

# „Interaktywny model struktury personalnej oraz znaczenie rytuałów w społeczności terapeutycznej”

*lek. I. Chaban, MPH*

*mgr J. Vanková*

*mgr I. Vaško*

*Centrum leczenia uzależnień od narkotyków Žylinia*

---

## **Streszczenie:**

*Podczas rozważań o powstaniu nowych instytucji zorientowanych na leczenie uzależnień, do ważniejszych myśli należy zapewnienie saturacji przez personel na wysokim poziomie w stosunku do orientacji placówki a z drugiej strony zapewnienie jak najlepszej współpracy klient – pacjent podczas leczenia. W Žylinie w ramach przygotowania zatrudnienia kadr wykorzystaliśmy wielosegmentowy model zatrudnienia, a leczenie oparte jest na modelu społeczności terapeutycznej z rytualizacją planu dnia. Podkreślić należy ważność doboru personelu w trakcie otwierania szpitala specjalistycznego a także ważność rytuałów w modelu kombinowanego leczenia osób uzależnionych od narkotyków.*

## **Słowa kluczowe:**

*wielosegmentowy model, kadry – dział personalny, społeczność terapeutyczna, rytuał.*

---

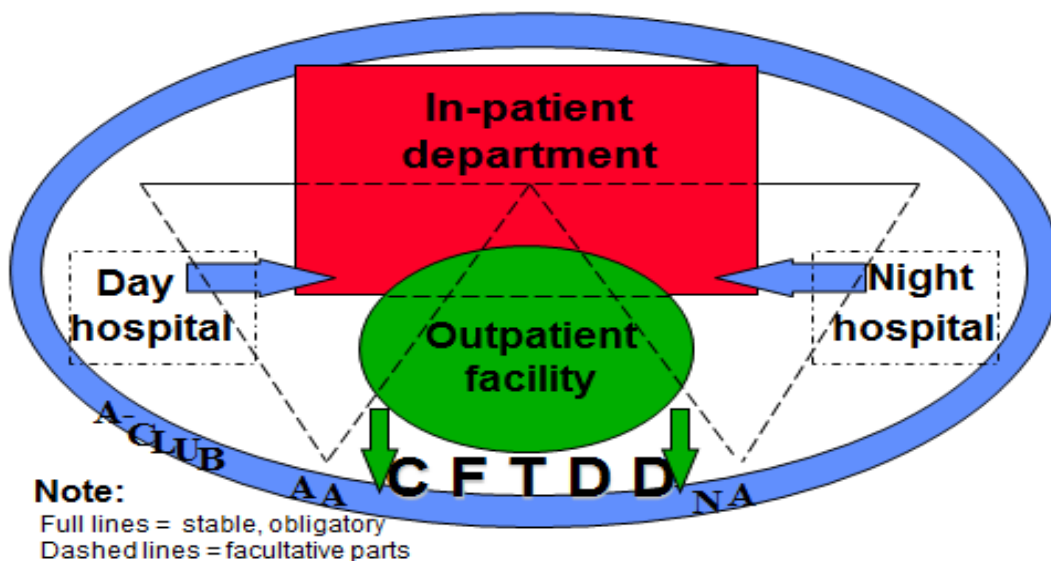
Samodzielne instytucje orientowane na leczenie osób uzależnionych od narkotyków zaczęły powstawać po 1994 roku, a więc po rozpadzie żelaznej kurtyny oraz po nadejściu twardych narkotyków do naszego regionu, wraz z powstaniem koncepcji nowego działu medycyny nazwanego Medycyną Uzależnień od Narkotyków. Instytucje nazywają się Centrami do Leczenia Uzależnień od Narkotyków (*Centre for Treatment of Drug Dependencies*) (dalej CPLDZ).

