jakiś czas złamię abstynencję, bo się niektórzy przyznają do tego, ale że jakoś życia sobie poprawili, tak? No, że.52:53

B: W jaki sposób to można by było pokazać?

R: Kurde nie wiem, trzymając kontakt z tymi ludźmi, tak. Bo to są jakby świadectwa, że to działa, nie? Nie wiem może wymyślić jakiś taki, program nie komputerowy. Jakiś taki program, że nawet ci którzy wyjeżdżają z tych ośrodków, nie? To że, no to, żeby mieć z nimi jakiś nie wiem kontakt nie wiem.(P6)

Ewaluacją obejmuje się terapie oraz terapeutów pracujących w badanych ośrodkach terapeutycznych, dzięki czemu możliwe jest bieżące dostarczanie uwag i wskazówek dla dalszego prowadzenia terapii. W przypadku ewaluacji jest ona realizowana na wiele sposobów – terapeuci dokonują samooceny, poddają się wzajemnej ocenie terapeutom podczas zebrań w ośrodku. Oceny terapeuty dokonują także pacjenci ośrodków, a praca i wiedza terapeutów są sprawdzane za pomocą egzaminów certyfikujących i wizyt superwizora.

Superwizja przez konsultowanie pracy terapeuty z pacjentem pozwala zweryfikować kompetencje terapeuty, potrzebne do prowadzenia terapii i weryfikuje predyspozycje do wykonywania zawodu. Terapeuci poddając swoją pracę ocenie, mają możliwość skonfrontowania swoich działań i doskonalenia technik terapeutycznych. O ile poddawanie się wzajemnej ewaluacji w ośrodku nie wiąże się z większymi obawami terapeutów i są oni otwarci na krytykę i obieranie nowych kierunków swojej pracy,

*każdemu można powiedzieć, w jaki sposób się postrzega jego pracę, jego zachowanie i czy czy pewne cechy charakteru pasują czy nie(P30),*

tak poddawanie się superwizji grupowej w gronie specjalistów tej samej dziedziny niesie ze sobą szereg obaw związanych ze wskazywaniem na forum elementów, które wymagają ulepszenia. Niesprzyjające okoliczności i negatywna ocena może być odbierana przez terapeutę jako próba przedstawienia w gorszym świetle:

*e to jest jakby yyy umniejszanie autorytetowi terapeuty, nie.(P52).*

Otwartość i pozytywne nastawienie do oceny własnej pracy przez terapeutów ośrodka może być wynikiem cykliczności i kameralnego charakteru spotkań, które organizowane jest w stałym, zaprzyjaźnionym gronie specjalistów.

Zaobserwowanie skuteczności terapii jest trudnym zadaniem, zarówno z perspektywy pacjenta, jak i terapeuty prowadzącego. Wynika to z wielu czynników, które mają wpływ na charakter terapii i jej przebieg. Proponowanym rozwiązaniem jest wykorzystanie do tego celu arkusza obserwacji, z pomocą którego ocenie poddany zostałaby nie tylko przebieg terapii, ale również jej efekt w postaci oceny abstynencji byłych pacjentów ośrodka. Terapię oceniać powinny osoby niezwiązane z ośrodkiem ani osobami, których terapia dotyczy, a realizowana powinna być wyłącznie po ukończeniu terapii.

## 8. Potencjalne kryteria oceny - podsumowanie raportu

Prowadzone terapie są oczywiście zawsze w jakimś stopniu przedmiotem ciągłej oceny. Badani terapeuci deklarują dokonywanie bieżących ocen postępów, wymieniając pewne kryteria *ad hoc*. Z wielu wywiadów jednak wyłaniają się konkretne kategorie tej roboczej oceny. Są one przyjmowane mimochodem i nie należą do sformalizowanych kryteriów oceniania terapii. Terapeuci pytani o to, jak oceniać terapię bywali najpierw zakłopotani, ale następnie rekonstruowali sposoby oceny, których sami dokonują.

T: natomiast w trakcie terapii no to właściwie tylko taka obserwacja, na, na zasadzie takiej, no tutaj my to robimy w ten sposób, że omawiamy tych pacjentów, nie, no to omawiając widzimy, eeeee jakże on, no nie wiem, prezentuje zachowania, jakie prezentuje postawy, czy to się zmienia czy się nie zmienia, aaa. Czy idzie ku dobremu to znaczy, zmienia stosunek do, do drugiego człowieka czy nie, jest bardziej otwarty czy nie, bardziej zaangażowany, czy nie. Aktywny albo nie. (P28)

Obserwacja klienta w terapii i tak kończy się ewaluacją przy pomocy kryteriów, które znajdują się w "podręcznym" wyposażeniu terapeutów, co uwidoczniło się w wywiadach, kiedy potrafili podawać ich przykłady. Było ich wiele i nie były one jednoznaczne. Zdaniem badanych jest dużo wyznaczników i wiele wymiarów sukcesu terapii:

No bo czy miarą skuteczności ma być tylko ukończenie programu? Czy miarą skuteczności ma być tylko to, żebyś odhaczyli był od do? Czy może miarą skuteczności nie jest to, że on będąc nie przez cały program, polepszył swoje zdrowie przez ten czas na poziomie zdrowia psychicznego, fizycznego, pozałatwiał różnego rodzaju sprawy formalne, społeczne, prawne. W tym momencie odetchnęła jego rodzina. W tym momencie nie brał, w tym momencie nie udzielał innym narkotyków. W tym momencie nie popełniał przestępstw. W tym momencie nabył jakieś umiejętności. Po wyjściu całkowicie zaprzestał lub zmniejszył ilość częstotliwość zażywanych substancji. (P29)

Zastanawiano się zarówno nad obiektywnymi, jak i subiektywnymi kryteriami. Przyrostem, poprawą, progresem w różnych wymiarach funkcjonowania społecznego, zdrowia psychicznego i fizycznego, ich szerszymi skutkami społecznymi. Wreszcie, zwracano uwagę na to, że to klient sam jest jedyną kompetentną osobą by ocenić, czy terapia zakończyła się (sukcesem), ponieważ cena terapii jest oceną samego siebie dla klienta.

Wiesz co pewnie chciałbym, chciałbym usłyszeć [yyyy] to czy oni czują się zaopiekowani, bezpieczni, czy mają poczucie że [ee] w tej terapii są, to jest trochę trochę [y] to to o czym wcześniej, mówiłem, że często ludzie nie wiedzą co to jest terapia, tak chyba żeby powiedzieli że mają jakieś poczucie zmiany, że [yy] mają namacalny dowód na swojej osobie, że zaczynają się zmieniać, zaczynają, zaczynają coś dobrze działać tak? (P30)

Terapia jest więc procesem niezwykle trudno poddającym się ocenie, ze względu na wielu uczestników tegoż, wiele perspektyw, wiele wymiarów i wieloaspektowe są skutki terapii. Jak w każdej ewaluacji, więc, należy odwołać się do celów terapii i zmierzyć się nomen omen ze zmierzeniem ich osiągnięcia.



## Osiąganie celów jako podstawowe kryterium oceny terapii

Zmiana w kliencie, dostrzegalna dla terapeuty i dla samego zainteresowanego jest podstawowym pośrednim celem terapii. Poprzez jej odnotowywanie, obie strony są w stanie zauważać ewentualne postępy terapii.

