

Wspólnota chrześcijańska „Betania” jako znak i miejsce miłosierdzia chrześcijańskiego

Niemal codziennie mass media donoszą o ludziach uzależnionych od narkotyków, o rosnącej przestępczości związanej z uzależnieniami oraz o coraz młodszych narkomanach. Jak wykazują badania tendencje do sięgania po narkotyki przez młodzież wciąż rosną; fala narkomanii przybiera na sile. Liczbę osób uzależnionych szacuje się na około 300 tysięcy, natomiast bardzo trudno określić ile osób zażywa narkotyki okazjonalnie i eksperymentalnie, ile z nich jest już realnie zagrożonych. Powszechność dostępu do różnych środków odurzających powoduje, że kontakt młodzieży z nimi jest prawie nieunikniony. Jeżeli uwzględni się jeszcze fakt, że w okresie dorastania i dojrzewania młody człowiek ma dostatecznie dużo powodów, aby „uciekać” w inny świat, oraz różnorodność przyczyn powodujących zainteresowanie narkotykami, którego efektem bardzo często jest uzależnienie, uświadamia to skalę trudności, jakie stoją przed współczesnym społeczeństwem¹.

1. Psychologiczne i socjologiczne przyczyny uzależnień

Bardzo wielu wychowawców, rodziców, nauczycieli, kapłanów i ludzi pracujących z młodzieżą zadaje sobie pytania: „Dlaczego młodzi sięgają po narkotyki? Po co to robią? Jak rozpoznać, że są pod wpływem narkotyków? Co zrobić, aby uchronić dzieci i młodzież przed uzależ-

BP ANTONI DŁUGOSZ – dr hab. teologii, prof. Akademii „Ignatianum” w Krakowie, od 1994 r. biskup pomocniczy archidiecezji częstochowskiej, autor wielu publikacji z dziedziny Biblii, katechetyki i homiletyki oraz książek dla dzieci, duszpasterz narkomanów i niepełnosprawnych.

¹ C. CEKIERA, *Toksykomania. Narkomania – lekomania – alkoholizm – nikotynizm*, Warszawa 1985, 14-24.

nieniami?” Narkomania nie bierze się znikąd, nie jest „przypadkiem”. Jest ona głęboko zakorzeniona w podstawowych mechanizmach funkcjonowania człowieka. Na podstawie obserwacji młodzieży uzależnionej wynika, że jednym z najbardziej ewidentnych powodów sięgania po narkotyki jest mniej lub bardziej wyraźnie zaburzona rodzina. Każdy człowiek, aby mógł się w pełni rozwijać, musi mieć zaspokojone pewne potrzeby. Oprócz potrzeb zapewniających byt fizyczny dziecko potrzebuje zaspokojenia pewnych potrzeb psychicznych – potrzeby miłości, bezpieczeństwa, przynależności, akceptacji, zainteresowania².

Wymienione potrzeby są charakterystyczne nie tylko dla dzieci – są to potrzeby każdego człowieka, bez względu na wiek czy płeć. Według opinii większości psychologów poziom zaspokojenia lub niezaspokojenia wymienionych potrzeb ma decydujące znaczenie dla twórczego kształtowania się osobowości człowieka lub też pojawiania się zaburzeń w jego przyszłym funkcjonowaniu. Oczywiście najważniejszą rolę w zaspokajaniu tych potrzeb pełnią rodzice i najbliższe otoczenie dziecka. Każde pozbawienie możliwości zaspokojenia potrzeb odbierane jest przez dziecko jako zagrożenie i wywołuje negatywne emocje, najczęściej lęk. Nie trzeba chyba przekonywać, jaki ma to wpływ na całe funkcjonowanie młodego człowieka. Pierwsze wzory do naśladowania, pierwsze autorytety, normy, wartości – to wszystko dzieci czerpią z najbliższej rodziny³.

Niezaspokojenie podstawowych potrzeb psychicznych dziecka w najbliższym otoczeniu bardzo często powoduje, że dzieci szukają możliwości ich zaspokojenia poza rodziną, w tzw. grupie rówieśniczej. Jeśli znajdzie się np. w grupie używającej narkotyki, to prawdopodobnie samo również zacznie zażywać środki odurzające. I trudno tutaj jednoznacznie przesądzić, co ma istotniejsze znaczenie: działanie narkotyku czy fakt przynależności do grupy. Grupa taka dysponuje niepodważalnym, ogromnym atutem, który wynika z samego faktu jej istnienia – zapewnia swym członkom możliwość zaspokojenia potrzeb: potrzeby przynależności, kontaktu z innymi, bezpieczeństwa, wyróżnienia, bliskości, wsparcia. Wśród wielu uzależnionych na pewno znajdują się tacy, dla których zażywanie narkotyków jest tylko efektem wtórnym, ceną zapłaconą za przynależność do grupy.

² M. DZIEWIECKI, *Optymalna rodzina chrześcijańska*, w: *X Sympozjum duszpasterzy katolickich ośrodków i wspólnot pomagających ludziom uzależnionym*, Częstochowa 2002, 6-20.

³ M. STERNALSKI, *Socjologiczne i psychologiczne przyczyny narkomanii*, Częstochowa – Jasna Góra 1987 [maszynopis].

Rodzina jest miejscem, które nie tylko daje wsparcie, ale również dostarcza wzorców do naśladowania i autorytetów. Jeśli na drodze dziecka pojawi się narkotyk, staje się on idealnym środkiem, który „pomaga” w ucieczce w inny świat. Zażywanie narkotyków ułatwia bowiem znoszenie bólu fizycznego oraz w znacznym stopniu zmienia odbiór bodźców zmysłowych, prowadząc do poczucia odrealnienia. Odrealnienie to ograniczenie kontaktu z rzeczywistością, która często przerasta możliwości młodego człowieka, jest dla niego za trudna.