Stopniowo uformowały się one w instytucje, które zajmują się wszystkimi rodzajami uzależnień t.j. substancyjnymi i niesubstancyjnymi. Brakuje im monotypowej specyfiki orientacji, w szerokim tego słowa znaczeniu są instytucjami otwartymi – mieszanymi, z punktu widzenia czystości diagnoz, jak również z punktu widzenia spektrum pacjentów. Aktualnie na Słowacji działają cztery placówki CPLDZ, które zajmują się leczeniem uzależnienia od alkoholu, jak również i innego rodzaju uzależnieniami, a wraz z centralnym OLUP-em (Zakład Specjalistyczny Leczenia Psychiatrycznego) na Prednej Hore stanowią fundament antynarkotykowej polityki państwa. Należy jednak wspomnieć, iż tego typu leczenie realizują również oddziały specjalistyczne szpitali oraz psychiatrycznych zakładów leczniczych.

Jak wygląda model takiego szpitala specjalistycznego, przedstawia **schemat nr 1**. Jak widać, chodzi o samodzielne małe szpitale specjalistyczne zajmujące się krótkoterminową i średnioterminową opieką w strukturach leczenia dziennego, stacjonarnego i rezystencyjnego.

Schéma č. 1

## Centre for Treatment of Drug Dependencies

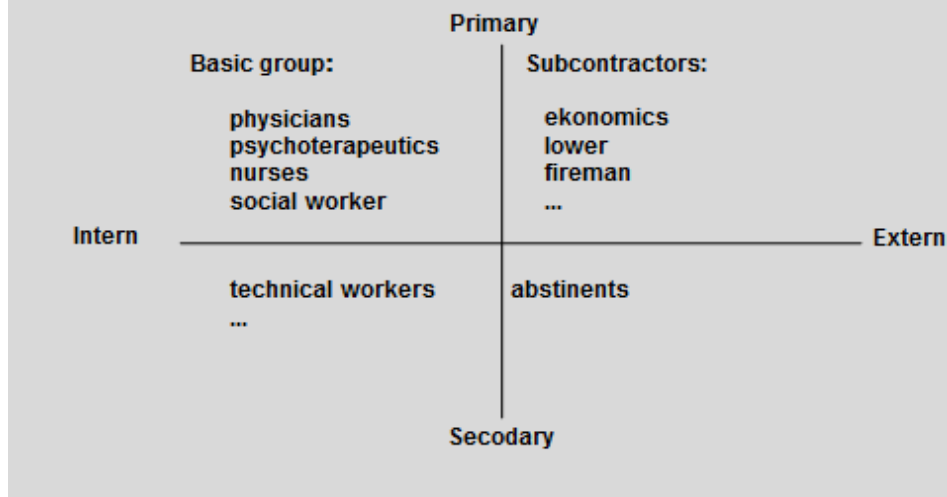


Placówka nie istnieje długo. Kiedy powstawały placówki, zasadnicze pytanie brzmiało, w jaki sposób je saturować personalnie. Specyfika oraz wymagania specjalistyczne wobec personelu nie mogą zostać zapewnione ad hoc, ponieważ „wystarczy” przyjąć osoby wykształcone. Leczenie wymaga prócz zapewniania wykształconego personelu również specjalistyczny wzrost wraz z doświadczeniem oraz doszkalanie się w zdolnościach zawodowych, jak również predyspozycje osobowościowe i zdolności.

