

SKUTECZNOŚĆ PROGRAMU MONAR W LECZENIU UZALEŻNIEŃ

Wstęp. W Srebrny Jubileusz pragnę Monarowi przypiąć godną pochwały laurkę w postaci podzielenia się z Państwem wynikami badań nad ewaluacją programu leczenia w Monarze. W historię 25-lecia Monaru wpisane są różne fakty, wydarzenia, opinie, oceny prawdziwe i nieprawdziwe, pozytywne i negatywne. U początku Monaru stanął konkretny człowiek – Marek Kotański (Kotan), psycholog, z określonym modelem niesienia pomocy uzależnionym. Z Markiem od początku lat 70-tych stykałem się w Garwolinie, mieliśmy dobre kontakty. Prowadziłem wówczas już badania nad młodzieżą uzależnioną od narkotyków. Potem bywało różnie, nasze drogi się rozchodziły, ale w ostatnich latach znów spotykaliśmy się na zjazdach i na wspólnym wystąpieniu w sejmie, w Komisji ds. zapobiegania narkomanii.

1. Z historii powstawania Monaru.

Początek Monaru był bardzo trudny. Ostatecznie ośrodek został zatwierdzony 15.10.1978 roku. Zatem w tym roku (2003) obchodzimy 25-lecie działalności Młodzieżowego Ruchu na Rzecz Przeciwdziałania Narkomanii (MONAR). Kiedy w 1975 roku powróciłem po rocznym stażu w wielu ośrodkach terapeutycznych zajmujących się leczeniem narkomanów w Anglii, Niemczech, w Belgii i Szwajcarii Marek wybierał się właśnie zagranicę, w tym samym celu. Przekazałem mu adresy tych ośrodków, których programy warto było zobaczyć i zaadoptować na grunt Polski (Cekiera 1999).

W 1975 w Polsce wybuchła epidemia narkomanii opiumowej. Z zagranicy przemycano heroinę, produkowano rodzimą „herę”, a z aptek, magazynów szpitalnych i wojskowych znikaly środki opiumowe. W tym czasie prowadziłem intensywne badania nad narkomanią i politoksykacją oraz z trudem obalałem mity o tym, że nie ma narkomanii w Polsce. Nie było oddzielnych ośrodków terapeutycznych dla osób uzależnionych. Narkomanów próbowano leczyć, nieskutecznie w szpitalach psychiatrycznych, z których najczęściej uciekali. M. Kotański pracował wówczas w Szpitalu Psychiatrycznym w Garwolinie. Tam spotykał pierwszych „ćpunów”, jak sam wspomina. Pierwsze spotkania z nimi były bardzo trudne, nie dawały pożądanego rezultatu leczenia. Marek czuł się bezradny w konfrontacji z nimi i podziemiem jakie działało na oddziałach. Podobnie było i w innych szpitalach. Dynamicznie wzrastało ryzyko uzależnień (Cekiera 1994). Marek poszukiwał bardziej skutecznego programu i metod, poszukiwał ich za granicą, w Niemczech. Pierwszej wyniki pracy były nie satysfakcjonujące, kontrowersyjne. Młodzież nie chciała się leczyć w szpitalach psychiatrycznych, a innych ośrodków dla uzależnionych nie było. Bardzo

potrzebne były ośrodki terapeutyczne. I z tej potrzeby zrodziła się pierwsza wspólnota terapeutyczna w Głoskowie k. Garwolina, a potem kolejne ośrodki monarowskie w całej Polsce. M. Kotański zaczął działać zdecydowanie, mocno, z wyraźnie określonym programem, z dyscyplinowanymi metodami oddziaływania na młodzież uzależnioną. Jego działalność poddawana była ostrej krytyce, zarzucano mu nieskuteczność w leczeniu, krytykowano metody resocjalizacji, zbyt ostre i wulgarne odnoszenie się do młodzieży. Jest faktem, że wielu uzależnionych nie wytrzymywało surowej dyscypliny i uciekało z ośrodka. Wielu z tych uciekinierów przychodziło potem do naszej Poradni Katolickiej w Warszawie prosząc o przyjęcie do katolickiego ośrodka. Niestety takich wówczas nie było. Powstały dopiero po latach 90-tych. W Monarze kontrowersje budziły: jednorazowe przyjmowanie, karne usuwanie z ośrodka, bezwzględne respektowanie przyjętych zasad we wspólnocie, ostry język lidera. Dla mnie te zasady nie były kontrowersyjne, bo o wiele większe wymogi stawiano we wspólnotach terapeutycznych w krajach zachodnich i w Stanach Zjednoczonych (Kotański 1984).

