




Colloquium 4(44)/2021  
ISSN 2081-3813, e-ISSN 2658-0365  
CC BY-NC-ND.4.0  
DOI: <http://doi.org/10.34813/42coll2021>

## ZOBOWIĄZANIE SĄDOWE DO LECZENIA PRZECIWAŁKOHOLEWEGO Z PERSPEKTYWY CZŁONKÓW ZESPOŁÓW TERAPEUTYCZNYCH

**Court-ordered alcohol treatment  
from the perspective of therapeutic team members**

Radosław Breska  
Akademia Marynarki Wojennej im. Bohaterów Westerplatte w Gdyni  
Wydział Nauk Humanistycznych i Społecznych  
e-mail: [r.breska@amw.gdynia.pl](mailto:r.breska@amw.gdynia.pl)  
ORCID  0000-0002-7634-8068

### Streszczenie

Celem przeprowadzonego badania, którego wyniki zaprezentowano w poniższym komunikacie, było poznanie opinii psychoterapeutów i instruktorów terapii uzależnień na temat sądowego zobowiązania do leczenia odwykowego. Szczególnie istotne były opinie respondentów dotyczące aktualnego stanu prawnego w zakresie zobowiązania, wykonania procedur związanych z orzekaniem zobowiązania, wykonania procedur związanych z realizacją leczenia oraz współpracy między podmiotami kierującymi, wykonującym i nadzorującymi wykonanie postanowień o zobowiązaniu sądowym do leczenia przeciwałkolewego. W dalszym etapie badań zaplanowano porównać uzyskane wyniki w tej grupie z opiniami podmiotów nadzorujących leczenie – kuratorów sądowych.

**Słowa kluczowe:** uzależnienie od alkoholu, psychoterapia uzależnień, sądowe zobowiązania do leczenia.

### Abstract

The problems of this article oscillate around silence in education understood in two ways: as stagnation and unwillingness to take action within the framework of imposed conditions and as silence, in other words not dealing with certain problems, avoiding difficult issues. The first part is devoted to educational silence from a systemic point of view, while the second part, based on reports from student teaching practice, deals with the profile of an early education teacher, his/her work style, problems connected with the teaching profession and, above all, with the areas neglected/overlooked in early education and an attempt to explain this phenomenon.

**Keywords:** alcohol dependence, addiction psychotherapy, court-ordered alcohol treatment.

## Model leczenia odwykowego

Leczenie osób uzależnionych od alkoholu może być realizowane w różnych formach. Specjalista terapii uzależnień, biorąc pod uwagę sytuację, w jakiej znajduje się osoba uzależniona, powinien zaproponować najkorzystniejszą dla niej formę leczenia (Miller i in., 2011, s. 134). Przy kwalifikowaniu pacjenta do leczenia psychiatry, terapeuci uzależnień czy zespoły terapeutyczne powinny brać pod uwagę między innymi: zaawansowanie choroby alkoholowej, powikłania wynikające z uzależnienia i inne choroby współistniejące, cechy demograficzne i psychologiczne pacjenta (np. zdolność do efektywnego korzystania z psychoterapii), obecność systemu wsparcia w środowisku pacjenta oraz jego osobiste preferencje w tym zakresie.

Od połowy lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku, utrwalił się w Polsce model leczenia oparty na oddziaływaniach psychoterapeutycznych (Woronowicz, 2009, s. 275) stopniowo „wypychający” farmakoterapię z poradni i oddziałów odwykowych do oddziałów detoksykacyjnych i oddziałów leczenia zespołów abstynencyjnych oraz poradni zdrowia psychicznego, gdzie leczyli się przede wszystkim pacjenci z powikłaniami przebiegu zespołów odstawiennych lub z współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi. Od tego czasu nierzadko spotkać można wśród terapeutów uzależnień postawy radykalnej niechęci i nieufności wobec farmakoterapii, nawet jako leczenia uzupełniającego psychoterapię. Przez wiele lat sytuacja taka wydawała się w pełni uzasadniona, ponieważ niedostępne były leki o potwierdzonej skuteczności w terapii alkoholików, a wprowadzenie w większości placówek odwykowych ujednoliconej formy leczenia nazwanej strategiczno-strukturalną terapią uzależnienia od alkoholu, w radykalny sposób zwiększyło efektywność leczenia alkoholików (Kucińska, Mellibruda, 1997). Upowszechnienie terapii strategiczno-strukturalnej, opartej na psycho-bio-społecznym modelu uzależnienia i koncepcji psychologicznych mechanizmów uzależnienia zawdzięczamy przede wszystkim jednej z najwybitniejszych postaci polskiego lecznictwa odwykowego – profesorowi Jerzemu Mellibrudzie. Stworzone przez jego zespół szkolenie Studium Terapii Uzależnień stało się podstawowym kursem kierowanym do specjalistów z zakresu psychoterapii uzależnienia i współuzależnienia. W wyniku ewolucji koncepcji strategiczno-strukturalnej powstało podejście opisane w podręczniku „Integracyjna terapia uzależnień” (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006).

