

**Paweł Maczyński**

**Uniwersytet Jagielloński**

## **REDUKCJA SZKÓD W PRACY SOCJALNEJ Z OSOBAMI UZALEŻNIONYMI – PRZYKŁAD POLSKI**

### **Abstract**

#### **Harm reduction in the social work with addicts – the Polish example**

This paper focuses on the model of harm reduction from the perspective of social work. The first section presents key theoretical assumptions behind two strategies for helping persons addicted to psychoactive substances: a traditional one aimed at maintaining total abstinence, and the strategy under discussion, which is related to mitigating the consequences arising as a result of alcohol consumption or use of illicit drugs. Both these paradigms are treated as complementary, though in light of therapeutic actions (medical and psychological) from which they have originated and developed, they differ from each other among others in terms of their targets, how they define the aid relationship, their rules of providing aid and criteria for verifying its efficiency. Section two analyzes the relations between the concept of harm reduction and social work in its theoretical and practical dimensions. The existing literature on social work and, separately, on the theory of addiction, lacks any references to or research into the mutual influences of the harm reduction model and its application to social work. The above topic has not been examined in a systematic fashion so far, but rather it was limited solely to indicating certain related forms of actions taken in the community. This paper fills that gap and tries to make an assessment of the usefulness and significance of the above paradigm in the practice of social work with addicts, with a focus on the Polish welfare system.

**Key words:** harm reduction, social work, addiction, social worker, alcohol, illicit drugs, psychoactive substance, therapy

### **Od abstynencji do ograniczania konsekwencji – dwa uzupełniające się modele pomocy osobom uzależnionym**

Od czasu, gdy w pracy z osobami uzależnionymi położono pierwsze podwaliny pod strategię redukcji szkód, minęło już niemal pół wieku. Zapoczątkowany w Holandii w latach siedemdziesiątych ubiegłego stulecia przez samych użytkowników substancji model pomocy przez szereg lat zyskał swoje teoretyczne zaplecze, specyficzne formy oddziaływań, a także doczekał się badań i ewaluacji, które pozwoliły na wstępną ocenę jego skuteczności oraz przydatności w pracy z osobami w różnym stadium kontaktu z substancjami psychoaktywnymi. Przez cały ten okres – wraz ze wzrostem znaczenia

podejścia skoncentrowanego na ograniczaniu szkód osobistych i społecznych powstałych w wyniku zażywania środków zmieniających świadomość – narastały również kontrowersje i wątpliwości wokół stosowalności omawianej strategii. Nie znaczy to, że wcześniej elementy modelu *harm reduction* nie były obecne w interwencjach skierowanych wobec osób nałogowo spożywających alkohol lub zażywających narkotyki, jednakże takie działania, jak wymiana igieł i strzykawek, edukacja, praca środowiskowa czy nawet stosowanie substancji zastępczych w pewnym okresie miały docelowo służyć zainicjowaniu u użytkownika wstępnej motywacji do utrzymania całkowitej abstynencji i rozpocząć u niego proces trwałego trzeźwienia opartego na tradycyjnym i dominującym paradygmacie. Paradygmacie definiującym uzależnienie jako przewlekłą, nawrotową oraz potencjalnie śmiertelną chorobę (Baran-Furga, Steinbarth-Chmielewska 2012).

Tak rozumiany tradycyjny model leczenia prowadził do istotnych implikacji zarówno w warstwie relacji pomiędzy osobą pomagającą i pacjentem (klientem), stosowanych przez profesjonalistę technik i metod oddziaływań, celów i zasad kontaktu terapeutycznego, zakresu systemowej oferty dla użytkowników substancji, jak też ostatecznie efektywności podejścia mierzonego liczbą wyleczonych lub zaleczonych pacjentów. Nie dokonując szczegółowej analizy różnic w obrębie opisywanego paradygmatu, które ukształtowały się między innymi pod wpływem teorii i szkół powstałych na bazie dostępnych koncepcji psychologicznych, a których omówienie wykraczałoby poza tematykę niniejszego artykułu, stwierdzić należy jedynie, że wspólnym mianownikiem strategii było oparcie faktycznej relacji pomocowej ma mniej lub bardziej akcentowanej asymetrii. Źródeł tej nierównowagi upatrywać można zarówno w czynnikach związanych z zakładaną wiedzą, umiejętnościami i ogólnym stanem początkowym obu stron kontaktu pomocowego, jak też medyczną koncepcją zdrowia i choroby, na bazie której przez wiele lat budowano system terapii uzależnień i od których to oddziaływań lekarskich, także współcześnie, rozpoczyna się zwykle pierwszy kontakt użytkownika z placówką pomocową. Umieszczenie wsparcia dla osób uzależnionych w systemie ochrony zdrowia miało swoje celowościowe uzasadnienie, ponieważ mechanizm powstawania nałogu niewątpliwie związany jest z chemicznym działaniem substancji na poszczególne układy organizmu ludzkiego, a zachodzące w tymże organizmie procesy między innymi neuroadaptacji, wzrostu oraz osłabienia znaczenia odpowiednio: układu dopaminergicznego (nagrody) lub serotonergicznego (kary), decydują o rozwoju i podtrzymaniu u pacjenta tzw. uzależnienia fizycznego (Baran-Furga, Steinbarth-Chmielewska 2012). Skoro więc o uzależnieniu możemy mówić, gdy – jako warunek konieczny i wystarczający – wykażemy związek pomiędzy substancją a organizmem „zaopatrzonym” w procesy pamięci – to intuicyjnie zasadniczym celem wydaje się doprowadzenie do całkowitego wyeliminowania lub zneutralizowania działania substancji jako „przyczyny” nałogu, a co za tym idzie – jednocześnie powinny ustąpić w nim objawy chorobowe.