R: [odchrząkuje]. <4>. Na podstawie zmian, wiesz takich w poszczególnych obszarach życia no np. ustała przemoc jeżeli przemoc była wynikiem picia alkoholu to wiąże się to z ustaniem picia alkoholu po prostu. Więc w tym wypadku wynik jest trochę zerojedynkowy. Ale myślę też, że np. w wypadku osób, które decydują się na redukcję, tak? To, że oni bardziej zaczynają wpływać na swoje życie, tak? Decydować, kontrolować je np. w taki zdrowy sposób, nadawać mu kierunek o. Że to chyba byłoby dla mnie jakimś czynnikiem czy miernikiem efektu. Poziom integracji, tak takiej wewnętrznej. Nie wiem spójność. Że to zachowanie jest bardziej obliczalne dla człowieka, bo ludzie, którzy do mnie trafiają mają tak - rozszczepienie są, nie? Mają doświadczenie ze sobą, takie, że całkiem w porządku z nich ludzie i ostatecznie złamasy, nie? (P31)

Zmiany zachowania, zmiana postaw wobec otoczenia społecznego, ale i samego siebie, są wprost i mimochodem definiowane jako cele terapii. Więc ich ewentualne osiągnięcie świadczyłoby o sukcesie. Dlatego ustalone wspólnie cele mogą być punktem odniesienia. Problem polega na tym, że te - w zasadzie z definicji - powinny się zmieniać, z pośrednich, które pozwalają rozpocząć terapię, tych związanych z motywacjami zewnętrznymi i doraźnymi potrzebami klienta - w takie, które rozwiążą fundamentalne problemy leżące u podstaw problemu z używaniem substancji przez klienta. Zatem, żeby oceniać terapię, nie tylko należy poznać jej cele, ale i śledzić ich zmiany i systematycznie ewaluować ich osiągnięcie.

T: Skuteczności terapii. No w taki sposób hmm, nie wiem czy prosty, ale konkrety - jeżeli spisujemy sobie na początku, przynajmniej ja mam taką wizję, jakieś cele i konkretne problemy, pacjent je pisze sam. To na ile się je udało zrealizować w taki mierzalny sposób. Czyli na przestrzeni dni, tygodni, ilości - to jest taki jakby taki najbardziej podstawowy i też miara takiego samopoczucia myślę klienta. Nie wiem dla mnie klient, który nie przeżywa kryzysów czy klient, który nie wiem nie jest dumny z jakiś drobnych sukcesów - tylko cały czas jest na jednej linii, to dla mnie jest to brak skuteczności terapii. Że on stoi w miejscu. Mimo, że mówi, że coś tam robi, ale jakby widać, że no robi, no mówi, że jest dobrze - tak jak ostatnio, że jest dobrze i będzie dobrze i on chce (). Jest to dla mnie takie niepokojące. (P32)

Nieosiągnięcie celów jest wpisane w terapię i nie oznacza automatycznie jej porażki. Dlatego analiza celów na bieżąco pozwala oceniać jej kierunki, dynamikę, ale nie rozstrzygać o jej sukcesie.

## Zmiany postaw wobec używania

Jednym z celów, którego osiągnięcie może być kryterium oceny skuteczności terapii jest zmiana postawy wobec używania substancji. Badani klienci wskazywali na dewaluację używania substancji, związanego z nią stylu życia, na zmiany w obrębie swojej tożsamości, która przestaje być identyfikacją użytkownika. Następuje również przewartościowanie używania substancji w sensie moralnym - jest oceniane jako złe, a użytkownicy jako źli ludzie.

B: Yhym. Czy masz możliwość mówienia o tym jak Twoja terapia przebiega, o tym jak ona idzie, czy coś działa na Ciebie, czy coś nie działa w tej terapii?

R: Na pewno...

B: I czy mówisz to?

R: No widzę jakieś zmiany, że jednak nie stoję w miejscu, nie, że się zmieniłem, bo już inaczej w ogóle myślę, mam inne motywacje, inne inspiracje, inne rzeczy, inni ludzie mi imponują.

B: Tak?

R: Tak, no wcześniej imponowali mi ćpuni i bardziej tacy źli ludzie. Teraz bardziej Ci, którzy ukończyli terapię i się trzymają też, to jest taki przykład, no. No i też widać po tej samej ocenie grupy, że jednak coś w sobie zmieniłem, że nie jest gorzej, ani nie jest tak jak było, nie? Bo tak to w sumie jest takie coś jak wyrzucenie z ośrodka za to, za brak postępów w terapii, o, jest coś takiego, że człowiek się nie zmienia. A większość ludzi mówi tutaj jak jest np. jak jest właśnie to omówienie tygodnia, że wydaje mu się, że stoi w miejscu, że od 3 miesięcy nic w sobie nie zmienił, że dalej popełnia te same błędy, wiele jest do niego spraw o te same rzeczy, że cały czas robi to samo, ludzie mówią, on dalej to samo i to jest takie bez sensu, błędne koło. (P18)

Kwestie moralności, zmian wyznawanych wartości mogą również być wskaźnikami osiągniętego celu. Internacjonalizacja postaw prospołecznych i wewnętrzne przekonanie klienta, że chce być szczerym, była dla niego wyraźnie zauważalna. Wręcz odczuwalna. Jeśli tak, może ją odnotować jako wskaźnik osiągnięcia celu.

trzecia sytuacja..to było wyjście z nieuczciwości..no bo wiadomo jak każdy narkoman..oszukiwałem.. i tam kłamałem..i łamałem te zasady.. robiłem to tak, żeby nikt nie widział..a tu był moment kiedy..nikt mnie na niczym nie przyłapał..mi było tak z tym że że chciałem sam.. wychodziłem już kiedyś z nieuczciwości..w tamtym ośrodku tylko że przyłapali mnie już kilka razy na kilku rzeczach i wiedziałem że na pewno mam tego więcej..więc mówili wypowiedź..no to powiedziałem kilka rzeczy na odczepnego... i to w ogóle mówiła jak się czujesz.. no super.. no.. nie widziałem sensu tego w tym że bym był uczciwy..powiedziałem kilka rzeczy, ale to nic nie dało..i ten moment tutaj, że ja poczułem, że nie chcę nikogo okłamywać..że chce żyć zgodnie z zasadami bo jest po prostu ciężko.. że jestem nieszczerzy i nieuczciwy..to był bardzo ważny moment dla mnie i też bardzo ciężki.. ciężko jest się przyznać całej grupie.. że nie było tak jak.. się pokazywałem..ale to jest jedna z ważniejszych rzeczy w terapii.. wyjście z tych nieuczciwości..pokazanie się takim jakim się jest naprawdę (P36)

Należy pamiętać, że praca terapeuty również bywa osadzona w określonej perspektywie aksjonormatywnej i klienci mogą milcząco spełniać życzenia terapeutów, powtarzając zasady zamiast je internalizować. W wielu wywiadach uderzające było podobieństwo języka i socjolektu

używanych przez terapeutów, jak i ich podopiecznych, co może świadczyć o transmisji języka i uzgadnianiu wartości. Tutaj rodzi się pytanie, na ile wewnątrznie przekonani są klienci do takich postaw, a na ile po prostu reprodukuja je na potrzeby i ze względu na wymogi interakcji.