Powszechna łatwość dostępu do środków odurzających, osamotnienie, bezradność, brak wiary we własne siły oraz brak norm i wartości powodują, że młodzi ludzie sięgają po narkotyki. Jedynie rodzina, w której człowiek czuje się kochany i akceptowany, może zapewnić właściwe warunki do twórczego rozwoju, może nadać sens poczynaniom życiowym człowieka.

Rola duszpasterzy w posłudze narkomanom i ich rodzinom jest nieoceniona, gdyż swoją działalnością wspomagają rodziny, starają się okazywać młodym akceptację i rozmawiać z nimi, aby zrozumieć ich najgłębsze problemy i w ten sposób pomóc im wyjść z niewoli narkotyków, by mogli na nowo stać się ludźmi wolnymi i szczęśliwymi⁴.

2. Resocjalizacja

w ośrodku rehabilitacyjno-readaptacyjnym „Betania”

Narkomania jako ludzki problem jest społeczną chorobą, a nie plagą czy epidemią. Uzależnieni winni być leczeni, tymczasem często są usuwani na margines życia, a w niektórych środowiskach traktowani jak współcześni „trędowaci”.

W Częstochowie powstała wspólnota chrześcijańska „Betania”, której celem jest niesienie pomocy ludziom uzależnionym od narkotyków. Znane są także w Polsce ośrodki „Monaru”, zakładane przez Marka Kortańskiego oraz katolickie wspólnoty czy też ośrodki, którymi opiekują się ugrupowania religijne prowadzące rehabilitację dla narkomanów. Powstanie wspólnoty „Betania” datuje się na rok 1982. Dwóch młodych ludzi, którzy po wielu wysiłkach poczuli się wolni od uzależnienia, postanowiło pomagać innym nieprzystosowanym społecznie. Uważali, że przy ich pomocy narkomani będą mogli wracać do normalnego życia.

⁴ A. DŁUGOSZ, *Jan Paweł II wobec problemu narkomanii*, WACz 72 (1998) 3-5, 38-41.

Zacęli zastanawiać się nad ułożeniem życia na co dzień, żeby przychodzący do nich uzależnieni mogli odnaleźć siebie. Dom, w którym zamieszkali był bardzo ciasny: niewielki pokój mógł pomieścić kilka osób. Niektórzy korzystali z niego na stałe, inni z kolei tylko dochodzili. Atmosfera panująca we wspólnocie przyciągała innych szukających pomocy. Po jakimś czasie członkowie wspólnoty doszli do wniosku, że należy ustalić pewne ramy dyscypliny oraz porządek dnia, a przynajmniej czas wstawania, posiłków, pracy itp.⁵

Tworzący wspólnotę byli bardzo wymagający od siebie. Wieczorem wspólnie omawiali przeżyty dzień. Wszystko, co stanowiło niedociągnięcia czy lekceważenie – starali się naprawić. Ponieważ wspólnota określiła się jako chrześcijańska, starano się żyć według zasad chrześcijańskich. Odkrywając wartości chrześcijańskie wspólnota zaczęła odczuwać potrzebę stałego kontaktu z księdzem oraz duchowego kierownictwa. Do „chatki” przy ul. św. Barbary w Częstochowie, gdzie mieszkała wspólnota, byli zapraszani księża, siostry zakonne, bracia szkolni, z którymi nieprzystosowani modlili się, prowadzili światopoglądowe dyskusje. Świadomość, że Bóg jest dobrym Ojcem pragnącym zbawić człowieka i troszczącym się o niego, jest pożądaną motywacją do podjęcia trudu leczenia i pracy nad sobą⁶.

Potrzebny był jednak nie sporadyczny, okazjonalny, lecz systematyczny kontakt z duchownym i – dla dobra grupy – z tym samym człowiekiem. Przedstawiciele wspólnoty zwrócili się do Kurii Biskupiej z prośbą o pomoc. Sprawą zainteresował się biskup Tadeusz Szwaagrzyk, który dużo wcześniej widział potrzebę objęcia duszpasterstwem ludzi uzależnionych, ze względu na Częstochowę – miasto pielgrzymów. Pracownikowi Wydziału Katechetycznego (ks. Antoniemu Długoszowi, autorowi tej publikacji – przyp. redakcji) zlecił duszpasterskie kontaktowanie się z mieszkańcami „chatki”. Ksiądz zobowiązał się systematycznie prowadzić katechezy, służyć szafowaniem sakramentów Pojednania i Eucharystii⁷.

Do wspólnoty przybywało coraz więcej osób, stąd konieczne było wynajęcie większego pomieszczenia. Wydzierżawiono dwa pokoje z kuchnią. Warunki mieszkaniowe polepszyły się, lecz powstały perso-

⁵ TENŻE, *Narkomania – ucieczka donikąd*, Częstochowa 2007, 63.

⁶ TENŻE, *Duszpasterska posługa wśród narkomanów*, WACz 72 (1998) 3-5, 44-52.

⁷ S. JASIONEK, *Radosny Sługa, wierny Bogi i człowiekowi*, w: *Wielopłaszczyznowe wsparcie człowieka we współczesnej pedagogii*, red. N. Pikuła, Kraków 2011, 73.

nalne problemy. Osoby przychodzące do „Betanii” nie zawsze akceptowały chrześcijański sposób życia, stąd trzeba było zachowywać dużo czujności ze strony starszych członków wspólnoty, żeby negatywna postawa początkujących nie osłabiła dyscypliny. Powoli formował się profil „Betanii”.

Nazwa „Betania” nawiązuje do biblijnego miasta, które odwiedzał Chrystus, a szczególnie dom Łazarza, Marty i Marii. Atmosfera tego domu ma być przedłużeniem i kontynuacją narkomańskiej wspólnoty. Mieszkańcy uczą się żyć Ewangelią Jezusa. Łazarz przypomina o możliwości przejścia ze śmierci uzależnienia do życia, dzięki interwencji Jezusa. Marta oraz Maria są przykładami ludzi pracy i modlitwy, które do działania stanowią formy terapii⁸.