W tradycyjnym podejściu nie sposób zapomnieć również, że uzależnienie – jako choroba przewlekła i postępująca – może potencjalnie i realnie doprowadzić do śmierci pacjenta lub co najmniej wystąpienia u niego innych powikłań zdrowotnych. W tych warunkach interwencja medyczna (lekarska) i farmakologiczna staje się wręcz koniecznością, a lekarz

traktowany jest jako ekspert, którego specjalistyczne doświadczenie, wzmocnione całym zasobem dostępnych środków, ma posłużyć w doprowadzeniu do stanu zdrowia rozumianego dychotomicznie – jako ustąpienie choroby.

Idąc tym tokiem myślenia – w tradycyjnym modelu przeciwdziałania uzależnieniom przyjmuje się, że analogicznie do procesów biologicznych zachodzących pod wpływem działania substancji psychoaktywnych w psychice użytkownika zachodzą też zwykle nieuświadomiane przez niego, niekontrolowane i destrukcyjne procesy poznawcze, emocjonalne oraz behawioralne, których dynamika zostaje podporządkowana dalszemu i konsekwentnemu używaniu narkotyku, alkoholu lub nikotyny. I również w tym przypadku – psycholog, psychoterapeuta, terapeuta bądź pracownik socjalny postrzegany jest jako specjalista, którego nadrzędnym celem jest wyeliminowanie substancji z użycia, a tym samym doprowadzenie do trwałej abstynencji jako jedynej trwale gwarantującej prawidłowy rozwój, równowagę i zaspokojenie innych istotnych potrzeb klienta. Dążeniu do powyższego służy zróżnicowany i zakorzeniony w odmiennych koncepcjach psychologicznych – arsenał środków i oddziaływań, mniej lub bardziej związanych z podmiotowym traktowaniem uzależnionego, budowaniem zróżnicowanej pod względem partnerstwa relacji z nim, ale niemal zawsze w przeświadczeniu, że bez stabilnej abstynencji klient ostatecznie nie będzie w stanie osiągnąć dobrostanu i wyznaczać na drodze do niego w pełni prozdrowotnych celów. Zgubna natura nałogu, jak potocznie określa się między innymi działające mechanizmy nałogowego regulowania uczuć, iluzji i zaprzeczania oraz naruszania tożsamości utwierdzają specjalistę w potrzebie opracowania i wzięcia na siebie – przynajmniej w początkowej fazie pomagania – ciężaru odpowiedzialności za wdrożenie programu leczenia. Zobrazowaniem braku zaufania w całkowitym „podążaniu za klientem” oraz przeświadczeniu o jego ograniczonej zdolności sprawstwa i kierowania procesem leczenia jest niekiedy przywoływane w wypowiedziach terapeutów tego nurtu w formie anegdoty zdanie, że „podążając za klientem, najpewniej znajdziemy się razem z nim w najbliższym barze”. Krytycy tego podejścia zauważają również pewną niekonsekwencję w traktowaniu pacjentów. Z jednej strony klienci postrzegani są jako osoby chore, niezdolne w pełni dokonywać świadomych i konstruktywnych wyborów, co tkwi w istocie ich zaburzonego stanu; z drugiej jednak strony – w większości dostępnych tradycyjnych programów do zainicjowania i kontynuowania procesu pomagania wymagana jest od nich bezwzględna abstynencja i przyjęcie jej jako zasadniczego celu pomocy. Tak rozumiany wymóg omawianej strategii nie tylko stoi w sprzeczności z jej założeniami (na przykład co do genezy i rozwoju oraz konsekwencji zdrowotnych uzależnienia), ale nawet dla osób zgłaszających się po pomoc w rygorystycznym „sięgnięciu dna” lub silnej chęci całkowitego odstawienia alkoholu bądź środków stanowi dla nich zbyt wysoko postawioną barierę szczególnie na samym początku procesu terapii. Tym samym osoby w zaawansowanym stadium uzależnienia aktywnie sięgające po substancje mogą okazać się za słabe, by w ogóle wejść do programu, a z kolei dla użytkowników okazjonalnych bądź ryzykujących oferta modelu tradycyjnego nie zawsze pokrywa się z ich potrzebami skoncentrowanymi głównie na ograniczeniu doświadczanych skutków: zdrowotnych, prawnych, rodzinnych i zawodowych.

Wszystkie wymienione elementy, a przede wszystkim wysoko postawiony próg skuteczności leczenia mierzony retrospektywnie liczbą osób utrzymujących abstynencję w określonych przedziałach czasu po zakończeniu terapii, decydują – według dostępnych badań – o niskiej jej efektywności w tradycyjnym ujęciu, a także skutkują stosunkowo niewielkim odsetkiem osób uzależnionych, które w ogóle trafiają do systemu pomocy (Tatarsky 2007).