Wydaje się, że można wskazać przynajmniej kilka uniwersalnych założeń dotyczących stylu prowadzenia terapii w ośrodkach pracujących w modelu integracyjnym. Po pierwsze: dążenie do utrzymywania przez pacjentów pełnej abstynencji. (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006; Woronowicz, 2008 s. 173). W tym ujęciu abstynencja jest zarówno celem terapii, jak i warunkiem jej skuteczności. Po drugie: podstawowe oddziaływania terapeutyczne opierają się na terapii grupowej (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006), a konsultacje indywidualne mają charakter uzupełniający. Na różnych etapach terapii, grupa pełni różne funkcje. W fazie początkowej grupy

mają przede wszystkim charakter psychoedukacyjny, w fazie pogłębionej to proces grupy jest podstawowym czynnikiem leczącym pacjentów, a grupy mają charakter psychoterapeutyczny (Czabała, Kaczmarczyk, 2012). Po trzecie: w pierwszych etapach leczenia proces terapeutyczny charakteryzuje znaczna intensywność (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006). Postulat ten dotyczy nie tylko terapii stacjonarnej, ale też realizowanej w leczeniu ambulatoryjnym. W poradniach odwykowych pacjenci uczestniczą w zajęciach terapeutycznych 2–3 razy w tygodniu, ponadto zachęceni są do udziału w spotkaniach grup samopomocowych w klubach abstynenta lub ruchu Anonimowych Alkoholików. Po czwarte: w nawiązaniu do podejścia poznawczo-behawioralnego i kompetencyjnego, terapia uzależnień ma charakter instruujący i dyrektywny. Dyrektywność dotyczy nie tylko stosowanych metod czy interpretacji treści wnoszonych przez pacjenta (co możemy dostrzec także w innych modelach terapii), ale też konkretnych zaleceń odnośnie funkcjonowania pacjenta. Mniej dyrektywne są dalsze etapy leczenia - tzw. terapia pogłębiona.

Wraz z rozwojem i profesjonalizacją psychoterapii uzależnienia uwidocznił się problem pozostawiania poza systemem lecznictwa odwykowego pewnego odsetka osób uzależnionych od alkoholu, do których z różnych przyczyn oferta oparta na psychoterapii czy oddziaływaniach psychoedukacyjnych nie mogła być kierowana. Dotyczy to zwłaszcza osób z poalkoholowymi organicznymi zaburzeniami osobowości oraz osób cierpiących na współistniejące z uzależnieniem zaburzenia psychiczne (Opora, Breska, 2018). Ponieważ osoby te nierzadko pozostają w konfliktach rodzinnych, mają trudności w pełnieniu ról społecznych, uchylają się od wypełniania obowiązków, popadają w konflikty z prawem, to wobec nich często orzekane są postanowienia o sądowym zobowiązaniu do leczenia odwykowego (Kobus, Breska, 2003; Kurza, 2005).

Współcześnie coraz częściej spotykamy postulaty dotyczące rozszerzenia katalogu działań podejmowanych w ramach leczenia osób uzależnionych. Sugestie te dotyczą podstawowych założeń leczenia takich jak np. konieczności starania się pacjentów o utrzymywanie abstynencji jako warunku terapii – być może warto upowszechnić programy uczące picia kontrolowanego, adresowane zwłaszcza pacjentów „wysoko funkcjonujących” (Connors i in., 2015, s. 132–134; Klingemann, 2013; Miller, Rollnick, 2010; Rosenberg, 2007), ponadto wprowadzenia innych, mniej dyrektywnych i konfrontujących modeli psychoterapii (Miller, 2013; Beck, 2007; Jaraczewska, 2009), a także innych form leczenia – na przykład wprowadzenia farmakoterapii nie jako leczenia uzupełniającego, ale podstawowego.

### **Sądowe zobowiązanie do leczenia odwykowego, przeciwaalkoholowego**

Sądowe zobowiązanie do leczenia odwykowego, przeciwaalkoholowego jest niezwykle trudną kwestią, zarówno z uwagi na koncepcję psychoterapii, której istotą jest dobrovolność, jak również skuteczność leczenia realizowanego pod przymusem. Przymus

najczęściej potęguje opór terapeutyczny. Można, zgodnie z ustawą, osobę zobowiązaną do leczenia siłą doprowadzić do placówki odwykowej, trudno jest jednak zakładać, że osoba znajdująca się w takiej sytuacji będzie leczyła się skutecznie. Prowadzący terapię również narażony jest na pozostawanie w sytuacji konfliktu. W dalszej części artykułu niektóre elementy owego konfliktu zostaną szerzej zanalizowane.

Podstawowym aktem prawnym dotyczącym leczenia osób uzależnionych od alkoholu, w tym szczegółowo regulującym kwestie zobowiązania sądowego do leczenia przeciwalkoholowego, jest „Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi” z dnia 26 października 1982 r., z późniejszymi poprawkami. Zgodnie z nią zobowiązać do leczenia odwykowego (na wniosek Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych) można osoby, które „w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od obowiązku zaspokajania potrzeb rodziny albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny”.

Zobowiązanie takie musi być poprzedzone badaniem przez biegłego, które powinno zawierać stwierdzenie przesłanki medycznej - uzależnienia oraz powinno wskazywać właściwy rodzaj leczenia. Nad wykonaniem zobowiązania często nadzór sprawuje wyznaczony przez sąd kurator.