Od początku wspólnota przyjęła następujące zasady:

- Tylko w grupie można wyjść z uzależnienia.
- Człowiek staje się narkomanem, ponieważ odszedł od Boga, zapomniał o Nim, przez co wytworzyła się w jego życiu pustka, którą wypełniło zło. Jeżeli zło zastąpi się Bogiem, chory zaprzyjaźni się z Jezusem – można wyjść z uzależnienia.

Do „Betanii” trafiają chorzy z całej Polski, a nawet spoza jej granic. O przyjęciu na leczenie decyduje chęć wyjścia z uzależnienia chorej osoby. Mogą leczyć się tutaj kobiety i mężczyźni, niewierzący, poszukujący Boga oraz przedstawiciele innych wyznań⁹.

Od 1985 roku „Betania” mieści się we Mstowie koło Częstochowy, korzystając z dwóch budynków z ogródkami, które zakupiła Komisja Charytatywna Episkopatu Polski. Warunki mieszkaniowe można określić jako bardzo dobre. Wspólnota jest zorganizowana. Ma swój statut, regulamin oraz porządek dnia. Poprawę funkcjonowania społecznego osób objętych opieką uzyskuje się przez wspólne mieszkanie, modlitwę, pracę i psychoterapeutyczne zajęcia. Wspólnota prowadzona jest na zasadach samorządu. Do wspólnoty są przyjmowani nowi ludzie za zgodą wszystkich jej członków. „Betania” korzysta z opieki medycznej doktora Marka Sternalskiego¹⁰.

Przez wspólnotę przeszło około 2000 osób. Z uzależnienia wychodzi około 25%; tyle samo przerywając leczenie w „Betanii” szuka przy-

⁸ J. LIPIŃSKA, *Biskup z „Betanii”*, „Niedziela” 37 (1994) 2, 7.

⁹ E. NOCOŃ, *Betania drogą nadziei*, Częstochowa 2008, 70.

¹⁰ *Służyć z radością. Z biskupem Antonim Długoszem rozmawia ksiądz Stanisław Jasionek*, Częstochowa 2006, 124.

jęcia do innych ośrodków. Niestety, 80 byłych „betańczyków” nie żyje. Przerwali terapię we Mstowie i w krótkim czasie zmarli z narkotycznego przedawkowania.

Celem wspólnoty jest dokonanie tzw. „odkłamania” w psychice członka wspólnoty, stworzenie warunków, w których zobaczy on życie normalne, w którym są radości, ale także problemy, przed którymi kiedyś uciekał, a które mają swój sens i domagają się rozwiązania bez ucieczki w narkotyki. Człowiek uzależniony boi się takiej sytuacji, kiedy nie jest akceptowany jego aktualny stan, sądzi jednak, że jeśli wyzdrowieje, to wróci do rzeczywistości, przed którą tak konsekwentnie się bronił i uciekał. Boi się utartych schematów normalnego życia, które kojarzy mu się z nudą i monotonią. Ciągłe zaspokajanie potrzeby płynącej z uzależnienia dawało mu silne emocje.

Grupa – jak wyżej wspomniano – ma za zadanie ponownie wprowadzić człowieka uzależnionego w normalne życie. Aby tak się stało, uzależniony musi mieć do grupy całkowite zaufanie, a nabiera go wtedy, gdy widzi uczciwość w realizowaniu zamierzeń i efekty w postaci wyleczonych lub podleczonech, którzy tę wspólnotę tworzą. Narkotyk spowodował w człowieku niechęć do jakiegokolwiek działania, a gdy rodzi się konieczność pracy – natychmiast ujawnia się w narkomanie niemoc będąca brakiem jakiejkolwiek mobilizacji. W pierwszej fazie należy bezwzględnie wymagać od nowo przyjętych podporządkowania i zdyscyplinowania. Wręcz „na siłę” uzależniony musi się przebić przez te swoje niechęci.

Atmosfera panująca we wspólnocie ma być czynnikiem łagodzącym wszystkie niezdrowe emocje spowodowane trudnościami, które niesie mu dosłownie każda sytuacja. Trudność życia „na trzeźwo” jest sytuacją nową, pełną niespodzianek. Należy stopniowo, znając psychikę uzależnionego, przygotowywać go do pokonywania trudności, przez jakie trzeba przejść, od których nie można uciekać, gdyż są one elementem stałym na drodze do wyzdrowienia. Chodzi tu m.in. o sprawę niezwykle zróżnicowanych emocjonalnych napięć, blokad, braku koncentracji lub ujawniania się fobii i głębokiej depresji.

We wspólnocie musi być konstruktywna jednomyślność. Każdemu przezwyciężeniu trudności towarzyszy dużej miary wysiłek ze strony uzależnionego. Owoce tej pracy zauważane są w następnych fazach zdrowienia, gdyż na początku zbyt dużo zachodzi gwałtownych zmian w psychice, aby był on zdolny rozumieć potrzebę pracy czy dyscypliny.

Dlatego wystarczy na przykład zachwianie konsekwencji w egzekwowaniu dyscypliny, by osoba zdobywająca się dotąd na niebywały wysiłek traciła gwałtownie wiarę w celowość i potrzebę tak dużej dyscypliny czy samodyscypliny. Zaczyna ona natychmiast włączać stare mechanizmy towarzyszące wysiłkom w zdobywaniu narkotyków. Należy do nich: cwaniactwo, szukanie ludzi naiwnych, łatwowiernych, wzbudzenie litości w oczach tych, którzy mogą stać się ofiarami precyzyjnych i z ogromną dbałością przygotowanych oszustw. Jeżeli narkoman przyjmie choćby jedną z wymienionych postaw, od tej pory jego angażowanie się jest tylko pozorne, ponieważ warunkiem wyjścia z uzależnienia jest dążenie do uczciwości. Oczywiście, wiele jest nieuczciwości nieświadomie popełnianych, których powodem jest zatracenie hierarchii wartości. Ta skłonność do nieuczciwości jest łatwa do ustalenia, ponieważ – z pewną tolerancją – występuje u wszystkich uzależnionych. Gdy jednak pacjent w obronie przed ogólnie przyjętą dyscypliną zaczyna stosować bogaty wachlarz nieuczciwych zachowań, jest to sygnał, że znikome są możliwości, by mu wspólnota pomogła¹¹.

