

Rodzina w systemie wsparcia i pomocy osobom z problemem alkoholowym

pod redakcją

Diany Müller-Siekierskiej
Justyny Ratkowskiej-Pasikowskiej
Karoliny Walczak-Człapińskiej



Rodzina w systemie wsparcia i pomocy osobom z problemem alkoholowym



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

Rodzina w systemie wsparcia i pomocy osobom z problemem alkoholowym

pod redakcją

Diany Müller-Siekierskiej
Justyny Ratkowskiej-Pasikowskiej
Karoliny Walczak-Człapińskiej



Diana Müller-Siekierska, Justyna Ratkowska-Pasikowska, Karolina Walczak-Człapińska
– Uniwersytet Łódzki, Wydział Nauk o Wychowaniu, Pracownia Pedagogiki Specjalnej
91-408 Łódź, ul. Pomorska 46/48

RECENZENT
Wanda Kamińska

REDAKTOR INICJUJĄCY
Urszula Dzieciatkowska

OPRACOWANIE REDAKCYJNE
Zuzanna Hejniak

SKŁAD I ŁAMANIE
AGENT PR

KOREKTA TECHNICZNA
Leonora Gralka

PROJEKT OKŁADKI
Katarzyna Turkowska

Zdjęcie wykorzystane na okładce: © Depositphotos.com/chupi

© Copyright by PARPA, Łódź 2020
© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2020

Zadanie „Wspieranie badań naukowych w obszarze problemów wynikających z używania alkoholu”
finansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
Wydanie I. W.09394.19.0.K

Ark. wyd. 13,8; ark. druk. 12,625

Egzemplarz bezpłatny

ISBN 978-83-8142-800-2
e-ISBN 978-83-8142-801-9

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
90-131 Łódź, ul. Lindleya 8
www.wydawnictwo.uni.lodz.pl
e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl
tel. (42) 665 58 63

Spis treści

Wprowadzenie	7
Alkoholizm w rodzinie	11
Ewa Baruk-Dzięcioł, <i>Nadużywanie alkoholu przez członka rodziny jako czynnik modelujący językowy obraz świata osób dorosłych</i>	13
Agnieszka Chemperek, <i>Strategie rozwiązywania konfliktów stosowane przez żony mężczyzn uzależnionych od alkoholu</i>	25
Karol Łukowski, <i>Profilaktyka dla rodzin z problemem alkoholowym</i>	39
Instytucje wsparcia osób i rodzin z problemem uzależnienia od alkoholu	51
Justyna Badziak, <i>Przeciwdziałanie problemom alkoholowym w świetle ustawy z 26 października 1982 r. O postępowaniu w sprawach nieletnich. Zagadnienia wybrane</i>	53
Aleksandra Partyk, <i>Powodowanie rozkładu pożycia rodzinnego jako podstawa zobowiązania do podjęcia leczenia odwykowego przeciwalkoholowego – w świetle orzecznictwa sądowego</i>	69
Agata Matysiak-Błaszczak, Barbara Jankowiak, <i>Więzienne macierzyństwo kobiet z problemem alkoholowym</i>	83
Gabriela Dobińska, Angelika Cieślukowska-Ryczko, <i>Strategie pracy z rodzicami osób uzależnionych od alkoholu. Perspektywa profesjonalistów</i>	97
Błażej Kmiecik, <i>Przymus leczenia osób uzależnionych od alkoholu: perspektywa dylematów prawno-etycznych</i>	117
Społeczna recepcja rodziny z problemem uzależnienia od alkoholu	133
Sławomir Chrost, <i>Duchowość w procesie zdrowienia alkoholików</i>	135
Michał Soćko, <i>Prawo do obrony w ramach procedury „Niebieskie Karty”</i>	149
Refleksje wokół badań	163
Gabriela Dobińska, Karolina Walczak-Człapińska, <i>Metodologiczno-etyczne aspekty prowadzenia badań fokusowych z udziałem przedstawicieli instytucjonalnego systemu wsparcia dla rodzin z problemem alkoholowym</i>	165

Katarzyna Okólska, <i>Wybrane trudności w badaniach terenowych i sposoby (zaistniale i możliwe) zabezpieczania się przed nimi na przykładzie badań z udziałem rodziców dorosłych dzieci uzależnionych od alkoholu oraz przedstawicieli instytucji leczenia i wsparcia społecznego</i>	179
Głosy w dyskusji nad systemem wsparcia	189
Michał Gluzek, <i>Znaczenie ewaluacji w procesie działań pomocowych na rzecz osób z problemem alkoholowym</i>	191
Wioletta Józwiak-Majchrzak, <i>Wsparcie matek w trudnej sytuacji życiowej w Domu Samotnej Matki w Łodzi</i>	197

Wprowadzenie

*Piliśmy, aby zyskać wolność, a staliśmy się niewolnikami.
Piliśmy, aby osiągnąć szczęście, a staliśmy się nieszczęśliwi.
Piliśmy, aby zdobyć przyjaźń, a zyskaliśmy wrogów.
Piliśmy, aby zapomnieć, a to niechciane stale do nas wraca.
Piliśmy, aby się bawić, a wpadliśmy w przygnębienie.
Piliśmy, aby pozbyć się problemów, a pomnożyliśmy je.*

Wanda Sztander
Poza kontrolą (2006)

Oddajemy do rąk czytelników publikację dotyczącą szeroko pojętego problemu związanego z uzależnieniem od alkoholu. Prezentowana książka jest pokłosiem ogólnopolskiej konferencji naukowej zatytułowanej „Rodzina w systemie wsparcia społecznego i pomocy osobom z problemem alkoholowym” zorganizowanej przez Pracownię Pedagogiki Specjalnej na Wydziale Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Łódzkiego w dniu 23 maja 2019 roku. Celem konferencji było stworzenie przestrzeni pozwalającej na wymianę doświadczeń przedstawicieli środowiska naukowego, instytucji publicznych i organizacji pozarządowych zajmujących się wsparciem rodziny z problemem uzależnienia od alkoholu. Wyodrębnione zostały trzy główne obszary, wokół których toczyła się dyskusja: I. Alkoholizm w rodzinie; II. Instytucje wsparcia osób i rodzin z problemem uzależnienia od alkoholu; III. Społeczna recepcja rodziny z problemem uzależnienia od alkoholu.

Część *Alkoholizm w rodzinie* poświęcona była zagadnieniom związanym z nadużywaniem alkoholu w rodzinie, jak i działaniom pomocowym wobec oraz na rzecz osób tego potrzebujących. Druga część z kolei dotyczyła przeciwdziałania problemom związanym z uzależnieniem od alkoholu oraz wszelkim zabiegom związanym ze wsparciem osób i rodzin z problemem alkoholowym. Trzecia część natomiast dotyczyła wsparcia, relacji, profilaktyki, to znaczy szeroko poruszała problem społecznej recepcji problemów związanych z nadużywaniem alkoholu. Każdy wymiar problemu został ujęty w osobnym rozdziale książki.

Część pierwszą otwiera artykuł Ewy Baruk-Dzięcioł *Nadużywanie alkoholu przez członka rodziny jako czynnik modelujący językowy obraz świata osób dorosłych*. Autorka próbuje nakreślić, w jaki sposób „obecność uzależnienia od alkoholu

w środowisku rodzinnym wpływa na sposób postrzegania i interpretowania otaczającej rzeczywistości przez pozostałych jej członków”. Kolejnym artykułem jest tekst Agnieszki Chemperek *Strategie rozwiązywania konfliktów stosowane przez żony mężczyzn uzależnionych od alkoholu*, w którym to Autorka traktuje strategie rozwiązywania konfliktów „jako jeden z wyznaczników sposobów adaptacji do sytuacji rodzinnej, które są zmienną określającą prezentowany możliwy wzorec współzależnienia, który nie jest jednolitym schematem”. Tę część kończy artykuł Karola Łukowskiego zatytułowany *Profilaktyka dla rodzin z problemem alkoholowym*. W artykule tym Autor wskazuje na „zakres możliwości, z których może skorzystać rodzina, a także jakie warunki do zmiany stwarza profilaktyka, jakie daje korzyści i jakiej dostarcza wiedzy”.

W części drugiej znajduje się pięć artykułów. Justyna Badziak w artykule *Przeciwdziałanie problemom alkoholowym w świetle ustawy z dn. 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich – zagadnienia wybrane przede wszystkim koncentruje swoje refleksje wokół ustawy o postępowaniach w sprawach nieletnich i stawia pytanie o „miejsce środków przewidzianych na gruncie polskiego postępowania z nieletnimi w systemie wsparcia społecznego i pomocy osobom z problemem alkoholowym”*. Artykuł Aleksandry Partyk *Powodowanie rozkładu pożycia rodzinnego jako podstawa zobowiązania do podjęcia leczenia odwykowego przeciwalkoholowego – w świetle orzecznictwa sądowego*, traktuje o przymusowym leczeniu. Autorki – Agata Matysiak-Błaszczuk i Barbara Jankowiak – w tekście *Więzienne macierzyństwo kobiet z problemem alkoholowym* skupiają się na macierzyństwie w warunkach izolacji więziennej, włączając w to także kwestie uzależnienia od alkoholu. Z kolei Gabriela Dobińska i Angelika Cieślukowska-Ryczko w artykule *Strategie pracy z rodzicami osób uzależnionych od alkoholu. Perspektywa profesjonalistów* próbują dokonać deskrypcji doświadczeń zawodowych tzw. ekspertów/profesjonalistów, do których zaliczają: pracowników socjalnych, terapeutów, lekarzy. Stawiają także pytanie: „Jakie strategie pracy z rodzicami osób uzależnionych od alkoholu obierają badani profesjonaliści?”. Drugą część kończy artykuł Błażeja Kmiecika o *Przymusowym leczeniu osób uzależnionych od alkoholu: perspektywa dylematów prawnie-etycznych*. Autor tego artykułu pisze, że „w Polsce przymus leczenia szpitalnego dotyczący osób uzależnionych (poza wyjątkami) można stosować wyłącznie wobec osób, u których wykryto zespół zależności alkoholowej”.

Część trzecia zatytułowana *Spółeczna recepcja problemów rodziny związanej z problemem uzależnienia od alkoholizmu* zawiera dwa teksty. Pierwszy, Sławomira Chrosta o *Duchowości w procesie zdrowienia alkoholików* „jest próbą odpowiedzi na pytania: Jak alkoholicy pojmują duchowość?, Czy i jak zmienia się duchowość osób uzależnionych od alkoholu w trakcie leczenia? Czy i jak duchowość oddziałuje na proces zdrowienia tych osób?” Z kolei Michał Soćko w artykule *Prawo do obrony w ramach procedury „Niebieskie Karty”* podejmuje się „analizy możliwości obrony podejmowanej w ramach procedury «Niebieskie Karty» przez osobę podejrzaną o stosowanie przemocy w rodzinie”.

Redaktorki zdecydowały się włączyć do publikacji także część poświęconą refleksji nad badaniami, co stanowi ważny element, bo związany jest z gromadzeniem materiału empirycznego będącego częścią projektu realizowanego

przez zespół badawczy z Pracowni Pedagogiki Specjalnej na Wydziale Nauk o Wychowaniu. Zadanie to finansowane jest ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020. W części *Refleksja wokół badań* znajdują się dwa teksty. Gabriela Dobińska i Karolina Walczak-Człapińska w artykule *Metodologiczno-etyczne aspekty prowadzenia badań fokusowych z udziałem przedstawicieli instytucjonalnego systemu wsparcia dla rodzin z problemem alkoholowym* za cel stawiają sobie „refleksję nad dylematami o charakterze etyczno-metodologicznym, których doświadczyły jako badaczki w trakcie planowania oraz realizacji badań fokusowych z udziałem przedstawicieli instytucjonalnego systemu wsparcia dla rodzin z problemem alkoholowym”. Katarzyna Okólska w artykule pt. *Wybrane dylematy etyczne, metodologiczne i praktyczne w realizacji badań jakościowych z udziałem rodziców dorosłych dzieci uzależnionych od alkoholu oraz przedstawicieli instytucji pomocowych dla osób z problemem alkoholowym* próbuje dokonać deskrypcji dylematów związanych z prowadzeniem badań jakościowych w kontekście zagadnień związanych z uzależnieniem od alkoholu.

Istotną częścią książki są również tak zwane *Głos(y) w dyskusji nad systemem wsparcia rodzin z problemem alkoholowym*. W tej części pojawiają się dwa teksty: Michała Gluzka *Znaczenie ewaluacji w procesie działań pomocowych na rzecz osób z problemem alkoholowym* i Wioletty Jóźwiak-Majchrzak *Wsparcie matek w trudnej sytuacji życiowej w Domu Samotnej Matki w Łodzi*.

Zaprezentowane części i zagadnienia w nich poruszane stanowią z pewnością ważną, przenikającą się wzajemnie refleksję nad problematyką uzależnienia. Książka zbiera artykuły stanowiące pokłosie debat podczas wspomnianej wyżej konferencji i staje się tym samym rodzajem „głośnego myślenia” (Witkowski, 2015, s. 21).

Redaktorki książki
Diana Müller-Siekierska
Justyna Ratkowska-Pasikowska
Karolina Walczak-Człapińska

Bibliografia

- Witkowski L. (2015), *Wartościowanie i normatywność: uwagi w poszukiwaniu narracji problematyzującej kwestie podstawowe*, [w:] M. Jaworska-Witkowska (red.), *Wartościowanie w humanistyce. Normatywność, cynizm, ewaluowanie w pedagogice i edukacji*, Adam Marszałek, Toruń, s. 21–31.

Alkoholizm w rodzinie

Nadużywanie alkoholu przez członka rodziny jako czynnik modelujący językowy obraz świata osób dorosłych

Alcohol abuse by a family member as a factor modelling the linguistic image of the adult world

Abstrakt

Nadużywanie alkoholu przez członka rodziny jest jednym z czynników sprzyjających powstawaniu jej dysfunkcji. Obecność tego problemu w środowisku rodzinnym wpływa deformująco na sposób postrzegania i interpretowania otaczającej rzeczywistości przez pozostałych jej członków. Stąd kształtujący się w ich świadomości obraz własnej osoby i otaczającego świata jest często nieadekwatny i zafałszowany.

Celem zrealizowanych badań było określenie zawartości zarówno językowego prototypu *nałogu*, jak i językowego prototypu *alkoholizmu* u osób dorosłych, w których rodzinie obecny jest problem nadużywania alkoholu. Nasuwa się więc pytanie, czy nadużywanie alkoholu przez członka rodziny może warunkować zawartość językowego prototypu *nałogu* i językowego prototypu *alkoholizmu*, które ukształtowały się w świadomości osób dorosłych pochodzących z rodzin obciążonych tym problemem?

Odpowiedzi na to pytanie można szukać w wynikach eksperymentu asocjacyjnego przeprowadzonego wśród osób wywodzących się z rodzin dotkniętych problemem nadużywania alkoholu oraz bez tego problemu z wykorzystaniem słów-bodźców *nałóg* i *alkoholizm*.

Udało się zauważyć, że językowy prototyp *nałogu* jest zbieżny zarówno ze względu na zakres znaczeniowy u respondentek z poszczególnych grup, jak i pozycje rangowe zajmowane przez asocjacje go wypełniające. Jednakże konkretne skojarzenia osiągnęły odmienną częstość użycia w poszczególnych grupach respondentek. Wskazuje to na różne odczuwanie przez nie istotności poszczególnych elementów w językowym obrazie *nałogu*. Okazało się też, że językowy prototyp *alkoholizmu* ma zbliżony zakres znaczeniowy. Jednakże asocjacje go budujące osiągnęły nie tylko odmienną częstość użycia, ale i zajęły odmienne pozycje rangowe u respondentek z poszczególnych grup.

Podsumowując, można stwierdzić, że *nałóg* i *alkoholizm* są takimi elementami językowego obrazu świata, które są uwarunkowane przez oddziaływania społeczno-kulturowe i edukacyjne.

Słowa kluczowe: językowy obraz świata, rodzina, nadużywanie alkoholu, eksperyment asocjacyjny

Wprowadzenie

Nadużywanie alkoholu przez członka rodziny jest jednym z istotnych czynników sprzyjających powstawaniu dysfunkcji środowiska rodzinnego (Kałdon, 2015, s. 95; Zalas, 2011, s. 285; Miśkowicz, 2013, s. 117–118; Młyński, 2012, s. 133). Dzieje się tak z tego względu, że w rodzinie dotkniętej problemem alkoholowym

brakuje właściwych wzorów kontaktów interpersonalnych, często natomiast obecna jest wzajemna wrogość oraz konflikty połączone z agresją i przemocą (Cudak, 2011, s. 11–12; Kałdon, 2015, s. 97; Zalas, 2011, s. 292). Stąd osoby wywodzące się z rodzin dotkniętych problemem nadużywania alkoholu często przejawiają zachowania i stosują modele relacji interpersonalnych, które są efektem traumatycznych doświadczeń życia rodzinnego (Kałdon, 2015, s. 102; Zalas, 2011, s. 294).

W rodzinie dotkniętej problemem nadużywania alkoholu istotnemu zaburzeniu ulegają sposoby percypowania i interpretowania rzeczywistości przez jej członków. Osoby wywodzące się z takich rodzin posiadają więc często nieadekwatny i zafałszowany obraz nie tylko własnych doświadczeń i odczuć, ale również obraz otaczającego świata (Kałdon, 2015, s. 97–98). Stąd celem zrealizowanych badań empirycznych było określenie zawartości zarówno językowego prototypu¹ *nałogu*, jak i językowego prototypu *alkoholizmu* u osób dorosłych, w których rodzinie jest obecny problem nadużywania alkoholu. Rodzi się tutaj pytanie, czy nadużywanie alkoholu przez członka rodziny może modelować zawartość językowego prototypu *nałogu* i językowego prototypu *alkoholizmu*, które ukształtowały się w świadomości dorosłych członków ich rodzin? Prawdopodobne wydaje się to, że obecność w środowisku rodzinnym problemu alkoholowego jest czynnikiem modelującym zawartość zarówno prototypu *nałogu*, jak i prototypu *alkoholizmu*, które powstały w świadomości osób dorosłych, a zostały wyrażone na płaszczyźnie ich języka.

Obraz świata jest systemem wiedzy o świecie, który kształtuje się w procesie gromadzenia i interpretowania informacji pochodzących nie tylko z przekazów społeczno-kulturowych, ale również z bezpośredniego doświadczenia poznawczego (Rudkowska, 1998, s. 312). Językowy obraz świata jest zestawem sądów, które są utrwalone poprzez język i szczególnie obecne w znaczeniach wyrazów (Bartmiński, 2012, s. 66). Stanowi on „potoczną interpretację rzeczywistości z punktu widzenia przeciętnego użytkownika języka, oddaje jego mentalność, odpowiada jego punktowi widzenia i jego potrzebom” (Bartmiński, 2012, s. 14). Istotne jest również to, że „język odzwierciedla hierarchie wartości oraz systemy znaczeń, umożliwia dostęp do świata i poznanie go w sposób już z góry określony, bo zawiera model świata (światów) i sprawia, że model ten (modele) kształtuje [...] widzenie świata (światów) i wpływa na jego (ich) obraz. Język oddziałuje na zachowania społeczne, organizując i regulując je oraz sterując nimi [...]. Język służy wreszcie do weryfikowania i kodyfikowania treści kulturowych” (Anusiewicz, Dąbrowska i Fleischer, 2000, s. 20).

J. Ożdżyński jest zdania, iż rola języka i kultury nie ogranicza się jedynie do „fotograficznego odbicia” rzeczywistości. Ich zadaniem jest modelowanie, współtworzenie i projektowanie świata zgodnie z możliwościami percepcyjnymi człowieka (Ożdżyński, 1995, s. 32). Stąd językowy obraz świata można traktować jako sposób wniesienia do języka nie tylko doświadczenia poznawczego, ale również wyobrażanej i przeżytej przez jego użytkowników rzeczywistości (Maćkiewicz, 1999, s. 193–194).

¹ R. Jedliński uważa, iż „prototyp obejmuje [...] reprezentację charakterystycznych cech posiadanych przez desygnaty czy egzemplarze pojęcia” (Jedliński, 2000, s. 44–45).

Z badań nad językowym obrazem nałogu i alkoholizmu

Przywołane badania zostały przeprowadzone w marcu 2019 r. z wykorzystaniem eksperymentu asocjacyjnego. Jest to jedna z metod umożliwiających rekonstrukcję językowego obrazu świata respondentów. Dzięki niemu „istnieje możliwość dotarcia do konceptualnych systemów badanych osób poprzez analizę materiału językowego, uzyskanego w wyniku badań” (Grabska, 2000, s. 335).

Wyróżnia się dwa typy eksperymentu asocjacyjnego. Pierwszy z nich to swobodny eksperyment asocjacyjny, który ma charakter otwarty. Zadaniem respondentów jest podanie tych reakcji werbalnych, które skojarzą się im z zaprezentowanym słowem-bodźcem. Kolejnym typem eksperymentu asocjacyjnego jest kierowany eksperyment asocjacyjny, w którym reakcje słowne respondentów precyzuje dodatkowa instrukcja.

Metoda eksperymentu asocjacyjnego łączy się z czterodzielną klasyfikacją technik stosowanych w jego obrębie. Należy do nich kojarzenie swobodne jednorazowe, kojarzenie swobodne ciągłe, a także kojarzenie kierowane jednorazowe i kojarzenie kierowane ciągłe. Kojarzenie swobodne jednorazowe polega na wymienieniu przez respondentów dowolnego słowa, które skojarzy im się z prezentowanym bodźcem werbalnym, przy czym istotny jest czas tej reakcji. Kojarzenie jednorazowe kierowane podobne jest do poprzedniego, ale zawiera instrukcję precyzującą reakcję słowną osoby badanej. Kojarzenie ciągłe swobodne dotyczy podania przez respondenta ciągu dowolnych słów w określonym czasie. Z kolei przy kojarzeniu ciągłym kierowanym ten łańcuch reakcji werbalnych ogranicza konkretna instrukcja (Woodworth i Schlosberg, 1963, s. 81–84).

Do przeprowadzenia badań zastosowano eksperyment skojarzeniowy w wersji swobodnej ciągłej. Słowami-bodźcami były *nałóg* i *alkoholizm*. Badania miały charakter pisemny, a czas ich trwania wynosił około 10 minut. Narzędzie badawcze skonstruowano w ten sposób, że respondenci musieli wymienić najpierw swoje skojarzenia ze słowem *nałóg*, dopiero później był eksponowany kolejny bodziec werbalny – *alkoholizm*. Następnie zebrano informacje o ewentualnym nadużywaniu alkoholu przez członków ich rodziny (m.in. przez rodziców, dziadków lub dalszych krewnych i powinowatych).

Badania zrealizowano wśród studentek pedagogicznych kierunków studiów. Udało się wyodrębnić wśród nich grupę osób, których rodziny nie były dotknięte problemem nadużywania alkoholu (B) oraz grupę respondentek, w których rodzinie pojawiły się osoby go nadużywające (A). Badaniami objęto łącznie 92 osoby, w tym z rodzin z dotkniętych problemem nadużywania alkoholu – 44 (47,83% wszystkich respondentek), zaś z rodzin bez takiego problemu – 48 (52,17%). Uzyskanie równolicznych grup – w warunkach akademickich – okazało się trudne do zrealizowania.

Istotną kwestią była weryfikacja założenia o możliwości istnienia związku pomiędzy zawartością językowego prototypu *nałogu* i językowego prototypu *alkoholizmu* respondentek a faktem nadużywania alkoholu przez członków ich rodzin.

Metodą statystyczną, która została wykorzystana przy analizie materiału badawczego, było obliczenie średniej arytmetycznej asocjacji wymienionych przez

przeciętną respondentkę z każdej z grup. Dokonano tego oddzielnie w odniesieniu do materiału leksykalnego uzyskanego w związku z ekspozycją poszczególnych słów bodźcowych. Następnie obliczono wartość wskaźnika różnicującego (Wr) te średnie.

W tabeli 1 zaprezentowano dane liczbowe charakteryzujące otrzymany materiał badawczy.

Tabela 1. Zestawienie danych liczbowych charakteryzujących uzyskany materiał leksykalny

grupa respondentów	liczba osób	liczba asocjacji		średnia arytmetyczna asocjacji		
		<i>nałóg</i>	<i>alkoholizm</i>	<i>nałóg</i>	<i>alkoholizm</i>	Wr
B	48	320	288	6,67	6,00	0,67
A	44	264	260	6,00	5,91	0,09
Razem	92	584	548	Wr = 0,67	Wr = 0,09	Wr = 0,58

Źródło: opracowanie własne.

Dane ujęte w tabeli nr 1 pokazują, że w tej części eksperymentu skojarzeniowego, gdzie słowem bodźcowym był *nałóg*, przeciętna respondentka z rodziny dotkniętej problemem alkoholowym wymieniła o 0,67 asocjacji mniej niż osoba z rodziny bez takiego problemu. Podobnie stało się przy ekspozycji słowa-bodźca *alkoholizm*, gdzie przeciętna osoba z rodziny bez problemu alkoholowego wśród jej członków wymieniła zaledwie o 0,09 skojarzenia więcej niż respondentka z rodziny, w której pojawił się problem jego nadużywania. Tak więc każdorazowo przeciętna osoba z rodziny bez problemu alkoholowego wymieniała nieznacznie więcej reakcji werbalnych w związku z poszczególnymi słowami-bodźcami.

Z kolei w odniesieniu do wartości wskaźnika różnicującego średnie arytmetyczne asocjacji przypadających na przeciętną respondentkę z każdej z grup w aspekcie danych słów bodźcowych także zaznaczają się pewne prawidłowości. Okazało się, że przeciętna osoba wywodząca się z rodziny dotkniętej problemem alkoholowym wymieniła jedynie o 0,09 reakcji werbalnej więcej przy prezentacji bodźca *nałóg* niż *alkoholizm*. Również przeciętna respondentka pochodząca z rodziny bez problemu alkoholowego podała o 0,67 asocjacji więcej z związku z słowem-bodźcem *nałóg* niż ze słowem-bodźcem *alkoholizm*. Tak więc zarówno respondentki z rodzin dotkniętych problemem nadużywania alkoholu, jak i wywodzące się z rodzin bez takiego problemu, wymieniły nieznacznie więcej skojarzeń w związku z ekspozycją słowa bodźcowego *nałóg* niż bodźca werbalnego *alkoholizm*.