Problem przymusu leczenia został dostrzeżony w orzecznictwie Sądu Najwyższego, który podkreśla szczególnie charakter i wyjątkowość sytuacji zobowiązania do leczenia, gdyż co do zasady leczenie (z uwagi na jego skuteczność) powinno być dobrowolne. (Postanowienie SN Sygn. akt I CSK 538/17)

### **Metodologia badania**

Biorąc pod uwagę złożoność omawianego problemu – sądowego zobowiązania osób uzależnionych do podjęcia leczenia przeciwalkoholowego, w zaprezentowanym poniżej pierwszym etapie badania skoncentrowano uwagę na poznaniu opinii dwóch grup profesjonalistów: 1) specjalistów i instruktorów terapii uzależnień oraz 2) specjalistów, którzy w ramach podejmowanej praktyki zawodowej świadczą między innymi pomoc (interwencyjną, konsultacyjną lub terapeutyczną) rodzinom osób uzależnionych poza leczeniem odwykowym. W dalszej kolejności zaplanowano badanie, którego celem będzie poznanie opinii kuratorów sądowych.

Sformułowano następujący problem badawczy:

W jaki sposób specjaliści i instruktorzy terapii uzależnienia, a także specjaliści świadczący pomoc rodzinom osób uzależnionych oceniają przepisy *Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* w zakresie zobowiązania do leczenia przeciwalkoholowego oraz jak oceniają realizację tego zobowiązania?

W badaniu wzięło udział 41 osób – 34 kobiety i 7 mężczyzn. Badani to: specjaliści – 20 osób i instruktorzy terapii uzależnień – 5 osób oraz specjaliści świadczący pomoc dzieciom i dorosłym żyjącym w rodzinach alkoholowych – 16 osób. Wśród specjalistów 3 osoby są biegłymi sądowymi i wydają opinie w sprawach o zobowiązanie do leczenia przeciwalkoholowego.

Badanie miało charakter sondażowy, posłużono się techniką ankiety i wywiadu fokusowego.

## Wyniki

Ocena przepisów Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w zakresie zobowiązania do leczenia przeciwalkoholowego

W pierwszej kolejności badani zostali poproszeni o ocenę własnej znajomości przepisów ustawy w omawianym zakresie. Większość respondentów oceniła swoją znajomość przepisów jako dobrą (41,46%). Kolejne pozycje zajęły odpowiedzi przeciętna 34,15% i niewielka 17,07% i tylko 7,32% badanych oceniło swoją znajomość ustawy jako bardzo dobrą. Istotnie statystycznie różnice pomiędzy ocenami pracowników placówek odwykowych i specjalistów zatrudnionych poza nimi ilustruje tabela 1.

Tabela 1. Ocena znajomości przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości

		Plac. odwykowa	Plac. inna	Razem
Bardzo dobra	Liczba	1	2	3
	% z kolumny	4,00%	12,50%	
	% z całości	2,44%	4,88%	7,32%
Dobra	Liczba	16	1	17
	% z kolumny	64,00%	6,25%	
	% z całości	39,02%	2,44%	41,46%
Przeciętna	Liczba	8	6	14
	% z kolumny	32,00%	37,50%	
	% z całości	19,51%	14,63%	34,15%
Niewielka	Liczba	0	7	7
	% z kolumny	0,00%	43,75%	
	% z całości	0,00%	17,07%	17,07%
Chi <sup>2</sup> Pearsona: 19,8345, df=3, p=,000184				

Źródło: Badanie własne.

Dobrą znajomość przepisów ustawy terapeuci wyjaśniają udziałem w szkoleniach z zakresu powyższej problematyki.

Badani proszeni o ocenę przepisów ustawy dotyczących orzekania i wykonania orzeczeń w zakresie zobowiązania sądowego w największym odsetku wskazali odpowiedź – przepisy są trafne w obszarze orzekania i nietrafne/niewystarczające w zakresie wykonywania orzeczeń (41,46% badanych), nieco mniejszy odsetek respondentów wskazał odpowiedź: przepisy są nietrafne i nieadekwatne do aktualnej sytuacji społecznej zarówno w obszarze orzekania jak i wykonywania orzeczeń (26,83% badanych). Tylko 4,88% badanych uznało, że przepisy są trafne i adekwatne do aktualnej sytuacji społecznej zarówno w obszarze orzekania jak i wykonywania orzeczeń, natomiast odpowiedź – przepisy są nietrafne/niewystarczające w obszarze orzekania i trafne w zakresie wykonywania orzeczeń wybrało 9,76% badanych, aż 17,07% badanych uchyliło się od wskazania odpowiedzi na to pytanie.

Badani surowo oceniają przepisy ustawy, szczególnie w zakresie realizacji zobowiązania do leczenia przeciwalkoholowego, tę część przepisów negatywnie ocenia aż 28 osób (ponad 68% badanych). Badani wskazują, że „postanowienia sądu są niezwykle trudne do egzekwowania i nie wpływają pozytywnie na chęć leczenia, a samo postanowienie nie równa się decyzji o podjęciu leczenia”.

Wydaje się, że wśród badanych dominuje przekonanie, iż sąd rodzinny wydając postanowienie, niejako przerzuca całą odpowiedzialność za powodzenie leczenia na osoby, które to postanowienie realizują.