Uzależniony doznaje w grupie poczucia bezpieczeństwa, w odizolowaniu od problemów, które stanowiły dla niego bezpośrednie zagrożenie. Tutaj czuje się rozumiany i nie musi ukrywać kłopotów, nie musi także przybierać maski atrakcyjności. Grupa przygotowuje go do przeżywania wszystkich trudnych sytuacji, w grupie ma „przejsić” to, co go czeka w najbliższej przyszłości. Wspólnie są oceniane te sytuacje i przeprowadzane analizy, by znaleźć powód nieprawidłowych zachowań.

W grupie wspólnoty chrześcijańskiej wszystko ubogacone jest o najważniejszą sprawę, a mianowicie o sens tego wszystkiego: włożonego wysiłku, trudu w przeżywaniu każdej nowej sytuacji. Codziennie członkowie „Betanii” starają się nie tylko poszerzać swoją wiedzę na temat wiary, ale i żyć według zasad Ewangelii. Mają coraz większą potrzebę kierowania się uczciwością, która wypływa z chęci życia w przyjaźni z Chrystusem. Zaczynają wierzyć, że jeżeli życie ich znów nabierze sensu, to stanie się to tylko dzięki Bogu. Owoce widać w życiu tych, którzy są dłużej we wspólnocie, jako żywe świadectwo Bożej pomocy. Na etapie „ponownego wchodzenia w normalne życie” rodzi się dobrze pojęta rywalizacja w stawaniu się coraz lepszym. Pomyślne wyniki jednych są mobilizujące dla innych¹².

¹¹ A. DŁUGOSZ, *Narkomania – ucieczka donikąd*, 66.

¹² Tamże, 67.

Powyższe założenia członkowie wspólnoty realizują w oparciu o ściśle ustalony program dnia, w którym jest miejsce nie tylko na pracę i odpoczynek, ale także, a może przede wszystkim – na wspólną modlitwę. Praca stanowi formę terapii, a nie podstawę zarobkowania. Uzależnieni uczą się odczytywać pracę zgodnie z papieskim nauczaniem jako przyjęcie wezwania Bożego, by współuczestniczyć z Bogiem w przemianie i doskonaleniu świata, jako służenie drugiemu człowiekowi oraz doskonalenie samego siebie. Przewidziany jest czas na nabożeństwa wspólnoty, przygotowanie do sakramentów bierzmowania i małżeństwa, katechezę biblijną i liturgiczną, spowiedź oraz Mszę św. przygotowywaną przez wspólnotę¹³.

3. Program merytoryczny ośrodka „Betania”

a. Ogólne dane o projekcie

Głównym celem programu trwającego od 12 do 15 miesięcy jest stacjonarne leczenie uzależnionych od środków odurzających. Program realizowany jest jako kontynuacja działalności z lat poprzednich. Odbiorcami programu są osoby pełnoletnie, mężczyźni i kobiety, z rozpoznaniem uzależnienia od środków odurzających (część pacjentów to nosiciele wirusa HIV). Pacjentów do ośrodka kierują: Poradnie Monaru, Poradnie dla Uzależnionych lub inne specjalistyczne placówki. W sytuacjach wyjątkowych, jeśli pacjenci mają pod swoją opieką dzieci, są przyjmowani razem z nimi. Ośrodek dysponuje 28 miejscami, obecnie wykorzystany jest w 100%.

Warunkiem wstępnym podjęcia leczenia jest:

- bezwzględna trzeźwość pacjenta (po detoksykacji);
- deklarowana chęć podjęcia leczenia.

Głównym zadaniem pracowników ośrodka jest udzielenie pomocy terapeutycznej osobom uzależnionym od środków odurzających. Podstawowym celem jest budowa lub odbudowa konstruktywnego systemu wartości, który jest w stanie wyznaczyć cele życiowe i odnaleźć „sens życia”, a także kształcenie umiejętności służących do osiągnięcia samodzielności w zaspokajaniu własnych potrzeb fizycznych, psychicznych i społecznych. Szczegółowy program resocjalizacyjny realizuje doświadczona kadra z długoletnim stażem pracy z ludźmi uzależnionymi.

¹³ *Służyć z radością*, 121-131.

b. Opis projektu

Praca merytoryczna w ośrodku oparta jest na założeniach działania wspólnot terapeutycznych, gdzie duże znaczenie przykładają się do budowania wspólnoty, opartej na określonych prawach i zasadach wypracowanych przez pacjentów i kadrę na przestrzeni kilkunastu lat działalności ośrodka. Podstawą programu pracy nad sobą są wartości zawarte w Ewangelii.

Podstawowymi założeniami leczenia są:

- dobrowolność pobytu w ośrodku;
- współodpowiedzialność za przebieg terapii.

Praca nad sobą koncentruje się na czterech wymiarach:

- psychologicznym;
- społecznym;
- biomedycznym;
- duchowym.

Praca w wymiarze psychologicznym koncentruje się na terapii indywidualnej, grupowej i zajęciach terapeutycznych, których celem jest uzyskanie wglądu i lepsze rozumienie siebie, uświadomienie sobie swoich mocnych i słabych stron, przepracowanie trudności i problemów w kontaktach interpersonalnych, uczenie się negocjacji i szukania kompromisów oraz uczenie się odmawiania i zachowań asertywnych.