### **Zmiany zachowań i stylu życia**

Zmiany zachowań są w zasadzie najłatwiej "mierzalnym" wskaźnikiem zmiany w kliencie. Można je po prostu obserwować, może to zrobić klient, ale również osoby z jego otoczenia. Choćby dlatego praktycznym jest ich odnotowywanie. Jeden z klientów przytoczył bardzo wyraźny przykład zmiany w swoich zachowaniach, które sam dostrzegł i zwerbalizował:

R: Tak, jest coś takiego, że jak przyjechałem to poszło bardzo elegancko z ich strony, przed przyjazdem do ośrodka ja cały czas kradłem, po wyjściu z ośrodka jeszcze nic nie ukradłem, wchodziłem do sklepu i się rozglądałem czy są jakieś kamery, jak to złodziej, a teraz tego nie mam, nawet nie myślę, żeby coś ukraść. (P22)

Kompleksy zachowań składają się na szersze style życia. Osiąganie celów związanych z ich zmianami może być kryterium oceny terapii, kiedy jest pośrednio lub bezpośrednio związane z używaniem substancji. Jeśli celem terapii na którymś jej etapie była zmiana zachowania, można łatwo ją wychwycić i użyć jako wskaźnika sukcesu.

### **Zmiany w zarządzaniu emocjami**

Emocje są oczywiście ściśle powiązane z zachowaniami i postawami, i również zmiany z nimi związane mogą stanowić cele terapii. Klienci w wywiadach relacjonowali zmiany swoich uczuć, potrafili je nazywać i opisywać ich dynamikę oraz dokonywać porównań ze stanem sprzed terapii.

Podoba mi się ta zmiana, no podoba mi się to, bo ja mam siłę, ja mam siłę na to, że ja.. ja mam siłę na to, by coś robić ze swoim życiem. Mam taką energię w sobie, że mogę ją wykorzystać. Nie jestem zmęczony ciągle, tylko mogę żyć, mogę funkcjonować, mogę tworzyć, mogę pracować, mogę robić cokolwiek. Nie jestem zmęczony, nie mam oporu, już jest mi...dobrze. I to jest fajne, to jest fajne uczucie, nie? A nie jak się jest ciągle przydeptanym, wiesz, zmartwionym, zniszczonym fizycznie, że uuu nie ma siły na nic i najlepiej to bym leżał w łóżku i deprecha i więcej narkotyków, żeby na chwilę poczuć się lepiej... (P43)

Dostrzeganie zmian i odczuwanie zmian związanych z (pozytywnymi) emocjami może również wpływać na motywację do terapii i podtrzymywania jej efektów. Tym ważniejsze jest ich monitorowanie jako wskaźników - ale i - predyktorów - sukcesu.

### **Zmiany w kompetencjach (społecznych)**

Terapeuci zwracali uwagę na potrzebę rozwijania kompetencji społecznych w klientach jako konieczność osiągnięcia sukcesu w terapii. Wobec tego dostrzeganie postępów w rozwoju tych kompetencji również może być używane jako wskaźnik progresu. Zwracano uwagę zwłaszcza na samoświadomość i na asertywność:

B: A jeżeli chodzi o takie zasoby, które musiałby posiadać klient do tego, żeby zerwać z nałogiem? To jakie byś wymieniła i dlaczego?

T: Świadomość siebie, własnych emocji, asertywny, jakby znający właśnie swoje zasoby, to co może robić, ale też godzący się z tym, czego robić nie może robić. Powiedzmy taki pogodzony ze sobą na tyle, że to co mogę, to co lubię to robię. To czego nie chce to po prostu jestem w stanie odmówić. Czyli to się z tą asertywnością też wiąże. Też taki szanujący samego siebie. Tak na prawdę, tak to widzę. I uzbrojony w takie w ogóle komunikacyjne umiejętności: przekazywania swoich emocji, myśli też w taki konstruktywny sposób. (P32)

Również kompetencje związane z komunikowaniem (się z innymi ludźmi) wymieniane były jako pożądana kompetencja. Wszystkie zdefiniowane w celach terapii jako ważne mogą być łatwo dostrzegane przez klientów, terapeutów czy osoby bliskie klientom i tym samym dostarczać wyznaczników kolejnych osiągnięć.

### Zmiany w relacjach

Jeśli celem terapii była poprawa relacji międzyludzkich - a jest to bardzo często motywacją do podjęcia terapii (zewnętrzna) - to osiąganie celów związanych ze współżyciem z innymi ludźmi może być jasnym kryterium sukcesu w terapii.

A tutaj wzrasta u nich poziom jakby orientacji co do swoich zasobów, tak? I ograniczeń, jak gdyby większy dystans, nie? Powstaje to byłoby, takim miernikiem. Odbudowywanie relacji ja myślę, że też. Odbudowanie albo jak gdyby w ogóle zmiany w relacji, tak? (...) Zmiany w relacjach to znaczy albo przyglądanie się trudnościom, tak? (P31)

### Zmiany w motywacjach

Zmiana motywacji do terapii, źródeł motywacji i siły tej motywacji może stanowić wskaźnik sukcesu terapii i może być wykorzystywany do jej opisu i oceny.

Moja motywacja zmieniła się dopiero tutaj...dzięki terapeutce...który uświadomił mi różnicę między tym czym jest nie mogę brać narkotyków a tym że nie chcę brać narkotyków.. że to jest inny..to jest całkowicie co innego..to jest właśnie polubienie tego świata na trzeźwo..no to zaczęło się zmieniać po 2-3 miesiącach gdzie zacząłem lubić ten świat na trzeźwo..gdy zacząłem..polubiłem bieganie..yy..czy jakieś tam nie wiem wyjścia grupowe..i wtedy pierwszy raz czułem że nie wolałbym siedzieć gdzieś i pić browara czy jakiś narkotyków tylko wolałem być tutaj..wolałem brać udział w biegu.. (P36)

### Świadomość (zmiany)

Te różne osiągnięcia (celów) składają się na ogólną świadomość zmiany klienta. Potrafi ją dostrzec, opisać, nazwać - lub po prostu odnotować jako ogólnie i zasadniczo inny stan od tego, w

którym znajdował się wcześniej. Również to więc może być wykorzystane jako kryterium oceny terapii:

R: no na pewno ja tak sędzę przynajmniej, nie wiem jak to jest według innych uznania, ale troszkę się zmieniłem, ja tak twierdę, nie wiem czy tak po prostu twierdzą inni czy to po mnie widać czy nie, ale ja sam w sobie czuję, tak, że nie wiem jakby się trochę otwarłem, trochę zrozumiałem, no nie jestem w stanie tego określić, wiem, że coś to dało coś zmieniło, ale nie jestem dokładnie to słowo, nie mogę określić tego dosłownie. (P33)

W zależności od tego, co wyznaczono sobie jako cele, można definiować osiągnięcia - sukcesy w terapii. Klienci potrafią je dostrzegać sami, a ich wskaźniki mogą być obserwowalne dla terapeuty czy ludzi z otoczenia. Mogą więc służyć za kryteria oceny terapii, tak jak w innym przypadku:

B: A w czym tutaj się najbardziej rozwijasz?

R: W sobie, z pracą nie mam żadnych problemów i na społecznościach zaczynam też dużo rozmawiać bo tak to nigdy się nie odbywałem, w tamtej terapii, cicho siedziałem. (P22)

## **Nieosiągnięcie celów i inne wskaźniki negatywnej oceny terapii**

Jeśli istnieją przesłanki, które mogą informować o pozytywnym przebiegu terapii, to można też obserwować symptomy tego, że jej przebieg nie jest dobry. Takim wskaźnikiem będzie przede wszystkim nie-osiągnięcie zakładanych celów terapii. Badani wskazywali również na przesłanki nie dotyczące samego przebiegu terapii, a związane z jej organizacją lub zupełnie wobec niej zewnętrzne. Mówienie mniej, przekładanie spotkań, informacje o zachowaniach, które się nie zmieniły lub nie poprawiły:

Badacz: Czy są jakieś oznaki, że terapia nie idzie dobrze?