Tabela 2. Ocena przepisów Ustawy w zakresie orzekania i wykonania orzeczeń dotyczących leczenia przymusowego

		Plac. odwykowa	Plac. inna	Razem
Brak odpowiedzi	Liczba	1	6	7
	% z kolumny	4,00%	37,50%	
	% z całości	2,44%	14,63%	17,07%
Trafne orzekanie /trafne wykonanie	Liczba	2	0	2
	% z kolumny	8,00%	0,00%	
	% z całości	4,88%	0,00%	4,88%
Trafne orzekanie /nietr. wykonanie	Liczba	13	4	17
	% z kolumny	52,00%	25,00%	
	% z całości	31,71%	9,76%	41,46%
Nietr. orzekanie /trafne wykonanie	Liczba	1	3	4
	% z kolumny	4,00%	18,75%	
	% z całości	2,44%	7,32%	9,76%
Nietr. orzekanie /nietr. wykonanie	Liczba	8	3	11
	% z kolumny	32,00%	18,75%	
	% z całości	19,51%	7,32%	26,83%
Chi <sup>2</sup> Pearsona: 12,2222, df=4, p=,015773				

Źródło: Badanie własne

Osoby badane proszone o wskazanie najważniejszych zmian dotyczących przepisów omawianej ustawy, które mogą przyczynić się do poprawy efektywności leczenia, sformułowały następujące postulaty: 1) Przepisy powinny być tak skonstruowane, aby osoby uzależnione miały możliwość ponoszenia konsekwencji nałogu „zmiana w zakresie wykonywania orzeczeń – konieczność ponoszenie przez uzależnionego konsekwencji prawnych oraz w ogóle ponoszenie konsekwencji nadużywania substancji przez uzależnionych”. 2) Jednocześnie badani wskazywali, że leczenie może być efektywne, jeżeli nie będzie formą opresji: „Zobowiązanie do leczenia powinno być formą motywowania do leczenia, a nie karania”. 3) Część badanych uznała, iż same przepisy ustawy powodują przewlekłość postępowania – „zbyt długie postępowanie, czasami powyżej roku”. 4) Szczególnie interesująco brzmiała propozycja obligatoryjnego udziału w leczeniu rodziny osoby uzależnionej: „Pomocą należy objąć całą rodzinę”.

W podsumowaniu można zauważyć zdroworozsądkowe podejście terapeutów do problemu sądowego zobowiązania do leczenia (jest to procedura obciążona licznymi wadami, jednak nieposiadająca alternatywnego rozwiązania). Dlatego terapeuci przede wszystkim koncentrowali uwagę na „naprawianiu” przepisów i nikt nie postulował likwidacji samego zobowiązania. W założeniach terapii strategiczno-strukturalnej podkreśla się znaczenie wskazywania pacjentowi konieczności dokonywania wyborów i ponoszenia za nie konsekwencji. Zobowiązanie sądowe realizację takiego podejście utrudnia. Wydaje się, że wybór między dobrowolnym a przymusowym podjęciem leczenia, dla osoby, która go nie chce jest nieistotny. W efekcie pacjent może też unikać przyjmowania odpowiedzialności za leczenie i nie ponosić konsekwencji sabotowania lub odmowy leczenia. Jeżeli np. pacjent notorycznie będzie naruszał kontrakt terapeutyczny, jego terapia zostanie przerwana. Sąd nie ma wobec takiej sytuacji narzędzi, które mógłby zastosować jako konsekwencję odmowy leczenia.

Warto przyrzeć się złożoności procedury nakładania zobowiązania do leczenia. Kolejne etapy to: 1) kierowanie spraw do komisji, 2) kierowanie przez komisję osoby uzależnionej na badanie przez biegłych, 3) oczekiwanie na opinię sporządzoną przez biegłych, 4) kierowanie na podstawie opinii biegłych wniosków o zobowiązanie do leczenia do sądu, 5) posiedzenie lub rozprawa sądowa, 6) czasem postępowanie odwoławcze i 7) oczekiwanie na miejsce w ośrodku (w przypadku postanowienia o leczeniu stacjonarnym). Te kolejne „elementy układanki” nasilają postawę oporu. Osoba uzależniona walczy na zewnątrz i uzbraja mechanizmy obronne wewnątrz. W tej sytuacji psychologiczne mechanizmy uzależnienia utrudniają alkoholikowi wyrażenie zgody na leczenie (Kobus, Breska 2003).

Ostatni postulat dotyczący objęcia pomocą całej rodziny jest zgodny z systemowym rozumieniem rodziny. Rodzina alkoholowa jest poważnie zagrożona dysfunkcyjnością. Wydaje się, że zmiana schematu dysfunkcyjnej adaptacji dorosłych do zachowań autodestrukcyjnych alkoholika – tak definiują współzależnienie Mellibruda

i Sobolewska (1997) – jest ważne zarówno jako inspiracja, jak i podtrzymanie zmian funkcjonowania całego systemu rodzinnego.

### 1. Ocena wykonania procedur związanych z orzekaniem zobowiązania

Badani proszeni o ocenę możliwości realizacji zadań przez Gminne Komisje Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w zakresie motywowania do terapii i kierowania wniosków do sądu o leczenie przeciwalkoholowe wybierali odpowiedzi: Komisje posiadają odpowiednie środki do realizacji stawianych im zadań (31,71% badanych) Posiadane przez komisje środki nie są w pełni wystarczające do realizacji stawianych im zadań (46,34% badanych) Komisje nie posiadają lub posiadają minimalne środki do realizacji stawianych im zadań (14,63%) trzy osoby nie zaznaczyły żadnej odpowiedzi na pytanie.