Praca w wymiarze społecznym to przygotowanie pacjenta do pełnienia w przyszłości różnych ról społecznych, uczenie się współpracy i współdziałania z innymi, uznania i przestrzegania norm społecznych i doskonalenie swoich umiejętności w sferze zawodowej.

Wymiar biomedyczny ma na celu zmotywowanie pacjenta o dbanie o swój stan zdrowia, podjęcie leczenia chorób współistniejących z uzależnieniem, zachęcanie do higienicznego trybu życia. W tym wymiarze praca zmierza w kierunku rozwijania zdrowych, aktywnych form spędzania wolnego czasu.

Wymiar duchowy pełni równie ważną rolę w procesie resocjalizacji jak trzy poprzednie. Najkrócej ujmując można powiedzieć, że religia wskazuje człowiekowi kierunek, drogę i sposób życia. Te podstawowe założenia filozofii i psychologii religii zostały wykorzystane w pracy wychowawczej i terapeutycznej ośrodka. Konsekwencją realizacji religijnych założeń oddziaływania było przyjęcie określonego sposobu rozumienia wychowania. Zrezygnowano zatem z takiego ujmowania

wychowania, które stanowi „wywieranie bezpośredniego wpływu”, „urabianie osobowości” czy też „kształtowanie”, a które nadaje temu procesowi charakter jednokierunkowości i jednopodmiotowości, sugerując tym samym nadmierne kierowanie rozwojem człowieka, który przecież jest sam istota myślącą i poszukującą.

Wychowywać, odwołując się do religii, to dodawać odwagi, uwalniać od ubezwłasnowolnienia, usuwać wpływy zagrażające naturalnemu rozwojowi osobowości, przygotowywać człowieka do przyszłego życia poprzez mobilizację do własnej aktywności i do zachowań zgodnych z zasadami moralności, a także etyki normatywnej. W większości przypadków u podstaw narkomanii tkwi tzw. frustracja egzystencjalna, czyli utrata poczucia sensu życia i jego wartości. Poczucie bezsensu przejawia się przede wszystkim w braku zainteresowania i inicjatywy, poczuciu życiowej pustki. Wola posiadania sensu uważana jest za pierwszorzędną siłę motywacyjną człowieka, za najbardziej ludzkie zjawisko.

Zadanie terapeuty polega na uzdolnieniu danej osoby do oparcia się na duchowym wymiarze, dążeniu do odkrycia sensu życia, orientacji na cel, dążeniu do ideału. Religia staje się tu środkiem do odblokowania i uruchomienia tych mechanizmów.

W ośrodku obowiązują cztery podstawowe zasady:

- abstynencja narkotyczna;
- abstynencja alkoholowa;
- abstynencja seksualna;
- zakaz stosowania przemocy fizycznej.

Oprócz tych podstawowych zasad, wspólnotę obowiązują warunki wyleczenia:

- otwartość w udzielaniu informacji;
- uczciwość;
- wymaganie od siebie i innych;
- współpraca ze wspólnotą;
- aktywność i zaangażowanie w leczeniu;
- bezwzględne zanegowanie przeszłości;
- przestrzeganie zasad;
- aktywne spędzanie czasu wolnego;
- konsekwencja w działaniu;
- twórcza postawa: – „krytykujesz - staraj się mieć propozycję”.

Powyższe zasady i warunki wyleczenia obowiązują przez cały okres rehabilitacji¹⁴.

¹⁴ A. DŁUGOSZ, *Narkomania – ucieczka donikąd*, 70-80.

c. Formy i metody pracy resocjalizacyjnej

Pozytywne efekty pracy resocjalizacyjnej, obok starannie dobranej kadry profesjonalistów, zapewnić mają odpowiednie formy i metody terapii. Główne formy pracy to:

I. Terapia indywidualna – indywidualne rozmowy, udzielanie wsparcia psychologicznego, doradztwo i pomoc w różnych sprawach życiowych. Indywidualizacja procesu terapeutycznego wynikać będzie ze szczegółowej analizy sytuacji rodzinnej, życiowej i zdrowotnej pacjenta, co posłuży do wypracowania diagnozy, aktualizowanej wielokrotnie w procesie rehabilitacji.

II. Terapia grupowa – celem pracy z grupą jest rozwiązywanie problemów i trudności emocjonalnych, uzyskania wglądu w siebie, odreagowanie napięć, rozpoznawanie własnych i cudzych uczuć, wyrażanie ich, dostrzeganie swoich mocnych stron, widzenia różnic i podobieństw między ludźmi, poznawanie reguł współżycia w grupie, uczenie się rozwiązywania konfliktów i nabywanie umiejętności współpracy, uczenie się konstruktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami.

III. Terapia zajęciowa – celem jest uczenie się i utrwalanie pozytywnych umiejętności interpersonalnych w różnych sytuacjach życiowych, zwiększenie samodzielności i odpowiedzialności za siebie i innych, tworzenie pozytywnego obrazu siebie, uczenie się i utrwalanie umiejętności związanych z pracą samoobsługową i pracą na rzecz grupy; rozwijanie różnych form aktywności, uczenie się aktywnego i wartościowego spędzania czasu wolnego, rozwijanie zainteresowań i twórczej aktywności.

IV. Praktyki religijne – umożliwiają rozwinięcie sfery duchowej i budowę nowego systemu wartości, który byłby w stanie odpowiedzieć na pytania dotyczące sensu życia i pomógł w zrozumieniu tego, kim jestem i po co żyję. Do codziennych praktyk religijnych w Ośrodku należy modlitwa poranna i wieczorna. Stałym elementem tych spotkań jest czytanie fragmentów Ewangelii.