Te niewielkie wartości wskaźnika różnicującego pokazują, że oba bodźce werbalne aktywizują emocjonalnie w bardzo zbliżonym zakresie zarówno respondentki z poszczególnych grup, jak i respondentki w obrębie każdej grupy w aspekcie danego słowa bodźcowego. Wynika stąd, że obecność w środowisku rodzinnym osoby nadużywającej alkoholu nie jest czynnikiem, który w istotny sposób warunkuje ilość reakcji werbalnych wymienianych przeciętnie przez osoby objęte badaniami.

Kolejną płaszczyzną opracowania uzyskanego materiału badawczego była analiza jego struktury rangowej. Wśród skojarzeń o istotnej frekwencji wyłoniono dwa bloki, które budują zarówno językowy prototyp *nałogu*, jak i językowy prototyp *alkoholizmu*. Podstawą ich klasyfikacji stała się osiągnięta przez nie częstość użycia (Cu), która wskazuje na to, jaka część objętych badaniami osób wymieniła konkretne skojarzenie.

Do pierwszego z zasygnalizowanych bloków włączono te skojarzenia, które podało więcej niż 50% respondentek (Kurcz, 2000, s. 111). Budują one rdzeń prototypu zasygnalizowanych przez słowa-bodźce elementów rzeczywistości. Z kolei do drugiego bloku zaliczono te asocjacje, które osiągnęły próg 20,00% częstości użycia i zostały zarazem wymienione przez mniej niż 50,00 % objętych badaniami osób.

W tabeli 2 zaprezentowano zawartość językowego prototypu *nałogu* u respondentek z poszczególnych grup.

Tabela 2. Zestawienie skojarzeń zakwalifikowanych do językowego prototypu *nałogu* u respondentek

słowo-hasło <i>nałóg</i>					
asocjacja	pozycja rangowa		Cu w %		
	grupa B	grupa A	grupa B	grupa A	Wr
uzależnienie	I	I	83,33	72,27	11,06
alkohol	II	II	66,67	45,45	21,22
narkotyki	III	III	62,50	36,36	26,14
papierosy	IV	IV	50,00	27,27	22,73
problemy	V	IV	25,00	27,27	2,27
używki	VI	VIII	20,83	6,82	14,01
choroba	VIII	IV	8,33	27,27	18,94

Źródło: opracowanie własne.

Istotną kwestią, na którą warto zwrócić uwagę, analizując materiał leksykalny uzyskany w związku z ekspozycją słowa-bodźca *nałóg* i zaprezentowany w tabeli 2, jest zakres jego językowego prototypu, szczególnie zaś jego rdzenia. Okazało się, że na pierwszej pozycji rangowej – wśród asocjacji respondentek z obu grup – znalazło się skojarzenie „uzależnienie”. Można więc uznać je za emblemat ich językowego obrazu tego aspektu rzeczywistości.

Znamienne, że w obrębie materiału badawczego otrzymanego od osób z poszczególnych grup odmienna liczba skojarzeń została włączona do rdzenia językowego prototypu *nałogu*. I tak wśród reakcji werbalnych respondentek z rodzin, w których nie jest nadużywany alkohol, próg częstości użycia wynoszący 50% osiągnęły cztery asocjacje. Natomiast respondentki wywodzące się z rodzin

obarczonych tym problemem podały zaledwie jedno skojarzenie spełniające wspomniany warunek. Odmienną sytuację można natomiast zauważyć w odniesieniu do reakcji werbalnych, które zostały wymienione przez mniej niż 50,00% objętych badaniami osób i jednocześnie przez przynajmniej 20% spośród nich. Respondentki pochodzące z rodzin dotkniętych problemem alkoholowym podały pięć asocjacji tego typu, natomiast respondentki z rodzin bez niego – wymieniały jedynie dwie. Jednak finalnie osoby z obu grup wymieniły jednakową ilość asocjacji, które zostały zakwalifikowane do ich językowego prototypu *nałogu*.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że na szczycie list rangowych dla słowa-bodźca *nałóg* wśród asocjacji respondentek z poszczególnych grup pojawiły się cztery skojarzenia pokrywające się pod względem znaczeniowym. Są to: „uzależnienie”, „alkohol”, „narkotyki” oraz „papierosy”. Natomiast pozycje rangowe kolejnych asocjacji w obrębie językowego prototypu *nałogu* u respondentek z poszczególnych grup krzyżują się lub ulegają nieznacznym przesunięciom, także poza jego obręb.

Godny uwagi jest zakres znaczeniowy asocjacji tworzących językowy prototyp *nałogu*. Dotyczą one nie tylko jego natury („uzależnienie” i „choroba” – jedynie u respondentek z rodzin dotkniętych problemem nadużywania alkoholu²) oraz rodzajów substancji uzależniających („alkohol”, „narkotyki”, „papierosy”, „używki” – skojarzenie to pojawiło się tylko u osób pochodzących z rodzin, w których nie pojawił się problem nadużywania alkoholu³), ale również jego konsekwencji („problemy”).

Interesująca jest wartość wskaźnika różnicującego częstość użycia poszczególnych asocjacji wymienionych przez respondentki z obu grup. Świadczy ona bowiem o odmiennym odczuwaniu przez nie istotności konkretnych aspektów językowego obrazu *nałogu*. I tak chociaż skojarzenia „uzależnienie”, „alkohol”, „narkotyki” oraz „papierosy” zajęły w poszczególnych grupach zbieżne pozycje rangowe (cztery początkowe), to jednak osoby wywodzące się z rodzin bez problemu alkoholowego wymieniały je znacznie częściej niż respondentki pochodzące z rodzin dotkniętych tym problemem. Wartość wskaźnika różnicującego częstość ich użycia oscyluje pomiędzy 11,06 a 26,14 punktu procentowego.

Zasygnalizowana sytuacja prowadzi do dwóch spostrzeżeń. Po pierwsze – zawartość językowego prototypu *nałogu* wydaje się być uwarunkowana przez wpływy społeczno-kulturowe oraz oddziaływania edukacyjne. Po drugie – wartości wskaźnika różnicującego częstość użycia skojarzeń wypełniających jego prototyp wydają się wskazywać na fakt, że słowo bodźcowe wpłynęło hamująco na proces kojarzenia (wydobywania poszczególnych asocjacji z zasobu słownika umysłowego⁴) u osób wywodzących się z rodzin, w których jest nadużywany alkohol. Może to wiązać się z działaniem psychologicznych mechanizmów obronnych

² Skojarzenie „choroba” pojawiło się w grupie respondentek z rodzin bez problemu alkoholowego z częstością użycia wynoszącą 8,33% i tym samym nie znalazło się w obrębie ich językowego prototypu *nałogu*.

³ Asocjacja „używki” osiągnęła w grupie osób z rodzin dotkniętych problemem alkoholowym częstość użycia wynoszącą zaledwie 6,82% i w związku z tym nie znalazła się w obrębie ich językowego prototypu *nałogu*.

⁴ Według I. Kurcz słownik umysłowy jest intuicyjną wiedzą na temat wyrazów określonego języka etnicznego, którą posiadają jego użytkownicy (Kurcz, 2000, s. 106).

– w szczególności zaś wypierania ze świadomości faktu borykania się w środowisku rodzinnym z problemem nadużywania alkoholu.

Warte odnotowania jest także to, że skojarzenie „choroba” – lokujące się w obrębie językowego prototypu *nałogu* u osób pochodzących z rodzin z problemem alkoholowym – nie znalazło się w jego obrębie u pozostałych respondentek. Podobna sytuacja zachodzi w odniesieniu do skojarzenia „używki”. Jednak w tym wypadku częściej wymieniały je osoby, w których rodzinach nikt nie nadużywa alkoholu. Znalazło się więc ono jedynie w obrębie językowego prototypu *nałogu* osób z tej grupy respondentek. Źródła tej sytuacji można upatrywać w zdobytym przez te osoby indywidualnym doświadczeniu poznawczym w środowisku rodzinnym.

Podsumowując, konfiguracja asocjacji tworzących językowy prototyp *nałogu* u respondentek z poszczególnych grup świadczy o tym, że jest on silnie uwarunkowany przez oddziaływania społeczno-kulturowe i edukacyjne. Z kolei indywidualne doświadczenie egzystencjalne respondentek ma swoje odbicie na płaszczyźnie częstości użycia osiągniętej przez poszczególne asocjacje. Wskazuje ona na odmienne odczuwanie istotności konkretnych elementów w obrazie *nałogu* w ich świadomości, a słów – w jego językowym obrazie.

Jak natomiast kształtuje się prototyp *alkoholizmu* u respondentek z poszczególnych grup, który został wyrażony poprzez ich język?

W tabeli 3 zawarte jest zestawienie skojarzeń, które zostały włączone do językowego prototypu *alkoholizmu* u osób pochodzących z rodzin obarczonych problemem alkoholowym oraz z rodzin bez problemu jego nadużywania.

Tabela 3. Zestawienie skojarzeń zakwalifikowanych do językowego prototypu *alkoholizmu* u respondentek

słowo-hasło <i>alkoholizm</i>					
asocjacja	pozycja rangowa		Cu w %		
	grupa B	grupa A	grupa B	grupa A	Wr
nałóg	I	II	58,33	31,82	21,97
uzależnienie	II	II	37,50	31,82	5,68
choroba	III	I	35,42	36,36	0,94
przemoc	IV	VI	29,12	12,50	16,62
alkohol	V	V	20,83	18,18	2,65
problemy	V	IV	20,83	22,73	1,90
patologia	VI	II	16,67	31,82	15,15
agresja	—	III	—	27,27	27,27

Źródło: opracowanie własne.

Zawarte w tabeli 3 dane pokazują wyraźne rozbieżności w obrębie językowego prototypu *alkoholizmu* u respondentek z poszczególnych grup. Okazało się, że w obu zbiorach materiału leksykalnego tylko jedno skojarzenie osiągnęło próg częstości użycia wynoszący 50,00%. Jest to reakcja werbalna „nałóg”, która uzyskała najwyższą lokatę rangową wśród skojarzeń osób wywodzących się z rodzin bez problemu nadużywania alkoholu. Wymieniło ją 58,33% spośród nich. Natomiast na pierwszej pozycji rangowej wśród asocjacji podanych przez respondentki z rodzin z problemem alkoholowym znalazło się skojarzenie „choroba” (36,36%). Stąd właśnie te skojarzenia stały się emblematami językowego obrazu *alkoholizmu* u respondentek z poszczególnych grup.

Ta rozbieżność wydaje się wskazywać na dwie kwestie. Pierwszą z nich jest wpływ na proces kojarzenia respondentek wywodzących się z rodzin dotkniętych problemem nadużywania alkoholu stosowania przez nie psychologicznej reguły fałszującej obraz rzeczywistości, która łączy się z bezwzględnym milczeniem na temat przeżywanych w rodzinie trudności (Kałdon, 2015, s. 98; Niewiadomska i Fel, 2015, s. 40), a także psychologicznych mechanizmów obronnych – wypierania i racjonalizacji (Frączek i Kofta, 1978, s. 648–649). Świadczy o tym fakt, że wśród reakcji werbalnych respondentek pochodzących z rodzin dotkniętych problemem alkoholowym żadna z asocjacji nie osiągnęła progu 50% częstości użycia. Kolejną kwestią jest zakres wiedzy naukowej respondentek z rodzin dotkniętych problemem alkoholowym, dzięki czemu kategoryzują one alkoholizm jako chorobę (pierwsza pozycja rangowa).

Do następnego bloku zostały włączone asocjacje, które uzyskały częstość użycia wynoszącą 20% i jednocześnie zostały wymienione przez mniej niż 50% osób objętych badaniami. Respondentki z rodzin obarczonych problemem alkoholowym wymieniły sześć skojarzeń spełniających ten warunek. Z kolei te, w których rodzinach nie jest on nadużywany, podały ich pięć. Stąd ostatecznie w obrębie językowego prototypu *alkoholizmu* u osób z poszczególnych grup znalazła się jednakowa liczba asocjacji.

Udało się zauważyć, że w obrębie językowego prototypu *alkoholizmu* u osób objętych badaniami zaznaczają się dwa zakresy znaczeniowe. Pierwszy z nich odnosi się do istoty alkoholizmu („nałóg”, „uzależnienie”, „choroba” oraz „patologia” – jedynie wśród reakcji werbalnych respondentek z rodzin z problemem alkoholowym⁵), kolejny – ukazuje konsekwencje alkoholizmu („problemy”, „przemoc” – w grupie respondentek z rodzin bez nadużywania alkoholu⁶, „agresja” – w grupie osób z rodzin dotkniętych nadużywaniem alkoholu⁷).

Na szczególną uwagę zasługuje asocjacja „alkohol”, która znalazła się w obrębie językowego prototypu *alkoholizmu* u respondentek z obu grup. Uplasowała się

⁵ Reakcja werbalna „patologia” osiągnęła w grupie respondentek z rodzin, w których nie pojawił się problem nadużywania alkoholu, częstość użycia wynoszącą tylko 16,67% i nie znalazła się w obrębie ich językowego prototypu *alkoholizmu*.

⁶ Skojarzenie „przemoc” uzyskało w grupie osób wywodzących się z rodzin dotkniętych problemem nadużywania alkoholu częstość użycia wynoszącą jedynie 12,50% i nie znalazło się w obrębie ich językowego prototypu *alkoholizmu*.

⁷ Asocjacja „agresja” nie pojawiła się w materiale leksykalnym otrzymanym od respondentek z rodzin nieobciążonych problemem nadużywania alkoholu.

ona na jednakowej – piątej – pozycji rangowej. Jednakże częstość jej użycia przez osoby z poszczególnych grup okazała się odmienna. Respondentki z rodzin dotkniętych problemem alkoholowym wymieniały ją nieco rzadziej niż osoby z rodzin, w których alkohol nie jest nadużywany. Podobną sytuację można dostrzec w odniesieniu do skojarzenia „uzależnienie”, które zajęło również jednakową – drugą – pozycję rangową w zbiorach asocjacji uzyskanych od respondentek z poszczególnych grup. I w tym wypadku było ono rzadziej wymieniane przez osoby, w których rodzinach jest nadużywany alkohol. Wydaje się to świadczyć o wpływie na przebieg procesu kojarzenia u respondentek wywodzących się z rodzin dotkniętych problemem nadużywania alkoholu przekonania o konieczności ochrony wizerunku swojej rodziny, a także głęboko zakorzonego wstydu przed innymi osobami (Kałdon, 2015, s. 98; Niewiadomska i Fel, 2015, s. 40).

Warte uwagi jest również to, że asocjacja „choroba”, która zajęła odmienne pozycje rangowe w obrębie językowego prototypu *alkoholizmu* u respondentek z obu grup, osiągnęła zbliżoną częstość użycia w poszczególnych zbiorach materiału badawczego. Wskaźnik ją różnicujący wynosi zaledwie 0,94%. Świadczy to o społecznie, kulturowo i edukacyjnie uwarunkowanym odczuwaniu istotności tego elementu w językowym obrazie *alkoholizmu* przez respondentki z obu grup.

Interesujące jest to, że skojarzenie „przemoc” uzyskało odmienne pozycje rangowe w materiale leksykalnym otrzymanym w różnych grupach. Było ono częściej wymieniane przez osoby z rodzin, których członkowie nie nadużywają alkoholu. Wartość wskaźnika różnicującego częstość jego użycia wynosi aż 16,62%. Natomiast asocjacja „agresja”, która uplasowała się na trzeciej pozycji rangowej wśród reakcji werbalnych uzyskanych od osób wywodzących się z rodzin dotkniętych problemem alkoholowym, nie pojawiła się wśród skojarzeń respondentek pochodzących z rodzin, w których nie ma takiego problemu. Przyczyn tej sytuacji można upatrywać we właściwościach reprezentacji poznawczej kształtującej się u respondentek z poszczególnych grup pod wpływem wiedzy, przekonań, wyobrażeń, a także obrazu siebie i otaczającego świata, które są prawdopodobnie modelowane przez doświadczanie nadużywania alkoholu przez członków rodziny.

Podsumowanie

Analiza materiału badawczego otrzymanego w związku z ekspozycją słów-bodźców *nałóg* i *alkoholizm* pozwoliła dostrzec właściwości ich językowego prototypu u osób objętych badaniami. Okazało się, że różnice ilościowe w zakresie reakcji werbalnych podawanych przez respondentki z poszczególnych grup w odniesieniu do konkretnych słów-bodźców są nieznaczące. Wynika stąd, że obecność w środowisku rodzinnym osoby nadużywającej alkoholu nie wpływa w istotny sposób na ich ilość wymienianą przeciętnie przez osoby objęte badaniami.

Znamienne, że językowy prototyp *nałogu* jest zbieżny ze względu na zawartość treściową u respondentek z poszczególnych grup. Wypełniają go asocjacje wskazujące zarówno na naturę alkoholizmu, jak i najpowszechniejsze rodzaje substancji uzależniających. Udało się zauważyć, że większość tych skojarzeń

zajmuje równoległe pozycje rangowe, zaś tylko nieliczne spośród nich ulegają pewnym przesunięciom poza jego obręb. Warto odnotowania jest to, że w poszczególnych grupach respondentek reakcje te osiągnęły różną częstość użycia, która wskazuje na odmienne odczuwanie przez nie istotności konkretnych elementów w językowym obrazie *nałogu*.

Również językowy prototyp *alkoholizmu* u respondentek z poszczególnych grup ma zbliżony zakres znaczeniowy. Skojarzenia go wypełniające wskazują nie tylko na naturę alkoholizmu, ale i na jego konsekwencje. Jednakże osiągnęły one nie tylko odmienną częstość użycia, ale zajęły też różne pozycje rangowe u respondentek z poszczególnych grup.

Podsumowując, można stwierdzić, że *nałóg* i *alkoholizm* są takimi elementami językowego obrazu świata respondentek, których profil jest utrwalony przez oddziaływania społeczno-kulturowe i edukacyjne. Natomiast częstość użycia, którą osiągnęły asocjacje budujące językowy prototyp tych elementów rzeczywistości wskazuje na subiektywnie odczuwaną przez respondentki z poszczególnych grup istotność konkretnych jego aspektów.

Spostrzeżenia te pokazują, że zawartość językowego prototypu poszczególnych elementów świata jest uwarunkowana społecznie i kulturowo, ale również – uzależniona od zakresu osobistego doświadczenia egzystencjalnego konkretnych użytkowników tego języka naturalnego.

Bibliografia

- Anusiewicz J., Dąbrowska A., Fleischer M. (2000), *Językowy obraz świata i kultura. Projekt koncepcji badawczej*, [w:] A. Dąbrowska i J. Anusiewicz (red.), *Język i Kultura 13. Językowy obraz świata i kultura*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, s. 11–44.
- Bartmiński J. (2012), *Językowe podstawy obrazu świata*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Cudak H., *Dysfunkcje rodziny i jej zagrożenia opiekuńczo-wychowawcze* (2011), „Pedagogika Rodziny” 1/2, s. 7–14.
- Frączek A., Kofta M. (1978), *Frustracja i stres psychologiczny*, [w:] T. Tomaszewski, *Psychologia*, PWN, Warszawa, s. 628–678.
- Grabska M. (2000) *Asocjacyjny portret mężczyzny*, [w:] „Słowa, słowa, słowa”... w komunikacji językowej, Fundacja Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, s. 335–348.
- Jedliński R. (2000), *Językowy obraz świata wartości w wypowiedziach uczniów kończących szkołę podstawową*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków.
- Kaldon B. (2015), *Wybrane aspekty funkcjonowania dorosłych dzieci alkoholików w życiu społecznym* (2015), „Seminare. Poszukiwania Naukowe” 36(3), s. 95–106.
- Kurcz I. (2000), *Psychologia języka i komunikacji*, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa.
- Maćkiewicz J. (1999), *Wyspa – językowy obraz wycinka rzeczywistości*, [w:] J. Bartmiński (red.), *Językowy obraz świata*, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 193–206.
- Miśkiewicz M. (2013), *Problemy współczesnej rodziny w dobie promowania wartości prorodzinnych*, „Pedagogika Rodziny” 3(1), s. 111–128.
- Młyński J. (2012), *Wsparcie rodziny – analiza w aspekcie pracy socjalnej*, „Studia Socialia Cracoviensia” 1(6), s. 127–142.
- Niewidomska I., Fel S. (2015), *Formy przystosowania młodzieży w rodzinie z problemem alkoholowym*, „Zeszyty Naukowe KUL” 59, nr 4(232), s. 39–50.

- Ożdżyński J. (1995). *Perspektywa kognitywna w badaniach nad językiem dzieci i młodzieży*, [w:] J. Ożdżyński (red.), *Językowy obraz świata dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków, s. 32–65.
- Rudkowska G. (1998), *Osobowość: koncepcje, struktura, rozwój*, [w:] W. Pilecka, G. Rudkowska, L. Wrona (red.), *Podstawy psychologii. Podręcznik dla studentów kierunków nauczycielskich*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków, s. 283–319.
- Woodworth R.S., Schlosberg H. (1963), *Psychologia eksperymentalna*, t. I, przeł. A. Lewicki, E. Vielerose, PWN, Warszawa.
- Zalas K. (2011), *Rodzina z problemem alkoholowym*, „Prace Naukowe AJD. Pedagogika” 20, s. 285–303.

Abstract

Alcohol abuse by a family member is one of the factors responsible for the development of this dysfunction. When present in a family environment, this issue has a deforming effect on the other members' perception and interpretation of reality. Hence, the image of themselves and the world around them which forms in their minds is often inadequate and false. Therefore, the question arises of whether alcohol abuse by a family member can be a factor modelling the linguistic image of the adult world.

The answer to this question can be sought in the results of an association experiment conducted among people from families affected by alcohol abuse and from those unaffected by it, using stimuli words *addiction* and *alcoholism*.

It was observed that the prototype of the linguistic image of *addiction* is very similar, both because of its denotation in female respondents in individual groups, and because of the ranking positions occupied by its constituent associations. However, the frequency of the use of specific associations was different for individual groups of respondents. This indicates that they perceive the significance of specific elements in the linguistic image of *addiction* differently. It also appears that that prototype of the linguistic image of *alcoholism* has a similar denotation. However, the associations which constitute it are not only used with different frequency, but they also occupied different ranking positions in replies by female respondents in different groups.

In conclusion, the study suggests that *addiction* is an element of the linguistic image of the world that largely depends on socio-cultural and educational impact. On the other hand, the linguistic image of *alcoholism* in the group of respondents is susceptible to the modelling effect of the presence of a family member who abuses alcohol.

Keywords: linguistic image of the world, family, alcohol abuse, association experiment

Strategie rozwiązywania konfliktów stosowane przez żony mężczyzn uzależnionych od alkoholu

Strategies for solving conflicts used by wives of men addicted to alcohol

Abstrakt

Celem artykułu jest przedstawienie strategii rozwiązywania konfliktów w sytuacji uzależnienia męża od alkoholu. Badaniami objęto kobiety pozostające (obecnie lub w przeszłości) w związku z osobą uzależnioną od alkoholu. Kryterium doboru próby badawczej było zgłoszenie się do placówek pomocowych w związku z problemem alkoholowym w rodzinie. W celu określenia strategii rozwiązywania konfliktów użyto kwestionariusza Strategie Rozwiązywania Konfliktów (SRK), metoda została skonstruowana przez Kriegerowicz (2003) na bazie narzędzia Patterns of Problem Solving autorów: Rusbult, Johnsona i Morrowa (1986). Kwestionariusz SRK mierzy cztery sposoby reagowania na sytuacje konfliktowe w parze małżeńskiej: dialog, lojalność, eskalacja konfliktu, wycofanie. Powyższe strategie będą analizowane z uwzględnieniem takich zmiennych podmiotowych jak: inteligencja emocjonalna, poczucie koherencji, poczucie bezpieczeństwa i prężności osobowej oraz przekonań osobistych. W artykule strategie rozwiązywania konfliktów będą traktowane jako jeden z wyznaczników sposobów adaptacji do sytuacji rodzinnej, które są zmienną określającą prezentowany możliwy wzorzec współzależnienia, który nie jest jednolitym schematem. Funkcjonowanie w relacji z osobą uzależnioną od alkoholu powoduje zmiany w charakterze relacji, jakości komunikacji między małżonkami wskutek nasilających się sytuacji konfliktowych. Nagromadzone negatywne emocje wskutek wielu doświadczeń zranień, sytuacji przemocowych, obciążeń obowiązkami rodzinnymi niepijącego małżonka powodują wraz z rozwojem uzależnienia stosowanie destruktywnych strategii rozwiązywania konfliktów. Przedstawione wyniki ukazały zróżnicowanie w sposobach rozwiązywania konfliktów przez kobiety współzależnione zależne od zmiennych sytuacyjnych podmiotowych. Wyniki badań mogą być pomocne w tworzeniu celów terapeutycznych ukierunkowanych na wzmocnienie strategii konstruktywnych oraz wyciszenie i zmianę strategii destruktywnych. Wnioski te wkomponowują się w tendencje w leczeniu odwykowym ukierunkowane na zmiany i pomoc parze w ramach krótkoterminowej terapii par.

Słowa kluczowe: uzależnienie od alkoholu, partnerzy osób uzależnionych od alkoholu, rodzina alkoholowa, współzależnienie, konflikty, strategie rozwiązywania konfliktów

Wprowadzenie

W pracy terapeutycznej z kobietami współzależnymi obserwuje się różnorodne zmiany w zachowaniu, będące niewątpliwie konsekwencją wpływu uzależnienia od alkoholu partnera na funkcjonowanie całego systemu rodzinnego. Pogorszeniu ulega funkcjonowanie parterów osób współzależnych

w najważniejszych obszarach życia: rodzinnego (relacje), zawodowego, społecznego oraz emocjonalnego (Dawson i in., 2007; Hudson i in., 2014). Doświadczenia zawodowe autorki pokazały, że często codzienną rzeczywistością dla rodzin z problemem uzależnienia stają się sytuacje konfliktowe wynikające z zaburzonych wzorców komunikacyjnych. W związku z rozwojem uzależnienia od alkoholu o charakterze przewlekłym i postępującym następuje narastanie negatywnych emocji między parterami oraz tendencja do ich tłumienia z obawy, że mogą nasilić sytuacje związane z sięganiem po alkohol. Te refleksje skłoniły autorkę do podjęcia badań w kierunku poszukiwania najczęściej stosowanych strategii rozwiązywania konfliktów przez osoby współuzależnione. Placówki specjalistyczne świadczą pomoc skierowaną nie tylko do osób uzależnionych, ale również do partnerów osób uzależnionych oraz dzieci z rodzin z problemem uzależnienia. Nowym trendem w tym obszarze są oddziaływania skierowane do par pozostających w procesie leczenia uzależnienia. Cele stworzonego programu „Krótkoterminowa Terapia Par – proces zdrowienia w uzależnieniu” koncentrują się również na poprawie funkcjonowania pary oraz rodziny jako całości. W tym aspekcie autorzy programu, tj. dr hab. Barbara Bętkowska-Korpała, dr Krzysztof Gąsior, mgr Bożena Maciek-Haściło oraz mgr Jolanta Ryniak uwzględniają potrzeby każdego z partnerów relacji z perspektywy potrzeby niezależności (autonomii) oraz zależności (przynależności, wspólnotowości) (Bętkowska-Korpała i in., 2016). Terapia par, wzmacnianie i usprawnianie wspólnej komunikacji w celu zmniejszania strategii destrukcyjnych rozwiązywania konfliktów jest zasobem w procesie zdrowienia całego systemu (Ryniak i Bętkowska-Korpała, 2013).