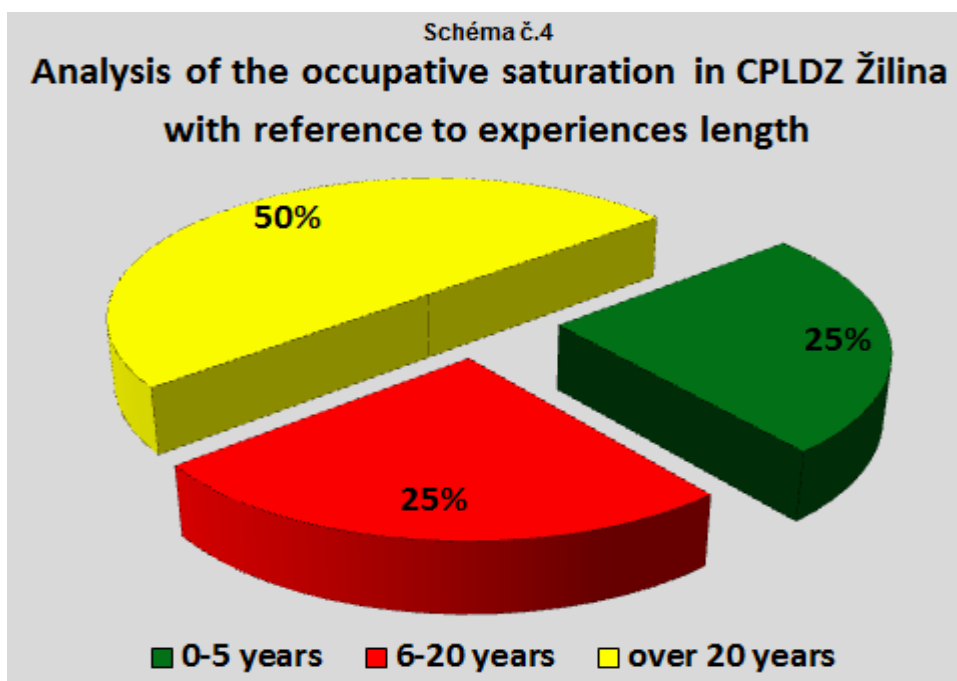
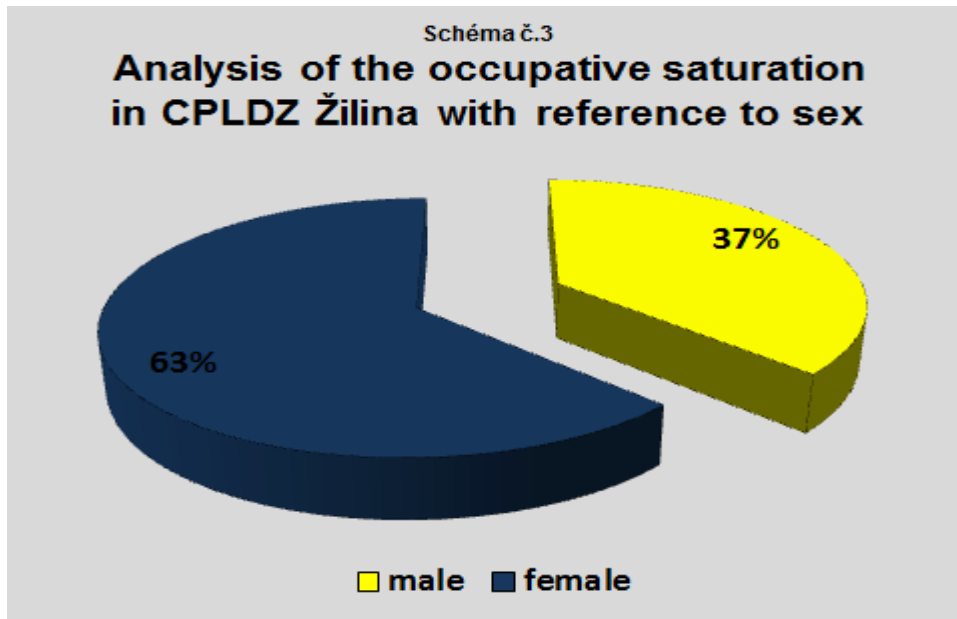
W Żylinie rok przed otwarciem placówki rozpoczęliśmy nabór kadr. Do dziś uważamy, iż prócz lokalizacji placówki - usytuowanej oddzielnie na peryferiach miasta, do której dostęp jest lekko utrudniony, otoczonej terenami do spacerów psychorelaksacyjnych a jednak dostępnej dla grupy w dalszej terapii – założenia kadrowe zostały przyjęte poprawnie zgodnie z modelem wielosegmentowym rynku pracy (schemat nr 2).