2. U początku systemu leczenia

Wypracowywanie systemu wychowawczo-terapeutycznego dla narkomanów w początkowej fazie było bardzo trudne w tamtych czasach. Powoli powstawało to, co jak Marek często określał, nazywało „cudem głoskowskim” (Kotański 1984 s.18). Należy obiektywnie przyznać, że założyciel MONARu M. Kotański wykazał tu swoisty geniusz: siłę przebicia, stanowczość, wytrwałość, wrażliwość, elastyczność, bez których to zalet nie powstałby Monar i nie obchodzilibyśmy 25 lat jego istnienia. W ślad za Głoskowem, Monar zaczął się dynamicznie rozwijać w latach 80-tych. Coraz więcej pacjentów uzależnionych trafiało do Monaru, dobrowolnie lub przymusowo, coraz więcej także podleczonej i uwolnionej od narkotyków opuszczało Monar. Program leczenia w dalszym ciągu był krytykowany chociaż pierwsze sukcesy stonowały nieco ostrzejsze krytyki. W kontekście różnorodnych opinii i dyskusji nad skutecznością leczenia osób uzależnionych podjęto na KULu w 1988 r. pod moim kierunkiem próbę ewaluacji resocjalizacyjnych programów, między innymi i w Monarze w ramach badań w Katedrze Psychoprofilaktyki Społecznej. W Polsce takich badań wówczas nie prowadzono. Prowadziły je Kraje Skandynawskie, Kanada, Włochy (Cekier 1999).

W Polsce, jako cel badań, autorka A. Augustowska, podjęła ocenę programu metod leczenia stosowanych w Monarze. Ocena skuteczności leczenia dokonana została na podstawie opinii byłych mieszkańców Monaru, którzy przyszedli i ukończyli cały program resocjalizacji i utrzymywali abstynencję od narkotyków w okresie od 1 do 3 lat. Badaniom poddano 30 byłych rezydentów z różnych ośrodków Monaru. Autorka badań posłużyła się testem ACL w dwóch wersjach (retrospektywny i aktualny i obraz siebie). Kwestionariuszem „N” badano

rodzaj i stopień uzależnienia. Efektywność programu oceniana była na podstawie różnicy obrazów siebie – przed i po resocjalizacji – zmianą cech pozytywnych i negatywnych – „Taki byłem przed resocjalizacją” i „taki jestem obecnie” (po resocjalizacji). Wnioski z tych badań były następujące:

- Obraz siebie (M. i K.) sprzed pobytu w Monarze charakteryzował się takimi objawami jak: obojętność na potrzeby innych, ogólne niedostosowanie społeczne, egoizm, agresja, cynizm, samowola, niezdolność do wysiłku i skupienia uwagi. Kontakty z innymi odznaczały się brakiem zaufania, lękiem i buntownictwem (por. Augustowska 1988, Tab 15, s.72).
- Natomiast obraz siebie (M. i K.) po ukończeniu resocjalizacji w Monarze charakteryzował się: silną potrzebą stałości i stabilizacji życiowej, spokojem i opanowaniem, chęcią niesienia pomocy innym, silną potrzebą rozumienia innych, pracowitością, energią, inicjatywami w podejmowaniu działalności, tolerancją i wyrozumiałością w kontaktach interpersonalnych (por. Augustowska 1988, tab 16, s.73).

3. Ewaluacja programu resocjalizacji

Jak sugerują wyniki badań, osoby, które ukończyły program resocjalizacji w Monarze były bezkompromisowe w dążeniu do sukcesu i celu, chętnie korzystały z poradnictwa, ceniły sobie pracę, ujawniły wysoką potrzebę autonomii, niską potrzebę zależności od innych. Osoby badane stwierdzały, że Monar jest jedynym i najlepszym ośrodkiem pomocy dla narkomanów. Rezydenci Monaru pozytywnie oceniali metody resocjalizacji stosowane w ośrodku, a przede wszystkim cenili sobie pracę fizyczną i społeczność, która im pomagała uwalniać się z uzależnienia. Najczęściej były to metody dzięki, którym narkoman może zobaczyć na ile go stać i jak silna jest jego motywacja. Osoby badane pozytywnie oceniły także wychowawców pracujących w Monarze.