Zgodnie z jedną z reguł atrybucji przyczyn zdecydowanie częściej mamy tendencję do przypisywania osiągnięć własnym cechom wewnętrznym, a porażek czynnikom zewnętrznym. Odnosząc to do rozważań dotyczących skuteczności tradycyjnej strategii oddziaływań w pomocy osobom uzależnionym, można zauważyć, że zakorzenieni w niej profesjonalisci przyczyn niskiej efektywności terapii upatrują głównie w istocie nałogu, która związana jest z występowaniem licznych nawrotów, sukcesy osób trzeźwiejących rozpatrywane są natomiast zdecydowanie częściej w kategoriach pozytywnej oceny specyficznych interwencji pomocowych.

Tak jak w tradycyjnym modelu leczenia procent osób powracających do czynnego zażywania substancji zwykle utożsamiany jest z obrazem klinicznym uzależnienia, tak w modelu redukcji szkód liczba powyższa świadczyć będzie częściej o niedostosowaniu strategii wsparcia do potrzeb użytkownika, jego indywidualnych możliwości i etapu w kontakcie z substancjami, na którym obecnie się on znajduje (Tatarsky 2007). Innymi słowy dla zwolenników *harm reduction* niewielki odsetek osób trafiających i wyleczonych ma swoje źródło w fałszywie przyjętym założeniu, że jedynie abstynencja jest celem i wyznacznikiem zdrowienia pacjenta uzależnionego. W modelu tym nie neguje się wprawdzie dążenia do powstrzymania destrukcyjnego zaprzestania używania, a nawet wskazuje się, że jego realizacja przynosi pewne pozytywne efekty, częściej jednak – całe spektrum czynników generujących uzależnienie, okoliczności z nim związanych, a także stylów kontaktu z środkami – nie pozwala na stosowanie tylko jednej strategii oddziaływań zbudowanej wokół tak zgeneralizowanego celu. Praktycy i teoretycy orientacji skoncentrowanej na ograniczaniu szkód, uzasadniając swoją koncepcję, kładą nacisk na spiralny model zażywania substancji i taki sam sposób reakcji na pojawiające się trudności lub problemy życiowe powstałe w wyniku zażywania środków zmieniających świadomość. Zgodnie z tym uzależnienie może stanowić końcowy etap przyjmowania substancji psychoaktywnych, ale pomiędzy abstynencją a znacznym stopniem nałogu wyróżnić można szereg etapów pośrednich, zachodzących na siebie oraz wzajemnie się przenikających, w których jednostka może zarówno zmierzać w kierunku wyższego stadium zaawansowania użytkowania, jak i pozostawać lub cofać się do etapów wcześniejszych. Opisane w literaturze przedmiotu, a także w międzynarodowych lub krajowych klasyfikacjach chorób (obecnie ICD-10, DSM-V), stadia – począwszy od abstynencji przez używanie eksperymentalne, okazjonalne lub ryzykowne, a następnie używanie szkodliwe, aż do uzależnienia – nie tylko służą za potwierdzenie słuszności adresowania zróżnicowanych form pomocy do poszczególnych grup użytkowników, ale także mają przeczyć konieczności wyznaczenia dla osób uzależnionych jedynie właściwego celu abstynencji. Wydaje się bowiem, że przynajmniej dla pewnej grupy

sięgających po substancje bardziej realne i możliwe będzie okresowe ograniczenie ilości oraz częstotliwości jej przyjmowania niż całkowite ich wyeliminowanie. W opisanej strategii, za tak zwany model koła zmiany Prochaski i Diclementego (Prochaska i in. 2008) przyjmuje się również, że proces dochodzenia do zmiany będącej odpowiedzią na istotne problemy życiowe przebiega spiralnie – od stadium prekontemplacji przez refleksję, etap przygotowania, a następnie działania aż do utrwalenia, jednakże w każdym ze stadium możliwe jest zatrzymanie lub powrót do etapu wcześniejszego. W praktyce pracy z osobami uzależnionymi zdarza się zatem, że wyznaczenie celu abstynencji nie koreluje z ich gotowością do zmiany. Pacjent może zarówno nie dostrzegać potrzeby całkowitego zerwania z nałogiem, definiując w kontakcie pomocowym inne oczekiwania, a gdy nawet już uzna zasadność abstynencji, może uważać jej realizację za zbyt kosztowną lub związaną z wykorzystaniem zasobów, których nie posiada lub które są obecnie niewystarczające. Tym samym wypracowanie w relacji pomocowej innego – bardziej realistycznego – celu, polegającego na przykład na ograniczeniu spożywania alkoholu lub narkotyków bądź też na realizacji dążeń pacjenta związanych z jego codziennym funkcjonowaniem, może stanowić zaczątek późniejszych zmian w kierunku trzeźwości, jak też nawet, przy ich ostatecznym braku, może doprowadzić co najmniej do zahamowania lub powstrzymania społecznej degradacji osoby. Lista takich celów w praktyce ograniczona jest jedynie potrzebami pacjenta i może dotyczyć choćby poprawy jego relacji rodzinnych, stanu zdrowia, sytuacji bytowej, socjalnej i mieszkaniowej lub przepracowaniem innych trudności bądź kryzysów psychicznych. Szczególnie w tym ostatnim elemencie – po wprowadzeniu pewnych modyfikacji – możliwa jest na przykład praca nad traumą pacjenta, wydobywaniem nieuświadomianych potrzeb lub popędów, schematami poznawczymi i przekonaniem, skryptami lub wzorami zachowań. Model redukcji szkód nie stanowi bowiem zwartej i odrębnej koncepcji psychologicznej, a jest rodzajem praktyki użytecznej do zastosowania między innymi w podejściu dynamicznym, poznawczo-behawioralnym, integrującym lub w psychoanalizie (Tatarsky 2007).