Oprócz modlitwy codziennej organizowana jest raz w tygodniu katecheza i Msza św., którą prowadzi ośrodkowy duszpasterz. Inną praktyką jest rozważanie Pisma Świętego, które odbywa się w każdy wtorek, zaś dwa razy w roku organizowane są 3-dniowe rekolekcje, prowadzone przez misjonarzy. W trakcie rekolekcji nie wykonuje się żadnych prac z wyjątkiem samoobsługowych, jest to czas wyciszenia i refleksji. Za-

jęcia odbywają się w małych 4-5 osobowych grupach. Co roku pacjenci ośrodka uczestniczą w pieszej pielgrzymce z Krakowa do Częstochowy. Celem uczestnictwa jest poznanie nowych wartości, nowych ludzi i ich poglądów na życie, sposobów myślenia i postaw. Ta forma proponowana pacjentom jest bardzo oryginalna ze względu na specyfikę wewnętrznych przeżyć i atmosferę podczas drogi. Głównym zadaniem terapeutów jest zachęcanie pacjentów do szukania i poznawania nowych wartości i celów w życiu. Pacjenci innych wyznań bądź ateści mają zagwarantowane prawo do własnych praktyk religijnych. Nie ma obowiązku bycia katolikiem ani przymusu do uczestniczenia w praktykach religijnych. Dla terapeutów ważne jest, aby każdy pacjent dbał o swój rozwój duchowy bez względu na wyznawaną religię. Terapeuta bardziej proponuje wartości chrześcijańskie niż je narzuca, raczej zachęca niż wymaga.

Metody pracy realizowane są poprzez indywidualizację procesu terapeutycznego, wynikającą ze szczegółowej analizy sytuacji życiowej i rodzinnej uzależnionego. Rozpoczyna się wywiadem przeprowadzonym z pacjentem, wypełnieniem kwestionariusza osobowego i tzw. przyjęciówki, na której pacjent szczegółowo opowiada historię swojego życia i podpisuje kontrakt. Na podstawie wywiadu, analizy sytuacji życiowej i rodzinnej oraz obserwacji pacjenta, kadra wypracowuje diagnozę terapeutyczną. Diagnoza jest wyznacznikiem pracy terapeutycznej pacjenta, na jej podstawie budowane są szczegółowe plany indywidualne pacjenta wraz z terapeutą prowadzącym.

Praca ta koncentruje się na wykształceniu obrazu własnej osoby, przypisaniu sobie konkretnych cech; wyodrębnieniu siebie ze świata własnych zainteresowań, preferencji, skali wartości; na podniesieniu samooceny, zbudowaniu poczucia własnej wartości. Pacjent pracuje nad uczeniem się współdziałania i współpracy, nad wyrażaniem emocji, przekazywaniem i przyjmowaniem informacji, nad dostosowaniem własnych potrzeb do wymagań innych ludzi, uczy się rozwiązywania trudnych sytuacji i konfliktów poprzez negocjacje i kompromis; stara się przekraczać własne trudności emocjonalne i motywacyjne. Uczy się także planowania i sprawnej organizacji swojej pracy oraz wytrwałości i konsekwencji w działaniu; jest współodpowiedzialny za swoje „zdrowienie”.

Diagnoza jest aktualizowana wielokrotnie na zebraniu kadry ośrodka, przy każdym przejściu na kolejny etap leczenia; podobnie aktualizowany jest indywidualny plan leczenia. Narzędziem pomocnym do aktualizacji diagnozy jest miesięczny arkusz obserwacji.

Rozwijanie różnych form aktywności – to głównie obozy terapeutyczne, turystyka, udział w imprezach kulturalnych, aktywność towarzyska oraz indywidualne formy aktywności. Czas wolny, wypoczynek, sprowadza się do rozwijania różnych form spędzania czasu, ma zwykle charakter aktywny, rozbudza i rozwija zainteresowania, umożliwia rozwój indywidualny uzdolnień artystycznych pacjentów.

W ośrodku funkcjonuje siłownia, ciemnia fotograficzna, pracownia plastyczna, odbywają się zajęcia z języka angielskiego. Oprócz tego organizowane są wyjścia na imprezy kulturalne – kino, teatr, wystawy artystyczne czy koncerty, a także aktywność towarzyska w ośrodku – zabawy, uroczystości imieninowe, świąteczne. Głównym celem tych oddziaływań jest uczenie aktywnych form spędzania wolnego czasu, umożliwienie poznawania nowych ludzi, zdobywanie i utrwalanie pozytywnych umiejętności interpersonalnych.

Obozy terapeutyczne – organizowane są w okresie ferii zimowych i w czasie wakacji letnich. Organizacją obozów, przygotowaniem sprzętu turystycznego i sportowego zajmują się sami pacjenci. Program przygotowujący jest wspólnie przez kadrę pedagogów i pacjentów. Obóz letni trwa dwa tygodnie, lokalizowany jest zawsze z dala od siedzib ludzkich, w surowych naturalnych warunkach – najczęściej są to spływy kajakowe w okolicach Puszczy Augustowskiej. Obóz zimowy trwa również dwa tygodnie i organizowany jest w górach. W programie obozu są wędrówki szlakami górskimi, nauka jazdy na nartach oraz gry i zabawy na śniegu. W miesiącach letnich pacjenci wspólnie z kadrą organizują również dwu lub trzydniowe biwaki i wycieczki po Jurze Krakowsko-Częstochowskiej. Celem tych oddziaływań jest uczenie się współpracy i współdziałania, planowania, odpowiedzialności za siebie i innych, zwiększania samodzielności i zdobywanie oraz utrwalanie pozytywnych umiejętności interpersonalnych, integrowanie grupy.

Współpraca z rodziną pacjenta – uznana jest jako niezwykle ważny aspekt w terapii uzależnionej młodzieży, zwiększa bowiem szansę dla młodego człowieka na zerwanie z nałogiem, daje możliwość naprawy lub poprawy często zaburzonych relacji. Realizowany program zakłada regularne – raz na półtora miesiąca spotkania w ośrodku.