Terapeutka: Oczywiście można to rozpoznać. Jeśli klient zaczyna mniej mówić niż wcześniej, zaczyna szukać pretekstów do odkładania spotkań. Czasami ze środowisk naszych pacjentów możemy dowiedzieć się, że dalej stosują narkotyki. (P01)

W wywiadach jednak poza wszystkimi tymi kryteriami dostrzegalnymi w ramach zachowań, postaw, czy uczuć, jako podstawowy wskaźnik sukcesu (i porażki) terapii wskazywano abstynencję.

## **Znaczenie abstynencji**

Abstynencja w najbardziej oczywisty sposób stanowi wskaźnik sukcesu terapii, a jej brak lub przerwanie wskazuje na porażkę. Większość badanych, zwłaszcza terapeutów, zgadzała się, co do tego:

R: No ja myślę, że porażką jest przedwczesny wyjazd na pewno, chociaż niektórzy sobie ponoć radzą, ale ja myślę, że skoro nie potrafią dotrzeć do końca i skończyć jednej rzeczy od początku do końca, no to słabo dosyć. Nie wiem co porażką jeszcze może być, no wiadomo branie narkotyków co jest największą porażką, bo mimo wszystko wiesz, całej tej psychologii, tych pięknych związków itd. tutaj z ludźmi, to najważniejsze jest to, żebyśmy po wyjściu nie brali narkotyków prawda. To jest jakby główny cel i no... (P46)

Ta informacja (czy klient używa, czy też nie używa już substancji) jest jednak mniej użyteczna w trakcie trwania terapii, ze względu na to, że (w przypadku ośrodków stacjonarnych) klient jest izolowany od substancji i siłą rzeczy jej nie używa. Z drugiej strony, to nie abstynencja stanowi główny cel terapii, a jest tylko (pożądanym) efektem zmiany w kliencie. Więc i jej ewentualne przerwanie (zwłaszcza incydentalne) nie musi w ogóle być wskaźnikiem porażki - a utrzymanie, z drugiej strony - sukcesu. Dlatego tak istotne jest mierzenie tych wielu aspektów terapii, a nie tylko odwoływanie się do abstynencji.

## **Problem indywidualnego charakteru terapii**

Jeśli abstynencja nie jest zbyt użytecznym kryterium oceny terapii, zwłaszcza w krótkiej perspektywie (czy też bieżącej perspektywie), to pomiar postępów staje się niezwykle skomplikowany. Trzeba brać pod uwagę cele wyznaczane w terapii, a te są indywidualne. One zależą od motywacji klienta i od etapu, na którym znajduje się terapia.

T: każda sytuacja jest chyba inna i nie mam nie mam takich kryteriów czasowych i nigdy chyba nie miałem, w zależności chyba od od tego jak jest przeprowadzony wywiad, jakie są zgromadzone informacje na temat pacjenta to można również określić trochę jakie on będzie miał trudności, inaczej inaczej można traktować w terapii. (P37)

Nie można więc mierzyć terapii ogólnie narzuconym schematem, tylko źródeł kryteriów należy szukać lokalnie, w każdej z przeprowadzanych terapii osobno. To oznacza, że ewentualna ocena terapii musi powstawać wraz z jej rozwojem, nie można przyjąć kryteriów na początku. Należy zatem zarzucić ilościowe schematy pomiaru na korzyść jakościowych. Sugerowali to w badaniach pytani terapeuci:

Z kolei szczegółowe pytanie, tak jakby to tak poszatkować i odnieść do konkretnego. Czego one miałyby dotyczyć? No. Bardziej myślę, że one miałyby wiesz charakter jakościowy, a nie ilościowy. Tak to sobie wyobrażam, nie? <6>. Jest dla mnie ważny też poziom jakby satysfakcji tej osoby, tak? Tutaj się tak zawahałam, bo tutaj się wypuszczam - czuję na taki niepewny grunt, tak? Bo na przykład ktoś może być super zachwycony relacją, bo mu potwierdzą jego objawy, tak? I tyle dostał właśnie tą bezwarunkową akceptację, ale jakby niewiele zmienia. Ale to daje mu to szczęście i takie poczucie, że np. ktoś jest koło niego, tak? Kto jest ważny i trwa przy nim i mu bezpieczniej i łatwiej np. grzać dalej. Tak też może być. No ciężko mi. Tak jakbym miała sobie wyobrazić to narzędzie to ciężko. Ale można by było badać, takie wiesz małe obszary no np. właśnie <2> poprawy jakości, tak? I co przez jakość rozumiemy ta osoba, tak? No to znowu jakby narracyjne wywiady, nie jakaś struktura, nie ankiety. No ja bym zrobiła tak, że na pewno bym zaczęła próbować, tak? Metodą prób i błędów. (P31)

Narzędzie ewaluacyjne musi więc ze względu na charakter terapii być indukcyjne, by mogło rozwijać się wraz z nią. Wobec tego pomiar musi być wielokrotny, dostosowywany do kolejnych etapów terapii i do kolejnych uzyskiwanych informacji.

Alternatywną metodą ewaluacji mogłaby być ocena satysfakcji klienta, ale - ze względu na bardzo wymagający charakter terapii i niezwykle problematyczną, siłą rzeczy, sytuację klienta w tym

czasie, taki pomiar może być bardzo obciążony błędem. Klient może projektować swoje porażki na ocenę terapii, może być usatysfakcjonowany terapią, ale nie osiągać jej celów. Satysfakcja więc i ewaluacja terapii przez klienta w ogólnych kategoriach może być jedynie uzupełnieniem jej oceny.

## Ocena relacji z terapeutą

Ważnym uzupełnieniem oceny osiągania celów może być ewaluacja relacji z terapeutą. Z podobnymi zastrzeżeniami, jak do oceny satysfakcji w ogóle. Można oceniać sposób komunikacji, poświęconą uwagę, indywidualne podejście itp.

B: A myśli pani, że na jakiej podstawie można porównywać? Jest jakieś kryterium które można porównywać?

R: Yyyyyy

B: Jeśli chodzi o terapię, o terapeutę?

R: <3> Wydaje mi się, że każdy terapeuta idzie jakimś takim swoim schematem dlatego na pewno można porównać proces rozmowy, jak rozmawia, do czego bardziej przywiązuje uwagę, w jaki sposób pomaga <5> [śmiech] Myślałam, że to będzie jakieś takie trochę łatwiejsze a ja tak naprawdę tak nie uczestniczyłam w tym więc nie wiem, znaczy nie uczestniczyłam, nie tak bardzo jak rodzice od chłopaka. (P42)

Jednak nie to jest to zasadnicze dla oceny terapii, ponieważ jest niejednoznaczne. Chociaż stanowi jej ważną część, może pomagać lub utrudniać osiągnięcie sukcesów i wpływać na motywację - to nie jest kryterium decydującym o powodzeniu.

## Horyzont czasowy oceny terapii

Ewaluując osiągnięcie celów terapii wciąż pozostajemy z praktycznym problemem: kiedy już można to zrobić? Kiedy terapia jest zakończona? To pytanie zadajemy w obu znaczeniach - czy można oceniać dopiero, kiedy terapia jest zakończona oraz - kiedy właściwie kończy się terapia?