Zmiany, jakie wprowadza do rodziny osoba uzależniona od alkoholu, wpływają na wszystkich domowników, powodując konieczność stworzenia nowych zasad rodzinnych (Brown, 1990; Wegscheider, 1981; Wegscheider-Cruse, 1984). Taka sytuacja związana jest z procesem adaptacji do sytuacji rodzinnej warunkującej względną stabilność i równowagę w zachwianym przez nadużywanie alkoholu systemie rodzinnym (por. Cierpiałkowska, 1997). Powołując się na wnioski z badań Steinglassa (1980), należy wspomnieć o tzw. systemie alkoholowym w kontekście roli, jaką odgrywa fakt nadużywania alkoholu przez członka rodziny na zmiany w regułach umożliwiających homeostazę w rodzinie. Stworzony przez Steinglassa i współpracowników (1980, 1985) model historii życia rodzin z problemem alkoholowym ukazuje podwójną rolę, jaką odgrywa nadużywanie alkoholu przez członka rodziny. Można spodziewać się, że zasady i wzajemne relacje w systemie rodzinnym są w znacznej mierze przekształcane, wskutek czego powstaje nowy układ interakcji i zależności rodzinnych. Zmienia się cały kontekst, co oznacza, że zmieniają się granice rodziny, role i obowiązki każdego z domowników oraz proces komunikowania się. W myśl tego założenia istnieją sytuacje, w których fakt spożywania alkoholu przez członka rodziny może pełnić rolę sygnalizującą, iż dana rodzina przeżywa jakiś kryzys lub pozostaje pod działaniem stresu. Wówczas paradoksalnie nadużywanie alkoholu pełni funkcje komunikującą o sytuacji problemowej w systemie rodzinnym, rzadko przy tym przegradzając się w uzależnienie (Steinglass i in., 1971). W przypadku gdy u osoby pojawi się już zespół uzależnienia od alkoholu, niejednokrotnie rodzina zaczyna również zmieniać wypracowany do tej pory system rodzinny na taki, który z jednej

strony umożliwia jej względną stabilność poprzez zachowania służące radzeniu sobie z sytuacją trudną, a z drugiej strony tworzy się schemat działań podtrzymujących nadużywanie alkoholu. W tym wypadku nadużywanie alkoholu przywraca równowagę oraz wzmacnia relacje między partnerami. Badania poczynione przez Steinglassa (1977) wykazały, że funkcjonowanie rodziny z problemem alkoholowych zależy od okresów abstynencji alkoholowej oraz etapów w rozwoju rodziny. Oznacza to, że „wzorce komunikacji zmieniają się w zależności od tego, czy alkoholik pije, czy powstrzymuje się od używania alkoholu” (Cierpiałkowska i Ziarko, 2010, s. 231). W alkoholowych systemach rodzinnych uzależnienie reorganizuje funkcjonowanie rodziny, wpływając na pełnione role, stawiane granice oraz sposoby komunikowania się. Zmiany występujące w różnych obszarach funkcjonowania mają na celu przywrócenie homeostazy w systemie i zwykle cechuje je trwałość oraz opór przed wprowadzaniem zmian (por. Cierpiałkowska i Ziarko, 2010). Wobec powyższego przyjmuje się, że pomocą specjalistyczną winna być objęta również cała rodzina wskutek zaburzonych interakcji w systemie (por. Namysłowska, 2000; Czała, 2000; Cierpiałkowska, 2005).

Ponadto w rodzinach, w których przynajmniej jeden rodzic jest uzależniony, pojawiają się zaburzone relacje małżeńskie i rodzinne, których negatywny wpływ oddziałuje przede wszystkim na dzieci. W takich rodzinach częściej dochodzi do konfliktów między małżonkami, które z czasem mogą przerodzić się w przemoc (por. Grzegorzewska, 2008; Bays, 1990; Weinberg, 1997). Według Leonarda (1990) nadużywanie alkoholu przez domownika koreluje z wysokim poziomem konfliktów między małżonkami, które z kolei wpływają na zachwianie systemu rodzinnego (El-Sheikh i Flanagan, 2001).

Prekursorem pojęcia definiowanego jako współuzależnienie był Cermak (1986), który starał się dookreślić kryteria diagnostyczne w książce *Diagnostyczne kryteria współuzależnienia* (Timmen i Cermak, 1986). Od samego początku wokół zagadnienia współuzależnienia pojawiało się wiele niejasności i trudności diagnostycznych podejmowanych również przez kolejnych badaczy, którzy podkreślali, że współuzależnienie nie jest jasnym i ściśle określonym symptomem, lecz jawi się w kilku wzorcach zachowań (Sękowska, 1997; Krawczńska 2007a, 2007b). Różne definicje współuzależnienia akcentują bądź przyczyny tego zjawiska, bądź skutki, jakie powoduje w funkcjonowaniu, inne – stan ogólny, jego objawy lub wzorce zachowań. Brak jasności w definiowaniu tego pojęcia związany jest ze specyfiką złożonego, trudnego do sprecyzowania stanu, jakim jest współuzależnienie. Obecnie wyróżnia się trzy modele opisujące współuzależnienie jako:

- model psychopatologiczny – współuzależnienie jako choroba,
- model zaburzeń osobowościowych,
- model adaptacyjny – współuzależnienie jako reakcja na stres.

W swoich badaniach przyjął koncepcję traktującą współuzależnienie jako reakcję przystosowania do sytuacji długotrwałego stresu. Podwalinami tego nurtu jest traktowanie współuzależnienia jako specyficznej reakcji na pozostawanie w związku z osobą uzależnioną. Wobec powyższego zachowania żon alkoholików chroniące uzależnienie męża są pojmowane jako nieefektywne strategie radzenia sobie z sytuacjami problemowymi w rodzinie.

Sposób postępowania alkoholika spełnia rolę stresora dla członków jego rodziny, co powoduje, że współuzależnienie jest sposobem przetrwania w sytuacji, której stale doświadczają (Bradshaw, 1998). Osoba uzależniona niszczy poczucie bezpieczeństwa domowników, narażając ich na stałe działanie stresu, co z kolei powoduje uformowanie w nich postawy obronnej umożliwiającej przystosowanie. Obciążenia sytuacjami stresowymi i napięciami otoczenia alkoholika są efektem nadużywania przez niego alkoholu (Brown, 1995). Sytuacja związana z uzależnieniem osoby bliskiej sprawia, że rodzina rozwija w sobie różnorodne mechanizmy ułatwiające adaptację do zaistniałej sytuacji.

Traktowanie współuzależnienia jako procesu adaptacji do chronicznej sytuacji stresowej jest często prezentowane również na polskim gruncie. Do reprezentantów tego nurtu niewątpliwie można zaliczyć Jerzego Mellibrudę i Zofię Sobolewską. Według autorów współuzależnienie to „utrwalona forma uczestnictwa długotrwałej i trudnej lub niszczącej sytuacji życiowej związanej z patologicznymi zachowaniami partnera, ograniczająca w sposób istotny swobodę wyboru postępowania, która prowadzi do pogorszenia własnego stanu oraz utrudnia zmianę własnego położenia na lepsze” (Mellibruda i Sobolewska, 1997, s. 1). Oznacza to, że osoba współuzależniona to zwykle parter osoby uzależnionej, czyli osoba, która dobrowolnie weszła w związek, współtworzy go i może z niego wyjść, choć z wielkimi trudnościami. Odniesienie nawiązujące do sytuacji stresowej i mechanizmów adaptacyjnych pojawiających się w związku z syndromem współuzależnienia wyraża się w definicji mówiącej, że jest to „sposób reagowania na silnie stresową sytuację współżycia z alkoholiczkiem, bądź inną osobą działającą destrukcyjnie, który powoduje swoiste uwikłanie (Kiehne i in.; za: Cierpiałkowska, 2000, s. 90).

Szczepańska (1992) jest kolejną przedstawicielką nurtu ujmującego współuzależnienie jako reakcję na stres związany z życiem z alkoholiczkiem. Traktuje ona zachowania żon alkoholiczków jako te, które „występują wyraźnie w związku z sytuacją zewnętrzną, a ich nasilenie zmienia się wraz ze zmianą tej sytuacji” (Szczepańska, 1992, s. 55). Potwierdzeniem tego mogą być wyniki badań ujawniających zmiany w zachowaniu żon alkoholiczków pod wpływem terapii oraz abstynencji alkoholowej męża (Troise, 1995; Rotunda i Doman, 2001; Oxford, i in., 1975, s. 1254–1267).

Konsekwencją funkcjonowania w sytuacji stresu przewlekłego może być przeciążenie i zaburzenie mechanizmów przystosowawczych występujących u danej osoby. Wówczas pojawić się mogą zachowania i emocje, które są wywołane wyolbrzymionym mechanizmem adaptacyjnym, mającym za zadanie utrzymanie równowagi w systemie, jakim niewątpliwie jest rodzina.

Materiał i metody

W badaniach wzięło udział 198 kobiet współuzależnionych, które zgłosiły się do placówek i korzystały z ich pomocy w związku z problemem alkoholowym męża. W ramach oddziaływań pomocowych korzystały z różnych form terapii

indywidualnej i grupowej skierowanej do osób współzależnionych i były na różnym etapie leczenia. Kryterium doboru było pozostawanie obecnie w związku małżeńskim (170 osób) lub w przeszłości funkcjonowanie w takim związku z osobą uzależnioną od alkoholu. W badaniu wobec powyższego wzięły udział również: wdowy (trzy osoby), rozwódki (13 osób) i kobiety pozostające w separacji (12 osób). Analizowano również sytuację rodzinną badanych kobiet. Omawiając kryterium stażu małżeńskiego, w próbie stwierdzono szeroki zakres stażu od kilku miesięcy do 45 lat wspólnego życia. W zdecydowanej większości rodziny z problemem alkoholowym posiadały dwoje dzieci (N=90), około ¼ miała jedno dziecko (N=48), a resztę stanowiły rodziny mające troje lub więcej dzieci.

Badania przeprowadzono w kilkunastu miastach w Polsce w województwach: małopolskim, lubelskim, łódzkim, mazowieckim, wielkopolskim i śląskim. Kobiety te były w zdecydowanej większości mieszkankami miast (124 osoby), tylko 74 pochodziły z terenów wiejskich. Średnia wieku kobiet wynosiła 44,86 lat, a rozpiętość wieku zawierała się w przedziale od 25 do 73 lat. Większość żon alkoholików posiadała wykształcenie średnie (96 osób), około ¼ badanych miała wykształcenie wyższe (57 osób). Były one aktywne zawodowo (ok. 68%), i tylko około 32% to osoby bezrobotne i przebywające na emeryturze bądź rencie, posiadające tym samym własny dochód. Można wnosić, że powyższa prawidłowość przekłada się na sytuację materialną rodzin osób badanych, która określana jest jako: u ponad połowy badanych (56,1%) przeciętna, u około ⅓ dobra i tylko u 23 trudna.

W przeprowadzonych analizach uwzględniono również kontekst sytuacyjny problemu i terapii partnera uzależnionego od alkoholu. Czas trwania problemu alkoholowego męża w badanej grupie u około ⅓ wynosił od 10 do 19 lat (77 kobiet), u 56 badanych kobiet problem uzależnienia męża wynosił od kilku miesięcy do 9 lat. W badaniach pojawiła się tendencja, że wraz z czasem trwania problemu alkoholowego męża wzrasta liczba kobiet zwracających się po pomoc specjalistyczną. W badanej grupie objęta leczeniem była grupa 93 mężów, większość jednak nie korzystała z poradnictwa specjalistycznego w związku z problemem alkoholowym własnym – 105 osób.

W badaniu użyto następujących narzędzi badawczych: INTE – Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej, SOC-29 – Kwestionariusz Orientacji Życiowej, KPB-PO – Kwestionariusz Poczucia Bezpieczeństwa i Prężności Osobowej, KPO – Kwestionariusz Przekonania Osobiste, KSR-UM – Sposoby Reagowania na Uzależnienie Męża od Alkoholu, SRK – Strategie Rozwiązywania Konfliktów (samopis K).

Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE jest metodą mającą zastosowanie w pomiarze inteligencji emocjonalnej, a jego autorami są: Schutte, Malouff, Hall, Haggerty, Cooper, Golden i Dornheim. Zastosowanie kwestionariusza INTE umożliwia uzyskanie trzech wskaźników liczbowych, na który składają się: wynik ogólny i dwa osobne wyniki czynnikowe: *Czynnik I* – odzwierciedla zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania; *Czynnik II* – określa zdolność do rozpoznawania emocji.

Kwestionariusz Orientacji Życiowej (*The Sense of Coherence Questionnaire*) SOC-29 został opublikowany w 1983 roku przez A. Antonovsky'ego. Kwestionariusz nie posiada polskiej normalizacji, natomiast polska adaptacja została

wykonana przez kilka zespołów: z Zakładu Psychologii Klinicznej IPiN w Warszawie, Zakładu Psychoprofilaktyki Instytutu Psychologii UAM w Poznaniu oraz Zakładu Psychologii Pracy IMP w Łodzi. Na podstawie tego kwestionariusza możliwe jest obliczenia wyniku ogólnego poczucia koherencji, jak również wyodrębnienie trzech komponentów strukturalnych: poczucia zrozumiałości, poczucia zaradności i poczucia sensowności (Antonovsky, 1996).

Kwestionariusz Poczucia Bezpieczeństwa i Prężności Osobowej w opracowaniu Uchnasta powstał na bazie Kwestionariusza „Security-Insecurity Inventory” (S-I) Masłowa i Skali Prężności-Ego (ER) Blocka (Uchnast, 1990). Przy pomocy kwestionariusza można dokonać pomiaru 5 czynników podstawowych KPB – czynnik bliskości, stabilności, zaufania do siebie, upośredniony wskaźnik poczucia bezpieczeństwa oraz prężność osobowa (Uchnast, 1997, 1998).

Kwestionariusz Strategii Rozwiązywania Konfliktów (SRK) przeznaczony jest do badania stosowanych strategii rozwiązywania konfliktów w parze małżeńskiej. Metoda została skonstruowana przez Kriegelewicz (2003) na bazie narzędzia *Patterns of Problem Solving* autorów: Rusbult, Johnsona i Morrowa (1986). Za podstawę kwestionariusza przyjęto model strategii rozwiązywania konfliktów w bliskich związkach (Rusbult i in., 1986). Powyższa typologia wyróżnia dwa wymiary reakcji na niezadowolenie w związku (konstruktywność – destruktywność oraz aktywność – bierność) oraz czterech strategii rozwiązywania konfliktów, które powstały z połączenia tych wymiarów:

1. Dialog – strategia konstruktywna i aktywna,
2. Lojalność – strategia konstruktywna i bierna,
3. Eskalacja konfliktu – strategia destruktywna i aktywna,
4. Wycofanie – strategia destruktywna i bierna.

Kwestionariusz Przekonania Osobiste (KPO) jest narzędziem własnego autorstwa, dającym możliwość określenia reprezentowanego spektrum zachowań i przekonań, jakie prezentuje żona alkoholika. Narzędzie składa się z 20 twierdzeń tworzących 5 czynników: nierealistyczny optymizm, lęk przed izolacją społeczną, pragnienie podtrzymania rodziny, niepewność, zależność od męża.

Wyniki

Przeprowadzone badania poddano analizom statystycznym z zastosowaniem pakietów komputerowych programu *SPSS 14.00* oraz *Statistica 8.1*. (Brzeziński, 1996; 2000).

Strategie rozwiązywania konfliktów w rodzinach własnych przez osoby współuzależnione (cała grupa) oraz należące do wyodrębnionych grup: A (kobiety, których mężowie korzystają z leczenia odwykowego) i B (kobiety, których mężowie nie korzystają z leczenia odwykowego) mierzone za pomocą kwestionariusza SRK prezentuje tabela 1 (wyniki surowe).

Tabela 1. Średnie (M), odchylenia standardowe (SD) oraz wskaźniki istotności różnic pomiędzy grupami A i B w skalach SRK

<i>Skale SRK</i> \ <i>Grupy</i>	całość		grupa A (N = 93)		grupa B (N= 105)		t-Studenta (różnice A i B)	
	M	SD	M	SD	M	SD	t	p
Dialog	20,17	7,03	20,88	6,76	19,55	7,18	1,37	0,183
Lojalność	18,46	5,59	17,80	4,62	18,94	6,21	-1,48	0,139
Eskalacja konfliktu	17,82	6,28	18,05	6,36	17,68	6,23	0,42	0,674
Wycofanie	20,70	7,31	20,91	6,44	20,55	8,03	0,35	0,729

*p≤0.05; **p≤0.01; ***p≤0.00

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane wyniki pokazują wiele podobieństw w zakresie stosowanych strategii rozwiązywania konfliktów pomiędzy dwoma grupami kobiet współzależniowych. Wśród najczęstszych strategii można wyróżnić dwie: Wycofanie i Dialog. Strategia Lojalności uzyskała wyższe wartości średnie w grupie B w porównaniu z grupą A, co oznacza, że kobiety, których mąż nie uczestniczył w terapii, wydają się być bardziej lojalne względem niego, aniżeli kobiety, których mąż uczestniczył w terapii. Dialog u kobiet z grupy A jest nieco wyższy w porównaniu z kobietami z grupy B. Wynika stąd, że kobiety z grupy A wydają się być mniej lojalne wobec męża a bardziej skłonne do dialogu, natomiast kobiety z grupy B ujawniają tendencję odwrotną. Być może różnice te są efektem podjętej terapii odwykowej przez męża i większej skłonności do analizowania własnego problemu w obszarze rodzinnym. W obydwu porównywanych grupach kobiet współzależniowych na podobnym poziomie mieści się Eskalacja Konfliktu.

Strategie rozwiązywania konfliktów w korelacji z inteligencją emocjonalną przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Współczynniki korelacji *r*-Pearsona między wynikami w SRK i INTE w grupie badanych kobiet

<i>SRK</i> \ <i>INTE</i>	Inteligencja emocjonalna	Zdolność do wykorzystywania emocji	Zdolność do rozpoznawania emocji
Dialog	0,33**	0,30**	0,30**
Lojalność	0,18*	0,15*	0,21**
Eskalacja konfliktu	-0,18	-0,08	-0,10
Wycofanie	-0,15*	-0,10	-0,17*

*p≤0.05; **p≤0.01; ***p≤0.00

Źródło: opracowanie własne.

Strategie konstruktywne (Dialog i Lojalność) wykazały istotnie dodatnią korelację z wszystkimi wynikami w skali inteligencji emocjonalnej (Inteligencja Emocjonalna – wynik ogólny, Zdolność do Wykorzystywania Emocji i Zdolność do Rozpoznawania Emocji). Przy czym należy podkreślić, że wyższa siła związków korelacyjnych zachodzi pomiędzy Dialogiem a Inteligencją Emocjonalną i czynnikami wchodzącymi w jej skład. Powyższe zależności oznaczają, że wyższy poziom inteligencji emocjonalnej wpływa na wybór stosowanych konstruktywnych strategii rozwiązywania konfliktów.

Strategia Wycofanie koreluje natomiast ujemnie z Inteligencją Emocjonalną – wynik ogólny i Zdolnością do Rozpoznawania Emocji. Im częściej stosowane jest wycofanie jako sposób reagowania na sytuację konfliktową, tym mniejsza zdolność do rozpoznawania emocji występuje u tej osoby.

Nie stwierdzono istotności związków korelacyjnych pomiędzy nasileniem inteligencji emocjonalnej a strategią Eskalacja Konfliktu.

Strategie rozwiązywania konfliktów w korelacji z poczuciem koherencji przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Współczynniki korelacji *r*-Pearsona między wynikami w SRK i SOC-29 w grupie badanych kobiet

SRK \ SOC-29	SOC-29			
	Poczucie koherencji	Poczucie zrozumiałości	Poczucie zaradności	Poczucie sensowności
Dialog	0,33**	0,25**	0,30**	0,32**
Lojalność	0,16*	0,13	0,18**	0,08
Eskalacja konfliktu	-0,23**	-0,17*	-0,26**	-0,17*
Wycofanie	-0,17*	-0,11	-0,16*	-0,17*

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.00$

Źródło: opracowanie własne.

Dwie strategie wykazują zależność istotną z Poczuciem Koherencji i wszystkimi jego komponentami. Dialog ujawnił dodatnią korelację z Poczuciem Koherencji i Poczuciem Zrozumiałości, Zaradności i Sensowności. Druga strategia korelująca z wszystkimi wymiarami poczucia koherencji to Eskalacja Konfliktu. Przy czym zależność ta ma charakter ujemny. Powyższe zależności oznaczają, że wyższy poziom poczucia koherencji i jego wymiarów wpływa na wybór dialogu jako stosowanych strategii rozwiązywania konfliktów, natomiast niskie poczucie koherencji wiąże się z wyborem eskalacji konfliktu.

Strategia Lojalności wykazała dodatnią korelację z dwoma skalami: Poczuciem Koherencji i Poczuciem Zaradności. Wyższe poczucie zaradności wiąże się z częstszym stosowaniem strategii lojalności wobec partnera w sytuacji konfliktowej.

Ostatnią ze strategii ujawniającą zależność istotną z trzema wynikami SOC-29 jest strategia Wycofanie. Pomiedzy Wycofaniem a Poczuciem Koherencji,

Poczuciem Zaradności i Sensowności występuje korelacja ujemna. Oznacza to, że wycofanie jako sposób rozwiązywania konfliktów jest stosowany wówczas, gdy poczucie zaradności i sensowności jest obniżone.

Strategie rozwiązywania konfliktów w korelacji z poczuciem bezpieczeństwa i prężności osobowej przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Współczynniki korelacji *r*-Pearsona między wynikami w SRK i KPB-PO w grupie badanych kobiet

KPB-PO SRK	Bliskość	Stabilność	Zaufanie do siebie	Poczucie bezpieczeństwa	Prężność osobowa
Dialog	0,31**	0,24**	0,37**	0,35**	0,21**
Lojalność	0,13	0,15*	0,08	0,13	0,06
Eskalacja konfliktu	-0,19**	-0,39**	-0,27**	-0,33**	0,02
Wycofanie	-0,11	-0,20**	-0,18*	-0,19**	-0,01

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.00$

Źródło: opracowanie własne.

Zależności istotne statystycznie występują pomiędzy prawie wszystkimi skalami SRK i KPB-PO. Konstruktywne strategie rozwiązywania konfliktów korelują dodatnio z czynnikami Kwestionariusza Poczucia Bezpieczeństwa i Prężności Osobowej. Dialog koreluje ze skalami Bliskości, Stabilności, Zaufania do Siebie, Poczucia Bezpieczeństwa i Prężności Osobowej. Skala Lojalności natomiast ujawniła zależność istotną o charakterze dodatnim ze skalą Stabilności. Oznacza to, że poczucie bezpieczeństwa, zaufania do siebie, bliskości i stabilności wpływa na stosowanie dialogu jako rozwiązania sytuacji konfliktowych.

Korelacje ujemne wystąpiły między skalami destruktywnymi: Eskalacją Konfliktu a Bliskością, Stabilnością, Zaufaniem do Siebie i Poczuciem Bezpieczeństwa. Powiązania o charakterze ujemnym pojawiły się pomiędzy strategią Wycofanie a skalami Stabilności, Zaufania do Siebie i Poczucia Bezpieczeństwa. Obniżone poczucie bezpieczeństwa, zaufania do siebie i stabilności wpływa na ujawnianie destruktywnych sposobów rozwiązywania konfliktów (eskalacji konfliktu i wycofania).

Strategie rozwiązywania konfliktów w korelacji z przekonaniem osobistymi przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Współczynniki korelacji *r*-Pearsona między wynikami w SRK i KPO w grupie badanych kobiet

SRK \ KPO	Nierealistyczny optymizm	Lęk przed izolacją społeczną	Pragnienie podtrzymania rodziny	Niepewność	Zależność od męża
Dialog	0,06	-0,12	-0,17*	-0,14*	-0,16*
Lojalność	0,24**	0,22**	0,04	0,13	0,14
Eskalacja konfliktu	0,04	0,13	0,28**	0,09	0,19**
Wycofanie	0,06	0,08	0,15*	0,13	0,15*

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.00$ **Źródło:** opracowanie własne.

Strategia Dialog koreluje ujemnie z Pragnieniem Podtrzymania Rodziny, Niepewnością i Zależnością od Męża. Oznacza to, że w sytuacji, gdy kobieta współuzależniona jest zależna od męża, niepewna swojej wartości i za wszelką cenę uważa, że małżeństwo powinno być utrzymane, rzadziej będzie stosować dialog jako strategię rozwiązania nieporozumień.

Strategia Lojalności wykazała zależność o charakterze dodatnim ze skalami: Nierealistyczny Optymizm i Lęk przed Izolacją Społeczną. Obawa przed oceną ze strony otoczenia oraz patrzenie na problem alkoholowy męża w sposób minimalizujący sprawia, że żona częściej będzie lojalna względem niego w sytuacji konfliktowej.

Strategie destruktywne (Eskalacja Konfliktu i Wycofanie) ujawniły dodatnią korelację ze skalami: Pragnienie Podtrzymania Rodziny oraz Zależność od Męża. Im większa zależność od męża oraz chęć ratowania rodziny, tym częściej jest stosowana strategia aktywna potęgująca konflikt lub bierna polegająca na wycofaniu się z relacji z mężem.