U podstaw strategii redukcji szkód leży bowiem założenie charakterystyczne dla współczesnego i szerokiego rozumienia mechanizmu powstawania i podtrzymywania uzależnień. W modelu tym zarówno podkreśla się znaczenie czynników biologicznych związanych z działaniem substancji o określonym składzie chemicznym na organizm ludzki, w tym z ich poziomem (dawką) w płynach ustrojowych, jak i uwzględnia się i poddaje analizie znaczenie czynników środowiskowych oraz osobniczych. Praktycy *harm reduction* bardziej niż na samej substancji i jej wyeliminowaniu koncentrują się na zażywającym ją pacjencie (kliencie) z jego indywidualnymi oraz społecznymi właściwościami. Poruszane są więc i włączane w plan pomocowy między innymi kwestie warunków bytowych, uwarunkowania rodzinne, zawodowe i prawne, stan zdrowia i dostęp do opieki medycznej, doświadczenia związane z kryzysami, w tym przemocy, relacje partnerskie i rodzicielskie oraz osobiste bezpieczeństwo i higiena. Nie stanowią one jednak, jak w przypadku tradycyjnego modelu, pewnego tła dla zrozumienia i przyjęcia programu terapii, ale traktowane są jako równorzędne, a nawet pierwszoplanowe, w nakreślaniu celów pomocy. Możliwe jest więc, że klient przez cały

okres kontaktu pomocowego zajmie się porządkowaniem własnych spraw, niekoniecznie wprost i bezpośrednio wiążących się z jego abstynencją, a osoba pomagająca, uznając jego cele, nie będzie ich traktowała jako przejaw działających mechanizmów uzależnienia (zaprzeczania lub minimalizowania), a zdolności do pokierowania własną terapią. To bowiem pacjent ostatecznie określi, kiedy i czy w ogóle zajmie się dążeniem do wyeliminowania stosowania substancji. Ominięcie w procesie pomagania nałogu jako problemu nie jest czymś niezwykłym i zdarza się na ogół, gdy profesjonalista z racji określonej roli zawodowej zajmuje się całym spektrum wielorakich trudności. W takiej sytuacji uzależnienie nie musi wcale jawić się jako pierwszoplanowe, a jego ujawnienie, uświadomienie lub zwerbalizowanie przez klienta może nastąpić dopiero na dalszych etapach kontaktu, aczkolwiek nie jest to jego wymóg. Czas ten zwykle poświęcany jest na pracę w innych obszarach, co nie odbiera jej waloru skuteczności nawet w tradycyjnym ujęciu, a niekiedy wręcz bieżąca sytuacja klienta wymaga skoncentrowania się partnerów relacji pomocowej wyłącznie na działaniach mających zapobiec na przykład wystąpieniu kryzysu lub zagrożenia bezpieczeństwa.

Regułą towarzyszącą modelowi redukcji szkód jest więc nie tylko uznanie celów klienta, jego zdolności do kierowania procesem pomagania i tym samym włączania go w ten program, ale również – co budzi nadal opór części profesjonalistów – praca oparta na tych samych zasadach z osobami czynnie zażywającymi substancje (Sempruch-Malinowska, Zygadło 2012). Klient nietrzeźwy, jeśli wyrazi wolę spotkań, może „tu i teraz” realizować strategię ograniczania negatywnych konsekwencji, co nie zamyka jego drogi do zainicjowania lub wydłużenia okresów abstynencji.

Wychodzi się bowiem od założenia, że nie samo działanie substancji psychoaktywnej na organizm prowadzi do najbardziej destrukcyjnych szkód osobistych i społecznych, ale to, w jakich okolicznościach następuje jej przyjęcie i jaka jest reakcja otoczenia na same środki oraz ich użytkowników. Obserwowane społeczne szkody, takie jak rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych, przestępczość czy bezdomność wśród użytkowników substancji są często wynikiem ich społecznego naznaczenia w ramach prawnokarnej represji oraz stygmatyzowania i wykluczania ich grupy. W tych warunkach użytkownicy zaczynają funkcjonować na obrzeżach społeczeństwa ze wszystkimi tego konsekwencjami, takimi jak brak dostępu do bezpiecznych i higienicznych warunków iniekcji, opieki zdrowotnej, legalnych źródeł zarobkowania czy nawet miejsca zamieszkania. Skutkiem ich ekskluzji jest pogłębianie społecznych problemów, wymagające z kolei nakładów finansowych, ludzkich i organizacyjnych. Co jednak istotne dla modelu redukcji szkód stawiającego w centrum swojego zainteresowania człowieka oraz jego godność, w podejściu tym zrzucony zostaje ciężar wstydu i ukrywania się użytkownika, co daje szansę na uniknięcie przez niego przynajmniej tych konsekwencji, które są wynikiem reakcji społecznej. W tym znaczeniu podejście *harm reduction* nie stanowi nowej teorii i metody w leczeniu uzależnień, a jest raczej nowym kierunkiem rozwoju w podejściu do rozwiązywania problemów społecznych ze szczególnym uwzględnieniem problematyki zażywania substancji.