Odpowiedź na pierwsze pytanie jest zasadniczo negatywna. Ocena po terapii ma znaczenie dla dalszej kariery i rozwoju zawodowego terapeuty, może mieć znaczenie dla rozwoju placówki, dla decydentów etc. - ale ze względu na indywidualny charakter każdej terapii, jej ocena po fakcie nie może nic wnieść do tej konkretnej relacji. Ze względu na modyfikację kryteriów w czasie trwania terapii, najlepszym modelem jest ciągła ocena, pozwalająca na bieżąco modyfikować działania terapeutyczne.

Z drugiej strony, pomiar po zakończeniu terapii również jest problematyczny, ze względu na bardzo ogólny charakter ostatecznych celów terapii, takich jak poprawa jakości życia czy abstynencja. Zauważono w badaniach, że sami uczestnicy terapii zakładali odległy horyzont skutków terapii. Dzieje się ona tu i teraz, zakończy w pewnym momencie, ale jej wyniki będą widoczne dopiero w długiej perspektywie:

B: Yhym. Kiedy będzie można mówić o sukcesie terapii, że ona się powiodła?

R: No za kilka lat.

B: Tak? Kiedy co, kiedy jak będzie wyglądało życie?

R: Nie kiedy skończę i wyjdę, tylko jak w sumie.. nie wiem może dopiero jak będę dziadkiem (śmiech). No nie do takich czasów.. akurat jak wyjdę to muszę ogarnąć życie i

tak w ten rytm wbić, nie, po jakimś czasie, jak już 5 lat będę cały czas pracował, już coś osiągnę, nie wiem, coś odłożę, będę miał może jakąś narzeczoną, czy coś, jakieś większe plany na życie, to wtedy mogę powiedzieć, że nic tego nie zepsuje, nie, że to jest takie pewne, nie? (P18)

Klienci wskazywali na różne cezury czasowe, których różnorodność (5 lat, 30 lat) pokazuje, że jest to zupełnie abstrakcyjna wartość oznaczająca w zasadzie dwie rzeczy: nie w tym momencie i długotrwale:

- Powiedz, wróćmy do ciebie jeszcze. Chciałbym zapytać cię, a co dla ciebie, co będzie dla ciebie sukcesem w terapii?
- <3> Sukcesem?
- No.
- <3> Powiem ci za 30 lat.
- Ale to będzie...
- Czy jestem dalej trzeźwy i czy jestem szczęśliwy. To ci, to ci wtedy powiem, czy ta terapia była dla mnie sukcesem. (P34)

Podobnie terapeuci wskazywali na moment zakończenia terapii jako zbyt wczesny na wyrokowanie o jej sukcesie.

Ale trudne jest to tak naprawdę zweryfikowanie skuteczności takiej w trakcie terapii. No bo wiadomo jeżeli kończymy te nasze spotkania w pewnym momencie no to jakby można zauważyć w jakim momencie jest klient - czy on rzeczywiście mniej bierze. Co on przepracował, w jakich obszarach jest lepiej, które stoją, które on nie chce ruszać. To jakby widać tak konkretnie. Natomiast w trakcie terapii to jest trudne czy idziemy do przodu. To dużo czasu tak naprawdę. (P32)

Trudno wobec tego wyznaczyć optymalny moment dokonania oceny terapii poza ewentualnie bardzo odległym - po zakończeniu. Wymagałoby to niezwykle skomplikowanej procedury docierania do "absolwentów" terapii po latach oraz kontrolowania niezliczonej ilości czynników, które miały wpływ na losy takiego badanego klienta, od czasu zakończenia terapii do momentu badania - np. 10 lat po jej zakończeniu. Nawet przeprowadzenie takiej oceny, mogłoby dać zbyt mało korzyści samemu klientowi, terapeutom czy decydentom. Należy więc oceniać terapię w innej perspektywie czasowej, mianowicie - w czasie jej trwania i nie odwoływać się do jej długofalowych efektów, ale do zmian, które te efekty mogą zagwarantować.

Ocena natychmiast po zakończeniu i w czasie trwania terapii, zwłaszcza w ośrodkach zamkniętych, ale również po prostu w relacji z terapeutą wciąż pozostaje problematyczna. Terapia prowadzona jest w nienaturalnych warunkach, siłą rzeczy będąc interwencją w klienta system aksjonormatywny, postaw i zachowań. Dobitnie pokazuje to następująca wypowiedź:

- Czyli nie da się powiedzieć na przykład, no nie wiem, po 9 miesiącach, po 12 miesiącach, po roku po terapii, nie da się powiedzieć, czy ona...
- Znaczy no można sobie powiedzieć, że można być z siebie dumnym i zadowolonym, że że ten rok, wiesz, nie poszedł na marne, że się jednak skończyło, że się włożyło dużo pracy, że że było bardzo ciężko, a jednak się, wiesz, skończyło. No ale próba dopiero się zacznie jak wyjdiesz za bramę, nie, tak mi się wydaje. Bo co tutaj? No tutaj jesteś, kurwa,



w bezpiecznym miejscu, nic ci nie grozi. <2> [pociągnięcie nosem] Jakiś taki, wiesz, idealny, kurwa, idylliczny świat, bez przemocy, bez agresji, bez <2> wszystko super, gitara. Niektórzy sobie na przykład nie zdają sprawy, kurczę, jak jak jest tam, nie? Jak ludzie naprawdę się zachowują i na przykład nie potrafią rozgraniczać, wydaje (mi) się, że ludzie tutaj nie potrafią rozgraniczać [pociągnięcie nosem] tych umiejętności, których tutaj nabywamy, nie, na przykład takiego, y, wiesz, grzecznego zwracania się do siebie, wiesz, uprzejmości. Na przykład tam, y, wiesz, wyjdę wyjdę za bramę, wiesz, na tyłu przepustkach byłem, to to wiem, jak to wygląda, nie? I ktoś na przykład, wiesz, podejść do jakiegoś chłystka i i i i powiem mu grzecznie, wiesz, "słuchaj, nie podoba mi się sposób, w jaki się do mnie zwracasz", nie? No to, kurwa jeszcze to go to bardziej wkurwi, mi się wydaje, nie? <2> Nie nie umiałbym, nie umiał, yy, jakby rozgraniczyć tego, że no tam nie będą się mogli tak zachowywać, nie? Oczywiście <2>, e, nie wiem, czy dobrze ci to mówię, czy mnie rozumiesz, nie? Że, yy, <3>, trzeba wiedzieć po prostu do kogo i w jakich okolicznościach można użyć tego, co się tu nabyło, nie? Oprócz tego, żeby mieć poczucie w środku, że że jest się tym dobrym człowiekiem, nie? (P34)

To oczywiście przejawiony opis problemu, dotyczący jednak istoty sprawy: zbyt wiele czynników wpływa na życie klienta, żeby móc jednoznacznie stwierdzić, czy terapia zakończyła się sukcesem, czy nie. Nawet najbardziej pozytywna ewaluacja, następnego dnia może stać się nieaktualna. Tym bardziej mierzenie terapii w sposób absolutny jest nie tylko niemożliwe, ale i zupełnie niepraktyczne. Należy ją udoskonalać, doprowadzać do sytuacji refleksji, sprzężenia zwrotnego i wieloaspektowej oceny.

## Terapeuta może oceniać postępy

Znając kryteria oceny, czasowe ramy ewaluacji potrzebujemy wskazać osobę kompetentną do dokonywania tej oceny. Klienci oczywiście mogą udzielać opinii, dokonywać auto-observacji. Natomiast to terapeuta jest osobą, która jest wykształcona, kompetentna i zaangażowana w proces danej terapii na tyle, żeby dokonywać interpretacji tych informacji i je oceniać.