Omówienie wyników

Stosowanie strategii biernych w rozwiązywaniu konfliktów przez żony mężczyzn uzależnionych od alkoholu podyktowane jest funkcjonowaniem w sytuacji stresu przewlekłego. Osoby współuzależnione często doświadczają realnego zagrożenia wywołującego u nich adekwatny do sytuacji lęk i poczucie zagrożenia (Kucińska, 2012). Przyczyną takiego stanu rzeczy są sytuacje związane z zachowaniami przemocowymi, brak stabilności psychicznej, finansowej oraz związanej z pełnionymi przez nich rolami rodzinnymi. Powtarzalność tych zachowań sprzyja utrwaleniu się wzorca wycofania i lojalności w zależności od przyjętych motywów partnerów współuzależnionych. Dzieje się tak, bowiem w początkowych fazach adaptacji do problemu uzależnienia w rodzinie u partnerów przewijają się

motyw nadziei na pozytywne rozwiązanie sytuacji. Wówczas częściej w sytuacji nieporozumień pojawia się strategia lojalności w przekonaniu, że należy poczekać, że z czasem problem się rozwiąże. Natomiast skutek długotrwałych konsekwencji funkcjonowania w relacji z osobą uzależnioną może się rozwinąć syndrom wyuczonej bezradności. Sprzyja on niewątpliwie ukształtowaniu się reakcji wycofania i braku działań nawet w sytuacji poczucia zagrożenia. Wyjściem z powyższych wzorców rozwiązywania konfliktów jest podjęcie terapii dla osób współuzależnionych celem skonfrontowania i przepracowania tego, co trudne i bolesne i co wzbudza lęk (Krajczewska i Frąckiewicz, 2013).

Kolejną strategią często stosowaną przez żony mężczyzn uzależnionych od alkoholu jest eskalacja konfliktu. Niewątpliwie efektem przystosowania się do niekonstruktywnych warunków i obciążającej emocjonalnie sytuacji może być tłumienie negatywnych emocji. Zachowania przemocowe, brak szacunku, odpowiedzialności i życie w stanie ciągłego stresu powoduje, że doświadczanie negatywnych emocji u takich osób jest sytuacją poniekąd codzienną. Ponadto, gdy w takiej reakcji nie ma możliwości prowadzenia otwartej, szanującej granice psychologiczne komunikacji, narasta odczuwana frustracja. Wnioski te potwierdzają badania prowadzone przez Instytut Psychologii Zdrowia wśród współuzależnionych kobiet według, których ok. 1/2 przejawiała zachowania o znamionach agresji słownej (Włodawiec, 2000). Jest jeszcze jeden ważny aspekt związany z tendencjami do ujawniania agresji werbalnej w tej grupie. Mianowicie zmiany w zachowaniu partnera uzależnionego w postaci abstynencji, uczestnictwa w terapii powodują, że zaczyna on angażować się w życie rodziny, interesować bieżącymi sprawami. Rodziny osób uzależnionych wraz z rozwojem uzależnienia odwykły jednak od takich sytuacji, gdyż często przyzwyczyły się, że same muszą działać i podejmować decyzje dotyczące rodziny. Brak oddziaływań i zmian również na płaszczyźnie komunikacyjnej między osobą uzależnioną a jej partnerem staje się źródłem dodatkowych nieporozumień, konfliktów oraz awantur (por. Łuczak, 2010). Jest to kolejny przykład na zasadność wprowadzenia nowych trendów w pracy z rodziną, gdzie jest problem alkoholowy, opierających się na zasadach krótkoterminowej terapii par (Bętkowska-Korpała i in., 2016). Analiza procesów trzeźwienia pokazuje, że sama abstynencja od alkoholu nie zmienia na poziomie mechanizmów i konkretnych zachowań osoby uzależnionej. W sposobie myślenia, zachowania, na poziomie nawyków i działania pozostaje w dalszym stopniu widoczny mechanizm regulowania uczuć i emocji za pomocą reakcji kompulsywnych. Mózg osoby uzależnionej w dalszym ciągu odczuwa potrzebę stymulacji, którą w przypadku braku alkoholu stara się zastąpić innymi doznaniem (m.in. sięganie po inne substancje psychoaktywne, impulsywne i napięciowe zachowania). Klótnie, nieporozumienia oraz awantury stają się nie tylko sposobem rozładowania napięć wewnętrznych, ale również źródłem mocnych wrażeń i dodatkową stymulacją, co znajduje potwierdzenie również w powyższych badaniach (Zawichrowska, 2016).

Bibliografia

- Antonovsky A. (1996), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*, Fundacja IPN, Warszawa.
- Bays J. (1990), *Substance abuse and child abuse: Impact of addiction on the child*, „Pediatric Clinics of North America” 37, s. 881–904.
- Bętkowska-Korpała B. i in., (2016), *Krótkoterminowa terapia par. Proces zdrowienia w uzależnieniu*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa.
- Bradshaw J. (1998), *Zrozumieć rodzinę*, Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa.
- Brown S. (1990), *Leczenie alkoholików. Rozwojowy model powrotu do zdrowia*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa.
- Brzeziński J. (1996), *Metodologia badań psychologicznych*, PWN, Warszawa.
- Brzeziński J. (2000), *Badania eksperymentalne w psychologii i pedagogice*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Cierpiałkowska L. (1997), *Alkoholizm. Małżeństwa w procesie leczenia*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Cierpiałkowska L. (2000), *Alkoholizm, przyczyny, leczenie, profilaktyka*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Cierpiałkowska L. (2005), *Koncepcje interakcyjne i systemowe oraz ich znaczenie dla psychologii klinicznej*, [w:] H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*, t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 132–152.
- Cierpiałkowska L., Ziarko M. (2010), *Psychologia uzależnień – alkoholizm*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
- Czabała J.C. (2000), *Czynniki leczące w psychoterapii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Dawson D.A. i in. (2007), *The impact of partner alcohol problems on women's physical and mental health*, „Journal of Psychoactive Drugs” 68(1), s. 66–75.
- El-Sheikh M. i Flanagan E. (2001), *Parental problem drinking and children's adjustment: Family conflict and parental depression as mediators and moderator of risk*, „Journal of Abnormal Child Psychology” 10, s. 36–42.
- Gąsior K. (2013), *Rodzina w terapii*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2, s. 4–6.
- Grzegorzewska I. (2008), *Czynniki ryzyka i ochrony w przebiegu rozwoju dzieci alkoholików*, [w:] L. Cierpiałkowska (red.), *Oblicza współczesnych uzależnień*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, s. 258–277.
- Hudson C. i in. (2014), *Social adjustment of women with and without a substance-abusing partner*, „Journal of Psychoactive Drugs” 46(2), s. 106–113.
- Jaworowska A., Matczak A. (2008), *Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE. Podręcznik, Pracownia Testów Psychologicznych*, Warszawa.
- Jelonkiewicz I., Kosińska-Dec K. (2001), *Poczucie koherencji a style radzenia sobie ze stresem: empiryczna analiza kierunku zależności*, „Przegląd Psychologiczny” 3, s. 337–347.
- Krajczewska L., Frąckiewicz E. (2013), *Bajka i teatr w terapii współuzależnienia*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 5, s. 31–34.
- Krawczńska D. (2007a), *Czym jest współuzależnienie, krótka próba rekonstrukcji potocznego rozumienia pojęcia*, „Problemy Narkomanii” 2, s. 73–78.
- Krawczńska D. (2007b), *Choroba, zaburzenie, reakcja na stres, czy...? W poszukiwaniu definicji współuzależnienia w rodzinie z problemem uzależnienia dziecka od narkomanii*, „Problemy Narkomanii” 4, s. 5–29.
- Kriegelwicz O. (2003), *Kwestionariusz do badania strategii rozwiązywania konfliktów w parze małżeńskiej*, „Nowiny Psychologiczne” 4, s. 15–31.
- Kucińska M. (2012), *Praca z lękiem występującym u osób współuzależnionych*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2, s. 15–17.
- Leonard K.E. (1990), *Marital functioning among episodic and steady alcoholics*, [w:] R.L. Collins, K.E. Leonard, J.S. Searles (red.), *Alcohol and the family: Research and clinical perspectives*, Guilford Press, New York, s. 220–243.

- Łuczak E. (2010), *Współzależnienie jako problem jednostkowy i społeczny*, [w:] D. Wajsprych (red.), *Przekraczanie kręgu ubóstwa kulturowego. Konteksty społeczne*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, s. 43–49.
- Namysłowska I. (2000), *Terapia rodzin*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Oxford J. i in. (1975), *Self-reported doping behavior of wives of alcoholics and its association with drinking outcome*, „Journal of Studies on Alcohol” 36, s. 1254–1267.
- Rusbult C.E., Johnson D.J., Morrow G.D. (1986), *Impact of couple patterns of problem solving on distress and nondistress in dating relationships*, „Journal of Personality and Social Psychology” 50(4), s. 744–753.
- Ryniak J., Bętkowska-Korpała B. (2013), *Para w kontekście leczenia uzależnienia – pierwszy kontakt i wyznaczanie kierunków terapii*, „Świat Problemów” 4, s. 9–14.
- Steinglass P. (1977), *Experimenting with family treatment approaches to alcoholism. 1950–1975: A review*, „Family Process” 15, s. 97–123.
- Steinglass P. (1980), *A life history model of the alcoholic family*, „Family Process” 19, s. 211–226.
- Steinglass P., Tislenko L., Reiss D. (1985), *Stability/instability in the alcoholic marriage: The interrelationships between course of alcoholism, family process and marital outcome*, „Family Process” 24, s. 365–376.
- Steinglass P., Weiner S., Mendelson J.H. (1971), *A system approach to alcoholism: A model and its clinical application*, „Archives of General Psychiatry” 24, s. 401–408.
- Szczukiewicz P. (2013), *System rodzinny a pomaganie osobom uzależnionym*, „Terapia Uzależnienia i Współzależnienia” 2, s. 7–11.
- Szczukiewicz P. (2015), *Uzależnienie psychiczne*, „Terapia Uzależnienia i Współzależnienia” 2, s. 7–9.
- Timmen L., Cermak M.D. (1986), *Diagnosing and treating co-dependence*, Johnson Institute, Ohms Lane.
- Uchnast Z. (1990), *Metoda pomiaru poczucia bezpieczeństwa*, [w:] A. Januszewski, Z. Uchnast, T. Witkowski (red.), *Wykłady z psychologii w KUL*, t. 5, RW KUL, Lublin, s. 95–108.
- Uchnast Z. (1997), *Prężność osobowa. Empiryczna typologia i metoda pomiaru*, „Roczniki Filozoficzne TN KUL” 45(4), s. 25–51.
- Uchnast Z. (1998), *Prężność osobowa a egzystencjalne wymiary wartościowania*, „Roczniki Psychologiczne TN KUL” 1, s. 7–27.
- Wegscheider S. (1981), *Another change. Hope and health for alcoholic family*, Science and Behavior Books, Palo Alto.
- Wegscheider-Cruse S. (1984), *Co-dependency: The therapeutic void. Co-dependency: An Emerging Issue*, Health Communications, Hollywood.
- Weinberg N.Z. (1997), *Developmental effects of parental alcohol use*, [w:] N. Alessi (red.), *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 4, John Wiley-Sons, New York, s. 171–187.
- Włodawiec B. (2000), *W rodzinach współzależnionych kobiet*, „Świat Problemów” 10, s. 85.
- Zawichrowska M. (2016), *„Ciebie kocham, ale Twojego picia nie...”*. *Kobieta na karuzeli życia – jak pokonać współzależnienie?*, [w:] H. Liberska, A. Malina, D. Suwalska-Barancewicz (red.), *Zmiany w życiu współczesnych ludzi i ich konteksty*, Difin SA, Warszawa.

Abstract

Introduction: The aim of the article is to present conflict resolution strategies in dealing with alcohol addiction of the husband. The study involved women who are (or were) in a relationship with a person addicted to alcohol. The criterion for the selection of the research sample was to apply to aid institutions in connection with an alcohol problem in the family. In order to determine the conflict resolution strategy, the Strategy for Conflict Resolution Strategy (SRK) was used. The method was constructed by Kriegerlewiec (2003), based on the “Patterns of Problem Solving” tool by Rusbult, Johnson and Morrow (1986). The SRK questionnaire measures four ways of responding to conflict situations in marriage: dialogue, loyalty, escalation of the conflict, withdrawal. The above strategies will be analyzed with consideration for such subject variables as: emotional intelligence, sense of coherence, sense of security and resilience as well as personal beliefs. In the article, strategies for resolving conflicts will be treated as one of the determinants of the methods of adaptation to the family situation, which constitute

a variable defining the presented potential pattern of co-dependency that is not uniform. Functioning in a relationship with a person addicted to alcohol causes changes in the nature of relationships and the quality of communication between spouses, as a result of intensifying conflict situations. The accumulated negative emotions resulting from emotional pain, instances of violence, as well as the burden of family duties on the non-drinking spouse, lead to destructive conflict resolution strategies along with the development of addiction. The presented results show differences in ways of solving conflicts by co-addicted women, depending on situational and subjective variables. The results of the research may be helpful in creating therapeutic goals aimed at strengthening constructive strategies, as well as silencing and changing destructive strategies. These conclusions fit into rehabilitation trends directed at helping couples as part of short-term therapy.

Keywords: alcohol addiction, partners of people addicted to alcohol; alcohol family, co-dependency, conflicts, conflict resolution strategies

Profilaktyka dla rodzin z problemem alkoholowym

Prophylaxis for families with an alcohol problem

Abstrakt

Profilaktyka dla rodzin z problemem alkoholowym pokazuje zakres możliwości, z których może skorzystać rodzina. Profilaktyka stwarza warunki do zmiany, daje korzyści i dostarcza wiedzę. W referacie przedstawię rozszerzony zakres opcji pomocy profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej. Opisana profilaktyka alkoholowa dotyczy edukacji, metod wsparcia, interakcji terapeutycznych i uzyskania niezbędnych informacji. Głównym celem środków zapobiegawczych jest zmniejszenie negatywnych skutków picia alkoholu w rodzinie. Artykuł składa się z części wstępnej, opisu profilaktyki alkoholowej rodzin, psychoedukacji rodzin, działań wspierających profilaktykę alkoholową i podsumowania.

Słowa kluczowe: rodzina, alkohol, profilaktyka, pomoc, problem, działania

Wprowadzenie

Głównym celem tego artykułu jest przedstawienie działań profilaktycznych na rzecz wspierania rodzin z problemem alkoholowym, które są szczególnie ważne z powodu łatwego dostępu do alkoholu oraz ze względu na występujące negatywne skutki tego zjawiska. Natomiast profilaktyka alkoholowa podejmuje szereg inicjatyw, które wspierają rodzinę w kryzysie i są ukierunkowane na poprawę jakości życia poprzez promowanie trzeźwości i postaw sprzyjających zdrowiu. Służą temu podejmowane działania prozdrowotne, które mają formę rekomendowanych programów, zajęć psychoedukacyjnych, dostarczania niezbędnych informacji na temat problemu alkoholowego i różnych ciekawych form wspierających profilaktykę rodzinną. Problem alkoholowy w rodzinie występuje wtedy, kiedy choć jeden członek rodziny pije alkohol w sposób szkodliwy dla siebie i swojej rodziny. Podejmowane inicjatywy profilaktyczne na rzecz pomocy rodzinom z problemem alkoholowym powinny być dopasowane do rozmiaru występującego problemu. Programy profilaktyczne służą do uświadomienia występujących problemów, aby wskazać rodzinie, z jakich możliwości może ona skorzystać. Realizatorami programów profilaktycznych często są placówki działające w zakresie pomocy i wsparcia pracujące z rodziną, należą do nich organizacje pozarządowe i szkoły. Na podstawie przypadków zdiagnozowanych przez psychoterapeutów uzależnień stwierdzono, że uzależnienie od alkoholu narusza funkcjonowanie rodziny w sferze społecznej, emocjonalnej i osobowościowej oraz jest powodem

niekorzystnych sytuacji i nieprzyjemnych doświadczeń życiowych. W rodzinach, w których występuje problem alkoholowy, często członkowie sami mówią o braku poczucia bezpieczeństwa, o doświadczaniu negatywnych emocji, o poczuciu krzywdy, winy i lęku. Profilaktyka alkoholowa ma na celu dostarczenie niezbędnej wiedzy rodzinie, która wzmacnia poczucie własnej wartości poszczególnych członków rodziny i wyposaża ich w umiejętności interpersonalne i intrapersonalne. Można zatem przyjąć założenie, że działania profilaktyczne zmniejszają negatywne skutki nadużywania picia alkoholu w rodzinie poprzez poszerzanie własnej świadomości, nabywanie umiejętności i kompetencji społecznych, o których będę pisał w tym artykule. Działania profilaktyczne mają zmniejszyć prawdopodobieństwo zagrożeń i służyć utrzymaniu stanu trzeźwości (Woynarowska, 2010 s. 58).

Profilaktyka dla rodzin z problemem alkoholowym

Działania profilaktyczne dotyczące wsparcia rodzin z problemem alkoholowym realizowane są przez instytucje państwowe i organizacje pozarządowe. Oferta pomocy dla rodzin dotkniętych problemem alkoholowym ma charakter programów edukacyjnych, informacyjnych i różnych form wspierających. Pijącymi alkohol są zarówno dorośli będący rodzicami, jak i ich dorastające dzieci. Działania profilaktyczne kierowane są do różnych grup społecznych, a zakres ich działań profilaktycznych można przedstawić za pomocą profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej. Działania z zakresu profilaktyki uniwersalnej ukierunkowane są na całą populację ludzi, adresowane do całych grup społecznych bez względu na ich stopień indywidualnego ryzyka i występowania problemów alkoholowych, papierosowych, narkotykowych lub problemów związanych z innymi substancjami psychoaktywnymi. Profilaktyka uniwersalna dotyczy całej populacji dzieci lub młodzieży w określonym wieku, populacji młodych dorosłych lub populacji rodziców posiadających dzieci w wieku dorastania. Profilaktyka selektywna ukierunkowana jest na jednostki lub grupy podwyższonego ryzyka, adresowana jest szczególnie do dzieci i młodzieży, które ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne w większym stopniu są zagrożone zachowaniami ryzykownymi, problemami zdrowotnymi i społecznymi. Do profilaktyki selektywnej zalicza się działania edukacyjne, opiekuńcze i rozwojowe, które podejmowane są wobec dzieci i młodzieży pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych i rozbitych, czyli takich, gdzie dzieci są narażone na szkodliwe czynniki środowiskowe i występuje większe ryzyko wystąpienia problemów alkoholowych. Profilaktyka wskazująca skierowana jest do jednostek lub grup wysokiego ryzyka, które na przykład demonstrują pierwsze symptomy problemów alkoholowych, narkotykowych lub zaburzeń psychicznych. Profilaktyką wskazującą są zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci, które nadużywają alkoholu, pochodzą z rodzin dysfunkcyjnych i przejawiają wysoki poziom nieprzystosowania. Alkoholizm jest chorobą, która wpływa na całokształt funkcjonowania rodziny i każdego z jej członków indywidualnie, na postawy oraz sposób myślenia i funkcjonowania. Realizowane programy z obszaru profilaktyki wskazującej adresowane są do dzieci, młodzieży

i dorosłych, którzy ze względu na swoją trudną sytuację rodzinną, społeczną lub cechy indywidualne zagrożeni są rozwojem problemów społecznych i zdrowotnych oraz przejawiają wczesne symptomy tych problemów (Borucka, 2017, s. 9). Profilaktyka to działania podejmowane w celu zapobiegania pojawienia się i rozwoju niepożądanych zachowań, zagrożeń, dysfunkcji, stanów lub zjawisk, w tym także pomoc osobom uzależnionym i współuzależnionym.

Profilaktyka alkoholowa dotyczy stosowania umiejętności komunikacyjnych, zachowań asertywnych, przeżywania i okazywania własnych uczuć, rozwoju własnych zainteresowań, poznania własnej wartości i wiedzy na temat szkodliwych skutków nadużywania. Na warsztatach profilaktycznych poznawania samego siebie możemy dowiedzieć się, jak radzić sobie ze stresem, napięciem i własną złością oraz jak alkoholem reguluje się emocje, poznać mechanizm iluzji i zaprzeczania, rozpoznać własne przekonania i dowiedzieć się, czym jest bezsilność. Ważnym elementem w profilaktyce z zakresu psychoedukacji jest poznanie, na czym polega choroba alkoholowa w rodzinie, jest to wiedza na temat procesu wejścia w uzależnienie i wyjścia z niego, jak poradzić sobie z własnymi problemami i uzyskać zdolność do rozumienia wydarzeń, jakie spotykają rodzinę. Szczególnie osobom współuzależnionym dostarcza się informacji, czym jest nadopiekuńczość, nadkontrola i dlaczego rodziny z problemem alkoholowym nie potrafią kierować własnym życiem. Kluczowym elementem w działaniach profilaktycznych jest poznawanie i rozpoznawanie własnych zachowań, przekonań i emocji oraz wprowadzanie zmian w tych obszarach. Rodzina z problemem alkoholowym ma zaburzony wgląd we własne funkcjonowanie, czuje się zagubiona z powodu osoby, która nadużywa alkoholu i powoduje rozkład życia rodzinnego, co może wpłynąć demoralizująco na małoletnich członków rodziny. Zazwyczaj to zjawisko występuje w sytuacji, kiedy zachodzi problem uchylania się od obowiązku pracy przez dorosłego i unikania wzięcia odpowiedzialności za swoją rodzinę. Choroba alkoholowa systematycznie zakłóca spokój i funkcjonowanie rodziny. Człowiek pijący alkohol mówi często coś innego, a robi coś zupełnie innego, zaś rodzina przechodzi kryzys przez niewłaściwe zachowania osoby pijącej. W tym przypadku obraz postrzegania rzeczywistości przez pijącego i rodzinę jest zaburzony, a samopoczucie obniżone. Z opowiadań ludzi uczestniczących w terapiach, którzy nadużywali alkoholu, można stwierdzić, że często podczas ciągu alkoholowego nie zastanawiali się nad tym, jak ich zachowanie negatywnie wpływało na ich rodzinę, jak swoim postępowaniem krzywdzili swoich najbliższych oraz jak budowali negatywny obraz samego siebie w społeczeństwie i rodzinie. W sytuacjach kryzysowych profilaktyka dostarcza niezbędnej wiedzy członkom rodziny jak postępować i stwarzać możliwości do wyjścia z problemów oraz dostarcza wskazówek jak radzić sobie z zaistniałą sytuacją. Rodziny przechodzące kryzys, który został spowodowany problemem alkoholowym, mają możliwość konsultowania swojego problemu z lekarzem, psychoterapeutą lub pracownikiem socjalnym.

Profilaktyką alkoholową zajmują się instytucje, takie jak: Miejskie i Gminne Ośrodki Pomocy Rodzinie, Gminne Komisje do Spraw Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Punkty Konsultacyjne dla Rodzin Dotkniętych Problemem Alkoholowym oraz organizacje pozarządowe działające na rzecz profilaktyki alkoholowej. Instytucje te realizują swoje zadania przez wprowadzanie edukacyjnych

programów profilaktycznych, które zwiększają świadomość odbiorców na temat skutków nadmiernego spożycia alkoholu oraz organizują różne formy pomocy i wsparcia dla rodzin. Programy profilaktyczne skupiają się na wzmacnianiu rodziny, motywacji do działania i poprawy sytuacji rodzinnych. Profilaktyka to proces, który wspiera w prawidłowym rozwoju i zdrowym życiu, zapewnia pomoc w konfrontacji ze złożonymi i stresującymi warunkami życia, a w efekcie umożliwia osiąganie satysfakcjonującego i społecznie akceptowanego, bogatego życia (Gaś, 2004, s. 32). Autor miał na myśli bogactwa, które wynikają z własnego rozwoju oraz sfery duchowej, intelektualnej, emocjonalnej i społecznej. Praca z zakresu profilaktyki społecznej na rzecz rodzin z problemem alkoholowym może mieć charakter twórczej działalności mającej na celu kształtowanie i ulepszanie rzeczywistości.

Profilaktyczne działania ograniczające destabilizację rodziny

Profilaktyka alkoholowa to użycie wiedzy uprzedzającej, która posługuje się różnymi narzędziami pracy, takimi jak edukacja, szkolenia, działania w zakresie rozwoju zainteresowań artystycznych lub sportowych. Profilaktyka alkoholowa prowadzi do świadomego działania jednostek w systemie rodziny i ma na celu ograniczanie rozmiarów używania i nadużywania alkoholu oraz zapobieganie różnorodnym problemom związanym z piciem, zanim one wystąpią. Problem nadużywania alkoholu często stwarza bardzo ciężką i trudną sytuację dla rodziny, która nie do końca wie, jak sobie z tym poradzić. Ludzie nie zawsze godzą się z tym, co ich spotyka, a walka z przeciwnościami powoduje utratę sił i poczucie niemocy. Godzenie się z własną bezsilnością to akceptacja tego, w jakiej jest się sytuacji. Człowiek uzależniony traci kontrolę nad swoim życiem, a skutki picia alkoholu mają różne konsekwencje, które prowadzą do samozniszczenia oraz rujnowania samego siebie, relacji rodzinnych i społecznych. Profilaktyka alkoholowa nastawiona na poznanie samego siebie to poznanie konsekwencji prowadzących do uzależnienia, poznanie tego, jak alkohol burzy więzi i relacje rodzinne oraz do jakich stanów doprowadza człowieka. Praca nad uznawaniem bezsilności wobec alkoholu jest czymś niezwykle ważnym, a praca nad tym problemem to przede wszystkim zwrócenie uwagi na rolę, jaką w życiu człowieka odgrywa przekonanie o własnej mocy, dostrzeganie błędów i słabości oraz poszukiwanie sposobów na poradzenie sobie z własnymi ograniczeniami (Mellibruda, 2010, s. 95).

Edukacja kierowana do rodzin dotycząca zapobiegania picia alkoholu ma charakter przekazywania wiedzy poszczególnym członkom rodziny z zakresu niebezpieczeństw związanych z piciem. Zaangażowanie rodziców w inicjatywy zapobiegania alkoholizmowi wśród młodzieży jest bardzo ważne, ponieważ to rodzina jest podstawowym i pierwszym środowiskiem oddziaływań dziecka. Współczesne społeczeństwo spożywanie alkoholu uważa za normalne zachowanie, a powody picia alkoholu są różne. Często spotykamy się z opinią, że choroba alkoholowa wywołuje agresję i napięcie emocjonalne u pijących, które można powiązać z agresywnymi i niebezpiecznymi zachowaniami u osoby nadużywającej alkohol.

W tym przypadku agresja może być spowodowana zmianami funkcjonowania mózgu, spożywanie nadmiernej ilości alkoholu powoduje zakłócenia w pracy mózgu, a agresja może być impulsywną reakcją na bodźce zewnętrzne. Agresja może też być spowodowana zaburzeniami osobowości, traumatycznymi przeżyciami oraz uszkodzeniem układu nerwowego lub czynnikami społecznymi, takimi jak powielanie złych wzorców zachowań. Człowiek odużony alkoholem ma zaburzony obraz postrzegania rzeczywistości, przetwarzania informacji i bodźców, niewłaściwie ocenia sytuację oraz może postrzegać ją jako niebezpieczeństwo i nadmiernie na nią reagować (Piasecka, 2017, s. 73).