W spotkaniach tych uczestniczy cała kadra ośrodka. Podczas tych dwudniowych spotkań pacjenci i ich rodzina, tj. rodzice, małżonkowie, rodzeństwo, mają możliwość spędzenia ze sobą czasu wolnego, spojrzenia na siebie w różnych sytuacjach, zaprezentowania swoich umiejętności i osiągnięć. Celem tych spotkań jest poznawanie się na nowo,

nawiązywanie kontaktu emocjonalnego, uczenie się wzajemnie komunikacji, negocjacji, rozwiązywania konfliktów. W sytuacjach trudnych zarezerwowany jest czas na pracę: terapeuta – pacjent – rodzic. Zaplanowane są również zajęcia edukacyjne w formie grup warsztatowych.

Wszystkie te metody cechuje demokratyczny styl pracy. Charakteryzuje go współdziałanie pacjentów w podejmowaniu decyzji we wszystkich sprawach. Terapeuci ewentualnie proponują różne możliwości rozwiązań, lecz o ich wyborze decyduje cała społeczność¹⁵.

d. Fazy rehabilitacji

Główny nurt pracy w ośrodku opiera się na pięciostopniowym podziale na etapy. Czas trwania programu terapeutycznego przewidziany jest na 12 do maks. 15 miesięcy i uzależniony jest od indywidualnych możliwości oraz stopnia uzależnienia pacjenta.

Ta etapowość leczenia z uzależnienia przedstawia się następująco:

Etap wstępny - trwający 7 dni;

Etap I - trwający 2 miesiące;

Etap II - trwający ok. 4 miesiące;

Etap III - trwający ok. 4 miesiące;

Etap IV - trwający od 2 do 5 miesięcy.

Etap wstępny to okres, którego celem jest zapoznanie się pacjenta z normami, zasadami ośrodka, poznanie miejsca, kadry pedagogicznej i społeczności oraz harmonogramu dnia. Pacjentem zajmuje się wybrana ze społeczności osoba, tzw. „opiekun”, który mieszka z nim w pokoju, pracuje, służy informacjami. Po tygodniu pacjent ma podjąć decyzję czy podejmuje leczenie – jeśli tak, podpisuje kontrakt. W kontrakcie zawarte są zobowiązania pacjenta, m.in. minimum 1 godz. w tygodniu terapii indywidualnej z terapeutą prowadzącym, udział 2 razy w tygodniu w społeczności terapeutycznej, udział w zajęciach warsztatowych, sportowych i innych, przestrzeganie harmonogramu dnia, praw i zasad społeczności. Zawarte są też zobowiązania placówki do opieki terapeutycznej i medycznej.

Etap I – to czas, w którym z pacjentem pracuje się nad:

- wypracowaniem motywacji do leczenia;
- poczuciem bezpieczeństwa w grupie;
- nawiązaniem kontaktu z terapeutą prowadzącym;

¹⁵ Tamże, 73-85.

- rozpoznaniem jego możliwości, predyspozycji i zainteresowań;
- tworzeniem diagnozy terapeutycznej.

Jest to najtrudniejszy i najmniej zindywidualizowany okres. Jego celem jest integracja z grupą, nawiązanie z nią kontaktu, nabycie zaufania do grupy i terapeutów, wyrwanie osoby ze stanu bierności. Dostosowanie się i życie według norm i zasad, dbanie o wygląd zewnętrzny, higienę osobistą, punktualność, obowiązkowość. W tym okresie na podstawie kwestionariusza osobowego, karty informacyjnej, wywiadu, rozmów indywidualnych przeprowadzanych przez terapeutę i lekarza-psychiatrę, powstaje diagnoza terapeutyczna i psychiatryczna. Okres ten charakteryzuje się izolacją od świata zewnętrznego – kontakty możliwe są tylko z najbliższą rodziną.

Terapeuta prowadzący pracuje z pacjentem nad podstawami indywidualnego programu terapii, który wytycza główne kierunki pracy pacjenta. Program ten zawiera:

- pracę nad trudnościami interpersonalnymi i emocjonalnymi;
- uczenie się mówienia o sobie i swoich trudnościach;
- porządkowanie spraw formalno-prawnych;
- rozwój zainteresowań własnych;
- rozmowy indywidualne z terapeutą;
- pracę w ośrodku.

Etap II – to właściwy proces resocjalizacji, w którym wykorzystuje się samorządną aktywność pacjentów. Na podstawie wypracowanej diagnozy pacjentowi zleca się wykonywanie różnych zadań, obserwowanych przez kadre i społeczność. Celem tego etapu jest:

- internalizacja zasad i norm ośrodkowych;
- uczenie się norm społecznych poprzez ośrodkowe funkcje;
- uczenie się komunikacji, współpracy, współdziałania;
- uczenie się rozwiązywania konfliktów i realizacji zadań;
- realizacja indywidualnego planu terapii;
- praca nad relacjami rodzinnymi.

Etap ten charakteryzuje się pogłębianiem kontaktów z ludźmi, kształtowaniem interakcji społecznych poprzez szukanie kompromisu i negocjacji, rozwiązywania konfliktów w sposób otwarty i uczciwy. Pacjent uczy się krytykowania i przyjmowania krytyki oraz wyrażania i świadomości własnych uczuć i emocji. Uczestniczy on w zajęciach warsztatowych o komunikacji i otwartości oraz w warsztatach „Wejrzyj w siebie”. Realizuje nadto swój indywidualny plan terapii, głównie jeszcze na terenie ośrodka. Obowiązkowa jest jedna przepustka do domu.

Etap III. Celem tego okresu jest:

- uczenie się norm społecznych (ośrodkowe funkcje);
- uczenie się samodzielności;
- nawiązywanie kontaktów na zewnątrz;
- utrzymywanie regularnych kontaktów z domem;
- budowa systemu wartości, określenie się;
- realizacja indywidualnego planu terapii;
- rozpoznanie własnych możliwości i ograniczeń.