Sami klienci zwracają uwagę na przewagę poznawczą i kompetencje terapeuty do oceny postępów. Klienci potrafią zauważać i wskazywać zmiany, ale to terapeuta dostrzega więcej, ale też znajduje się w strukturalnej pozycji władzy nad klientem i to na jego autorytet powołuje się klient:

B: Ale czasami nie jest tak, że Ty coś czujesz, że to na mnie nie działa?

R: No ja zasugerowałem, że idzie w dobrym kierunku raz to mnie sprostował, że jest w ogóle za wcześnie na podejmowanie takich wniosków, nie, że coś idzie w dobrym kierunku, ale że widzi, że coś jest zrobione i bywało też, że mi powiedział właśnie, że coś idzie w złym kierunku, że zauważa u mnie zachowania, które nie powinny występować i nad którymi muszę pracować. Po prostu potrafi mi wypunktować rzeczy o których ja sam nawet nie wiem, ale z czasem sam zauważam, że ma racje, nie?

B: I chyba to lubisz, co?

R: No lubię.

B: Doceniasz to?

R: No tak, no bo... Tak, bo myślę, że wiem o sobie wszystko, a tu za chwilę się okazuje, że ktoś coś innego zauważa i nie do końca jestem przekonany, a poobserwuje to po swoim zachowaniu parę dni i stwierdzam, że faktycznie tak jest i wiem nad czym mam pracować wtedy. (P15)

## Podsumowanie

Biorąc pod uwagę całą zaprezentowaną analizę, proponujemy zniuansowaną metodologię oceny jakości terapii, która będzie miała charakter ciągły, wieloetapowy, obejmowała tematy motywacji, celów, zmian, przeszkód, ułatwień i osiąganych efektów w terapii. Metodologia CanaQass ma na celu uporządkowanie i w miarę możliwości zestandaryzowanie oceniania terapii i umożliwienie dokonywania porównań biorąc pod uwagę specyfikę procesu terapeutycznego, jego skomplikowanie, nieliniowość i elastyczność. Porównania są możliwe zarówno w skali mikro tzn. umożliwiają monitorowanie zmian w przypadku konkretnego pacjenta, ale również na wyższych poziomach pozwalają na dokonywanie porównań między pacjentami i poszczególnymi ośrodkami.

Zamiast podsumowania poleca się lekturę instrukcji do narzędzia CanaQass.

## 9. Ewaluacja ongoing pilotażu CanaQaas

*Dr Magdalena Piejko, Uniwersytet Opolski*

### ***Wolę jak jest rozmowa, ale...***

Ewaluacją został objęty pilotaż narzędzi badawczych, schematów analizy oraz instrukcji dla podmiotów i osób wykorzystujących opracowane materiały. Ze względu na specyfikę zadania zastosowano ewaluację *ongoing*, żeby jeszcze przed zakończeniem projektu dostarczyć realizatorom uwagi i wskazówki pozwalające dostosować narzędzia do poszczególnych grup odbiorców.

Zgodnie z założeniami przyjętymi we wniosku projektowym, celem całego przedsięwzięcia było opracowanie przejrzystej i standaryzowanej (aczkolwiek niekoniecznie ilościowej) metodologii ewaluacji terapii użytkowników cannabis. Badaniem ma być objęty sam proces terapii z uwzględnieniem perspektywy terapeutów, klientów i ich otoczenia oraz decydentów lokalnych. Taka wielopoziomowa analiza wynika ze słusznego założenia, że terapia to działanie o społecznym charakterze angażujące zróżnicowanych (ze względu na wiele atrybutów) aktorów. Osadzenie terapii w społecznym - relacyjnym kontekście ma zdaniem autorów narzędzi wyjść poza "proste" badanie wyłącznie satysfakcji z prowadzonej terapii, czy deklarowanych relacji na temat zauważonych zmian zachowania, bądź ich braku.

Ewaluacją objęto jeden przypadek podmiotu realizującego terapię (zamknięty ośrodek terapii uzależnień). Wykorzystane zostały takie metody i techniki zbierania danych, jak: obserwacja uczestnicząca jawna, wywiady kierowane z terapeutami oraz klientami biorącymi udział w pilotażu narzędzi oraz analiza dokumentów (dokumenty projektowe: cele i założenia projektu, instrukcje, narzędzia badawcze, schemat analizy).

Celem ewaluacji było przede wszystkim sprawdzenie, czy zakładany przez realizatorów przebieg badania w placówce odzwierciedla przyjęte we wniosku i konceptualizacji projektu założenia. Dodatkowo zwrócono uwagę na: a/ sposób zarządzania przebiegiem pilotażu, badania w placówce i samego wdrażania kwestionariuszy, b/ zagrożenia (bariery instytucjonalne, administracyjne) i szanse związane z używaniem narzędzi w pracy terapeutycznej oraz c/ trafność i rzetelność samego narzędzia, przy czym ta część ewaluacji pokrywa się w pewnym zakresie z celem samego pilotażu, stąd część uwag dotyczących kwestionariuszy została wyłączona z niniejszego podrozdziału. Szczegółowe analizy i rekomendacje wynikające z przeprowadzonej ewaluacji były na bieżąco komunikowane realizatorom, którzy, co trzeba wyraźnie zaznaczyć, aktywnie na nie reagowali, wdrażając proponowane zmiany. Uzyskane w trakcie ewaluacji dane pozwalają

wskazać kilka kluczowych kwestii, które stanowić mogą z jednej strony okoliczności zagrażające efektywnej realizacji badania, a z drugiej, dające szansę na powodzenie całego przedsięwzięcia.

## Problematyczność założeń pomiaru z użyciem narzędzi CANAQASS

Terapeuci biorący udział w badaniu pilotażowym wielokrotnie podkreślali, że nie jest dla nich do końca jasny cel wykorzystania w pracy terapeutycznej opracowanych narzędzi. Konieczne jest zatem precyzyjne określenie problemu badawczego, który jest możliwy do wyjaśnienia za pomocą przygotowanych kwestionariuszy. Ten problem rozwiązuje instrukcja, która jednak powinna być przez terapeutów czytana. Jest to duże wyzwanie dla przedsięwzięcia ze względów opisanych poniżej.

Kluczowe jest także wypracowanie i przyjęcie (oraz sformułowanie jej w instrukcjach do narzędzi) takiej definicji *terapii*, aby była ona zgodna z przyjętymi w psychologii i psychoterapii uzależnień standardami, i tym samym możliwe było także porównywanie ze sobą wniosków wyciągniętych na podstawie notatek własnych terapeuty oraz na podstawie narzędzi CanaQass. Terapeuci, relacjonując przyjmowaną przez nich definicję terapii, wskazywali na trzy jej główne elementy:

- terapia to *działania mające na celu zmianę jakości życia* i właśnie ta jakość jest najtrudniejsza do zdefiniowania, ponieważ wiele jej elementów ma miękki i emergentny charakter;
- terapia to *proces, a nie pojedynczy akt*, co oznacza, że terapia zawsze zawiera pewne etapy i fazy, mniej lub bardziej sprecyzowane i możliwe do przewidzenia;
- terapia jest ukierunkowana, *zorientowana na cele o dynamicznym charakterze*, co oznacza, że:
  - definiowanie celów może być odroczone w czasie;
  - same cele mogą ewoluować w trakcie terapii;
  - zmiana terapeuty w trakcie terapii może przekładać się na modyfikację samych celów.