Alkohol towarzyszy wielu spotkaniom towarzyskim, początkowo jest wyznacznikiem rozluźnienia relacji międzyludzkich, a częste picie towarzyskie może prowadzić do coraz to poważniejszych skutków. Książd Marek Dziewiecki w swojej książce pt. *Nowoczesna profilaktyka uzależnień* porusza problem człowieka, który staje się bliski uzależnieniom i wchodzi na drogę uzależnień od alkoholu, nikotyny, narkotyków i innych substancji, które go zniewalają, oszukują i uzależniają. W tej sytuacji konieczne jest dokonanie jakościowego skoku w profilaktyce uzależnień, ponieważ dotychczasowo stosowane programy profilaktyczne okazują się mało skuteczne (Dziewiecki, 2000, s. 41). Ludzie, którzy piją długo alkohol, uwikłali się w sytuację własnych zaburzonych przekonań i terminologii alkoholowej, która kształtuje ich tożsamość, a ich życie kręci się wokół picia, uzależnienia i tożsamości alkoholowej. W procesie głębszego wchodzenia w uzależnienie objawy stają się coraz bardziej widoczne i poważne. Na zachowanie związane z piciem alkoholu i konsekwencje picia na różne sposoby ma wpływ tolerancja na działanie alkoholu u pijącego. Można tu się odwołać do prac profesora Marcina Wojnara, który opisuje tolerancję na działanie etanolu jako mechanizm podtrzymujący i rozwijający uzależnienie, który początkowo pozytywnie wzmacnia wpływ alkoholu i zmniejsza się z czasem w miarę jego regularnego przyjmowania. By wynagrodzić sobie straty, osoby pijące muszą spożywać coraz więcej alkoholu, aby uzyskać ten sam efekt, który wcześniej występował pod wpływem mniejszych dawek. Z biegiem czasu występuje odczuwalne dla pijącego negatywne działanie alkoholu, które narasta pod wpływem czasu i regularnego picia (Wojnar, 2017, s. 61). Trudna sytuacja w rodzinie występuje zazwyczaj w przypadku, kiedy osoba pijąca alkohol ciągami nie leczy się i ma silnie zainstalowane mechanizmy uzależnienia oraz sama nie jest w stanie poradzić sobie ze swoimi zachowaniami i emocjami. Rodzina znajdująca się w trudnej sytuacji ma możliwość skorzystania z usług społecznych lub publicznej informacji na temat alkoholizmu. W gminach może skorzystać z procedury o zobowiązanie pijącego członka swojej rodziny do leczenia odwykowego oraz złożyć wniosek do wszczęcia procedury, która zobowiązuje go do tego leczenia. Taki wniosek może złożyć każdy, kto ma wiedzę, że dana osoba nadużywa alkoholu i powoduje rozkład życia rodzinnego, demoralizuje małoletnich, uchyla się od pracy oraz systematycznie zakłóca spokój rodziny lub porządek publiczny.

Profilaktyka w rodzinie powinna być realizowana na bardzo wczesnym etapie rozwoju dziecka, a więc wtedy, kiedy zostają zauważone różne nieprawidłowości w rozwoju lub wychowaniu. W profilaktyce rodzinnej chodzi o formę współpracy dzieci i rodziców. W profilaktyce rodzinnej oferuje się pomoc w rozwiązaniu

problemów poprzez edukację i poprawę komunikacji. Dzieci uczą się samodzielności, by w przyszłości same znalazły sobie miejsce w życiu. Rodzinę uczy się jak budować relacje i więzi emocjonalne, aby ją wzmocnić. Rodzina jest naturalnym środowiskiem dziecka i podstawowym obiektem oddziaływań profilaktycznych. W profilaktyce rodzinnej bardzo ważne jest zaangażowanie w działania zapobiegawcze rodziców lub opiekunów, bo to oni mają największy wpływ na swoje dzieci. Z domu dzieci wynoszą wzorce zachowania, którymi kierują się później w szkole, na podwórku i w różnych sytuacjach, z którymi się spotykają. Rodzina jest pierwszym miejscem wychowania i działalności wychowawczej dziecka. Rodzicom daje się pewne wskazówki na temat profilaktyki uzależnień, ale co z tym zrobią, zależy już tylko od nich. Działania zapobiegawcze mają zachęcać daną rodzinę do współpracy ze specjalistami, którzy na co dzień zajmują się profilaktyką i terapią. Rodzina dla młodego człowieka stanowi podstawowe źródło doświadczenia siebie i swojego miejsca.

Psychoedukacja rodzin

Bardzo ważnym elementem, który wzmacnia rodziny i ich członków w trzeźwości, jest wiedza na temat działania alkoholu i uzależnienia oraz obszarów pracy nad sobą, którą najczęściej pozyskuje się za pomocą warsztatów psychoedukacyjnych. Psychoedukacja ma na celu wzmacnianie uczestników zajęć i motywowanie ich do pracy nad sobą, dostarcza narzędzi do radzenia sobie z własnymi problemami i modeluje styl życia. Psychoedukacja uczy radzenia sobie z kryzysami, rozpoznawania i omawiania własnych emocji, uczy poprawnej komunikacji i pracy nad zmianą negatywnych zachowań. Psychoedukacja pozwala zrozumieć samego siebie, poznać swoje słabe strony i pracować nad nimi oraz docenić i rozwijać swoje mocne strony, by lepiej sobie radzić w życiu i zapobiegać niekorzystnym czynnikom, zagrożeniom i zjawiskom społecznym. Psychoedukacja ma za zadanie zastosowanie technik terapeutycznych w stosunku do uczestników zajęć, by mogli sprawnie z nich korzystać w środowisku, w jakim na co dzień przebywają. Ciekawą książką na temat psychoedukacji jest pozycja Mirosławy Kisiel pt. *Zajęcia psychoedukacyjne dla współuzależnionych* wydana przez Instytut Psychologii Zdrowia w Warszawie. Choć tytuł książki sugeruje, że została przeznaczona dla ludzi współuzależnionych, jednak niezawodnie sprawdza się w zajęciach psychoedukacyjnych z młodzieżą, studentami, rodzicami oraz nauczycielami. Pierwsza część książki poświęcona jest głównie tematyce zajęć i ćwiczeń dydaktycznych z zakresu choroby alkoholowej, leczenia choroby alkoholowej, rodziny dysfunkcyjnej z problemem alkoholowym, bezsilności, współuzależnienia, niekierowania własnym życiem oraz psychologicznym skutkom uzależnienia. Drugi rozdział książki dotyczy rozwoju osobistego, procesu zmian, rozpoznawania uczuć, porozumiewania się z drugim człowiekiem, przemocy w rodzinie alkoholowej oraz warsztatów na temat złości, asertywności, potrzeb i lęku. Konspekty zajęć mogą być wykorzystane w proponowanej formie lub stanowić inspirację dla terapeutów (Kisiel, 2001, s. 62).

Osoby dorosłe żyjące w związku formalnym lub nieformalnym z osobami uzależnionymi mają miano osób współuzależnionych. Współuzależnienie jest zaburzoną adaptacją do trudnej sytuacji poprzez utrwalenie specyficznych wzorców funkcjonowania i reagowania, które rozwijają się w okresie utrzymywania relacji z osobą uzależnioną. Osoby współuzależnione stosują różne strategie, aby poradzić sobie ze stresującymi wydarzeniami związanymi z uzależnieniem. Psychoedukacja współuzależnienia dotyczy pracy nad poznaniem własnej sytuacji, zrozumieniem własnych zachowań i zachowań alkoholika, pracy nad własnymi przekonaniami i poczuciem własnej wartości. Współuzależnienie, według Zofii Sobolewskiej-Mellibrudy, to zespół cech i zachowań wynikających z nieprawidłowego przystosowywania się do sytuacji problemowej i konsekwencja picia członka rodziny. Głównie jest to problem psychologiczny i dlatego podstawową metodą pomocy są oddziaływania psychoterapeutyczne, a za definicję współuzależnienia przyjmuje się „trudności adaptacyjne pojawiające się u osoby dorosłej na skutek przebywania w związku z osobą nadużywającą alkohol, a trudności te wnikają w patologiczny związek i uniemożliwiają satysfakcjonujące życie” (Sobolewska-Mellibruda, 2006, s. 98). Andrzej Margasiński w książce pt. *Rodzina alkoholowa z uzależnionym w leczeniu* zastosował koncepcje systemowej analizy funkcjonowania rodzin z problemem alkoholowym oraz podkreśla, że „współuzależnienie ma charakter specyficznej i dysfunkcjonalnej adaptacji do patologicznych relacji i sytuacji rodzinnych oraz rozpoznaje się różnice indywidualne wśród osób współuzależnionych” (Margasiński, 2011, s. 36).

Działania wspierające profilaktykę alkoholową

Innowacyjne metody włączające i integracyjne w pracy terapeutycznej z dziećmi oraz ich rodzinami stają się ciekawą formą spędzania wolnego czasu i alternatywą dla zachowań ryzykownych. Powstają z połączenia dotychczasowych oddziaływań lub są zupełnie nową formą aktywności w danych środowiskach lokalnych. Innowacyjne formy pracy profilaktycznej wychowawcy, pedagoga lub animatora biorą się z pomysłowości, umiejętności i sposobu, w jaki pracuje. W prowadzeniu profilaktyki ważnym i znaczącym czynnikiem jest wiedza z zakresu terapii i obszarów dotyczących kompetencji społecznych. Rolą prowadzących i realizujących programy profilaktyczne jest wychwycenie u podopiecznego takich cech, zainteresowań i zasobów, które będzie potrafił dopasować do swojego warsztatu pracy, rozwijać je, wzmacniać i nadać im właściwy kierunek. Innowacyjne metody pracy profilaktyczno-terapeutycznej z podopiecznymi mają swoje zastosowanie w budowaniu kontaktów, uczeniu umiejętności prospołecznych, rozwoju zainteresowań i pomocy psychospołecznej w środowiskach lokalnych. Profilaktyka jest strategią przewidywania szkodliwych zaburzeń społecznych. Działania zapobiegawcze powinny być systematyczne, dokładnie zaplanowane i powiązane ze sobą we wspólną całość. Profilaktyka ma za zadanie stworzenie takich oddziaływań, które będą wzmacniały umiejętności społeczne odbiorców działań, pomagały prawidłowo nawiązywać i rozwijać relacje

międzyludzkie. Jednym z elementów nawiązywania kontaktów jest komunikacja interpersonalna, wyrażanie swoich myśli, uczuć i postaw. Profilaktyka daje nam możliwości wyboru tworzenia sprzyjających i korzystnych warunków. Na zajęciach o poczuciu własnej wartości uczymy się szacunku do samego siebie, pewności siebie, dbania o swoje prawa i o to, by respektowali je inni. Ważnym elementem prowadzenia profilaktyki jest nawiązywanie kontaktu, który opiera się na zaufaniu i współpracy. „Należy nawiązać relacje na gruncie emocjonalnym, chodzi o współdziałanie i zaufanie, które pozwoli zrealizować program naprawczy (Bartoszewski, 2017, s. 10).

Programy profilaktyczne dotyczące przeciwdziałania alkoholizmowi wykazały znaczną skuteczność oddziaływań na ludzi pijących w sposób szkodliwy dla zdrowia, którzy są jeszcze nieuzależnieni i są to wczesne interwencje u pijących. Wczesna interwencja opiera się głównie na rzeczowym poinformowaniu uczestnika i stwierdzeniu u niego problemów zdrowotnych spowodowanych pićciem alkoholu. Alkoholizm jest problemem społecznym i wynikają z niego problemy zdrowotne. Szkodliwość picia często przypisuje się ludziom, którzy są pijani widocznie, a nie tym, którzy piją w ukryciu. Pijący alkohol powinien być poinformowany, że jego dolegliwości zdrowotne są właśnie spowodowane pićciem alkoholu. Warunek wyleczenia, zalecenia lub zahamowania postępów choroby dotyczy znacznego ograniczenia picia albo całkowitej abstynencji. Istotnym elementem wczesnej interwencji jest traktowanie problemów zdrowotnych spowodowanych alkoholem w kategoriach medycznych, a nie moralnych. Pacjent powinien otrzymać pełną ofertę diagnostyczną i terapeutyczną stosowaną przy schorzeniu. Ważnym postępowaniem we wczesnej interwencji jest monitorowanie i przestrzeganie zaleceń, w tym monitorowanie abstynencji. Z pacjentami, którzy piją w sposób szkodliwy dla zdrowia, warto umawiać się na następne terminy wizyt najlepiej w okresie zwiększonego ryzyka picia alkoholu – bezpośrednio po weekendzie, dniach wypłat lub świątach.

Do wczesnej interwencji należy też oddziaływanie na środowisko pacjenta. Dotyczy to szczególnie młodzieży, gdzie trudno sobie wyobrazić skuteczne działanie bez udziału rodziców. Wskazana jest pomoc wychowawcy szkolnego. Środowisko młodych pacjentów jest mało konstruktywne, częściej prowadzi do jeszcze większego wyobcowania i konfliktów, które są przyczyną dalszego picia alkoholu. Picie alkoholu przez młodych ludzi jest najczęstszym zachowaniem ryzykownym. Kontakt z alkoholem ma za sobą większość młodych ludzi. W naszym kraju picie alkoholu stało się tradycją na wszelkiego rodzaju imprezach, osiemnastkach, urodzinach i imieninach. Dużym wyzwaniem dla ludzi pracujących z młodzieżą jest grupa młodych ludzi mająca trend oraz przekonanie do zachowań ryzykownych. Młodzi ludzie podejmują zachowania ryzykowne, nie mając na ten temat odpowiedniej wiedzy i nie są do końca świadomi, co robią oraz co ich czeka. Uważają, że to, co robią, jest właściwe oraz że to jest ich sprawa, co robią ze swoim życiem. Młodzi ludzie nie mają logicznego wytłumaczenia swoich czynów. Zachowania ryzykowne występują zarówno wśród dziewcząt, jak i chłopców. To kolejny ważny obszar, który powinien być uwzględniony w działaniach profilaktycznych na rzecz rodziny (Habrat, 2007, s. 12).

W realizacji gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych podejmuje się działania, których celem jest zmniejszanie spożycia alkoholu wśród dzieci i młodzieży. Osiągnięcie tego celu jest na tyle możliwe, na ile działania będą prowadzone systematycznie i prawidłowo. Wiele podejmowanych działań i programów profilaktycznych odnosi się nie tylko do jednego specyficznego zachowania problemowego, ale do różnych zachowań ryzykownych, sytuacji problemowych i zagrożeń. Zagrożeniami związanymi z nadużywaniem alkoholu w rodzinie może być przemoc, agresja, zaniedbywanie rodziny, uciekanie od odpowiedzialności lub utrata kontroli nad własnym życiem. Prowadzenie edukacji publicznej jest jednym z zadań związanych z realizacją lokalnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Do zadań każdego samorządu należy poinformowanie społeczności lokalnej o tym, gdzie szukać pomocy w sytuacjach związanych z negatywnymi konsekwencjami używania alkoholu. W Polsce przy samorządach działają gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych. Zatem systematyczne edukowanie i szkolenie profesjonalistów pracujących zawodowo w systemie pomocy dzieciom, młodzieży i rodzinom z problemem alkoholowym jest ważnym elementem profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w gminach. Ważna jest też aktywizacja lokalnych mediów, pozyskiwanie sprzymierzeńców w tej dziedzinie oraz promowanie aktywności gminy w zakresie profilaktyki alkoholowej na forum regionalnym, krajowym i międzynarodowym. Polski system rozwiązywania problemów alkoholowych jest bardzo dobrze dopracowany i daje wiele możliwości działania. Polska jest właściwie przygotowana teoretycznie i edukacyjnie, a specjaliści posiadają dużą wiedzę. Istotną rolę w tworzeniu profilaktyki alkoholowej pełnią stowarzyszenia abstynenckie działające na rzecz swoich członków i ich rodzin, które działają poprzez aktywność bez alkoholu, promocje postaw prozdrowotnych, abstynencyjnych i trzeźwego stylu życia. Główny cel działalności stowarzyszeń abstynenckich obejmuje programy trzeźwościowe i rehabilitacje oraz programy pomocy, wsparcia i interwencji (Piotrowska, 2012, s. 27).

W swojej pracy zawodowej jako psychoterapeuta uzależnień spotykam się z sytuacjami, kiedy osoby uzależnione nie chcą się leczyć, nie przyjmują tego faktu do wiadomości, nie chcą nawet o tym słyszeć i nie działają na nich ani groźby, ani prośby. W Polsce terapia jest dobrowolna, a rodziny nie chcą swoich spraw rozstrzygać sądownie, jeśli dana osoba uzależniona nie narusza swoim zachowaniem poważnie norm społecznych. Do czasu rozwiązania problemu alkoholowego w rodzinie, co jest głównym celem podejmowanych zadań profilaktycznych i interwencyjnych, należałoby zapewnić zaspokojenie podstawowych potrzeb dziecka, takich jak bezpieczeństwo oraz tworzenie możliwości do prawidłowego rozwoju i pomóc dziecku w budowaniu zasobów niezbędnych dla jego zdrowia psychicznego. Działania profilaktyczne w tym zakresie często wykonują organizacje pozarządowe: Świetlice Środowiskowe i Socjoterapeutyczne oraz Młodzieżowe Kluby Środowiskowe. Profilaktyka rodzinna to właściwa socjalizacja dziecka i wychowanie. Jednym z programów profilaktycznych kierowanych do rodziny jest Program Wzmacniania Rodziny. Program adresowany jest do rodzin, w których występują trudności komunikacyjne, w relacji rodzic-dziecko-rodzina lub występują zachowania ryzykowne dzieci. Uczestnictwo w programie stwarza warunki rodzicom

na pogłębienie umiejętności wychowawczych oraz nabywanie umiejętności budowania więzi w rodzinie. Adresatami rekomendowanego programu profilaktycznego wzmacniania rodziny są dzieci w wieku od dziesięciu do czternastu lat i ich rodzice. Ofertę tę kieruje się do rodzin, w których występują zaburzone relacje, negatywne zachowania nastolatków, podejmowane są zachowania ryzykowne oraz problemowe przez dzieci, które sięgają po różne środki psychoaktywne, do których też należy alkohol. Głównym celem programu jest ograniczenie używania środka psychoaktywnego i zachowań problemowych w okresie dorastania.

Podsumowanie

Działania profilaktyczne na rzecz pomocy i wspierania rodzin z problemem alkoholowym powstają po to, by członkowie rodziny, borykający się z takimi problemami, byli w stanie podjąć jakiekolwiek działanie, które pokaże im możliwości wyjścia z trudnej sytuacji, w jakiej się znaleźli. Działania profilaktyczne mają na celu wzmocnienie rodzin, które prowadzą do rozwiązywania problemów alkoholowych i poprawiają jakość życia. Działania te wymagają czasu, zaangażowania i wdrażania wiedzy w życie. Osoby pijące często alkohol, które nie biorą odpowiedzialności za swoje czyny i zachowania, nie godzą się z tym, że mają problem i odwracają uwagę od skonfrontowania się ze swoimi problemami, a pozostali – niepijący – członkowie rodziny zazwyczaj nie radzą sobie z sytuacją, jaka ich spotkała, podejmują nieudane próby zmiany i wycofują się z sytuacji, podejmują szkodliwe dla nich próby przystosowania i godzą się na zaistniałe negatywne okoliczności. Członkowie rodziny z problemem alkoholowym bardzo często mają w sobie wykształcone negatywne przekonania i myślenie na swój temat, które powoduje zaburzone postrzeganie świata, przejawiające się w nieprawidłowych schematach zachowania i mechanizmach uzależnienia. Zatem praca profilaktyczna jest bardzo ważną formą pomocy i wsparcia dla rodziny. Działalność profilaktyczna daje rodzinom alternatywę i otwiera możliwości na lepsze życie, która promuje zdrowie, daje motywację, dostarcza ważnych informacji, rozwija indywidualne umiejętności, zainteresowania oraz wprowadza różne metody oddziaływań na rodzinę, by podejmowała korzystne dla siebie działania, które są dopracowywane przez realizatorów ze względu na skuteczność, jakość i atrakcyjność.

Bibliografia

- Bartoszewski J., Król K. (2017), *Współczesne wyzwania i dylematy pracy socjalnej*, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, Konin.
- Czabała J.Cz. (2013), *Czynniki leczące w psychoterapii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Dziewiecki M. (2000), *Nowoczesna profilaktyka uzależnień*, Jedność, Kielce.
- Gaś Z.B. (2004), *Szkolny program profilaktyki, istota, konstruowanie i ewaluacja*, Fundacja Masz Szanse, Lublin.
- Habrat B. (1996), *Szkody zdrowotne spowodowane alkoholem*, PWN, Warszawa.

- Habrat B. (2007), *Alkohol droga donikąd. Seria: Problemy nastolatków (kaseta video)*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Kisiel M. (2001), *Zajęcia psychoedukacyjne dla współuzależnionych*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa.
- Margasiński A. (2011), *Rodzina alkoholowa z uzależnionym w leczeniu*, Impuls, Kraków.
- Mellibruda J. (2010), *Rany i blizny psychiczne*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa.
- Melody B. (2016), *Koniec współuzależnienia. Jak przestać kontrolować życie innych i zacząć troszczyć się o siebie*, Media Rodzina, Poznań.
- Miller W.R., Forcehimes A.A., Zweben A. (2014), *Terapia Uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Sobolewska-Mellibruda S. (2006), *Integracyjna psychoterapia uzależnień*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa.
- Wojnar M. (2017), *Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa.
- Woynarowska B. (2010), *Edukacja zdrowotna – Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Abstract

Prevention for families with alcohol problems shows the range of possibilities that families can use. Prevention creates conditions for change, it gives benefits and provides knowledge. In the paper I will present an extended range of options for universal, indicative and selective prevention. The alcohol prevention described concerns education, support methods, therapeutic interactions and obtaining necessary information. The main purpose of preventive measures is to reduce the negative effects of alcohol drinking in families. The article consists of an introductory part, a description of alcohol prevention for families, family psychoeducation, activities supporting alcohol prevention and a summary.

Keywords: family, alcohol, prevention, help, problem, actions

Instytucje wsparcia osób i rodzin z problemem uzależnienia od alkoholu

Przeciwdziałanie problemom alkoholowym w świetle ustawy z 26 października 1982 r. O postępowaniu w sprawach nieletnich. Zagadnienia wybrane

Preventing alcohol-related problems in the light of the Act of 26 October 1982 on proceedings in juvenile cases Selected issues

Abstrakt

Szkodliwe spożywanie alkoholu powoduje rocznie milion zgonów, z czego znaczną część jego ofiar stanowią młodzi ludzie. Co więcej szeroki zakres problemów związanych ze spożywaniem alkoholu może w sposób druzgocący wpływać nie tylko na samych nieletnich, ale także na ich rodziny, a nawet życie społeczności lokalnej. Wszystko to przyczyniło się do opracowania szeregu strategii zapobiegawczych lub powodujących co najmniej częściową redukcję tego zjawiska. Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie wybranych działań podejmowanych w tej dziedzinie przez sąd dla nieletnich na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich. Oparcie obowiązującego polskiego systemu postępowania z nieletnimi na modelu opiekuńczo-wychowawczo-ochronnym i uznaniu za jego naczelną dyrektywę kierowanie się przede wszystkim dobrem nieletniego oznacza z jednej strony rezygnację z represji jako podstawowego środka stosowanego wobec nieletnich, a z drugiej nawiązuje do zasady dobra dziecka. Wskazany priorytet dobra nieletniego, który uznany został za fundamentalną dyrektywę polskiego modelu postępowania z tą grupą osób, w założeniu teoretycznym powinien rzutować na wszystkie przyjęte w nim rozwiązania prawne, a w konsekwencji także na decyzje wydawane na każdym jego etapie. Przy czym te z nich, które nie służyłyby dobru nieletniego, rozumianemu jako dążenie do osiągnięcia takich korzystnych zmian w jego osobowości i zachowaniu, aby mógł on stosownie do biologicznego wieku i dojrzałości odpowiednio funkcjonować w otaczającej go rzeczywistości społecznej, są z założenia błędne i powinny ulec zmianie lub uchyleniu. Odnosi się to także do specjalnych środków prawnych, które mają zapobiegać alkoholizmowi wśród nieletnich.

Słowa kluczowe: nieletni, uzależnienie, alkohol, demoralizacja, środki zapobiegawcze

Wprowadzenie

Alkoholizm nieletniego to sytuacja kryzysowa w życiu nie tylko dziecka, ale także jego rodziny. Problemy związane z alkoholem ma nie tylko ten, kto pije, albowiem nie funkcjonuje on w próżni społecznej. Przeciwnie – mają je wszyscy ci, którzy pozostają w bliskiej więzi z uzależnionym; ci, którzy go kochają i chcą o niego dbać, którzy żyją z nim w jakiegokolwiek wspólnocie (Sztander, 1993, s. 1).