Paradygmat zorientowany na redukcję szkód nie oparł się, co oczywiste, krytyce, choć należy zauważyć, że nawet terapeuci głęboko zakorzenieni w podejściu *drug free* dostrzegają potrzebę zaadresowania do pewnej grupy użytkowników, szczególnie tych na wczesnym i zdecydowanie zaawansowanym etapie kontaktu z substancjami psychoaktywnymi – specyficznych i towarzyszących, niekoniecznie terapeutycznych – form działania. Nadal jednak głównie w przestrzeni publicznej, a także związanej z nią polityce narkotykowej i alkoholowej obejmującej system prawny, pojawiają się wobec redukcji szkód zarzuty „promowania lub wręcz zachęcania do użytkowania substancji, nieformalnych związków seksualnych lub hedonizmu” (Miturska, Petrikowska 2009). Przykładem typowego sporu w tym zakresie jest tocząca się nadal w Polsce i żywa debata o dopuszczalności stosowania marihuany w łagodzeniu przebiegu oraz skutków długotrwałych i przewlekłych chorób.

Oprócz tej kontrowersji, wyraźnie związanych z określoną ideologią i prawnokarną represją wobec użytkowników narkotyków, formułowane są pytania o podstawowe założenia opisanego modelu. Sądzi się bowiem, że samo zrównanie znaczenia wczesnych etapów zażywania substancji o potencjale uzależniającego z końcowym stadium nałogu, a co za tym idzie, wyraźne zminimalizowanie określonego kryterium skuteczności leczenia, jest niczym innym niż taktyką „zbitcia termometru” przy nadal widocznych i nieustępujących objawach chorobowych. Nadmieniamy jedynie o części z tak sformułowanych zarzutów, które zostały już poddane bardziej wszechstronnej analizie w licznej literaturze przedmiotu, wspominam o powyższych wątpliwościach, bo będą one wprost decydowały o dostępności praktycznych form pracy w ramach omawianej koncepcji, w tym także o jej stosowalności w obrębie rodzimej pracy socjalnej.

## Redukcja szkód w pracy socjalnej – szanse i wyzwania

Jakkolwiek związek podejścia *harm reduction* z terapią lub psychoterapią uzależnień, a także medycznym modelem zapobiegania zaburzeniom psychicznym i zachowania spowodowanym używaniem substancji psychoaktywnych oraz zapobiegania chorobom zakaźnym – wydaje się oczywisty, to zastosowanie tych koncepcji także w ramach pracy socjalnej zyskuje swoje nowe teoretyczne, celowościowe oraz praktyczne odniesienie.

Jeśli bowiem przyjmiemy za Międzynarodową Federacją Pracy Socjalnej (IFSW 2014) oraz Międzynarodowym Stowarzyszeniem Szkół Pracy Socjalnej (IASSW 2014), że „praca socjalna jest profesją opartą na praktyce (...), która promuje (...) upodmiotowienie i wyzwolenie ludzi (...), a także angażuje ludzi i struktury społeczne do występowania przeciwko życiowym trudnościom i na rzecz poprawy ludzkiego bytu” – to z tak sformułowanej ogólnej definicji pracy socjalnej wynikać będzie uzasadnienie i praktyczne znaczenie dla nadania modelowi redukcji szkód równorzędnej pozycji wśród „działań, w tym różnych form terapii i poradnictwa, pracy grupowej i środowiskowej”, adresowanych do użytkowników substancji psychoaktywnych, a w szczególności do osób uzależnionych. Redukcja szkód z jej naczelnymi zasadami – realizacji celów klienta, udzielania pomocy

w każdej bieżącej sytuacji, w której dana osoba się znajduje, podkreślania sprawstwa czy wreszcie uwzględniania środowiskowych warunków funkcjonowania uzależnionego (Sempruch-Malinowska, Zygałdo 2012) – stanowi również o istocie samej pracy socjalnej, w tym w sposób znaczący – o pracy na rzecz osób i grup zmarginalizowanych.

Redukcja szkód w pracy socjalnej nie ogranicza się jednak wyłącznie do działań wśród grupy osób uzależnionych – defaworyzowanych dodatkowo przez ich ubóstwo, bezdomność czy zaburzenia psychiczne, ale może być skutecznie kierowana wszędzie tam, gdzie celem jest osiągnięcie przez użytkowników dobrostanu, na przykład w sferze społecznego funkcjonowania poprzez poradzenie sobie z codziennie doświadczanymi trudnościami intrapsychicznymi.