Ponieważ głównym celem projektu jest wypracowanie standardów metodologicznych ewaluacji terapii uzależnień, to sformułowanie precyzyjnych definicji pojęć *terapii*, *jakości życia* i *celów terapeutycznych* wydają się być zadaniem kluczowym. Zarówno cała metodologia, jak i instrukcja

dokonyuje tej definicji. Problem - jak zaznaczono w dalszej części tekstu - i wyzwanie może stanowić przekonanie terapeutów wszystkich "tradycji" i "nurtów" metodyki do podzielenia jednej definicji - czy też ram definiujących. Oczywiście wykracza to poza zakres ocenianego projektu i jest wartością dodaną badania: zanim oceni się systematycznie terapię, należy uporządkować jej założenia, system szkolenia i w rzeczy samej, prowadzenia.

Jasne wskazanie zakresu ewaluacji terapii z użyciem narzędzi CanaQass prowadzić powinno do wyjaśnienia i omówienia (w instrukcjach, skryptach) roli narzędzi oraz korzyści, jakie może przynieść ich zastosowanie (dla terapeuty, klienta, decydenta). Instrukcja jest takim narzędziem, natomiast otwartym pozostaje pytanie, co zrobią z nim terapeuci, którzy mają zupełnie odmienny pogląd na terapię?

## Ryzykowna nieprzekładalność perspektyw

Zdecydowanie należy przyznać, że podjęty w projekcie problem oceny jakości terapii uzależnień jest niezwykle wymagający i złożony. Realizatorzy doskonale zdają sobie sprawę z tego, że wypracowanie standaryzowanej metodologii ewaluacji terapii wymaga uwzględnienia i odpowiedniego przepracowania (przekładając to na język narzędzi badawczych) zarówno samego procesu terapii (bycie przed terapią, w trakcie, po zakończeniu terapii), jak i perspektyw ich uczestników (terapeutów, klientów, otoczenia, decydentów). Narzędzia zostały przygotowane w taki sposób, aby w jak największym stopniu odpowiadać zniuansowanej i kontekstowej sytuacji terapeutycznej. Pomimo ogromu pracy na etapie konceptualizacji problemu badawczego, a później budowania narzędzi badawczych zawsze (w tego typu projektach) wystąpić może tzw. *nieprzekładalność perspektyw*. Już różnice na poziomie przyjmowanych przez terapeutów i "osoby z zewnątrz" perspektyw ontologicznych skutkować mogą odmiennym definiowaniem kluczowych pojęć, a co z kolei doprowadzić może do sytuacji, w której niemożliwe będzie przełożenie wyników badania na działania praktyczne. Podczas obserwacji uczestniczącej w placówce terapeutycznej zauważono, że terapeuci dyskutujący o zasadności tego typu pomiaru, zaznaczali, że narzędzie "nie pasuje do ich pracy", ponieważ "tylko terapeuta jest w stanie zrozumieć sens terapii".

Podstawowe pojęcia użyte w pilotażowych wersjach kwestionariusza (jak np. uzależnienie, używanie, motywacje, cele kontraktowe, cele ostateczne) wzbudzały u terapeutów sporo emocji. Wskazywali na brak możliwości udzielenia odpowiedzi na część pytań właśnie ze względu na "błędne" ich zdaniem użycie pojęć. Wszystkie tego typu uwagi były na bieżąco notowane przez osoby prowadzące pilotaż, a następnie uwzględniane na etapie modyfikacji narzędzi. Należy podkreślić, że realizatorzy byli maksymalnie otwarci na wszelkie uwagi i sugestie odbiorców

narzędzi, dążąc do pełnego zrozumienia specyfiki placówki, przebiegu terapii i pracy terapeuty uzależnień, a problem rozbieżnych perspektyw został poddany analizie w raporcie z badania.

## Problematyczne wdrażanie i używanie narzędzi CANAQASS

Opracowanie metodologii ewaluacji terapii uzależnień cannabis nie kończy zadania, a stanowi jedynie pierwszy etap całego przedsięwzięcia związanego z całościową oceną jakości terapii w Polsce i na świecie. Proponowana metodologia musi być następnie wdrożona, z czym wiązać się mogą pewne problemy zauważone już w trakcie pilotażu narzędzi CanaQass.

1. **Status metodologii:** czy proponowane narzędzia ewaluacji terapii cannabis powinny być wdrożone jako obligatoryjne do stosowania przez terapeutów, czy raczej powinny być dodatkowym - dobrowolnie wykorzystywanym źródłem wiedzy?
2. **Umocowanie instytucjonalne:** jakie instytucje będą odpowiedzialne za wdrażanie i używanie narzędzi? Jaki powinien być status prawny tych narzędzi? Czy używanie narzędzi podlegać będzie ewaluacji (zewnętrznej)? Jaka rolę pełnić ma wypracowana metodologia w kontekście rozwiązań politycznych, prawnych, medycznych i instytucjonalnych związanych z prowadzeniem terapii użytkowników cannabis?
3. **Dystrybucja narzędzi:** w jaki sposób należy dystrybuować kwestionariusze? Jakie powinny być ścieżki dotarcia do poszczególnych placówek, terapeutów i klientów? Czy narzędzia powinny być dostępne także w wersji elektronicznej?
4. **Decyzja o udziale w badaniu:** jak zagwarantować poufność danych i dobrowolność udziału w badaniu? Kto powinien decydować o wypełnieniu kwestionariuszy?

Klienci biorący udział w testowaniu narzędzi zauważali, że powinni mieć możliwość zadecydowania o tym, czy i kiedy kwestionariusz zostanie wypełniony. Relacjonowali, że z ich doświadczenia terapeutycznego wynika, że w trakcie terapii są pewne kluczowe momenty, kiedy takie narzędzie może być bardzo użyteczne i może znacząco podnieść jakość terapii. Jeżeli w trakcie terapii pojawia się "impas", "regres", to ich zdaniem, taka dodatkowa analiza może "pchnąć terapię naprzód", albo może być wskazówką - sygnałem, że konieczna jest np. zmiana terapeuty.

5. **Porównywanie przypadków:** jak zaplanować przebieg badania w placówce/z klientem, aby możliwa była także porównawcza analiza przypadków (także pomiędzy placówkami/klientami)? Czy możliwy będzie dostęp do danych zebranych przez innych terapeutów? W jaki sposób prowadzić analizę porównawczą?

6. **Kompetentne używanie narzędzi:** w jaki sposób przygotować terapeutów do wykorzystywania narzędzi CanaQass w pracy terapeutycznej? Należy rozważyć, czy poza opracowanymi instrukcjami, nie należałoby wprowadzić systemu szkoleń/warsztatów dla terapeutów, tym bardziej, że już w trakcie pilotażu pojawiały się wątpliwości związane z umiejętnością analizowania zebranych za pomocą tego narzędzia danych. Terapeuci wskazywali na potrzebę przeszkolenia z prawidłowego używania narzędzi i analizy danych: “najlepiej jakby ktoś nam pokazał na przykładach, jak to zrobić”.