Tym niemniej jednak najczęstsze reakcje rodziców na ten problem to niedowierzanie, gniew, poczucie winy, a często również zaprzeczenie. Różne dane empiryczne prowadzone od połowy lat dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia wskazywały, że już wówczas zdecydowana większość osób (według niektórych statystyk nawet do 98% populacji) przed ukończeniem 20. roku życia miała za sobą doświadczenia z piciem alkoholu (szerzej na ten temat: np. Siellawa-Kolbowska, 2000, s. 307–313). Ponadto od lat systematycznie obniża się także wiek świadomej inicjacji alkoholowej, który niekiedy określany jest jako przypadający nawet na pierwsze klasy szkoły podstawowej. Co oczywiste, istnieje wiele czynników sprzyjających sięganiu przez młodych ludzi po napoje alkoholowe właśnie w wieku dorastania. Wśród nich wymienia się przede wszystkim te o charakterze genetycznym. Należy jedynie krótko przypomnieć, że uwarunkowania genetyczne alkoholizmu są od dłuższego czasu badane przez naukowców na całym świecie. Wynika z nich m.in., że zarówno u kobiet jak i u mężczyzn nawet 50–60% ryzyka alkoholizmu może być właśnie zdeterminowane genetycznie (np. Heath i in., 1997, s. 1381–1396; zob. także Samochowiec, Fiszer-Piosik i Horodnicki, 1998, s. 179–191). To z kolei oznacza, że np. alkoholizm rodzica lub bliskiego krewnego wpływa na biologiczną podatność dziecka na doświadczenie problemów alkoholowych w przyszłości (np. Cierpiałkowska i Grzegorzewska, 2016, s. 360). Nie oznacza to jednak, że wszystkie *dzieci alkoholików* same zaczynają *pić*, czy też zostają w przyszłości partnerem/ką osoby uzależnionej. Zatem poszukiwanie przyczynowego *wyjaśnienia* alkoholizmu dziecka jedynie w jego kodzie genetycznym może niekiedy okazać się niewystarczające, albowiem zachowania dotyczące picia alkoholu odzwierciedlają skomplikowane oddziaływanie zarówno pomiędzy czynnikami dziedzicznymi, jak i środowiskowymi (*Nieletnie picie*). Jeśli bowiem rozwój psychofizyczny dziecka zachodzi w środowisku, w którym brakuje właściwych standardów (kulturowych, religijnych, innych), odpowiednich podstaw wychowawczych rodziców, ich bliskości i wsparcia, to w konsekwencji także prowadzić to może do jego społecznego nieprzystosowania. W rezultacie często oznacza to powielanie negatywnych wzorców rodzinnych, a nawet podejmowanie zachowań sprzecznych z prawem lub zasadami współżycia społecznego (Ciosek, 2011, s. 277). W tym kontekście mówi się niekiedy o młodzieży z ryzykiem tzw. społecznego dziedziczenia statusu i problemów społecznych swoich rodziców czy w szerszym ujęciu o zjawisku *dziedziczenia* marginalizacji (ekskluzji społecznej) przez dzieci (Kalinowski, 2010, <https://liberte.pl/przejawy-wykluczenia-spoecznego/>; data dostępu: 11.05.2019). Innymi słowy – rodziny takie, zamiast być miejscem wsparcia dla dorastających w nich istot, stanowią podstawowe źródło problemów i zagrożeń (szerzej na ten temat np. Biernat, 2015, s. 15–34). Warto jednak zwrócić uwagę, że zdecydowana większość młodzieży wywodzi się z rodzin funkcjonujących prawidłowo, tzn. takich, w których np. brak jest uzależnienia choćby jednego z rodziców, stosowania przemocy czy pobytu w zakładach karnych. W tym obszarze do przyczyn uzależnienia od alkoholu dziecka zaliczyć można choćby wpływ grupy rówieśniczej. Sieganie po różnego rodzaju używki, w tym alkohol, staje się często głównym sposobem spędzania wolnego czasu, daje też młodym ludziom poczucie pewnej wspólnoty doświadczeń, a w skrajnych przypadkach jest nawet swego rodzaju wyznacznikiem przynależności

do określonego środowiska. Wreszcie wskazać należy, że w przedmiotowej kwestii identyfikowane są również inne czynniki ryzyka, takie jak np. wpływ mediów, w których alkohol jest szeroko promowany, ale także *przeciążenie dziecka* dodatkowymi *obowiązkami*, związany z tym stres, z którym nie umie sobie poradzić, brak swego rodzaju „ciekawości świata” czy niestabilna samoocena – zwłaszcza w okresie adolescencji (szerzej na ten temat np. Bartosik [red.], 2003, s. 45–63).

Ustawodawca polski kwestię alkoholu i problemów z nim związanych także wśród dzieci i młodzieży traktuje priorytetowo, ale również wielopłaszczyznowo. Tym samym budzi ona zainteresowanie przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych, wśród których zdecydowany prym wiodą nauki medyczne i społeczne. W zdecydowanie skromniejszym wymiarze problematyka ta stanowi przedmiot zainteresowania przedstawicieli nauk prawnych (np. pierwszym opracowaniem analitycznym ujmującym administracyjnoprawne aspekty problematyki alkoholowej była praca: Jaworska-Dębska, 1995, s. 1–220). Trzon modelu polskiej regulacji alkoholowej stanowi, co oczywiste, ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 1982 r. Nr 35, poz. 230 ze zm.; dalej jako u.w.t.p.a.). Leczenie osób uzależnionych, także na gruncie tego aktu prawnego, jest co do zasady dobrowolne, a przymus leczenia może być nałożony wyłącznie przez sąd w przypadkach wskazanych w art. 24 w zw. z art. 26 ust. 1. Ustawa ta w zakresie stosowanych środków nie różnicuje ich adresatów. To oznacza, że mogą być zastosowane teoretycznie zarówno do osoby dorosłej, jak i dziecka, o ile to ostatnie spełnia przesłanki do ich zastosowania (np. w związku z nadużywaniem alkoholu systematycznie zakłóca spójność lub porządek publiczny). W nauce słusznie jednak podkreśla się, że specyfika podmiotu, jakim jest dziecko, powoduje, że oddziaływanie prawa na tę jednostkę jest szczególnie utrudnione, albowiem jego niedostatecznie ukształtowana osobowość

charakteryzuje się mniejszym poziomem integracji czynności umysłowych, mniejszą autonomizacją procesów poznawczych, również w zakresie opisywania i wartościowania obrazu świata i własnej osoby, oraz uboższym zasobem doświadczenia. Niedojrzałość psychiczna pozostaje w tym przypadku w ścisłym związku z odmiennością w zakresie roli społecznej i innym od osoby dorosłej charakterem uczestnictwa w życiu społecznym (Muszyńska, 2004, s. 56).

Dostrzeżenie owych odrębności rozwojowych dzieci i młodzieży, ich niedojrzałej osobowości, w tym ograniczonej zdolności rozumienia znaczenia dokonywanych czynów, przyniosły zapoczątkowane już pod koniec XIX w. zasadnicze zmiany w postrzeganiu i ocenianiu zachowań nagannych nieletnich oraz postępowaniu z nimi, które ukierunkowane było nie na karanie, ale na wychowanie i zmianę zachowania. Co równie istotne, zwrócono uwagę na przyczyny negatywnych zachowań nieletnich, które najczęściej tkwiły w ich środowisku wychowawczym, w warunkach, w jakich przyszło im żyć, nie zaś w nich samych (Konarska-Wrzošek, 2013, s. 40). Wszystko to doprowadziło z czasem do stworzenia – także w warunkach polskich – specjalnych środków prawnych, które byłyby skuteczne wobec tej kategorii osób, przy czym ich skuteczność rozumie się jako zapewnienie ochrony i wychowania nieletnich, którzy „zeszli na złą drogę”.

Co za tym idzie, zaczęto tworzyć także osobne, wyspecjalizowane sądy dla nieletnich, w których jedną z zasad postępowania sądowego było wyłączenie jawności oraz odformalizowana procedura (Konarska-Wrzošek, 2013, s. 40–41).

Istotnym krokiem zmierzającym w kierunku szczególnego uregulowania problematyki antyalkoholowej wśród najmłodszych członków naszego społeczeństwa było bez wątpienia wprowadzenie w życie postanowień ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U z 1982 r. Nr 35, poz. 228 ze zm.; dalej jako u.p.n.). Wraz z jej uchwaleniem bowiem doszło do wyodrębnienia tzw. prawa nieletnich, obejmującego całokształt materialnoprawnych i procesowych rozwiązań ukierunkowanych na kwestie profilaktyki w postaci zapobiegania przestępczości i demoralizacji dzieci i młodzieży, ich ewentualnej resocjalizacji, ale także przewidującego środki prawne służące umacnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczej i poczucia odpowiedzialności rodzin za wychowanie nieletnich. Brak miejsca nie pozwala na przedstawienie różnorodności koncepcji wysuwanych jeszcze w toku prac legislacyjnych nad powołanym aktem prawnym (szerzej na ten temat: Wilkowska-Płóciennik, 2011, s. 13–16). Warto jednak zwrócić uwagę, że ostatecznie oparto go na modelu opiekuńczo-wychowawczo-ochronnym, w którym represja nie stanowi celu samego w sobie. W doktrynie nie brakuje jednak głosów, że przyjęty w 1982 r. model postępowania z nieletnimi jest niekonsekwentny, gdyż pojawiają się w nim również elementy charakterystyczne dla modelu jurydycznego (represyjnego), zwłaszcza możliwość pociągnięcia pewnej części starszych nieletnich do *stricte* odpowiedzialności karnej na podstawie art. 10 § 2 kodeksu karnego (Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, Dz.U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 ze zm.; dalej jako k.k.). Oznacza to z kolei, że nieletni warunkowo jest osobą zdolną do ponoszenia odpowiedzialności karnej za swoje czyny (Marek, 2007–2008, s. 383–391). Ta ostatnia sytuacja, podobnie jak okoliczność popełnienia przez nieletniego przestępstwa po ukończeniu 17 lat, który stanowi dolną granicę odpowiedzialności karnej (art. 10 § 1 k.k.), pozostaje jednak poza zakresem zainteresowania u.p.n.

Skoro – jak wskazano – ustawa z 1982 r. od ponad 35 lat całościowo porządkuje i systematyzuje materię dotyczącą spraw nieletnich, to tym samym powstaje pytanie o przydatność określonych w niej regulacji do oddziaływania na szeroko rozumiane problemy związane z alkoholem, a identyfikowane właśnie w obszarze zachowań najmłodszych członków społeczeństwa.

Zasadniczym celem niniejszego opracowania jest zatem określenie miejsca, jakie środki z u.p.n. zajmują w polskich regulacjach alkoholowych i ustalenie roli, jaką prawodawca mu w nich wyznaczył. W tym kontekście założeniem wyjściowym dla przyszłych rozważań jest ustalenie obszaru zachowań, które stanowić mogą podstawę do wszczęcia postępowania na podstawie tego aktu prawnego oraz ewentualnego zastosowania przewidzianych tam środków związanych z interwencją ustawodawcy w pewne formy spożycia alkoholu jako przejawu patologii społecznej. W tym zakresie dokonana zostanie analiza aktów prawnych i dorobku doktryny, a szczątkowo również orzecznictwa. Już na wstępie zastrzec należy, że mimo rozległości i wielogłębiowego wymiaru problematyki alkoholowej wśród nieletnich skutkującego pokusą zajęcia się wieloma interesującymi, choć pobocznymi, zagadnieniami, ze względu na zakres przedmiotowy

opracowania – poniższe uwagi koncentrować się będą wokół wybranych zagadnień związanych z podjętym tematem badawczym. W konsekwencji takiego podejścia do sprawy o wielu kwestiach szczegółowych w ogóle nie będzie mowy (np. dopuszczalności stosowania wobec nieletnich sprawców środków zabezpieczających przewidzianych w k.k.), natomiast o niektórych tylko krótko. Na koniec wskazać należy, że choć niniejsze opracowanie nie aspiruje do rangi wyczerpującego przedstawienia tytułowej problematyki, to niewątpliwie służyć może jako jeden z głosów w dyskursie naukowym.

Charakterystyka podstaw wszczęcia postępowania w sprawie nieletniego na podstawie u.p.n.

Polski model decydowania o sprawach nieletnich oparty został na dwóch podstawach podjęcia działań w sprawie nieletniego: 1) wykazywaniu przejawów demoralizacji lub 2) dopuszczeniu się przez niego czynu karalnego (art. 2 u.p.n.). W konsekwencji zaistnienie każdej z tych podstaw lub obydwu łącznie powoduje, że sąd rodzinny zobligowany jest do rozważenia możliwości wszczęcia postępowania w sprawie nieletniego (art. 21 § 1 u.p.n.). Przy czym wskazać należy, że przepisy u.p.n. znajdują zastosowanie w zakresie zapobiegania i zwalczania demoralizacji tylko tych osób, które nie ukończyły 18 lat, natomiast w sprawach o czyny karalne – których dopuścili się osoby po ukończeniu 13 lat, a przed ukończeniem lat 17 (art. 1 § 1 pkt 1 i 2 u.p.n.). Ponadto w zakresie postępowania wykonawczego w stosunku do wykonywania środków wychowawczych oraz poprawczych nieletnim jest osoba, względem której te środki zostały orzeczone, choćby ukończyła lat 18, jednakże nie dłużej niż do ukończenia lat 21 (art. 1 § 1 pkt 3 u.p.n.). O ile pojęcie czynu karalnego nie budzi poważniejszych wątpliwości interpretacyjnych, albowiem obejmuje ono swym zakresem czyny zabronione przez ustawę jako przestępstwa, przestępstwa skarbowe i niektóre ściśle określone wykroczenia wskazane w art. 1 § 2 pkt 2 lit. b u.p.n., o tyle ustawa nie definiuje terminu „demoralizacja”. W literaturze słusznie wskazuje się więc na szerokie spektrum zjawisk określanych mianem demoralizacji, przy czym w art. 4 § 1 u.p.n. wymienia się jedynie przykładowo typowe jej przejawy. W. Klaus określa ten zabieg mianem „definicji przez egzemplifikację” (Klaus, 2009, s. 101), co w konsekwencji czyni naturę tego problemu skomplikowaną i niejednoznaczną, a przez to rodzić może pokusę do „dowolnego manipulowania tym pojęciem” (Górecki i Stachowiak, 2010, s. 18) choćby poprzez stosowanie w tym zakresie pewnych uproszczeń. Z uwagi na fakt, że ujęcie demoralizacji wskazane w przepisach u.p.n. jest niewystarczające, w doktrynie sformułowano wiele jej definicji. I tak np. według jednej z nich jest to „odrzućenie lub nieprzestrzeganie podstawowych norm moralnych rzutujących na wypełnianie ról społecznie ważnych, odmowę podporządkowania się uzasadnionym wymaganiom rodziny, szkoły, pracodawcy” (Strzembosz, 1983, s. 4). Według innej demoralizacja to „psycho-społeczny proces cechujący się niekorzystnymi zmianami osobowości

i zachowań nieletniego o charakterze nasilonym i względnie trwałym, który przejawia się w nieprzestrzeganiu norm i zasad postępowania obowiązujących powszechnie dzieci i młodzież” (Górecki i Konarska-Wrzonek, 2015, s. 40). W ujęciu ogólnym demoralizacja jest także ujmowana jako szczególna postać nieprzystosowania społecznego (Bojarski i Skrętowicz, 2007, s. 43 i przywołana tam literatura). Wreszcie w świetle poglądów nauk pedagogicznych demoralizacja oznacza pewien specyficzny układ postaw i nastawień ściśle ze sobą powiązanych, które charakteryzuje nieprzestrzeganie podstawowych norm moralnych i społecznych (Sienkiewicz, 1986, s. 20).

Kontrowersje wokół pojęcia demoralizacji na gruncie u.p.n. łagodzić może preambuła wyrażająca przewodnie idee (cele) tej ustawy, a których realizacja powinna łączyć wszystkie organy oraz inne podmioty stosujące jej przepisy (Korczyk-Wolska, 2008, s. 54; Górecki i Stachowiak, 2010, s. 21–22). O ile prawna wartość takiego wstępu może być kwestią dyskusyjną, gdyż trudno jest stworzyć na podstawie samej preambuły normy prawne generalne i abstrakcyjne, o tyle nie ulega wątpliwości, że dostarcza wskazówek co do zasad interpretacji poszczególnych artykułów ustawy, w tym np. kwestii definicji demoralizacji. To oznacza, że w razie wątpliwości interpretacyjnych w zakresie tego, co było intencją ustawodawcy regulującego daną kwestię, należy odwołać się właśnie do celów u.p.n., albowiem te ostatnie mają charakter zasadniczy, a tym samym mają znaczenie dla prawidłowego rozumienia i stosowania przyjętych w ustawie rozwiązań. Ze wskazanymi celami bowiem – jak pisze V. Konarska-Wrzonek – w zgodzie pozostawać muszą zarówno wszystkie regulacje materialne, jak i procesowe zawarte w omawianej ustawie (Konarska-Wrzonek, 2013, s. 50). Zatem według preambuły do zasadniczych celów ustawy zalicza się: 1) dążenie do przeciwdziałania demoralizacji i przestępczości nieletnich; 2) stwarzanie nieletnim, którzy popadli w konflikt z prawem bądź zasadami współżycia społecznego, warunków powrotu do normalnego życia; 3) dążenie do umacniania funkcji opiekuńczo-wychowawczej i poczucia odpowiedzialności rodzin za wychowanie nieletnich na świadomych swych obowiązków członków społeczeństwa.

Największe znaczenie z punktu widzenia omawianego zagadnienia ma pierwszy z nich, który krótko określić można jako przeciwdziałanie demoralizacji i przestępczości nieletnich. W uzasadnieniu projektu u.p.n. czytamy m.in., że „[...] ustawa zajmuje się tą częścią młodzieży, która z różnych przyczyn znalazła się na marginesie społecznym. Z tego powodu ma na celu przede wszystkim zwiększenie efektywności działań zapobiegawczych oraz resocjalizacyjnych podejmowanych przez sądy rodzinne, przy jednoczesnym zwiększeniu czynnika społecznego” (*Projekt ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich*, 1982, s. 2–3). Mimo że ustawa wyraźnie wskazuje w tym zakresie na cel profilaktyczny (przeciwdziałanie demoralizacji i przestępczości nieletnich), warto jednak zwrócić uwagę na treść wspomnianego art. 2 oraz na art. 4 § 1 u.p.n. Przypomnijmy, że zgodnie z pierwszym z nich: „Przewidziane w ustawie działania podejmuje się w wypadkach, gdy nieletni wykazuje przejawy demoralizacji lub dopuści się czynu karalnego”. Drugi z kolei nakłada społeczny obowiązek przeciwdziałania demoralizacji (m.in. poprzez zawiadomienie sądu rodzinnego i w następstwie wszczęcie postępowania przewidzianego w omawianej ustawie, ale także np. poprzez

podjęcie niezbędnych działań „jedynie” przez samych rodziców, opiekuna nieletniego, szkoły, do której uczęszcza, lub innej instytucji, z którą jest związany), gdy stwierdzi się istnienie okoliczności świadczących o demoralizacji nieletniego. Jak trafnie wskazuje A. Strzembosz, powyższe oznacza, że nie wystarczy do uruchomienia postępowania regulowanego przepisami tej ustawy samo zagrożenie demoralizacją, jeżeli nieletni nie ujawnia jeszcze demoralizacji, choćby nawet w niewielkim zakresie (Strzembosz, 1983, s. 12–14). W konsekwencji na gruncie u.p.n. nie sposób mówić o „czystych” środkach profilaktycznych, albowiem ustawodawca, mówiąc o przeciwdziałaniu, ma na myśli zarówno zapobieganie demoralizacji i przestępczości nieletnich, jak i ich zwalczanie, przy czym zapobieganie zachodzi wówczas, gdy w zachowaniu nieletniego pojawiają się już pierwsze niekorzystne symptomy, które sygnalizują zagrożenie demoralizacją i przestępczością lub rozpoczynający się proces jego demoralizacji. Wówczas celem jest niedopuszczenie lub powstrzymanie demoralizacji, w tym demoralizacji przestępczej. Z kolei zwalczanie demoralizacji lub przestępczości ma miejsce wówczas, gdy tego typu stany lub procesy mają już miejsce, tzn. są zaawansowane w mniejszym lub większym stopniu. Tu celem jest podejmowanie działań, które zmierzają do zatrzymania procesu pogłębiania się tych niekorzystnych zjawisk, a w najlepszym wypadku do ich całkowitego wyeliminowania (Konarska-Wrzosek, 2013, s. 63–64). W tym kontekście można powiedzieć, że na gruncie u.p.n. zapobieganie oznacza przeciwdziałanie dalszemu demoralizowaniu się nieletniego, zaś zwalczanie – usuwanie demoralizacji, czyli swoiste resocjalizowanie nieletniego, bo polegające na przyswojeniu przez nieletniego określonego systemu norm moralnych (Strzembosz, 1983, s. 16).

Jak wskazano, w u.p.n. nie zawarto jednoznacznej definicji demoralizacji, choć w art. 4 § 1 wymienione zostały przez ustawodawcę typowe przykładowe przejawy demoralizacji nieletniego. Są nimi m.in. naruszanie zasad współżycia społecznego, systematyczne uchylanie się od obowiązku szkolnego lub kształcenia zawodowego, popełnienie czynu zabronionego, uprawianie nierządu, włóczęgostwo, a także **używanie alkoholu, w tym również w celu wprowadzenia się w stan odurzenia**. Jak się wydaje, za nietrafny uznać należy pogląd A. Grześkowiak, zgodnie z którym każdy przejaw demoralizacji oznacza niekorzystne zmiany osobowościowe, których rezultatem są różnorodne objawy polegające na zachowaniach sprzecznych z zasadami współżycia społecznego (Grześkowiak, 1984, s. 238 i n.). Zasady te dotyczą bowiem zachowań oburzających, społecznie nieakceptowanych, ale podejmowanych w obecności innych osób lub względem nich (Konarska-Wrzosek, 2013, s. 56). Tymczasem używanie przez nieletniego alkoholu wcale nie musi odbywać się przy lub z udziałem innych podmiotów. Ponadto sam ustawodawca wyraźnie odróżnił od siebie te kategorie zachowań. Nie ulega natomiast wątpliwości, że aby określone zachowanie naganne uznać za przejaw demoralizacji, powinno mieć ono także charakter względnie trwały (wyjątek stanowi tutaj przejaw w postaci popełnienia czynu zabronionego; Konarska-Wrzosek, 2013, s. 58), a zatem nie chodzi tutaj o przypadkowe zapalenie papierosa czy napięcie się alkoholu, lecz o zachowania powtarzające się, wskazujące jednocześnie na nieprzystosowanie społeczne, objawiające się zespołem zachowań sprzecznych z podstawowymi normami moralnymi (Grzegorzczuk, 1988, s. 5, 14–15; zob.

także wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 18 marca 2004, sygn. akt II Aka 531/03, LEX nr 142829). Jeśli zatem używanie przez nieletniego alkoholu ma charakter sporadyczny, związany z nabywaniem pewnych życiowych doświadczeń, to nie stanowi przejawu demoralizacji. Dopiero gdy wykracza poza te granice, może świadczyć o demoralizacji nieletniego. Natomiast jeśli używanie alkoholu ukierunkowane jest na spowodowanie stanu odurzenia i ma miejsce częściej, daje to podstawy to uznania zachowań nieletniego za przejaw zdemoralizowania, który wymagać będzie szybkiej ingerencji w jego życie (Konarska-Wrzosek, 2013, s. 57), czyli zastosowania instrumentów prawnych (środków) przewidzianych w u.p.n.

Wybrane środki prawne stosowane w sprawie nieletniego dotkniętego problemem alkoholowym

Przechodząc do omówienia wybranych środków prawnych, które mogą znaleźć zastosowanie w postępowaniu z nieletnimi dotkniętymi problemem alkoholowym, w pierwszej kolejności jeszcze raz podkreślić należy specyfikę głównego adresata norm ustawy z 1982 r., w tym na jego nie w pełni ukształtowaną osobowość. Wszystko to, jak zauważono, rzutuje na całościowy charakter tej regulacji prawnej. Oparcie obowiązującego polskiego systemu postępowania z nieletnimi na modelu opiekuńczo-wychowawczo-ochronnym oraz uznanie za jego naczelną dyrektywę kierowanie się przede wszystkim dobrem nieletniego, oznacza z jednej strony wspomnianą rezygnację z represji jako podstawowego środka stosowanego wobec nieletnich, a z drugiej nawiązuje do zasady dobra dziecka. Ta ostatnia swoje główne źródło czerpie z kolei z art. 72 Konstytucji RP (Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.), choć co oczywiste wykracza także poza porządek prawa krajowego (szerzej na ten temat: Łakoma, 2004, s. 93–94; Safjan, 1994, s. 267–269; Konarska-Wrzosek, 2013, s. 21–28, 230–248). Jedynie na marginesie przypomnieć wypada, że to właśnie akcentowanie w kolejnych aktach prawnych o zasięgu międzynarodowym idei dobra dziecka jako wartości nadrzędnej przyczyniło się znacząco do rozpowszechnienia świadomości dotyczącej wspomnianych odrębności rozwojowych charakteryzujących najmłodszych członków naszego społeczeństwa. To z kolei wiązało się z koniecznością ustalenia odmiennych sposobów traktowania dzieci i młodzieży w poszczególnych sferach życia społecznego, w tym w sytuacjach trudnych, często związanych z naruszeniem przez nich prawa (Konarska-Wrzosek, 2013, s. 28). O czym była już mowa, wyrazem wspomnianej tendencji stało się m.in. przyjęcie wobec nieletnich odmiennych dyrektyw i sposobów postępowania z nimi w sytuacjach objętych zakresem przedmiotowego działania u.p.n. (art. 1 § 1), a także różnorodność środków przewidzianych wobec nieletnich, w tym możliwość zasadniczo swobodnego dokonywania przez sąd rodzinny wyboru między nimi w dążeniu do osiągnięcia zamierzonego celu wychowawczego. Ponadto wspomnieć należy o konieczności dostosowaniu metod

oddziaływania do indywidualnych potrzeb konkretnego nieletniego, która skutkować może nawet łącznym (kumulatywnym) stosowaniem określonych środków. Przede wszystkim jednak podporządkowanie polskiego modelu postępowania dominującej dyrektywie kierowania się dobrem nieletniego oznacza, że w założeniu teoretycznym powinna ona rzutować na wszystkie przyjęte w nim rozwiązania prawne, a w konsekwencji także na decyzje wydawane na każdym jego etapie, w tym decyzje dotyczące rodzaju zastosowanego środka. To oznacza również, że te z nich, które nie służyłyby dobru nieletniego, są z założenia błędne i powinny ulec zmianie lub uchyleniu (Strzembosz, 1983, s. 46).

Trzeba również pamiętać, że choć polski system prawny przewiduje kilka sytuacji dotyczących stosowania obowiązku (przymusu) leczenia, to najczęściej dotyczy to różnego rodzaju uzależnień. Wówczas pacjent często sam nie potrafi podjąć decyzji o leczeniu i potrzebna jest pomoc organów, instytucji (np. art. 26 u.w.t.p.a.). W literaturze spotyka się też pogląd, że zamiast stosować określenie „przymus leczenia” lepiej jest posługiwać się pojęciem „leczenie niedobrowolne”, jako przeciwieństwem „leczenia dobrowolnego”. Wśród rodzajów leczenia niedobrowolnego na gruncie polskiego porządku prawnego wymienia się: 1) leczenie niedobrowolne niezależnie od faktu popełnienia przestępstwa lub czynu karalnego (art. 26 u.w.t.p.a.), 2) leczenie niedobrowolne osób przebywających w zakładach karnych, aresztach śledczych (art. 117 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy, Dz.U. z 1997 r. Nr 90, poz. 557 ze zm.) oraz 3) leczenie niedobrowolne jako skutek orzeczenia środka zabezpieczającego o charakterze leczniczym w związku ze skazaniem za popełnienie przestępstwa (art. 93 a k.k.) albo 4) w związku z zastosowaniem środków przewidzianych w u.p.n. (art. 12) (Fiutak, 2016, s. 760). Nie oznacza to jednak, że zasada dobrowolności poddania się leczeniu i rehabilitacji nie odnosi się do nieletnich uzależnionych od alkoholu. Zarówno nieletni, jak i jego rodzice, mogą bowiem wystąpić o leczenie i rehabilitację, jeżeli dotknięty nałogiem zamierza się poddać takiemu postępowaniu. Niemniej jednak stosowanie przymusowego leczenia wobec nieletnich z problemem alkoholowym, zarówno na gruncie u.w.t.p.a, jak i u.p.n. – w przeciwieństwie do postępowania wobec dorosłych alkoholików – stanowi pewną regułę, którą można stosować w różnych stanach faktycznych (podobnie na gruncie zjawiska narkomanii: Muszyńska, 2004, s. 55).