W krajach anglosaskich to nikt inny niż pracownicy socjalni zorientowani klinicznie, odgrywający rolę terapeutów, stali się prekursorami zastosowania modelu *harm reduction* w codziennej praktyce zarówno podczas sesji indywidualnych (*casework*), jak i w pracy grupowej (*groupwork*) (Tatarsky 2007). W Stanach Zjednoczonych silnie rozwinęły się i są upowszechniane przez pracowników socjalnych chociażby metody terapii psychodynamicznej oraz poznawczo-behawioralnej, które zawierają wszystkie omawiane elementy ograniczania szkód. W Polsce – gdzie nadal w sektorze publicznej pomocy społecznej pracownicy socjalni częściej wypełniają funkcje: urzędniczą, interwencyjną i kontrolną – próbą nadania pracy socjalnej wymiaru klinicznej redukcji szkód byłoby stosowane w części ośrodków i możliwe do zaadaptowania – podejście *skoncentrowane na rozwiązaniach* lub *wywiadu motywującego* inspirowanego terapią Carla Rogersa (Miller, Rollnick 1991).

Ze względu na wspólne konotacje modelu terapii uzależnień z medycyną (psychiatrią), co wyraźnie dostrzegalne jest na polskim gruncie pomocy osobom uzależnionym – praca socjalna w paradygmacie redukcji szkód została głównie zdefiniowana jako wspomagająca i uzupełniająca podstawowe interwencje lekarskie oraz psychoterapeutyczne prowadzone w systemie ochrony zdrowia. Ograniczenia publicznego systemu pomocy społecznej, o czym będzie jeszcze mowa, zdecydowały z kolei, że typowe formy działań *harm reduction* w pracy socjalnej pojawiły się jako zadania organizacji pozarządowych, w tym – w obrębie niepublicznych ośrodków leczenia uzależnień. Co za tym idzie, słabość rodzimej klinicznej pracy socjalnej, a także powiązanie oddziaływań psychologicznych głównie z rolą zawodową specjalistów terapii uzależnień, terapeutów, psychologów oraz psychoterapeutów, zdecydowały o zawężeniu pracy socjalnej w nurcie redukcji szkód do stosowanych w naszym kraju metod pracy środowiskowej, poradnictwa, pracy grupowej i interwencji kryzysowej. Pomimo znacznego uszczuplenia modelu klinicznego w praktyce polskiej pracy socjalnej pozostałe elementy podejścia ograniczania konsekwencji z powodzeniem są stosowane zwykle w organizacjach tak zwanego trzeciego sektora i, fragmentarycznie, w instytucjach pomocy społecznej, a mianowicie:

- *Praca środowiskowa* – realizowana jest głównie przez oddziaływania *streetworkerów* i pracowników socjalnych, docierających zarówno do uzależnionych osób bezdomnych lub prostytuujących się, jak też do osób eksperymentujących bądź używających szkodliwe substancje, w ich naturalnych środowiskach (dworce,



ulice, pustostany, koczowiska, ale również kluby, koncerty i masowe wydarzenia). Oprócz profilaktyki chorób zakaźnych odbywającej się poprzez rozdawnictwo igieł i strzykawek oraz prezerwatyw, stosowane są działania edukacyjne nastawione na bezpieczne przyjmowanie substancji i zapobieganie przedawkowaniu, to jest między innymi w zakresie nauki udzielania pierwszej pomocy czy bezpiecznej iniekcji. Użytkownikom okazjonalnym rozdawana jest również profilaktycznie woda oraz materiały edukacyjne.

- *Poradnictwo* – stosowane jest zwykle w ramach szpitalnych oddziałów detoksykacyjnych oraz ambulatoryjnych programów substytucyjnych. W tym drugim przypadku osoba zgłaszająca się do punktu po ustaloną dawkę substytutu (metadon, buprenorfina, suboxone), będącego agonistą lub częściowym antagonistą receptorów opioidowych – uzyskuje niewarunkowany dostęp do wsparcia pracownika socjalnego. W praktyce zakres porad jest szeroki i obejmuje między innymi kwestie socjalno-bytowe, rodzinne, opiekuńczo-wychowawcze, prawne, a także związane z zapewnieniem dostępu do określonych usług. Wymienione działania pracownika socjalnego oparte mogą być na metodzie *case management*, gdzie pracownik socjalny odgrywa rolę aktywnego i wspierającego koordynatora pomocy dla osoby uzależnionej (Dąbrowska 2012), co jest szczególnie ważne w przypadku grupy odbiorców, która sama definiuje cele wsparcia i oczekuje jego uzyskania w jednym miejscu. W Polsce dostęp do tak rozumianej pracy socjalnej w ramach opisanych programów zastępczych jest nadal ograniczony, choć prowadzone międzynarodowe badania wskazują na największą efektywność leczenia farmakologicznego połączonego z psychoterapią i pomocą socjalną (Verster, Buning 2003).
- *Praca grupowa* – prowadzona jest w ramach niskoprogowych i otwartych grup typu *drop in*, których struktura i reguły wewnątrzgrupowe nie są tak sformalizowane jak w przypadku tradycyjnych grup terapeutycznych. Proces grupowy przebiega w nich wokół ambiwalencji i uwypuklania miejsca, w którym znajduje się osoba na kontinuum używania substancji i etapu zmiany (Tatarsky 2007). W ten sposób, poprzez uświadomienie własnego położenia w odniesieniu do całości procesu, wzbudzana jest motywacja do realizacji indywidualnych celów niekoniecznie ukierunkowanych na podjęcie decyzji o dążeniu do utrzymania abstynencji.
- *Interwencja kryzysowa* – oznacza zespół działań pracownika socjalnego, które pojawiają się u klienta w reakcji na wystąpienie sytuacji lub zdarzenia mogącego zagrozić jego bezpieczeństwu, rozumianemu szeroko jako naruszenie integralności w wymiarze afektywnym, poznawczym i behawioralnym (Kluczyńska 2012). Dla osoby uzależnionej doświadczającej szeregu negatywnych, a czasem traumatycznych zdarzeń, będących niekiedy skutkiem jej kontaktu z substancjami psychoaktywnymi, prawdopodobieństwo ich zaistnienia wydaje się wyższe, a posiadane zasoby i umiejętności mogą okazać się niewystarczające do samodzielnego przezwyciężenia kryzysu. Przywołując ponownie międzynarodowe zestawienia statystyczne, według których około 10% osób uzależnionych uczestniczy w działaniach terapeutycznych