## Potrzeba jasnych standardów

Pomimo wątpliwości związanych z budową samych kwestionariuszy, terapeuci, klienci oraz osoby z ich otoczenia, zgodnie podkreślali, że wypracowanie tego typu wystandaryzowanej metodologii ewaluacji terapii użytkowników cannabis jest niezbędne i wręcz pożądane. Terapeuci określali to zadanie jako “niezwykle trudne”, żeby nie powiedzieć “niemożliwe” (ze względu na ogromną złożoność procesu terapii), ale także jako potrzebne, ponieważ wypracowanie tego typu narzędzi być może pozwoli uporządkować i zobiektywizować (choć w pewnym zakresie) terapię użytkowników cannabis, wychodząc poza specyfikę poszczególnych przypadków. Dlatego za tak istotną uznano możliwość prowadzenia analiz porównawczych, nie tylko w obrębie jednej placówki. Standaryzacja ewaluacji terapii może być także bardzo przydatna w kontekście instytucjonalnym, edukacyjnym i naukowym, a nie wyłącznie praktycznym (prowadzenie terapii). Żeby metodologia spełniała swoje zadanie, konieczne jest opracowanie szczegółowych instrukcji dotyczących używania narzędzi, prowadzenia analiz, ale także porządkowania, archiwizowania i udostępniania danych, zapewniania poufności oraz ewaluacji jakości pomiarów. Instrukcja do narzędzi do pewnego stopnia realizuje te zadania, opierając się również na standardach pracy z danymi medycznymi i etyce zawodowej, ale taka “samoobsługowa” metodologia z założenia nie będzie stanowić nadzoru nad procedurami. Warto rozważyć dalsze rozwijanie i instytucjonalizację projektu.

W wyniku analizy danych zebranych w trakcie ewaluacji pilotażu wyodrębniono główne zagrożenia oraz szanse związane z używaniem wypracowanej metodologii ewaluacji użytkowników cannabis. Za sytuacje i czynniki stwarzające **zagrożenie** dla efektywnego wykorzystywania narzędzi w pracy terapeutycznej należy uznać:

- **obciążający zawód terapeuty i hermetyczność środowiska terapeutów użytkowników cannabis:** w pewnym stopniu sceptyczne i pełne wątpliwości nastawienie terapeutów do używania dodatkowych narzędzi w pracy z klientami, zwłaszcza wtedy, gdy narzędzia

zostały przygotowane przez "nie-terapeutów". Zauważalna jest obawa, czy autorzy metodologii CanaQass dostatecznie dobrze rozumieją cel i zakres terapii uzależnień.

- **złożoność sytuacji terapeutycznych:** wystandaryzowane narzędzie może nie pozwolić na uwzględnienie wszystkich aspektów związanych z przebiegiem terapii, przez co utracone mogą zostać istotne dane budujące specyfikę poszczególnych przypadków. Terapeuci podkreślali, że terapii "nie da się zamknąć w sztywne ramy pytań i odpowiedzi oraz w skale".
- **zawężoną perspektywę terapii:** odmienne postrzeganie celu terapii przez klientów i terapeutów, ale także wskazywana przez terapeutów sytuacja, kiedy to klienci mają bardzo zawężoną perspektywę samej terapii i koncentrują się wyłącznie na jednym celu, pomimo tego, że omówiony i ustalony został cały zespół celów. Zawężona perspektywa wiąże się między innymi z niskim zasobem słów i niewystarczającymi kompetencjami komunikacyjnymi po stronie klientów i ich otoczenia. W tej sytuacji problemem może być uzyskanie miarodajnych danych o celach, przebiegu i jakości terapii.
- **rutynę i bezrefleksyjność:** wielość pytań, ich skomplikowanie oraz rutyna związana z udziałem w terapii mogą powodować, że kwestionariusze będą wypełniane bezrefleksyjnie, automatycznie. Klienci w trakcie wywiadu podkreślali, że odczuwali dość silną presję związaną z tym, że na każde z pytań należy odpowiedzieć, dlatego też niejednokrotnie zaznaczali przypadkową odpowiedź.
- **problematyczność pracy w zawodzie terapeuty użytkowników cannabis:** już z wywiadów indywidualnych i grupowych przeprowadzonych w pierwszej fazie projektu jasno wynika, że wykonywanie zawodu terapeuty uzależnień wiąże się z wieloma problemami (natury etycznej, organizacyjnej, ekonomicznej, czy prawnej). W związku z tym wprowadzanie dodatkowego narzędzia postrzegane może być jako niepotrzebne komplikowanie i tak już niezwykle złożonej i obciążającej sytuacji terapeutycznej. Nadmiar obowiązków w pracy terapeuty (zwłaszcza przeciążenie formalnościami dotyczącymi prowadzonych klientów) może zniechęcać do wykorzystywania tej metody ewaluacji.

Natomiast **korzyści** wynikające z wykorzystywania metodologii CanaQass dotyczą przede wszystkim takich kwestii, jak:

- **potrzeba uporządkowania oceny przebiegu terapii:** zauważalna zarówno u klientów, osób z ich otoczenia, jak i samych terapeutów potrzeba uporządkowania przebiegu poszczególnych terapii "zewnętrznym narzędziem", ponieważ nawet jeżeli terapeuci



prowadzą własne, bardzo szczegółowe notatki (które często zawierają informacje zbierane za pomocą narzędzi CanaQass), to nie są one wystandaryzowane, a co za tym idzie, trudno w oparciu o nie prowadzić systematyczną analizę porównawczą. Proponowane narzędzie pozwala spojrzeć na samą terapię z nowej strony i dokonać obiektywizacji efektów i perspektyw.

- **wgląd w perspektywę klienta i jego otoczenia:** narzędzia pozwalają rozpoznać i zrozumieć perspektywę klienta i osób z jego otoczenia. Posłużenie się kwestionariuszami stwarza możliwość wypowiedzenia się i tym samym może pozwolić dotrzeć do danych, które trudno byłoby wywołać w trakcie wywiadu, sesji z klientem i jego otoczeniem. Narzędzie daje poczucie poufności i niweluje stres związany z uczestnictwem w bezpośredniej interakcji z terapeutą.
- **dostęp do wiedzy z wielu źródeł:** za niezwykle cenne należy uznać to, że sami klienci dostrzegali potrzebę wykorzystywania tego typu narzędzia w pracy z terapeutą. Pomimo kłopotów ze zrozumieniem niektórych pytań, trudnościami ze sformułowaniem odpowiedzi, wychodzili z założenia, że każde źródło informacji o nich, ich problemach, potrzebach jest ważne i “im więcej źródeł, tym pełniejszy obraz ich kłopotów”.
- **autoanaliza w terapii:** narzędzie może stanowić motywację do podjęcia autoanalizy przez terapeutów i tym samym pełniejszego spojrzenia na samą terapię i jej efekty. Systematyczne i prawidłowe używanie narzędzi może wyrwać z rutyny terapeutycznej i wskazać nowe obszary wymagające interwencji.

Analiza szans i zagrożeń związanych z wykorzystywaniem opracowanej metodologii ewaluacji terapii użytkowników cannabis pokazuje, że z jednej strony mamy do czynienia z ostrożnym, zdystansowanym podejściem terapeutów do tego typu metod standaryzacji oceny terapii, a z drugiej, z dość silną potrzebą ewaluacji celów i efektów terapii za pomocą “obiektywnego” narzędzia. Wielość placówek, terapeutów, form i metod terapii, oraz przypadków objętych terapią stanowi wyzwanie i metodologiczne, i organizacyjne. Autorzy metodologii CanaQass podejmując się tego niebywale trudnego zadania i w rezultacie wypracowując wystandaryzowane, ale jednocześnie otwarte i sprofilowane narzędzia ewaluacji terapii, otworzyli tym samym przestrzeń do dyskusji nad jakością terapii użytkowników cannabis. Jest to wartość mocno wykraczająca poza sam cel projektu.