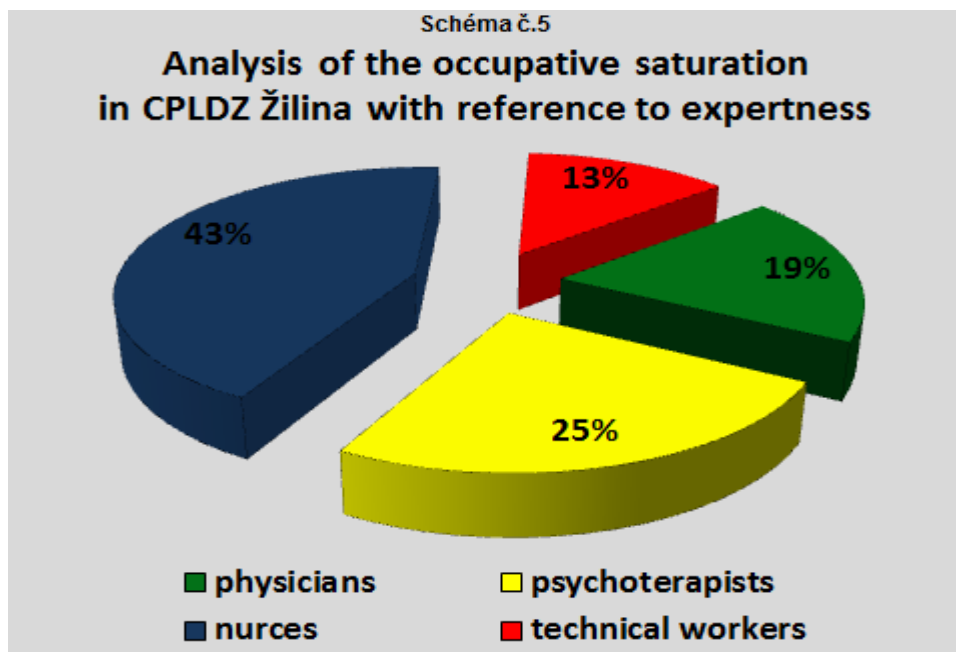
Schéma č.2

## Multi-segment model of staff in CPLDZ Žilina



Do podstawowych założeń należało również to, by personel opieki dziennej w tzw. modelu wewnętrznym uzupełniał się nawzajem pod względem wiedzy, struktury wiekowej, jak również w strukturze według płci. Podstawą był fakt, by fundament zespołu tworzyli terapeuci – lekarze bądź psychologowie po kilkusetgodzinnych ćwiczeniach w zakresie psychoterapii dynamicznej itp. Udało się zapewnić, by jedną trzecią personelu tworzyli mężczyźni, co jest na Słowacji w dziedzinie medycyny, która jest wyraźnie sfeminizowana, rzadkością (schemat nr 3). Również pomiar „doświadczonych” w porównaniu z „młodymi” wynosił pół na pół (schemat nr 4). Schemat nr 5 przedstawia podział zespołu terapeutycznego wg kwalifikacji.





Podstawą leczenia jest system społeczności terapeutycznej, a więc „społeczność lecznicza”, która prezentuje system organizacyjny różniący się od normalnego sposobu leczenia szpitalnego przez to, iż wymagane jest aktywne uczestnictwo pacjenta w leczeniu i że pacjent przyjmuje na siebie współodpowiedzialność za rezultat leczenia. Pod cele leczenia przystosowany jest program leczenia wykorzystujący pozytywny wpływ społeczności na poszczególnych pacjentów. Podstawową myślą społeczności terapeutycznej jest to, iż ludzie z takim samym problemem – uzależnieniem – potrafią sobie nawzajem skutecznie pomagać. Każdy członek społeczności staje się zarazem terapeutą.