Jak wynika z dotychczasowych uwag, zgodnie z art. 4 § 1 u.p.n. w przypadku szkodliwego używania alkoholu przez nieletniego podstawą ewentualnej interwencji sądu rodzinnego jest „używanie alkoholu w celu wprowadzenia się w stan odurzenia”. W konsekwencji użyte sformułowanie pozwala objąć swym zakresem zarówno nieletnich dopiero zagrożonych uzależnieniem alkoholowym, jak i nieletnich już uzależnionych od alkoholu. Mimo że jednym z przejawów demoralizacji, chociaż nie zawsze przesądzającym *in concreto* o demoralizacji nieletniego, jest zarówno używanie przez niego alkoholu, jak i w skrajnej postaci jego alkoholizm, to nie oznacza jednak, że postępowanie wobec każdej z tych kategorii podmiotów przebiega w sposób podobny. Nieletni wykazujący przejawy demoralizacji z powodu używania alkoholu objęty jest ochroną, a także pomocą w postaci leczenia, z wyłączeniem jednak specjalnych środków wychowawczo-leczniczych z art. 12 u.p.n. Z kolei przepisy u.p.n. w stosunku do nieletnich już

uzależnionych od alkoholu skutkują w tym względzie przede wszystkim możliwością stosowania przymusowego (niedobrowolnego) leczenia (art. 12).

Choć w świetle założeń ustawy z 1982 r. wystarczającą podstawą wszczęcia postępowania w sprawie nieletniego jest stwierdzenie samego powtarzalnego faktu używania alkoholu, bez konieczności stwierdzenia popełnienia (pod jego wpływem lub w związku z nim) czynu karalnego, to jednak należy zwrócić uwagę, że o ile używanie alkoholu nie stanowi naruszenia normy prawnej, to już pewne formy jego nielegalnego uzyskania (np. te wypełniające znamiona czynów z art. 119 k.w. czy art. 278 § 1 k.k. popełnionych między 13 a przed ukończeniem 17 roku życia) mogą stanowić czyny karalne w rozumieniu u.p.n. W konsekwencji początkowy sygnał o demoralizacji nieletniego uzależnionego od alkoholu czy też zagrożonego takim uzależnieniem doprowadzić może do przypisania mu czynu karalnego i związanej z tym konieczności wyboru przez sąd jednej tylko podstawy wszczęcia postępowania.

Ponadto ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi zakazuje „spożywania napojów alkoholowych m.in. w na terenie szkół, a także w miejscu publicznym, z wyjątkiem miejsc przeznaczonych do ich spożycia na miejscu, w punktach sprzedaży tych napojów” (art. 14; na temat pojęcia „miejsc publiczne” – zob. np. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 21 września 2015 r., sygn. akt K 28/13, niepubl.). Jednakże zaliczenie na gruncie u.p.n. do czynów karalnych tylko wyliczonych wykroczeń z k.w. (nie zaś wykroczeń z ustaw szczególnych, w tym z u.w.t.p.a) powoduje, że dopuszczenie się przez nieletniego innego wykroczenia przewidzianego w tym kodeksie lub ustawie odrębnej stanowić może jedynie zachowanie świadczące o jego demoralizacji (Korcył-Wolska, 2008, s. 60).

Skoro sam fakt, że nieletni jest uzależniony od alkoholu albo też osobą zagrożoną tym nałogiem ze względu na używanie alkoholu stanowi podstawę do wszczęcia postępowania w trybie u.p.n. (art. 21 w zw. z art. 2), to konsekwencją jego przeprowadzenia będzie rozważenie zastosowania środka/ów w niej przewidzianych. Głównym założeniem podjętych przez sąd rodzinny działań będzie więc szeroko rozumiane przeciwdziałanie demoralizacji nieletniego poprzez zastosowanie środków, wśród których szczególne miejsce zajmują środki wychowawczo-lecznicze. W tym kontekście w ramach u.p.n. wyróżnić można zasadniczo trzy grupy środków: 1) „zwykłe” środki wychowawcze, które mogą być stosowane zarówno wobec nieletnich uzależnionych od alkoholu, jak i nieletnich dopiero zagrożonych uzależnieniem ze względu na fakt używania alkoholu; 2) specjalne środki, które mogą być stosowane jedynie wobec nieletniego alkoholika (środki wychowawczo-lecznicze); 3) środki, których wykonanie – w związku z używaniem alkoholu przez nieletniego lub wykazywaniem cech uzależnienia alkoholowego – obciąża jego rodziców lub opiekuna.

Przykładowo do środków, które mogą znaleźć zastosowanie wobec nieletnich z problemem alkoholowym jak i nie-alkoholików, zaliczyć należy odpowiednio zobowiązanie nieletniego (na podstawie art. 6 pkt 2 u.p.n.) do zaniechania używania alkoholu w celu wprowadzenia się w stan odurzenia, zobowiązanie do uczestniczenia w odpowiednich zajęciach o charakterze terapeutycznym czy zobowiązanie do powstrzymania się od przebywania w określonych środowiskach lub

miejscach (w domyśle – tych, w których np. dostęp do alkoholu jest ułatwiony). Ponadto na podstawie art. 6 pkt 6 u.p.n. sąd rodzinny może skierować nieletniego do ośrodka kuratorskiego, a także do organizacji społecznej lub instytucji zajmujących się pracą z nieletnimi o charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym, po uprzednim porozumieniu się z tą organizacją lub instytucją.

Z kolei środki stosowane wobec rodziców uzależnionego albo zagrożonego uzależnieniem alkoholowym nieletniego związane są nie mniej ważnym wątkiem poruszonym przez wspomnianą preambułę do u.p.n. – zagadnieniem umacniania funkcji opiekuńczo-wychowawczej i poczucia odpowiedzialności rodzin za wychowanie nieletnich na świadomych swych obowiązków członków społeczeństwa. Jak wskazuje V. Konarska-Wrzosek, sformułowanie tego celu opiera się na słusznym założeniu ustawodawcy, że to na rodzicach w pierwszej kolejności ciąży obowiązek prawidłowego wychowania własnych dzieci. Takie podejście do postępowania z nieletnimi jest z kolei pokłosiem zmian w postrzeganiu i ocenianiu nagannych zachowań nieletnich, które często są efektem nieprawidłowego wykonywania władzy rodzicielskiej i opieki nad dzieckiem. *A contrario* jeśli funkcja ta wykonywana jest w sposób właściwy, to stanowi najlepszy sposób przeciwdziałania procesowi demoralizacji młodego człowieka. Dla realizacji omawianego celu ustawa przewiduje szereg środków i sposobów, aby uaktywnić rodziców w pełnieniu przez nich funkcji opiekuńczo-wychowawczej wobec nieletnich, aby w konsekwencji udało się wychować ich na pełnowartościowych członków społeczeństwa (Konarska-Wrzosek, 2013, s. 64). Ustawa nie czyni przy tym rozróżnienia, czy podstawę owej aktywizacji rodziców lub opiekuna stanowi przejaw demoralizacji czy czyn karalny nieletniego. W przypadku nieletnich uzależnionych od alkoholu, jak i używających alkoholu, ustawodawca przewidział np. środek w postaci zobowiązania rodziców lub opiekuna do poprawy warunków wychowawczych, bytowych lub zdrowotnych nieletniego, a także do ścisłej współpracy ze szkołą (do której nieletni uczęszcza), poradnią psychologiczno-pedagogiczną lub inną poradnią specjalistyczną, zakładem pracy (w którym jest zatrudniony) oraz lekarzem lub zakładem leczniczym (art. 7 § 1 pkt 1 u.p.n.).

Wskazane środki nie znajdują jednak uzasadnienia w przypadku, gdy środowisko rodzinne nieletniego nie daje rękojmi należytego wykonywania władzy rodzicielskiej. Głęboka demoralizacja rodziców, nadużywanie przez nich alkoholu czy narkotyków stanowić powinno podstawę do decyzji sądu rodzinnego o zastosowaniu środka zmieniającego jego środowisko wychowawcze – np. umieszczenia w młodzieżowym ośrodku wychowawczym albo rodzinie zastępczej zawodowej, która ukończyła szkolenie przygotowujące do sprawowania opieki nad nieletnim (art. 6 pkt 9 u.p.n.). Celem tych środków jest oddziaływanie wychowawcze na nieletniego w specjalnie stworzonych warunkach oraz jego izolacja od destrukcyjnego wpływu dotychczasowego środowiska.

Wreszcie na koniec wspomnieć wypada o środkach wychowawczo-leczniczych, które mogą mieć zastosowanie jedynie wobec osoby uzależnionej od alkoholu (art. 6 pkt. 11 u.p.n. w zw. z art. 12 u.p.n.). Przed nowelą z 15 września 2000 r. środki te mogły być stosowane tylko wobec nieletnich, którzy byli sprawcami czynu karalnego, obecnie nie ma w tym względzie żadnych ograniczeń. Oznacza to, że wystarczającą podstawą ich orzeczenia jest stwierdzenie przejawu

demoralizacji w postaci uzależnienia od alkoholu, bez konieczności stwierdzenia popełnienia (pod jego wpływem lub w związku z nim) czynu karalnego. Trzeba jednak podkreślić, że środki wychowawczo-lecznicze z u.p.n., podobnie jak środek poprawczy, obwarowane są wyraźnymi przesłankami ich stosowania. Jest to na gruncie omawianej ustawy sytuacja rzadka. Art. 12 u.p.n. obejmuje kilka przypadków. I tak jeśli stwierdzono u nieletniego upośledzenie umysłowe, chorobę psychiczną lub innego typu zakłócenia czynności psychicznych, bądź też **nałogowe używanie alkoholu** albo innych środków w celu wprowadzenia się w stan odurzenia – sąd rodzinny może orzec **umieszczenie nieletniego w szpitalu psychiatrycznym lub innym odpowiednim zakładzie leczniczym**. Jeśli natomiast zachodzi potrzeba zapewnienia takiemu nieletniemu tylko opieki wychowawczej – to sąd może orzec umieszczenie go w młodzieżowym ośrodku wychowawczym. Wreszcie jeśli nieletni jest upośledzony w stopniu głębokim i wymaga jedynie opieki (a nie leczenia i oddziaływań o charakterze wychowawczym) – sąd może orzec umieszczenie go w domu pomocy społecznej.

Co równie istotne, orzeczenie któregokolwiek z tych 3 środków wymaga zgodnie z art. 25 § 2 u.p.n. uzyskania uprzedniej specjalistycznej, kompleksowej diagnozy osobowości nieletniego oraz opinii w przedmiocie właściwych kierunków oddziaływania na nieletniego. O ile jednak zasięgnięcie opinii na temat diagnozy osobowości nieletniego jest obligatoryjne, o tyle ustawodawca pozostawił sądowi rodzinnemu dać pewną swobodę co do wyboru podmiotu mającego ją sporządzić. Co do zasady więc opinię taką winien wydać opiniodawczy zespół sądowych specjalistów. Sąd może jednak zwrócić się o wydanie opinii także do innej specjalistycznej placówki lub biegłego albo biegłych. Tylko w jednym przypadku dopuszczalne jest również pominięcie wymogu zasięgnięcia takiej opinii, mianowicie jeżeli sąd dysponuje opinią o nieletnim sporządzoną w innej sprawie w okresie 6 miesięcy poprzedzających wszczęcie postępowania. Wtedy zgodnie z § 4 art. 25 u.p.n. może wykorzystać ją w „swoim” postępowaniu.

Opinię wydaną na podstawie art. 25 § 1 u.p.n. należy jednak odróżnić od opinii o stanie zdrowia psychicznego nieletniego (art. 25a u.p.n.). Ta ostatnia wchodzi w grę wówczas, gdy zajdzie potrzeba oceny stanu psychicznego nieletniego, a więc w przypadkach, gdy pojawiają się uzasadnione wątpliwości w tym zakresie. Taką opinię w formie postanowienia zarządzenie sądu rodzinnego sporządzają po badaniu nieletniego co najmniej dwaj biegli lekarze psychiatrzy. Dopiero na ich wniosek do udziału w wydaniu opinii sąd może powołać także biegłych innych specjalności. W razie zgłoszenia przez biegłych takiej konieczności badanie stanu zdrowia psychicznego nieletniego może być również połączone z obserwacją w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (art. 25a § 2–4 u.p.n.) (szerzej na ten temat np. Eichstaedt, 2017, s. 378–383).

Umieszczenie nieletniego w szpitalu psychiatrycznym lub innym odpowiednim zakładzie leczniczym m.in. w sytuacji, gdy nieletni jest uzależniony od alkoholu, ma na celu jego uprzednie wyleczenie, aby dopiero w dalszej kolejności można było poddać go oddziaływaniom wychowawczym. To oznacza w praktyce, że leczenie uzależnienia od alkoholu albo będzie poprzedzać oddziaływania o charakterze wychowawczym albo będzie prowadzone równolegle. W przeciwnym razie bez takiej terapii oddziaływania wychowawcze będą po prostu

nieskuteczne (Konarska-Wrzosek, 2013, s. 100). Kwestie szczegółowe związane z kierowaniem, przyjmowaniem, przenoszeniem, zwalnianiem i pobytem nieletnich w takich placówkach leczniczych reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2005 r. (Dz.U. z 2005 r. Nr 79, poz. 692 ze zm.). Wynika z niego m.in., że nieletniego uzależnionego od alkoholu kieruje się do publicznego zakładu leczenia (lecznictwa) odwykowego dysponującego warunkami wzmocnionego zabezpieczenia (§ 3 ust. 2 w zw. z § 2 ust. 1 pkt 2), albo innego podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, sprawującego opiekę medyczną m.in. nad osobami uzależnionymi od alkoholu albo substancji psychoaktywnych (§ 2 ust. 1 pkt 3). Do takiego zakładu sąd rodzinny przesyła odpis prawomocnego postanowienia o zastosowaniu środka leczniczego wraz z opinią wydaną w trybie art. 25 lub 25a u.p.n. Przed umieszczeniem nieletniego w zakładzie lecznictwa odwykowego sąd może zwrócić się do Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie o wskazanie w terminie 14 dni od otrzymania stosownej dokumentacji właściwego zakładu (§ 6 ust. 1; § 6 ust. 3 w zw. z ust. 1). Jeśli nie skorzysta z tej możliwości, to zgodnie z ogólnymi zasadami będzie to zakład właściwy ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu nieletniego (ustalanych na podstawie art. 25–28 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, Dz.U. 1964 r. Nr 16, poz. 93 ze zm.), a gdy jest to niemożliwe – zakład położony najbliżej jednego z tych miejsc, z uwzględnieniem obszaru działania danej placówki (§ 2 ust. 3). Natomiast jeśli to Instytut decyduje o miejscu umieszczenia nieletniego, to ma obowiązek uwzględnić w szczególności takie okoliczności jak: rodzaj czynów zabronionych, których dopuścił się nieletni w przeszłości, rodzaj, częstość i skutki zachowań agresywnych lub ucieczkowych w przeszłości, aktualny stan jego zdrowia (w tym stan psychiczny i somatyczny), uzależnienie od alkoholu, związek między zaburzeniami psychicznymi a zachowaniami niebezpiecznymi, ogólną sprawność fizyczną, szczególne wskazania do postępowania leczniczego i rehabilitacyjnego, przebieg oraz wyniki dotychczasowego leczenia i rehabilitacji (§ 5).

Po przewiezieniu do zakładu, w którym ma być wykonywany środek leczniczy, nieletniego uzależnionego od alkoholu zapoznaje się z zakresem jego praw i obowiązków. Ponadto przy przyjęciu nieletni poddawany jest badaniu psychiatrycznemu, internistycznemu i neurologicznemu (§ 7, 8 pkt 3, 9). W razie stwierdzenia u przyjmowanego (albo już przebywającego w zakładzie) nieletniego zaburzeń pourazowych, powypadkowych lub innych chorób lekarz kieruje nieletniego niezwłocznie do innego odpowiedniego podmiotu leczniczego (§ 10 ust. 1 w zw. z § 2 ust. 1 pkt 4). O konieczności takiego przeniesienia nieletniego zawiadamia się m.in. sąd rodzinny (§ 10 ust. 2). Ponadto zawsze w ramach postępowania leczniczego lub rehabilitacyjnego jest możliwe przenoszenie nieletniego na podstawie orzeczenia sądu, ale na wniosek uprawnionego podmiotu, do innego zakładu dysponującego odpowiednimi zabezpieczeniami oraz odpowiednimi możliwościami leczniczymi i rehabilitacyjnymi (szerzej § 11 ust. 2–3, § 12–14).

Jeśli nieletni znajdzie się w odpowiednim zakładzie, zostaje objęty zaplanowanym i zindywidualizowanym postępowaniem leczniczym, rehabilitacyjnym, którego celem jest poprawa jego stanu zdrowia i zachowania w takim stopniu, który umożliwi mu powrót do życia w społeczeństwie oraz kontynuowania leczenia już poza zakładem (§ 18). W przypadku nieletniego uzależnionego od alkoholu

indywidualizowane postępowanie diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne obejmuje w szczególności: 1) diagnostykę zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania związanych z używaniem alkoholu; 2) leczenie szkód zdrowotnych spowodowanych używaniem alkoholu; 3) indywidualną i grupową psychoterapię osób uzależnionych oraz 4) działania konsultacyjno-edukacyjne dla osób uzależnionych i ich rodzin (§ 19 ust. 2). Wobec wszystkich nieletnich przebywających na leczeniu w zakładzie leczniczym realizowany jest również obowiązek szkolny (§ 19 ust. 3).

Zakład leczniczy, w którym nieletni przebywa, ma obowiązek informowania sądu rodzinnego minimum raz na 6 miesięcy o stanie zdrowia nieletniego i postępach w leczeniu oraz rehabilitacji. Jeśli natomiast ustala przyczyną, dla której nieletni został skierowany do takiego zakładu (np. zakończył z powodzeniem terapię odwykową), to zakład musi niezwłocznie powiadomić sąd o ustaniu tej przyczyny (§ 15 ust. 1). Podkreślić też należy, że pobyt nieletniego w zakładzie dysponującym warunkami wzmocnionego zabezpieczenia nie powinien trwać dłużej, niż jest to konieczne dla bezpieczeństwa nieletniego i jego otoczenia (§ 22). Zwolnienie z zakładu następuje na podstawie prawomocnego postanowienia sądu rodzinnego (ustanie przyczyny), chyba że wykonywanie środka leczniczego ustaje z mocy prawa (§ 15 ust. 3) – czyli wraz z ukończeniem przez nieletniego 18 roku życia (art. 73 § 1 u.p.n.).

Podsumowanie

Pozostaje na zakończenie wrócić do postawionego na początku pytania o miejsce środków przewidzianych na gruncie polskiego postępowania z nieletnimi w systemie wsparcia społecznego i pomocy osobom z problemem alkoholowym. Wydaje się, że ustawa z 1982 r. tworzy wartościową podstawę rozsądnego decydowania o sprawach nieletnich, także w omawianym kontekście uzależnienia dziecka od alkoholu. Poprzez „nasylenie” jej rozwiązań elementami socjopedagogicznymi, z jednej strony uwagę sądu rodzinnego, a także innych podmiotów zaangażowanych w przebieg postępowania, słusznie kieruje się na problemy osobowości nieletniego, jego środowisko i potrzeby wychowawcze. Z drugiej strony istotne jest zachowanie właściwej równowagi między autonomicznymi interesami nieletniego (jego dobrem), a interesami ogółu w postaci woli dopasowania jego zachowania do wymagań i potrzeb społecznych, a tym samym znalezienie pewnej harmonii między pokusą nadmiernego oddziaływania prewencyjno-wychowawczego a całkowitą rezygnacją ze stosowania wychowania opiekuńczego. Jest to szczególnie dobrze widoczne np. w kontekście wspomnianego poszanowania autonomii uzależnionego od alkoholu nieletniego, który może zrealizować swoje prawo do dobrowolnego leczenia. Stąd też nawet zaistnienie określonych w art. 12 u.p.n. podstaw do orzeczenia środków leczniczo-wychowawczych wobec nieletniego alkoholika nie obliguje, a jedynie daje sądowi rodzinnemu wybór jednego z nich i to odpowiednio dostosowanego do indywidualnych potrzeb nieletniego. Biorąc pod uwagę fakt, że wychowanie jest procesem elastycznym, w którym niejednokrotnie

wymaga się reakcji natychmiastowych na zmieniającą się sytuację, ustawodawca pozwala również na dostosowywanie podjętych decyzji do zaistniałych okoliczności. Przykładowo, jeśli uzależniony od alkoholu nieletni nie daje już żadnej gwarancji ani poprawy zachowania bez leczenia uzależnienia ani też skutecznego leczenia w warunkach ambulatoryjnych, to sąd może na każdym etapie postępowania uznać, iż bezwzględnie wymaga on leczenia w warunkach stacjonarnych. Jest to bowiem dla niego jedyna szansa nie tylko na wyjście z nałogu, ale też na powstrzymanie postępującego w szybkim tempie procesu demoralizacji. Tym samym jedynie np. zakład leczniczy o wzmocnionym zabezpieczeniu jest w stanie w konkretnym przypadku zagwarantować efektywną terapię. Nie umniejszając zatem roli innych instrumentów prawnych w systemie wsparcia społecznego i pomocy osobom z problemem alkoholowym, należy pozytywnie ocenić rozwiązania prawne w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi nieletnich na gruncie u.p.n.

Bibliografia

- Bartosik A. (red.) (2003), *Alkohol i młodzież*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa.
- Biernat R. (2015), *Zachowania dewiacyjne młodzieży w kontekście dysfunkcji i patologii życia rodzinnego*, „Społeczeństwo. Edukacja. Język” 3, s. 15–34.
- Bojarski T., Skrętowicz E. (2007), *Ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich. Komentarz*, LexisNexis, Warszawa.
- Cierpiałkowska L., Grzegorzewska I. (2016), *Dzieci alkoholików w perspektywie rozwojowej i klinicznej*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Ciosek M. (2011), *Sekretny świat rodziny z problemem alkoholowym*, „Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość” 8, s. 270–282.
- Eichstaedt K. (2017), *Opinia ambulatoryjna o stanie zdrowia psychicznego nieletniego*, [w:] K. Eichstaedt, P. Galecki, A. Depko (red.), *Metodyka pracy biegłego psychiatry, psychologa oraz seksuologa w sprawach karnych, nieletnich oraz wykroczeń*, Wolters Kluwer, Warszawa, s. 377–378.
- Fiutak A. (2016), *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Górecki P., Stachowiak S. (2010), *Ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Grzegorzczak T. (1988), *Sytuacja nieletniego w postępowaniu w sprawach nieletnich*, „Nowe Prawo” 1, s. 14–15.
- Grześkowiak A. (1984), *Reforma postępowania z nieletnimi*, „Studia Prawnicze” 1–2, s. 43.
- Heath A.C. i in. (1998), *Genetic and environmental contributions to alcohol dependence risk in a national twin sample: Consistency of findings in women and men*, „Psychological Medicine” 27, s. 1381–1396.
- Jaworska-Dębska B. (1995), *Spór wokół modelu polskiej regulacji alkoholowej. Zagadnienia administracyjnoprawne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Kalinowski S. (2010), *Przejawy wykluczenia społecznego*, „e-Liberté” 17, dostępne online: <https://liberte.pl/przejawy-wykluczenia-spoecznego> (data dostępu: 20.01.2020).
- Klaus W. (2009), *Dziecko przed sądem. Wymiar sprawiedliwości wobec przestępczości młodszych nieletnich*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
- Konarska-Wrzošek V. (2013), *Prawny system postępowania z nieletnimi w Polsce*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Korcył-Wolska M. (2008), *Postępowanie w sprawach nieletnich*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Łakoma S. (2004), *Pojęcie, priorytet i treść dobra dziecka*, „Studia Prawno-Ekonomiczne” 69, s. 87–110.

- Marek A. (2007–2008), *Uwagi o reformie prawa dotyczącego nieletnich*, „Archiwum Kryminologii” 29–30, s. 383–391.
- Muszyńska A. (2004), *Narkomani. Sprawcy czynów karalnych*, Zakamycze, Kraków.
- Safjan M. (1994), *Standardy prawne Rady Europy. Teksty i komentarze*, t. I, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Samochowiec J., Fiszer-Piosik E., Horodnicki J. (1998), *Uwarunkowania genetyczne alkoholizmu*, „Alkoholizm i Narkomania” 2, s. 179–192.
- Siellawa-Kolbowska K. (2000), *Recenzje: B. Fatyga, J. Sierosławski, A. Zieliński, P. Zieliński, Alkohol a młode pokolenie Polaków połowy lat dziewięćdziesiątych*, „Alkoholizm i Narkomania” 13(2), s. 307–313.
- Sienkiewicz Z. (1986), *Kontrowersje dotyczące przesłanek umieszczenia nieletniego w zakładzie poprawczym*, „Palestra” 3, s. 17–24.
- Strzembosz A. (1983), *Nowa ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich. Próba komentarza*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa.
- Sztander W. (1993), *Rodzina z problemem alkoholowym*, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa.
- Wilkowska-Plóciennik A. (2011), *Postępowanie w sprawach nieletnich*, C.H. BECK, Warszawa.
- Projekt ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich (1982), Warszawa.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. z 2005 r. Nr 79, poz. 692 ze zm.
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, Dz.U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93 ze zm.
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich, Dz.U. z 1982 r. Nr 35, poz. 228 ze zm.
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz.U. z 1982 r. Nr 35, poz. 230 ze zm.
- Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, Dz.U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 ze zm.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy, Dz.U. z 1997 r. Nr 90, poz. 557 ze zm.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 18 marca 2004, sygn. akt II Aka 531/03, LEX nr 142829.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 21 września 2015 r., sygn. akt K 28/13, niepubl.