Na tym etapie leczenia poszczególne zadania zaczynają być realizowane już poza ośrodkiem. Pacjent zaczyna uczestniczyć w życiu społecznym. Może podjąć naukę w szkole lub kursu zawodowy. Uczestniczy w zajęciach warsztatowych: „Elementy zachowań asertywnych” i „Nawroty”.

Etap IV. Celem tego etapu jest:

- ułożenie indywidualnego planu dnia;
- samodzielność podejmowania decyzji;
- konfrontacja z rzeczywistością;
- kontakty z rodziną;
- rozwiązywanie problemów własnymi siłami.

To ostatni okres pobytu i jego cechą jest całkowita indywidualizacja. Kadra pedagogiczna i społeczność domowa interweniuje tylko w sytuacjach kryzysowych. Trudności i problemy omawiane są w relacji terapeuty – pacjenta lub w grupie wsparcia złożonej z pacjentów IV etapu. Czas trwania tego etapu jest uzależniony od pacjenta: jego możliwości, sytuacji rodzinnej, przygotowania do samodzielnego życia. Jest to od 2 do maksimum 5 miesięcy. Wielu narkomanom, którzy korzystali z pomocy „Betanii”, udało się uwolnić od uzależnienia¹⁶.

4. Relacja: terapeuty – pacjent (pułapki i zagrożenia)

Właściwa i dobra relacja między terapeutą a pacjentem jest warunkiem niezbędnym w skutecznej terapii. Pomoc osobie uzależnionej jest bowiem istotą pracy terapeuty. Winien on przekazywać pacjentowi zestaw określonych sądów, przekonań i systemów wartości, budować dobrą relację, przez co może skutecznie wpłynąć na jego stan emocjonalny i pobudzić go do określonych zachowań i sposobów reagowania. Zachowanie terapeuty i sposób, w jaki oddziałuje on na pacjenta, może

¹⁶ Tamże, 126.

np. powodować u niego podporządkowanie się lub też nauczyć go samodzielności i aktywnego szukania własnej drogi życiowej¹⁷.

Jak w takim razie budować dobrą relację? Można wyszczególnić kilka cech dobrego kontaktu, który jest podstawą w terapii z ludźmi uzależnionymi. Oto one:

- bezpieczeństwo, zapewnienie stabilizacji, spokoju;
- budowanie zaufania (tzw. empatia);
- słuchanie;
- emanująca wiara i nadzieja;
- autentyczność;
- monitoring;
- ustalenie planu działania terapeutycznego.

Jakie są potencjalne zagrożenia wynikające z takiego postępowania? Wejście terapeuty w relację z człowiekiem uzależnionym daje mu dużą władzę i możliwość wpływu, a co za tym idzie – możliwość wykorzystywania go i nadużywania owej władzy. Niewątpliwa przewaga, jaką terapeuta ma nad pacjentem (to, że pacjent jest poniekąd w relacji zależnościowej od niego) może dawać terapeutcie poczucie dużej mocy i sprawczości, co z kolei może sprawić, iż uważać się on będzie za kogoś, od kogo bardzo wiele zależy i kto bardzo dużo może. Stąd warto wymienić najważniejsze zagrożenia:

- dominacja;
- modelowanie pacjenta według własnych poglądów, wzorców (indoktrynacja);
- niepotrzebne wyręczanie pacjenta;
- wzbudzanie oczekiwań i zawodzenie ich;
- skutki końca terapii, przerwania terapii;
- dowartościowywanie się terapeuty w kontakcie z pacjentem.

Jak zapobiegać takim sytuacjom? Czy można się przed nimi uchronić? Nie można zupełnie wykluczyć tego typu zagrożeń. Są jednak pewne zasady, które pomogą terapeutcie w pewien sposób uchronić się przed takimi pułapkami:

I. Profesjonalne przygotowanie terapeuty – jego rzetelna edukacja, świadomość siebie, swoich mocnych i słabych stron, i trening własny (terapia własna).

II. Praca w zespole terapeutycznym – diagnozowanie problemów pacjenta, omawianie planu terapeutyczno-korekcyjnego razem z grupą, tego jak wychowawca będzie współpracował z pacjentem, z czym się

¹⁷ Tamże, 131.

boryka, na jakie napotyka trudności, czego nie rozumie w pracy z tą konkretną osobą.

III. Superwizja indywidualna oraz zespołu – omawianie trudności terapeutycznych w kontakcie z pacjentem, wytyczanie dalszych kierunków pracy z nim, lepsze rozumienie jego problemów.

Zakończenie

Pomaganie uzależnionym jest szczególnym rodzajem chrześcijańskiego miłosierdzia i aktywności, łączącym umiejętności profesjonalne i właściwości osobiste. Oprócz wiedzy klinicznej i umiejętności budowania relacji niezbędna jest świadomość swojego sposobu uczestniczenia w niej, zarówno przez terapeutę, jak i pacjenta. Oczywiście jest to pewien ideał, w rzeczywistości możliwy do zrealizowania, ale wymagający dużo uwagi i czujności ze strony terapeuty, jako osoby przygotowanej profesjonalnie do terapii.

Christian Community „Betania” as the Sign and Place of Christian Mercy Summary

Bigger care of a young person, proper educational methods and creative therapy initiatives are needed because of the danger of drug addiction which children and youth are exposed to. In 1982 Fr. Antoni Długosz began his service in Christian community „Betania”. Its goal is giving a helping hand to people addicted to drugs. He has cared of this community to the present times already as an auxiliary bishop of Czestochowa archdiocese. The members of „Betania” try to live according to the rules of Gospel. There are regulations and strictly defined the day timetable, including therapy, work, rest and common pray. Qualified therapists and priests helping spiritually work in this centre. A lot of drug addicts from the number of 2000 people who were cured in „Betania”, have been set free from addiction.

Słowa kluczowe: Betania, miłosierdzie, resocjalizacja, terapia, uzależnienie, wspólnota

Keywords: Betania, mercy, rehabilitation, therapy, addiction, community