Podstawowe reguły społeczności:

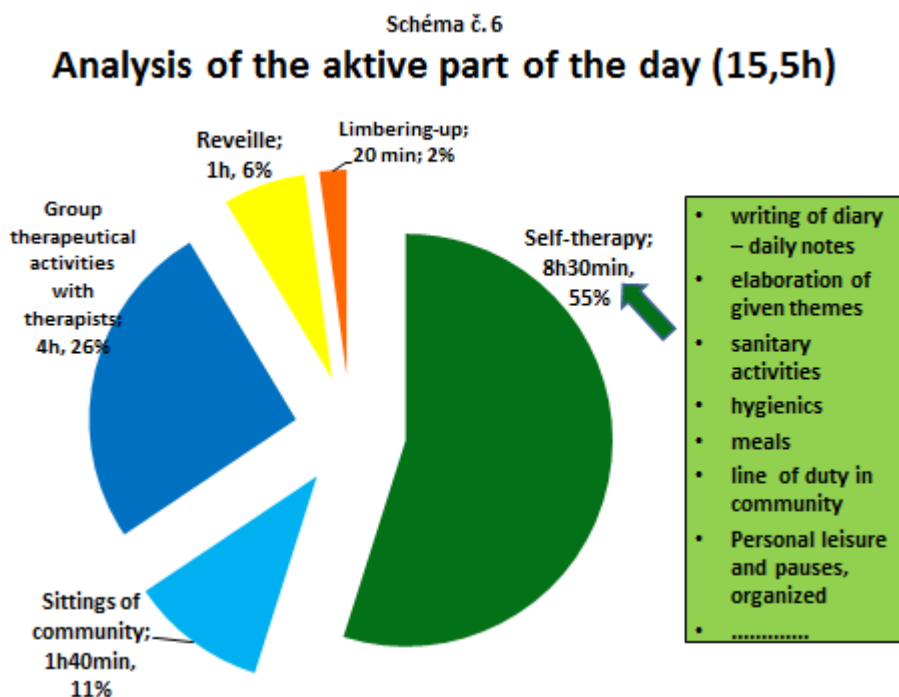
- skrupulatne trzymanie się reżimu leczenia, programu;
- otwarte mówienie o wszystkich rzeczach przed społecznością;
- konkretne mówienie o swoim problemie (np. o picciu);
- mówienie o tym, co się przeżywa w danym momencie w tym miejscu, „TU I TERAZ“;
- nieprzekazywanie informacji poza społecznością;
- pisanie własnych przemyśleń i emocji do dziennika;
- aktywne włączanie się do pracy i sportu;
- słuchanie opinii innych, myślenie na ich temat oraz realizowanie własnych decyzji.

Na społeczność terapeutyczną razem składają się pacjenci i terapeuci. Pacjent jest m. in. poddawany trudnym i frustrującym przeżyciom, które wymagają od niego dużego poziomu panowania nad samym sobą, autokontroli i panowania nad afektem w stanie trzeźwości bez wsparcia substancji uzależniających. Z drugiej strony uczy się również przeżywać w społeczności stany naturalnej euforii wynikające z działania społeczności, z akcji społecznych, sportowych wyczynów, ze wspólnej pracy, które zastępują wcześniejszą pseudoeuforię.

Nasza społeczność jest różnorodna i otwarta również pod względem płci i diagnoz, jak również z punktu widzenia czasowego co do rozpoczęcia leczenia.

Fundamentem życia społeczności jest harmonogram dnia i jego rytuały.

W harmonogramie dnia ważny element czasu stanowi praca pacjenta z psychoterapeutą (lekarzem, psychologiem, pedagogiem resocjalizacyjnym a w naszym ośrodku również z pielęgniarką oddziałową i pracownikiem socjalnym, którzy są włączeni do terapii dydaktycznej, oraz z instruktorami terapii prowadzącymi terapię racjonalną). Od obudzenia po moment kładzenia się do snu zajmuje ona 7-8 godzin codziennie (**schemat nr 6**).



Dosyć trudno tłumaczy się pacjentom i ich bliskim w początkowej fazie, że nie chodzi tu o typowo medyczny model pobytu leczniczego i że to pacjenci biorą na siebie odpowiedzialność za własne leczenie oraz mają sztywnie wyznaczone terminy przepustek i odwiedzin.