(Tatarsky 2007; Sempruch-Malinowska, Zygałło 2012), wydaje się zasadne włączenie interwencji kryzysowej jako metody pracy socjalnej ukierunkowanej na redukcję szkód także wśród pozostałych 90% nałogowych użytkowników substancji, z którymi pracownicy socjalni stykają się na przykład przy okazji doświadczanych przez nich kryzysów sytuacyjnych (utrata pracy, bezdomności, problemów prawnych, opuszczenia przez rodziny, pogorszenia stanu zdrowia) lub emocjonalnych. Przywrócenie homeostazy w omówionych okolicznościach może się wiązać z pilną potrzebą zajęcia się przez uzależnionego klienta tymi obszarami funkcjonowania, w których problem picia lub zażywania jest na tyle znaczący, że utrudnia wyjście z kryzysu, ale sam klient nie werbalizuje lub nie chce się nim bezpośrednio zająć i raczej dąży do złagodzenia innych bieżących doświadczanych trudności. Model redukcji szkód zastosowany w połączeniu z interwencją kryzysową w pracy socjalnej, przez wielorakość możliwych interdyscyplinarnych interwencji (psychologicznych, socjalnych, medycznych, prawnych), wychodzić może naprzeciw potrzebom użytkownika, a także – przy jego zgodzie – daje szansę na wdrożenie techniki ograniczania lub kontrolowanego picia bądź zażywania.

Wyzwaniem dla zastosowania modelu redukcji szkód w pracy socjalnej w polskich realiach jest jego zaadaptowanie i rozwój w systemie publicznej pomocy społecznej. Obserwowane w tym obszarze postępujące procesy biurokratyzacji, formalizacji i instytucjonalizacji (Frysztacki 2009), związane z presją ku działaniom interwencyjnym, obliczonym na mierzalny i trwały efekt osiągnięty możliwe najniższym kosztem – stanowią ograniczenie dla stosowania niemal wszystkich metod tradycyjnej pracy socjalnej. W tych warunkach szczególnie kliniczna praca socjalna, ściśle związana z koncepcją redukcji szkód, nie może liczyć na jej praktyczne i łatwe przyswojenie do ram publicznego sektora pomocy. O powyższej prawidłowości mogą świadczyć oficjalne dane resortu rodziny, według których z 950 546 rodzin objętych pomocą społeczną w 2015 roku w Polsce tylko 84 916 (8,93%) korzystało ze wsparcia ze względu na problem alkoholizmu, a jeszcze mniej, bo 4579 (0,48%) z uwagi na problem narkomanii. Dodatkowo liczbę osób w rodzinach objętych pomocą społeczną, gdzie występuje problem alkoholizmu, określa się na poziomie 164 321 osób, z populacji szacowanej przez rządową agencję rozwiązywania problemów alkoholowych (PARPA) na około 3 mln 800 tys. osób, co stanowi jedynie 4,32% ogółu.

Powyższe zestawienia nie oddają zapewne jeszcze niższej liczby uzależnionych – rzeczywistych świadczeniobiorców pomocy społecznej, ponieważ w części rodzin działania pomocowe adresowane są jedynie do osób z najbliższego otoczenia rodzinnego użytkownika, pomijając jednak jego samego. Przyczyn analizowanej prawidłowości można upatrywać między innymi w używanej terminologii na gruncie prawa pomocy społecznej, gdzie zamiast o uzależnieniu mowa jest o przesłankach narkomanii i alkoholizmu jako przyczynach udzielania świadczeń, w tym pracy socjalnej, a to z kolei może prowadzić do zaniżania rzeczywistej skali zjawiska. Można również, przyjmując perspektywę modelu *harm reduction*, spojrzeć na te dane jak na swoisty papiererek