Tabela 3. Ocena środków posiadanych przez Gminne Komisje Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

		Plac. odwykowa	Plac. inna	Razem
Brak odpowiedzi	Liczba	1	2	3
	% z kolumny	4,00%	12,50%	
	% z całości	2,44%	4,88%	7,32%
Wystarczające	Liczba	12	1	13
	% z kolumny	48,00%	6,25%	
	% z całości	29,27%	2,44%	31,71%
Nie w pełni wystarczające	Liczba	11	8	19
	% z kolumny	44,00%	50,00%	
	% z całości	26,83%	19,51%	46,34%
Wystarczające minimalnie	Liczba	1	5	6
	% z kolumny	4,00%	31,25%	
	% z całości	2,44%	12,20%	14,63%
Chi <sup>2</sup> Pearsona: 11,3528, df=3, p=,009963				

Źródło: Badanie własne

Z kolei proszeni o ocenę możliwości wykonywania zadań stawianych biegłym opiniującym w sprawach o zobowiązanie do leczenia uzyskano odpowiedzi: posiadają odpowiednie środki do realizacji stawianych im zadań (39,02%) posiadane przez biegłych sądowych środki nie są w pełni wystarczające do realizacji stawianych im zadań (48,78%) i tylko 9,76% badanych uznało, że biegli sądowi nie posiadają lub posiadają minimalne środki do realizacji stawianych im zadań. Warto zauważyć istotne statystycznie różnice między badanymi grupami w ocenach dotyczących posiadanych środków zarówno przez komisje, jak i biegłych.



Tabela 4. Ocena środków posiadanych przez biegłych

		Plac. odwykowa	Plac. inna	Razem
Brak odpowiedzi	Liczba	0	1	1
	% z kolumny	0,00%	6,25%	
	% z całości	0,00%	2,44%	2,44%
Wystarczające	Liczba	14	2	16
	% z kolumny	56,00%	12,50%	
	% z całości	34,15%	4,88%	39,02%
Nie w pełni wystarczające	Liczba	10	10	20
	% z kolumny	40,00%	62,50%	
	% z całości	24,39%	24,39%	48,78%
Wystarczające minimalnie	Liczba	1	3	4
	% z kolumny	4,00%	18,75%	
	% z całości	2,44%	7,32%	9,76%
Chi <sup>2</sup> Pearsona: 9,83146, df=4, p=,043364				

Źródło: Badanie własne

Zapytano też respondentów o to, czy specjalista terapii uzależnień powoływany w charakterze biegłego sądowego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego, znajduje się w sytuacji konfliktowej. Na to pytanie uzyskano taką samą liczbę odpowiedzi twierdzących i przeczących (po 48,78%). Jedna osoba nie udzieliła żadnej odpowiedzi.

Ostatnie pytanie tej części ankiety dotyczyło przesłanek społecznych zawartych w art. 24 ustawy. Zapytano, czy fakt, że osoba w związku z nadużywaniem alkoholu „powoduje rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchyla się od obowiązku zaspokajania potrzeb rodziny albo systematycznie zakłóca spójność lub porządek publiczny” jest wystarczający do sądowego zobowiązania jej do leczenia przeciwoholowego. Uzyskano 80,49% odpowiedzi twierdzących, natomiast 19,51% badanych uznało powyższe przesłanki za niewystarczające.

Odnosząc się do pytania o możliwości realizacji zadań przez komisje, badani zwrócili uwagę na znaczną ilość kierowanych do niej wniosków, w stosunku do posiadanych przez nie środków: „zbyt mała ilość środków doprowadziła do selekcji tj. w pierwszej kolejności do sądu trafiają wnioski w sprawach rodziców niepełnoletnich” oraz możliwości ochrony rodziny przed skutkami nałogowego zachowania osoby uzależnionej: „priorytetem powinna być ochrona najbliższego otoczenia”. Ponadto badani zauważają, że biegli sądowi często nie posiadają wystarczającej dokumentacji potrzebnej do uzyskania pełnego obrazu sytuacji osoby opiniowanej: „często brak obiektywnych informacji dotyczących funkcjonowania osoby opiniowanej (dane są szczątkowe), bywa, że akta sprawy są niewystarczające do wydania opinii po badaniu, nie zawierają obiektywnych informacji o funkcjonowaniu opiniowanego”, dostrzegają też pewną niezręczność

w sporządzaniu opinii po jednorazowym badaniu: „to tylko jednokrotny kontakt z pacjentem”.

Podsumowując, można zauważyć, że badani dostrzegają trudności zarówno w niewystarczających środkach, którymi dysponują instytucje związane z orzekaniem zobowiązania, jak i w zakresie niedociągnięć systemowych – wydawanie opinii po jednorazowym badaniu, dostrzegają też konflikt związany z pełnieniem przez specjalistów psychoterapii uzależnień ról terapeuty i biegłego sądowego. Wydaje się, że niezwykle ważna jest akceptacja ze strony terapeutów ustawowo definiowanych czynników społecznych jako wystarczających przesłanek do wydawania postanowień o zobowiązaniu do leczenia.

## 2. Ocena wykonania procedur związanych z realizacją leczenia

W znakomitej większości (87,80% badanych) respondenci odpowiedzieli przecząco na pytanie: Czy zobowiązanie sądowe do leczenia przeciwalkoholowego jest skuteczną procedurą rozwiązywania problemów alkoholowych? Tylko 12,20% badanych udzieliło odpowiedzi twierdzącej. Natomiast 87,80% badanych udzieliło twierdzącej odpowiedzi na pytanie: Czy zobowiązanie sądowe do leczenia przeciwalkoholowego zwiększa opór osób uzależnionych przed leczeniem? W tym przypadku, adekwatnie 12,20% udzieliło odpowiedzi przeczącej. Tylko 21,95% badanych uważa, że zobowiązanie sądowe motywuje osoby uzależnione do terapii i utrzymywania abstynencji, aż 78,05% jest przeciwnego zdania.