Kolejne badania nad skutecznością leczenia w Monarze przeprowadzone zostały przez Bogumiła Baszko 1989 r. na przykładzie ośrodka w Majdanie Kozicach Dolnych k. Lublina (1989). Ośrodek monarowski organizowany był w 1987 r. w bardzo trudnych warunkach materialnych i bytowych przy pomocy wychowawców i młodzieży będącej na leczeniu. Początkowo ośrodek był bez wody bieżącej, bez pomieszczeń sanitarnych, nie było c.o. ani sieci elektrycznej. W spartańskich warunkach wychowawcy i rezydenci uzależnieni podjęli program leczenia. W okresie 1987/88 w ośrodku przebywało 54 rezydentów, w tym 3 kobiety.

Od pierwszych dni pobytu w ośrodku uwaga wszystkich skierowana była nie tylko na modernizację domu, lecz przede wszystkim na leczenie osób z uzależnienia. Społeczność wypracowała sformułowała zasady leczenia. Korzystano tu z doświadczeń innych ośrodków

(Zaczerlany, Głusków). Społeczność przyjęła jako warunek leczenia: abstynencję, zanegowanie przeszłości, poszanowanie cudzej pracy i własności, pokorę, uczciwość, zaangażowanie w życie domu, wypracowanie własnej motywacji do leczenia, konsekwentne postępowanie w myśleniu i działaniu, sprawiedliwość, przyjaźń, szacunek dla ludzi, autentyzm.

Określono także przyczyny prowadzące do niepowodzeń w leczeniu, między innymi takie jak: łamanie abstynencji, brak zaufania do społeczności, pazerność, zamykanie się w sobie, mitomania, uczestnictwo w podziemiu, agresja, fałsz, egocentryzm, egoizm, asekuranctwo, cwaniactwo, zakłamanie i wiele innych (Baszko 1989, s.104). Podstawą programu leczenia jest społeczność rozumiana jako grupa ludzi dążących do wspólnego celu, jakim jest stworzenie warunków skutecznego leczenia i resocjalizacji. W społeczności każdy jest odpowiedzialny za przydzielone mu funkcje. Leczenie w systemie Monar trwa około 2 lata i przebiega przez kilka faz i stopni (nowicjusz, domownik, pretendent, monarowiec). Zarówno prowadzący program leczenia jak i uczestniczący w nim pacjenci świadomi niektórych mankamentów oceniając skuteczność leczenia stwierdzali, iż „społeczność domu wytwarza niepowtarzalną atmosferę szczerości, bezpieczeństwa i odpowiedzialności. W okresie pobytu w ośrodku wszystkie uroczystości przeżywane były wspólnie. Ta serdeczność i przyjaźń ma kapitalne znaczenie dla ludzi, którzy mają się leczyć z narkomanii; przeżywanie wspólnoty w gronie ludzi nawzajem za siebie odpowiedzialnych i dążących do tego samego celu, jakim jest wyjście z nałogu ma istotne znaczenie dla efektywności resocjalizacji w Monarze” (Siczek 1987, 1994). O pozytywnym działaniu ośrodków Monaru świadczą również utrzymywane kontakty monarowców ze swoimi macierzystymi ośrodkami oraz uczestniczenie w uroczystościach DOMU, w którym się leczyli. Ten DOM stał się dla nich drugą rodziną, bo najpierw przyjął do siebie, a potem pomógł powrócić do normalnego, autentycznego życia.

Pozytywną ocenę ośrodka Monaru i jego programu wyrazili również rezydenci Majdanu Koziniec Dolnych k. Lublina (Makondo) w kolejnych badaniach, przeprowadzonych przez Małgorzatę Jankiewicz w 1998 roku. Wielu rezydentów społeczności monarowskiej stwierdzało, że: ośrodek podoba im się – jest ładny (27%), pozytywnie oceniało kadre wychowawczą (20%), uważało, że ośrodek jest skuteczny w leczeniu (13%), pozytywnie oceniano uczciwość w ośrodku (13%), oraz akcentowanie wrażliwości na potrzeby innych (13%). Ośrodek w opinii rezydentów dał im wiarę w życie na trzeźwo (50%), uczył uczciwości (20%), dał im nadzieję na życie wolne od narkotyku (17%), leczył z uzależnienia (13%). Rezydenci w większości (77%) stwierdzali, że system leczenia w ośrodku jest skuteczny i pomocny (Jankiewicz 1998, s. 116). Pobyt w ośrodku dawał im: trzeźwość (48%), bezpieczeństwo (23%), wiarę w siebie (23%), oraz życie oparte na obowiązkach (10%). Respondenci pragnęli nawiązać pozytywny kontakt z rodziną i bliskimi im osobami.