lakmusowy dostosowania oferty sektora publicznego do bieżących wyzwań i potrzeb samych użytkowników substancji psychoaktywnych, w tym postrzeganej przez nich skuteczności oddziaływań samorządowej pomocy społecznej. Niski odsetek osób uzależnionych objętych pomocą społeczną na zasadzie błędnego koła skutkuje brakiem rozwijania systemu szkoleń i specjalizacji w tym zakresie dla pracowników socjalnych, a to utrudnia zarówno właściwą diagnozę nowych przypadków, jak i opracowywanie nowej oferty dla użytkowników opartej na współczesnych koncepcjach. Biorąc też pod uwagę, że osoby uzależnione doświadczają zwykle w historii własnego nałogu – silnej zewnętrznej kontroli ze strony rodziny, partnerów, pracodawców lub organów ścigania, co symbolicznie ma kompensować ich osobistą utratę kontroli nad zażywaniem – to system pomocy społecznej zbudowany na zasadach kompleksowego sprawdzania i monitorowania postępów leczenia jawi im się jako represyjny i realnie ułatwiający walkę z problemem. Tym bardziej więc zwrócenie się do instytucji pomocy społecznej, bez choćby deklaratywnej lub pozornej chęci utrzymania abstynencji, może skutkować ograniczeniem lub pozbawieniem niekiedy niezbędnej pomocy materialnej, co pozostaje w zgodzie z przepisami ustawy o pomocy społecznej uzależniającej przyznanie świadczeń od „podjęcia leczenia odwykowego” i zgody na śledzenie jego postępów przy wykorzystaniu narzędzi administracyjnych (rodzinny wywiad środowiskowy, kontrakt socjalny). Osoby uzależnione – jak wynika z przedstawionych danych oraz praktyki funkcjonowania ośrodków pomocy społecznej – nie zgłaszają się do tego typu instytucji, bronią się przed diagnozą nałogu, nie werbalizując prawdziwych trudności lub ostatecznie dostosowują własną strategię do stawianych wymogów, ale bez rzeczywistego zaangażowania i gotowości ich wypełnienia. Systemowe zastosowanie koncepcji reedukacji szkód przez pracownika socjalnego zatrudnionego w publicznym sektorze pomocowym obciążone jest również stawianymi wymogami instytucjonalnymi, które sankcjonują prawnie abstynencję jako nadrzędny cel pomocy osobom uzależnionym. Nie oznacza to jednak, że przy tak ograniczonej przestrzeni model *harm reduction* nie znajduje uzasadnienia i zastosowania na polu publicznej pomocy, jego praktyczne przełożenie związane jest jednak ciągle bardziej z osobistymi zasobami, wiedzą, umiejętnościami oraz świadomością pracownika socjalnego niż z potencjałem systemowym instytucji.

## Bibliografia

- Baran-Furga H., Steinbarth-Chmielewska K. (2012). *Zespoły uzależnień od substancji psychoaktywnych*, w: *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*. Krajowe Biuro ds. Narkomanii, Warszawa.
- Czyż E. (red.) (2008). *Dobre praktyki w dziedzinie reedukacji szkód*. Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa.
- Dąbrowska K. (2012). *Wykorzystanie metody case management w pracy z osobami uzależnionymi*, w: *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*. Krajowe Biuro ds. Narkomanii, Warszawa.

- Kluczyńska S. (2012). *Interwencja kryzysowa, w: Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*. Krajowe Biuro ds. Narkomanii, Warszawa.
- Frysztański K. (2009). *Socjologia problemów społecznych*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- International Association of Schools of Social Work, *Global Definition of Social Work* (2014); <https://www.iassw-aiets.org/global-definition-of-social-work-review-of-the-global-definition/> (dostęp: 31.01.2017).
- International Federation of Social Workers (IFSW), *Global Definition of Social Work* (2014) *Version in Polish*; [http://cdn.ifsw.org/assets/ifsw\\_102423-10.pdf](http://cdn.ifsw.org/assets/ifsw_102423-10.pdf) (dostęp: 31.01.2017).
- Miller W.R., Rollnick S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Guilford Press, New York.
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, *Statystyka za rok 2015*; <http://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoeczna/raporty-i-statystyki/statystyki-pomocy-spoecznej/statystyka-za-rok-2015/#akapit1> (dostęp: 31.01.2017).
- Miturska E., Petrikowska K. (2009). *Metadon – lek czy narkotyk*. „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, 4: 26.
- Olech A., Łuczyńska M. (2013). *Pracownicy socjalni w Polsce. Portret zbiorowy*. Wydawnictwo Garmond, Warszawa.
- Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, *Raporty z badań*; <http://www.parpa.pl/index.php/33-analazy-badania-raporty> (dostęp: 31.01.2017).
- Prochaska J., Norcross J., Diclemente C. (2008). *Zmiana na dobre*, tłum. A. Majcherczyk. Instytut Amity, Warszawa.
- Rymsza M. (red.). (2012). *Pracownicy socjalni i praca socjalna w Polsce. Między służbą społeczną a urzędem*. Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.
- Sempruch-Malinowska K., Zygałło M. (2012). *Redukcja szkód związanych z przyjmowaniem środków psychoaktywnych, w: Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*. Krajowe Biuro ds. Narkomanii, Warszawa.
- Światowa Organizacja Zdrowia (1997). *Leksykon terminów. Alkohol i narkotyki*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Tatarsky A. (red.). (2007). *Redukcja szkód w psychoterapii. Nowe podejście w leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu*. Krajowe Biuro ds. Narkomanii, Warszawa.
- Verster A., Buning E. (2003). *Skuteczność leczenia substytucyjnego uzależnienia od opiatów*, tłum. P. Nowocien. Krajowe Biuro ds. Narkomanii, Warszawa.