Respondenci wypowiadali negatywne oceny dotyczące realizacji zobowiązania. Poruszali kwestie ekonomiczne – „zmarnowane pieniądze”, organizacyjne – „procedura trwa zbyt długo, nie zgłaszają się na leczenie, nie utrzymują abstynencji” i psychologiczne – często powoduje opór i negowanie terapii, najskuteczniejsze jest wzmocnienie motywacji do leczenia, osoba uzależniona postrzega je (zobowiązanie) jako opresję, są wściekli na system i postrzegają placówki odwykowe jako część systemu opresji. Jednocześnie powtarza się opinia o „braku alternatywy wobec zobowiązania”.

Na pytanie o to, czy zobowiązanie sądowe motywuje pacjentów do leczenia i abstynencji badani udzielali w większości odpowiedzi negatywnych: „słabo, raczej wzmocnia opór, wiele osób nie podejmuje terapii grupowej, jest traktowane jak kara więc demotywuje, terapia jako opresja”, pojawiła się jednak opinia, że w niektórych sytuacjach zobowiązanie może wywołać pozytywny skutek: „gdy mogą [pacjenci] ponieść konsekwencje odmowy leczenia (np. utracić dzieci)”.

Placówki leczenia uzależnień mają pewną swobodę dotyczącą organizacji procesu leczenia. Dotyczy to zarówno czasu trwania poszczególnych etapów terapii, ich intensywności, a także kwalifikowania pacjentów do poszczególnych grup terapeutycznych. W niektórych placówkach pacjenci sądowo zobowiązani do leczenia kierowani są w początkowych etapach leczenia do osobnych grup lub programów. Praca terapeutyczna w takiej grupie koncentruje się na pokonywaniu źródeł oporu i motywowaniu do

zmiany. Dominują procedury psychoedukacyjne, a zadania są pacjentom zadawane z dużą ostrożnością, tak aby nie nasilać w nich oporu i postaw obronnych. Znacznie częściej spotykamy się z sytuacją, w której pacjenci są wdrażani do terapii grupowej wraz z pacjentami dobrowolnie podejmującymi decyzję o terapii. Z obserwacji wynika, że często obecność w grupie pacjentów przymusowych negatywnie wpływa na pozostałe osoby. Dostrzega to znaczny odsetek (aż 56,10%) respondentów, 39,02% badanych jest przeciwnego zdania, a 4,88% badanych uchyliło się od udzielenia odpowiedzi na to pytanie. Respondenci wskazali, że „trudno pracować z osobami, które nie widzą problemu i oporują na grupie, nie kryją się ze swoją motywacją, niestosowaniem zasad i łamaniem abstynencji”, szczególnie gdy „widoczna jest negatywna różnica w postawie do leczenia i stosunku do choroby alkoholowej”. Respondenci zwracają też uwagę, że szczególne wyzwanie stanowi sytuacja, gdy „w grupie jest proporcjonalnie dużo takich osób”.

Wśród respondentów pojawiło się też spostrzeżenie, że „na terapię kierowane są osoby chętne”. Rzeczywiście, niezależnie od zobowiązania, pacjent podejmując leczenie powinien wyrazić na nie zgodę (przy uwzględnieniu wszystkich doświadczanych nacisków). W takim przypadku wydaje się, że nie ma sensu traktowanie oporu wynikającego ze zobowiązania sądowego w inny sposób jak oporu wynikającego z presji wywieranej przez rodzinę, pracodawcę, a nawet sytuację zdrowotną osoby leczącej się.

Kontynuując rozważania dotyczące organizacji grup terapeutycznych, zapytano respondentów, czy osoby sądownie zobowiązane do leczenia odwykowego powinny odbywać terapię w osobnych, specjalnie dla nich stworzonych grupach terapeutycznych.

Możemy zauważyć, że chociaż respondenci dostrzegają negatywny wpływ pacjentów przymusowych na pozostałe osoby leczące się, to jednak w większości nie chcą tworzenia dla nich osobnych grup. W tej sytuacji mamy do czynienia ze znacznym odsetkiem 65,85% badanych przeciwnych takiemu rozwiązaniu i w znacznie mniejszym procencie (31,71) je popierających. Jedna osoba nie udzieliła żadnej odpowiedzi na to pytanie. Badani dostrzegają ryzyko związane z dodatkową stygmatyzacją pacjentów „różnicuje to negatywnie pacjentów i dodatkowo deprecjonuje osoby w grupie; nie, z uwagi na stygmatyzację” ponadto dostrzegają również korzyści z prowadzenia terapii w jednej grupie, „osoby zmotywowane do leczenia mogą modelować korzystne zmiany myślenia i funkcjonowania” oraz formułują warunki dotyczące zachowania korzyści przy łączeniu grup: „Łączenie grup przynosi korzyści, ale osób zobowiązanych musi być mniej”. Respondenci dostrzegający pozytywny aspekt rozdzielania grup wskazują, że grupa dla osób sądownie zobowiązanych do leczenia sprawdziłaby się w początkowej fazie leczenia i niekoniecznie powinna być to grupa o charakterze psychoterapeutycznym: „Pierwszy etap, praca nad oporem, Byłaby to grupa motywacyjna nie terapeutyczna”.