Wszystkie badane osoby pozytywnie oceniały wychowawców (s.129). Wszyscy też godnie ocenili ośrodek jako skuteczny, spełniający swoje zadania resocjalizacyjne.

Wychowawcy oceniali swoją pracę w ośrodku Makondo jako spełnienie zawodowe dające im ogromną satysfakcję. Zdawali sobie sprawę z tego, że jest to praca bardzo ciężka i odpowiedzialna, a nie zawsze skuteczna, lecz potrzebna uzależnionym. Doceniali walory estetyczne ośrodka Makondo, a przede wszystkim cenili sobie wkład własnej pracy w ośrodku, zaangażowanie, inwencję i poświęcony wolny czas dla wychowanków. Zgodnie twierdzili, że nie każdy typ uzależnionych osób jest możliwy do zaleczenia w ich ośrodku, np. ciężko leczą się osoby młode o krótkim stażu brania ze względu na zbyt mały bagaż doświadczeń związanych z ich uzależnieniem oraz „wąchacze” czyli osoby wdychające opary różnych rozpuszczalników, gdyż ten typ odurzania się ma bezpośredni wpływ na układ nerwowy powodując nieodwracalne zmiany w mózgu. Wychowawcy zgodnie czuli się odpowiedzialni za ośrodek i swoich wychowanków. Uważali, że Monar-Makondo jest dla nich miejscem pracy, a także źródłem nowych doświadczeń, dzięki niemu uczą się cierpliwości, wyrozumiałości, stanowczości, empatii. Dzięki swoim wychowankom nie stoją w miejscu, lecz stale się rozwijają, doksztalcają, poszerzają swoje źródła informacji. Ośrodek swój wychowawcy oceniali jako dobry, przyjemny, ładny i skuteczny w leczeniu osób uzależnionych.

Konkluzja. Efektywność resocjalizacji osób uzależnionych zależy od jakości programów rehabilitacji, od poziomu rozwoju ku wyższym wartościom (Cekiera 1993). Skuteczność leczenia w Monarze oceniania była na podstawie badań rezydentów, którzy ukończyli cały program resocjalizacji i zachowali abstynencję od narkotyków, przynajmniej od roku do 3 lat. Ocenie poddawano program wychowawczy, abstynencję od narkotyków, terapeutów, sposoby oddziaływania oraz sam ośrodek w którym przebywała młodzież uzależniona. Jedno z kryteriów skuteczności był czasokres abstynencji od narkotyków od 1 do 3 lat. Opinie mieszkańców Monaru o programie, o wychowawcach i o samym ośrodku były pozytywne i pełne uznania dla ofiarnej pracy terapeutów.

Bibliografia

1. Augustowska A. (1988) – Resocjalizacyjny Program Monaru w ocenie narkomanów. Lublin, KUL, Praca mgr
2. Baszko B. (1989) – Resocjalizacja narkomanów w Polsce. Na przykładzie ośrodka „MONAR” w Majdanie Kozicach Dolnych k/Lublina. Lublin-Parydaż. Praca mgr
3. Cekiera Cz. (1993) – Rozwój ku wyższym wartościom psychoprofilaktyką uzależnień. Zakroczym, OAT.
4. Cekiera Cz. (1994) – Ryzyko Uzależnień. Lublin TN KUL.

5. Cekiera Cz. (1999) – Psychoprofilaktyka uzależnień oraz psychoterapia i resocjalizacja osób uzależnionych. Lublin TN KUL.
6. Jankiewicz M. (1998) – Placówka resocjalizacyjna w oczach wychowanków i wychowawców (na przykładzie ośrodka rehabilitacyjno-readaptacyjnego w Majdanie Kozicach Dolnych koło Piask).
7. Kotański M. (1984) – Problemy narkomanii. Zarys metod resocjalizacji i profilaktyki Monaru. Warszawa, PZWL.
8. Siczek J. (1994) – Narkonauci. Od uzależnienia do dobrego życia. Warszawa
9. Zgirski L. (1988) – Toksykomanie w praktyce lekarskiej. Warszawa, PZWL.