Ważnym elementem leczenia są rytuały harmonogramu dnia oraz trzymanie się ich począwszy od pozdrowienia, wstępnej filozofii dnia, przez skrupulatnie określoną strukturę rozpoczęcia i zakończenia społeczności kończąc na rytuale w momencie wypisywania. Są to pewne charakterystyki, o których decyduje duch miejsca placówki i to, że obecnie po krótkim okresie istnienia pacjenci placówkę nazywają „niebieskim domkiem” oraz w klubie abstynentów sami tworzą własne rytuały, jak hymn placówki oraz inne stereotypy podobnie jak anonimowi alkoholicy.

Czynności w trakcie dnia rozpoczynają się od wspólnej wielkiej społeczności, w której uczestniczą wszyscy terapeuci i pacjenci, kontynuują po niej pracę w małych grupkach z własnym programem. O dołączeniu oraz o przejściu z jednej grupy do drugiej decydują terapeuci grup na wspólnej naradzie pod koniec tygodnia. Każda grupa – mała (do 12 pacjentów) ma osobny program dnia, który jest dla poszczególnych grup wyznaczany na porannej społeczności.

Do ogólnego programu dnia (**schemat nr 7**) można zaliczyć prócz innego wdrażanie rytuałów do programu leczenia. Program dnia ma ściśle określone reguły. Z zasady rytualizuje się treść wspólnych spotkań społeczności rano i wieczorem, oczywiście, ze skrupulatnym trzymaniem się harmonogramu czasowego wraz z kładzeniem nacisku na własne przeżycia i

ich wyrażanie tu i teraz.  
Schemat nr 7

## PROGRAM OF THE DAY ( MONDAY – FRIDAY)

06.30 – 07.00	reveille
07.00 – 07.20	limbering-up
07.20 – 07.40	tidying up the rooms
07.40 – 07.50	rating tidiness in the rooms
07.50 – 08.10	breakfast & coffee
08.10 – 08.25	tidying up the kitchen after breakfast, issuing of pharmaceuticals
08.20 – 08.40	personal-, social- and health-problems solution
<b>08.50 – 09.50</b>	<b>morning sitting of community</b> greeting introductions of new patients name-day, birthdays idea of the day/week Home and World News rating of previous day actual program of the day actual problems solution fare well with leaving patients culture program, skit, on Wednesday
09.50 – 10.00	pause
<b>10.00 – 11.30</b>	<b>therapeutical activities (ward round on Wednesday)</b>
11.40 – 12.00	making kitchen ready for lunch
12.00 – 12.30	lunch & coffee
12.30 – 13.00	pause, tidying up the kitchen after lunch
13.00 – 13.10	issuing of pharmaceuticals
<b>13.10 – 14.20</b>	<b>therapeutical activities</b>
14.20 – 14.30	pause
14.30 – 15.30	joint walking tour
<b>15.40 – 17.00</b>	<b>therapeutical activities</b>
17.00 – 17.10	pause
17.10 – 17.40	dinner, tidying up the kitchen after dinner
17.40 – 18.30	play time activities
18.30 – 18.40	issue of pharmaceuticals
<b>18.50 – 19.30</b>	<b>evening sitting of community</b> introduction of new patient and their greeting Summary of the day (captain of groups) Planning for tomorrow
19.30 – 21.45	personal leisure, writing of diary – daily notes, (20.00-20.30 telephoning)
21.45 – 22.00	making ready for lights-out
22.00 – 06.30	silent hours

**Na zakończenie** chcielibyśmy skonstatować, iż podkreślamy, jak ważne jest zapewnienie odpowiednich kadr w tego typu placówkach, zanim one powstaną, oraz jak ważna jest rytualizacja systemu społeczności terapeutycznej przedstawiającej kombinowany model systemu leczenia obejmujący medyczne i niemedyczne elementy społeczności leczniczej.

## **Bibliografia**

Kratochvíl, S. Základy psychoterapie. Praha: Portál, 2002.

Skála, J. Závislost na alkoholu a jiných drogách. Praha: Avicenum, 1987.

Ústavná liečba. Združenie abstinentov Slovenska.

Udostępnione w: <[www.abstinenti.sk/downloads/Liecba.doc](http://www.abstinenti.sk/downloads/Liecba.doc)>