Respondenci wskazali liczne zalecenia dotyczące realizacji zobowiązania sądowego do leczenia przeciwalkoholowego, mogące zwiększyć jego efektywność. Między innymi postulują zwiększenie dostępności programów motywujących oraz włączanie do tych procedur innych podmiotów zaangażowanych pośrednio w proces terapeutyczny „praca nad motywacją do podjęcia leczenia, motywowanie na etapie procedury sądowej, należy włączyć do motywowania inne instytucje np. lekarza rodzinnego, pomoc społeczną, duchownych, praca nad oporem, szukanie motywacji do leczenia”. Wydaje się, że postulat rozszerzenia oferty terapeutycznej dostępnej w podstawowym programie terapii uzależnienia również może przynieść wymierne korzyści. „Zwiększyć dostępność i intensywność terapii w kontakcie indywidualnym, utworzenie grup motywacyjnych, zmiana programu terapeutycznego”. Badani dostrzegają też niekorzystne konsekwencje długiego czasu trwania procedury sądowej: „Skrócić czas realizacji procedur (np. dotyczących zmiany postanowienia), tworzenie grup motywacyjnych w poradniach, przyspieszenie procedur zmiany postanowienia, kierować (pacjentów) bezpośrednio na terapię, a nie oczekiwać wyrażenia zgody”.

Warto też zaznaczyć, że w ocenach wykonania procedur związanych z realizacją leczenia przymusowego przeciwalkoholowego nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi grupami.

### 3. Ocena współpracy między podmiotami kierującymi, wykonującymi i nadzorującymi wykonanie postanowień o zobowiązaniu sądowym do leczenia przeciwalkoholowego

Na zakończenie badania poproszono respondentów o ocenę współpracy pomiędzy specjalistami a podmiotami wnioskującymi o leczenie (rodziny, pomoc społeczna, policja), sądem rodzinnym i kuratorami. We wszystkich kategoriach dominują niskie oceny (dostateczne lub niedostateczne). Współpracę z podmiotami wnioskującymi o leczenie bardzo dobrze ocenia tylko jeden respondent, a dobrze niewielki odsetek badanych (17,07%). Ocenę dostateczną wybrało 41,46%, a niedostateczną 31,71%. Istotne statystycznie różnice w ocenach między grupami ilustruje tabela nr 5.

Zdecydowanie najgorzej badani oceniają współpracę z sądem rodzinnym. Żaden z badanych nie ocenił tej współpracy jako bardzo dobrej, 26,83% respondentów ocenia ją jako dobrą, 29,27% jako dostateczną i aż 39,02% jako niedostateczną. Poniższa tabela nr 6 istotne statystycznie różnice w ocenach między grupami badanych.

Na tym tle nieco lepiej badani oceniają współpracę z kuratorami sądowymi. Jedna osoba badana oceniła ją jako bardzo dobrą, 31,71% jako dobrą, 34,15% jako dostateczną i 26,83% jako niedostateczną. W tym pytaniu dwie osoby nie udzieliły żadnej odpowiedzi. W ocenach współpracy z kuratorami sądowymi nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi grupami.

Tabela 5. Ocena współpracy z podmiotami wnioskującymi o leczenie

		Plac. odwykowa	Plac. inna	Razem
Brak odpowiedzi	Liczba	0	3	3
	% z kolumny	0,00%	18,75%	
	% z całości	0,00%	7,32%	7,32%
Bardzo dobrze	Liczba	1	0	1
	% z kolumny	4,00%	0,00%	
	% z całości	2,44%	0,00%	2,44%
Dobrze	Liczba	7	0	7
	% z kolumny	28,00%	0,00%	
	% z całości	17,07%	0,00%	17,07%
Dostatecznie	Liczba	11	6	17
	% z kolumny	44,00%	37,50%	
	% z całości	26,83%	14,63%	41,46%
Niedostatecznie	Liczba	6	7	13
	% z kolumny	24,00%	43,75%	
	% z całości	14,63%	17,07%	31,71%
Chi <sup>2</sup> Pearsona: 11,1071, df=4, p=,025386				

Źródło: Badanie własne

Tabela 6. Ocena współpracy z sądem rodzinnym

		Plac. odwykowa	Plac. inna	Razem
Brak odpowiedzi	Liczba	0	2	2
	% z kolumny	0,00%	12,50%	
	% z całości	0,00%	4,88%	4,88%
Bardzo dobrze	Liczba	0	0	0
	% z kolumny	0,00%	0,00%	
	% z całości	0,00%	0,00%	0,00%
Dobrze	Liczba	10	1	11
	% z kolumny	40,00%	6,25%	
	% z całości	24,39%	2,44%	26,83%
Dostatecznie	Liczba	6	6	12
	% z kolumny	24,00%	37,50%	
	% z całości	14,63%	14,63%	29,27%
Niedostatecznie	Liczba	9	7	16
	% z kolumny	36,00%	43,75%	
	% z całości	21,95%	17,07%	39,02%
Chi <sup>2</sup> Pearsona: 8,02470, df=3, p=,045504				

Źródło: Badanie własne

Reasumując tę część badania, nie sposób nie zauważyć, że każda z grup zaangażowanych w procedurę zobowiązania sądowego do leczenia przeciwalkoholowego, realizuje zadania, które w pewnych okolicznościach mogą pozostawać ze sobą w konflikcie. Aby móc przezwyciężyć trudności we wzajemnej współpracy, potrzeba dialogu i gotowości do uelastycznienia postaw zarówno wobec innych specjalistów, jak i wobec osób uzależnionych.

### Podsumowanie

W zaprezentowanym komunikacie przedstawiono wstępne wyniki badania dotyczące oceny procedury wnioskowania, orzekania i wykonywania orzeczeń w zakresie sądowego zobowiązania osób uzależnionych od alkoholu do leczenia odwykowego. Powyżej zaprezentowano opinie specjalistów udzielających świadczeń zarówno w lecznictwie odwykowym, jak i poza nim. Badani wystawili surowe oceny przepisom regulującym procedurę leczenia przymusowego, orzekaniu, wykonywaniu orzeczeń, a także współpracy między podmiotami zaangażowanymi w realizację zadań na różnych etapach omawianego postępowania. Wydaje się, że surowe oceny wynikają nie tylko z uchybień proceduralnych, organizacyjnych czy czysto ludzkich, ale też z pewnej niezręczności samej koncepcji leczenia przymusowego. Badani w większości godzą się z koniecznością istnienia tego rozwiązania, jednak doświadczają pewnej bezradności własnej (w pracy nad motywowaniem do leczenia, budowaniem i podtrzymywaniem „sojuszu terapeutycznego”) oraz systemowej. Konieczne jest więc prowadzenie dalszej refleksji i badań nad poprawianiem procedur i zwiększaniem efektywności realizacji sądowego zobowiązania do leczenia przeciwalkoholowego osób uzależnionych.

### BIBLIOGRAFIA

1. Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., Lisese, B.S. (2007). *Terapia poznawcza uzależnień*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
2. Breska, R. (2018). Nowe wymagania dotyczące kompetencji pedagoga resocjalizacyjnego w zakresie pracy psychokorekcyjnej z osobami uzależnionymi. *Colloquium Edukacja – Polityka – Historia*, 4, 21–36.
3. Cierpiałkowska, I. (red.). (2008). *Oblicza współczesnych uzależnień*. Poznań: PARPAMEDIA.
4. Cierpiałkowska, I., Chodkiewicz, J. (2020). *Uzależnienie od alkoholu. Oblicza problemu*. Warszawa: PWN.
5. Connors, G.J., DiClemente, C.C., Velasquez, M.M., Donovan, D.M. (2015). *Etapy zmiany w terapii uzależnień. Wybór i planowanie strategii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
6. Czabała, Cz., Kaczmarczyk, I. (2012). Psychoterapia w lecznictwie uzależnień. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 2, 3–6.
7. Głowik, T. (2008). Ewaluacja terapii. *Terapia uzależnienia i współuzależnienia*, 1, 9–12.
8. Jaraczewska, I. (2009) Skuteczność terapii motywującej w redukcji problemów alkoholowych. Przegląd badań. *Alkoholizm i Narkomania*, 2, 129–141.

9. Klingemann, J. (2013). Picie kontrolowane a strategie redukcji szkód w odniesieniu do alkoholu. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 3, 5–8.
10. Kobus, M., Breska, R. (2003). Ocena efektywności zobowiązania sądowego do leczenia odwykowego przeciwałkoholowego. W: D. Rybczyńska (red.). *Ciągłość i zmiana w obszarze profilaktyki społecznej i resocjalizacji* (489–499). Kraków: Impuls.
11. Kucińska, M., Mellibruda, J. (1997). Sposób używania alkoholu po zakończeniu lub przerwaniu terapii uzależnienia pacjentów uczestniczących w programie Analiza i przebieg efektów terapii alkoholików. *Alkoholizm i Narkomania*, 3, 373–387.
12. Kurza, K. (2005) Sądowe (o)trzeźwienie. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 1, (19–22).
13. Mellibruda, J. (1997). Strategiczno-strukturalna psychoterapia uzależnienia. *Alkoholizm i Narkomania*, 3, 307–324.
14. Mellibruda, J., Sobolewska-Mellibruda, Z. (2006). *Integracyjna psychoterapia uzależnień*. Warszawa: IPZ.
15. Mellibruda, J., Sobolewska, Z. (1997) Koncepcja i terapia współuzależnienia. *Alkoholizm i Narkomania*, 3, 421–430.
16. Miller, P. M. (red.). (2013). *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
17. Miller, R.M., Forcehimes, A. A., Zweben, A. (2014). *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
18. Miller, W.R., Rollnick, S. (2010). *Wywiad motywujący. Jak przygotowywać ludzi do zmiany*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
19. Monti, P.M., Abrams, D.B., Kadden R.M., Cooney N.L. (1994). *Psychologiczna terapia uzależnienia od alkoholu*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
20. Opora, R., Breska, R. (2018). Charakterystyka pacjentów przerywających stacjonarną terapię uzależnień uzyskana na podstawie analizy dokumentów medycznych. *Studia Paedagogica Ignatiana*, 1, 199–218.
21. Rosenberg, H. (2007) Teoretyczne wyjaśnienia picia kontrolowanego. *Alkoholizm i Narkomania*, 1, 45–54.
22. Woronowicz, B.T. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Poznań: PARPAMEDIA.