Abstract

Alcohol abuse results in a million deaths every year, a significant proportion of which are young people. Moreover, a wide variety of alcohol-related problems can have a devastating impact not only on minors but also on their families, and can seriously affect community life. The occurrence of problems associated with alcohol abuse contributed to a number of strategies aimed at their prevention or partial reduction. The purpose of the article is to present selected actions taken in this scope by juvenile courts, based on the Act of 26th October 1982 on proceedings in juvenile cases. The fact that the Polish system of dealing with young offenders is based on the care-education-protection system, and that the young people's best interests are recognized as its leading directive, means abandoning repression as the primary measure used against juveniles, and referring to the principle of children's welfare. This priority of the welfare of juveniles, which has been recognized as a fundamental directive of the Polish model of dealing with them, should theoretically impact all legal solutions adopted within the directive and the decisions taken at every stage. Those that would not prove favourable to the welfare of juveniles (which is defined as the intention to achieve such beneficial changes in his or her personality and behavior so that he or she could properly function in the social reality, in accordance with his or her biological age and maturity) are fundamentally wrong and should be changed or repealed. This also refers to special legal measures, which are supposed to prevent alcohol addiction among minors.

Keywords: juvenile, addiction, alcohol, demoralization, preventive measures

Powodowanie rozkładu pożycia rodzinnego jako podstawa zobowiązania do podjęcia leczenia odwykowego przeciwalkoholowego – w świetle orzecznictwa sądowego

Causing the Breakdown of Family Life as Liability to Take Part in Withdrawal Treatment – In Light of Judicial Practice

Abstrakt

W przepisach ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi przewidziano możliwość zastosowania obowiązku leczenia odwykowego przeciwalkoholowego względem osoby uzależnionej. Przymusowe leczenie odwykowe może być prowadzone w systemie niestacjonarnym lub stacjonarnym. Obie formy leczenia odwykowego stanowią jednak ustawowy wyjątek, bowiem jako zasadę przewidziano dobrowolne podejmowanie leczenia nałogu. W judykaturze wskazuje się w szczególności, że samo uzależnienie od alkoholu nie wystarcza do zobowiązania uczestnika do podjęcia leczenia odwykowego przeciwalkoholowego. Musi istnieć również tzw. przesłanka społeczna. Jedną z nich jest powodowanie przez osobę uzależnioną rozkładu życia rodzinnego. W praktyce orzeczniczej sądów odwoływane się do tej okoliczności występuje często. Jednakże ustalenie, czy ma ona faktycznie miejsce, ma charakter ocenny. Nie każdy bowiem konflikt w rodzinie jest tożsamy z rozkładem pożycia. Poza tym nie można uwzględnić wniosku, jeżeli doszło już do definitywnego rozpadu więzi rodzinnych. Sąd uwzględnia przy tym stan istniejący w dacie zamknięcia rozprawy, a zatem poprawa postępowania osoby uzależnionej, w tym podjęcie dobrowolnej terapii, musi wpływać na ostateczny kierunek rozstrzygnięcia sądu. Orzekanie o zobowiązaniu do podjęcia leczenia odwykowego przeciwalkoholowego jest szczególnie istotne, jeżeli zachodzi realna obawa, że kryzys rodziny dotkniętej alkoholizmem jednego z jej członków będzie się pogłębiał. Szybkość reakcji aparatu państwowego zwiększa zarazem prawdopodobieństwo sukcesu.

Słowa kluczowe: rodzina, uzależnienie, alkoholizm, leczenie odwykowe

Wprowadzenie

W preambule ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jedn. Dz.U. z 2018 r., poz. 2137, dalej jako „ustawa”) przyjęto, że niezbędnym warunkiem moralnego i materialnego dobra narodu jest życie obywateli w trzeźwości. Jednym z kluczowych uregulowań tej ustawy jest możliwość wydania przez sąd orzeczenia o zobowiązaniu osoby uzależnionej do podjęcia leczenia odwykowego przeciwalkoholowego, pod warunkiem zaistnienia ustawowo przewidzianych przesłanek. Istnienie sądowego trybu

zobowiązania do leczenia odwykowego przeciwalkoholowego nie oznacza jednak, że ustawodawca stworzył tryb leczenia „pod przymusem”. W obecnym stanie prawnym nie ma podstawy normatywnej do przymusowego poddania osoby uzależnionej od alkoholu leczeniu odwykowemu. Sąd, uznając wniosek za zasadny, orzeka o zobowiązaniu osoby uzależnionej do poddania się leczeniu i wskazuje stacjonarny lub niestacjonarny system leczenia odwykowego, w którym taka terapia ma być prowadzona. Nie ma jednak mowy o „zmuszeniu” uczestnika postępowania do leczenia – osoba uzależniona, co do której zostanie uwzględniony wniosek, może odmówić podjęcia terapii odwykowej (Fiutak, 2016, LEX/el).

Orzeczenie sądu zobowiązujące do poddania się leczeniu nie zastępuje zgody osoby uzależnionej na leczenie. Przez cały czas trwania sądowego obowiązku leczenia sąd stosuje przewidziany prawem przymus doprowadzania do zakładu leczenia, jeśli jednak osoba uzależniona nie wyrazi zgody na kurację, postanowienie sądu nie zostanie wykonane (Horna-Cieślak, 2017, s. 3).

Bez względu na powyższe, leczenie odwykowe, do którego podjęcia sąd może zobowiązać osobę uzależnioną, należy traktować jako wyjątek. Jako zasadę przewidziano dobrowolne podejmowanie leczenia nałogu, zgodnie z art. 21 ustawy (Partyk, 2014, C2). Podkreślenia wymaga, że sąd może orzec o zobowiązaniu uczestnika do podjęcia leczenia odwykowego, a nie orzeka o przymusowym leczeniu. Ten zabieg językowy jest nieprzypadkowy; wiąże się z odejściem przez prawodawcę od zasady, że osoba nadużywająca alkoholu może być do leczenia zmuszona (Horna-Cieślak, 2017, s. 8). Na prymat dobrowolności leczenia względem przymusu zwrócił uwagę Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 4 lipca 2006 r. w sprawie K 43/05 (LEX nr 198667). Trybunał zauważył, że odmowy podjęcia terapii przez osobę uzależnioną nie można postrzegać jako zachowania bezprawnego. Sąd konstytucyjny wyjaśnił, że

osoba uzależniona ma prawo do wolności osobistej i ochrony godności. Sposób życia osoby odmawiającej leczenia odwykowego wymaga interwencji władzy publicznej z innych powodów, które ustawa antyalkoholowa traktuje jako przesłanki wystąpienia [...] do sądu, mającego orzec o ograniczeniu praw tej osoby ze względu na bezpieczeństwo i porządek publiczny oraz prawa i wolności innych osób.

Przytoczony fragment w dobitny sposób unaocznia istnienie przeciwstawnych wartości. Z jednej strony funkcjonuje prawo (wolność) osoby, która jest uzależniona od alkoholu do odmowy poddania się leczeniu. Z drugiej – państwo ma stać na straży praw i wolności innych osób krzywdzonych z powodu cudzego nałogu alkoholowego. Chodzi tu przede wszystkim o członków rodziny osoby uzależnionej i osób z jego otoczenia. Rodzina zaś podlega szczególnej ochronie, co wynika z art. 18 Konstytucji. Rolą państwa jest również zapewnianie bezpieczeństwa i porządku publicznego. Tymczasem osoby uzależnione od alkoholu niejednokrotnie godzą w ład społeczny, dopuszczając się zachowań agresywnych czy niebezpiecznych dla innych osób. Aby wyważyć istnienie tych przeciwstawnych wartości, ustawodawca wprowadził w ustawie zamknięty katalog przesłanek, które uzasadniają orzeczenie przez sąd o zobowiązaniu uczestnika do poddania się leczeniu odwykowemu. W świetle art. 24 w zw. z art. 26 ust. 1 ustawy 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, mogą zostać sądowo zobowiązane do poddania się leczeniu w stacjonarnym lub niestacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego – jeśli są uzależnione od alkoholu. Do sądowego zobowiązania uczestnika postępowania sądowego nie dojdzie, jeśli nie jest on uzależniony od alkoholu. Sąd również nie może *de lege lata* uwzględnić złożonego wniosku, jeśli mimo uzależnienia uczestnika od alkoholu nie istnieją negatywne zjawiska społeczne. Oprócz przesłanki medycznej (choroby alkoholowej stwierdzonej w oparciu o opinię biegłych specjalistów) wystąpić musi bowiem przynajmniej jedna z tzw. przesłanek społecznych, która wiąże się z krzywdzeniem innych osób (Grotkowska, 2018, s. 88). Przyjmuje się jednolicie, że przesłanki medyczne i społeczne mają wystąpić łącznie, by móc uwzględnić złożony wniosek (Partyk, 2014, LEX/el). Sąd Najwyższy w uzasadnieniu uchwały z dnia 26 marca 1986 r., III CZP 72/85 (LEX nr 3203) wyjaśnił, że uwzględnienie wniosku jest możliwe jedynie względem osób uzależnionych, „których postępowanie rażąco godziło właśnie w te wartości życia społecznego i w zasadzie miało znamiona deliktu, a niekiedy przestępstwa zagrożonego karą pozbawienia wolności”.

Czy jednak w każdym wypadku, gdy osoba uzależniona dopuszcza się negatywnych zachowań w związku z uzależnieniem alkoholowym, sądy uwzględniają wnioski prokuratury i gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych? W praktyce orzeczniczej zauważalna jest tendencja, by przepisy ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi poddawane były wykładni ścisłej. Jest to związane z podstawowym założeniem, że zobowiązanie do poddania się leczeniu odwykowemu stanowi ingerencję w konstytucyjną wolność osoby, w związku z czym jest dopuszczalne jedynie w przypadkach niebudzących wątpliwości. To praktycznie doniosłe zagadnienie chciałabym przedstawić w odniesieniu do jednej z przesłanek społecznych: powodowania przez uczestnika rozkładu życia rodzinnego w związku z nadużywaniem alkoholu. Analiza orzecznictwa sądowego zwraca uwagę na mocne i słabe punkty przyjętych przez prawodawcę rozwiązań normatywnych. Kluczowe bowiem dla funkcjonowania norm prawnych jest to, w jaki sposób są one stosowane w praktyce orzeczniczej sądów.

Zarys procedury przed sądem

Sądem, który bada wnioski o leczenie odwykowe, jest w pierwszej instancji sąd rejonowy, zaś apelacje od zapadłych orzeczeń rozpoznają sądy okręgowe. Po uprawnoczeniu się orzeczenia w sprawie może zostać złożona skarga kasacyjna do Sądu Najwyższego (zob. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 19 grudnia 2001 r., IV CZ 207/01, LEX nr 52756). Jeśli sąd uzna, że wniosek nie jest zasadny, podlegać on będzie oddaleniu. Jeśli natomiast w przekonaniu sądu zaistnieją podstawy do uwzględnienia wniosku, to sąd orzeknie o zobowiązaniu uczestnika do poddania się leczeniu odwykowemu przeciwalkoholowemu w stacjonarnym bądź niestacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego (art. 26 ust. 1

ustawy). Sąd może przy tym nałożyć na uczestnika nadzór kuratora sądowego (art. 31 ustawy). Sądy, orzekając na podstawie przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi, rozpoznają sprawy w postępowaniu nieprocesowym, w którym merytoryczne orzeczenie kończące postępowanie w danej instancji przybiera formę postanowienia (a nie wyroku). W razie uprawnienia się postanowienia o zobowiązania uczestnika do leczenia odwykowego sądy rejonowe prowadzą nadzór nad wykonywaniem orzeczenia (Partyk, 2014, LEX/el). W postępowaniu wykonawczym sąd czuwa nad procesem leczenia odwykowego uczestnika i może podejmować stosowne decyzje procesowe zmierzające do realizacji orzeczenia (Horna-Cieślak, 2017, s. 18).

De lege lata podmiotami uprawnionymi do zainicjowania sądowej procedury są wyłącznie prokurator oraz gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych (art. 26 ust. 3 ustawy). Ten wąski krąg uprawnionych związany jest z potrzebą nadzorowania wszczynanych postępowań o zastosowanie leczenia odwykowego. Wyłączenie innych podmiotów z możliwości złożenia wniosku wyklucza zatem dopuszczalność prawną składania wniosków „prywatnych” przez inne osoby i podmioty. Jak słusznie wyjaśnił Trybunał Konstytucyjny w przywołanym już wcześniej wyroku w sprawie K 43/05, takie rozwiązanie wynika z potrzeby unikania sytuacji, które pogłębią konflikty w rodzinie, co doprowadzić może do skutków sprzecznych z celami przyjętej ustawy. Z pewnością dzięki temu zabiegowi legislacyjnemu wyklucza się inicjowanie postępowań w przedmiocie zobowiązania osoby do poddania się leczeniu przeciwalkoholowemu w złej wierze. Oczywiście jest bowiem, że bezzasadnie inicjowane postępowania sądowe, zwłaszcza gdyby czyniły to osoby skonfliktowane z uczestnikiem, mogłyby wpływać na jego stygmatyzację w danej społeczności i prowadzić do naruszenia dóbr osobistych. Jeśli więc do sądu wpłynie wniosek złożony np. przez krewnego uczestnika postępowania, to sąd go oddali – nie badając jego merytorycznej zasadności. To jednak, że taki wniosek zostałby oddalony, nie oznacza, iż jeśli z analogicznym żądaniem wystąpi prokurator lub gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych, to nie zostanie ono – w odrębnym postępowaniu – uwzględnione.

Istotne jest również, że podmioty uprawnione do złożenia wniosku powinny dysponować materiałem dowodowym, z którego co najmniej wynika, że uczestnik postępowania cierpi na chorobę alkoholową. Do wniosku dołącza się zebraną dokumentację wraz z opinią biegłego, jeżeli badanie przez biegłego zostało przeprowadzone. Warto przypomnieć uchwałę Sądu Najwyższego wydaną w dniu 11 września 2013 r., III CZP 52/13 (LEX nr 1371626), w której przyjęto, że niedołączenie do wniosku prokuratora o zastosowanie obowiązku leczenia odwykowego opinii biegłego albo wzmianki biegłego o okolicznościach uniemożliwiających jej wydanie stanowi brak formalny wniosku podlegający uzupełnieniu, pod rygorem zwrotu wniosku. Oznacza to, że już na etapie inicjowania postępowania sądowego podmiot uprawniony do złożenia wniosku powinien dysponować stosowną opinią ekspercką lub wzmianką biegłego o niemożności wydania opinii (Partyk, 2014, LEX/el).

Wydając postanowienie co do istoty sprawy, sąd, oprócz czynienia ustaleń co do tego, czy uczestnik jest osobą uzależnioną od alkoholu, powinien również

ocenić, czy zgromadzony w sprawie materiał dowodowy pozwala na ustalenie, że zachodzi choćby jedna przesłanka społeczna spośród wymienionych w art. 24 ustawy. Jak podkreśla się w literaturze, każda z przesłanek społecznych może wystąpić niezależnie od innych. Zatem nie muszą one wystąpić łącznie (Horna-Cieślak, 2017, s. 16). Bez względu na powyższe spełnienie się przesłanki musi istnieć w powiązaniu z nadużywaniem przez uczestnika alkoholu, by móc uwzględnić złożony wniosek (Ignaczewski, 2014, s. 818).

W literaturze i orzecznictwie zwraca się uwagę, że w momencie orzekania konieczne jest istnienie obu przesłanek – medycznej i społecznej – łącznie. Jest to związane z tym, że „obie przesłanki w pewien sposób odzwierciedlają cele ustawy i funkcje tego środka, które są charakterystyczne dla postępowania nieprocesowego. Mowa tu o ochronie zarówno interesu indywidualnego, jak i społecznego (publicznego)” (Markiewicz, 2013, s. 406).

Jak podkreślił Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 18 września 2015 r., I CSK 351/15 (LEX nr 1936709), sąd powinien badać spełnienie przesłanki społecznej (np. powodowania rozkładu pożycia) na dzień zakończenia rozprawy. Jeżeli została wniesiona apelacja, to znaczenie będzie miał stan istniejący w dacie zamknięcia rozprawy przed sądem odwoławczym, a nie w pierwszej instancji. W orzecznictwie podkreśla się bowiem, że sąd okręgowy, jako sąd odwoławczy, nie może pomijać wnioskowanych w postępowaniu apelacyjnym dowodów na okoliczność, czy spełnione są społeczne przesłanki zobowiązania uczestnika do podjęcia terapii odwykowej. Takie dowody mogłyby stawiać uczestnika w innym świetle i wpływać na ostateczny kształt rozstrzygnięcia, w szczególności gdyby jego zachowanie uległo poprawie lub pogorszeniu, ewentualnie również w przypadku podjęcia przez niego dobrowolnej decyzji o leczeniu odwykowym.

Dla oceny złożonego wniosku niezbędne jest zatem w szczególności dokonanie oceny, czy na przestrzeni prowadzonego postępowania zachowanie uczestnika ulega poprawie bądź pogorszeniu się. Jeśli uczestnik dopuszczał się zachowań godzących w dobro jego rodziny (np. nie pomagał w codziennych obowiązkach, wielokrotnie ubliżał bliskim, dopuszczał się rękoczynów itp.), a przez to prowadził do rozpadu rodziny, jednakże w toku postępowania następuje poprawa w jego zachowaniu, to konieczne jest zbadanie, czy nie jest to jedynie okresowa zmiana postawy, podjęta wyłącznie na potrzeby prowadzonego postępowania sądowego. Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 10 stycznia 2018 r., I CSK 538/17 (LEX nr 2449300) zaznaczył, że sąd powinien dodatkowo ustalić, czy podjęta w toku postępowania przez uczestnika decyzja o podjęciu leczenia wynika z autentycznej chęci walki z nałogiem, czy też jest jedynie działaniem pozorowanym. Gołosłowne twierdzenia uczestnika o tym, że zmienił swoje zachowanie, nie mogą być wystarczające do uznania, że taka okoliczność ma miejsce. Rolą sądu jest więc zbadać, czy faktycznie jego najbliżsi zauważają zmianę zachowań uczestnika, gdyż „naturalnym jest, że krótkotrwale zaprzestanie negatywnego zachowania alkoholika nie skutkuje ustaniem tego stanu, jeżeli oczywiście wcześniej nie nastąpił trwały rozkład” (Markiewicz, 2013, s. 406).

To na podmiocie uprawnionym do inicjowania postępowania spoczywa ciężar wykazania, że uczestnik postępowania powoduje rozkład życia rodzinnego (lub innej przesłanki społecznej z art. 24 ustawy). W procedurze cywilnej zastosowanie

ma bowiem art. 6 k.c., zgodnie z którym ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Zatem to rolę wnioskodawcy jest złożyć wniosek, z którego wynikać będą okoliczności uzasadniające jego uwzględnienie (Horna-Cieślak, 2017, s. 12). W tym kontekście warto zwrócić uwagę na postanowienie Sądu Okręgowego w Białymstoku z dnia 27 czerwca 2014 r., II Ca 411/14 (LEX nr 1622621). Sąd ten podkreślił, że gdy uczestnik zaprzecza, aby spełnione były przesłanki ustawowe uzasadniające uwzględnienie wniosku, to wnioskodawca powinien przedstawić dowody. Natomiast bierność po stronie wnioskodawcy skutkować może oddaleniem wniosku. Z powyższego wynika, że wnioskodawca powinien dążyć do zgromadzenia stosownego materiału dowodowego, a wniosek powinien na materiał ten wskazywać, dzięki czemu możliwe będzie wykazanie jego zasadności. Odnośnie do analizowanej w niniejszym opracowaniu przesłanki społecznej wskazać należy, że dowodem na rozpad rodziny mogą być między innymi informacje o założeniu Niebieskiej Karty, dokumenty urzędowe, informacja o prowadzonych wobec uczestnika postępowaniach sądowych (zwłaszcza karnych), a także zeznania najbliższych uczestnika (np. współmałżonka, nieformalnego partnera, członków rodziny) lub osób obcych, które mają kontakty z uczestnikiem (np. sąsiadów, współpracowników). Istotne znaczenie ma niejednokrotnie to, czy uczestnik jest rozwiedziony (lub trwa proces o rozwód), a także czy sąd opiekuńczy prowadzi postępowania opiekuńcze w odniesieniu do małoletnich dzieci osoby uzależnionej od alkoholu (Sawuła, 2003, s. 291). Informacje zawarte w aktach innych postępowań mogą stanowić niemalże „kopalnię wiedzy” na temat sytuacji rodzinnej osoby uzależnionej. Dowodem w sprawie może być również wywiad środowiskowy (art. 30a ustawy).

Pojęcie „powodowania rozkładu rodziny”

Jak należy rozumieć przesłankę „powodowania rozkładu życia rodzinnego”? Na wstępie wskazać należy, że ustawodawca nie definiuje tego sformułowania, pozostawiając kwestię tę doktrynie i orzecznictwu.

Wątpliwości budzić może nawet to, względem kogo uzależniony od alkoholu uczestnik może prowadzić (bądź nie) do rozkładu życia rodzinnego. Ustawa nie zawiera bowiem definicji pojęcia „rodziny”. Przyjąć należy, że sformułowanie to powinno być rozumiane szeroko. W literaturze dotyczącej form wspólnego pożycia wskazuje się, że „jako członka rodziny (lub osobę tworzącą inną formę wspólnego życia) uznać należy zatem osoby, które wspólnie ze sobą mieszkają i gospodarują, niezależnie od tego, czy są małżeństwem, niezależnie od pokrewieństwa i płci osób tworzących związek będący podstawą rodziny” (Krawiec, 2015, s. 220). Ma to o tyle znaczenie, że obecnie związki nieformalne są coraz bardziej powszechne i nie są już traktowane jako forma patologii (Partyk, 2018, s. 119–120). Oczywiście do kręgu tego należeć będą dzieci uczestnika, tak małoletnie, jak i dorosłe. Można przyjąć, że członkiem rodziny są również rodzice, rodzeństwo, dalsi krewni czy powinowaci uczestnika (np. jego pasierbowie) – okoliczność tą powinien sąd badać *ad casum*.

W literaturze wskazuje się, że tę społeczną przesłankę należy rozumieć jako stan, w którym dochodzi do osłabienia więzi uczuciowych i gospodarczej (Sawuła, 2003, s. 286; Horna-Cieślak, 2017, s. 16). Gdy małżonkowie, dzieci, inne bliskie osoby zaczynają przestawać odczuwać wzajemną wspólnotę duchową, niewątpliwie można uznać, że istnieje już stan, którego utrwalenie może skutkować rozłaniem rodziny, np. wystąpieniem z powództwem o rozwód czy ostatecznym rozejściem się nieformalnych partnerów. Badacze zwracają uwagę, że alkoholizm jednego z jej członków prowadzi niejednokrotnie do rozłamu tej komórki społecznej, zaś jednym z etapów go poprzedzających jest właśnie stan grożący rozbięciem rodziny – związany z dezorganizacją życia rodzinnego. Zanim on jednak nastąpi w życiu rodziny pojawia się system zaprzeczania problemowi, następnie chaos, lęk i paraliż emocjonalny (Zalas, 2011, s. 296). Co znamienne, zaburzony związek społeczny osoby uzależnionej z jego bliskimi nie jest zazwyczaj zauważany przez samą osobę nadużywającą alkoholu (Miśkiewicz, 2013, s. 129).

Z punktu widzenia celów niniejszego opracowania warto przypomnieć pogląd wyrażony przez Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 25 marca 2015 r., II CSK 828/14 (LEX nr 1677170). Zwrócił on uwagę, że przesłanka rozkładu życia rodzinnego jest podobna do przesłanki orzeczenia o rozwodzie małżonków, tj. rozkładu pożycia małżeńskiego. Jak wskazał SN:

różnice wynikają z oczywistego faktu, że na gruncie ustawy antyalkoholowej osobami, którym ustawa udziela ochrony, są wszyscy członkowie rodziny, ponadto sama rodzina traktowana jest szerzej, niż na gruncie kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. [...] Przez rozkład życia rodzinnego należy zatem rozumieć sytuację, w której więzi łączące normalnie funkcjonującą rodzinę ulegają rozluźnieniu w stopniu utrudniającym jej spełnianie podstawowych funkcji.

Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 13 kwietnia 2018 r., I CSK 763/17 (LEX nr 2533248) zwrócił uwagę, że stan powodowania rozkładu życia rodzinnego musi istnieć rzeczywiście (realnie), choćby tymczasowo. SN podkreślił w szczególności, że istnieją podstawy do uwzględnienia przez sąd złożonego wniosku, nawet jeśli następuje okresowa poprawa w zachowaniu uczestnika postępowania, w tym związana z prowadzonym postępowaniem sądowym. Pogląd ten jest aprobowany w literaturze. Gdyby bowiem przyjąć, że każda (choćby okresowa) pozytywna zmiana w postawie uczestnika wobec jego bliskich, mimo wcześniejszych ewidentnych zachowań godzących w dobro jego rodziny, uniemożliwia uwzględnienie wniosku, to przepisy ustawowe stałyby się w zupełności iluzoryczne (Markiewicz, 2013, s. 407).

Co do zasady rozkład pożycia rodzinnego nie następuje w wyniku jednorazowych zachowań uzależnionego od alkoholu członka rodziny, chyba że są one szczególnie drastyczne. Najczęściej proces ten jest rozciągnięty w czasie. Zwrócić uwagę należy, że rozkład pożycia rodzinnego może wynikać z tego, że osoba uzależniona od alkoholu, która zaniedbuje swoje obowiązki wobec bliskich, często jest wyręczana przez innych krewnych lub współmałżonka, co negatywnie odbija się na relacjach rodzinnych. Często małżonek osoby uzależnionej „bierze na siebie” część zadań, które zaniedbuje uzależniony, a tym samym uczy go, iż jest to stan akceptowalny (Szczepańska, 1994, s. 44–45,

54, 59). Stan beznadziei w rodzinie alkoholowej często oznacza „głębokie uwiłkanie w patologię alkoholową małżonka lub rodzica” (Mellibruda, 2001, s. 44). W literaturze wskazuje się też, że nadużywanie alkoholu przez męża jest niejednokrotnie czynnikiem zwiększającym ryzyko zgwałcenia małżonki (Krajewski, 2009, s. 245–247).

Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 9 grudnia 1998 r., II CKN 948/98 (LEX nr 1214500) uznał, że bez względu na to, iż żona uczestnika cofnęła pozew o rozwód i wyjechała z nim na wakacje, istniały podstawy do uznania, że dochodzi do rozkładu pożycia małżonków, choć stan ten nie miał cechy trwałości. SN wskazał, że zewnętrznym wyrazem kryzysu w rodzinnego uczestnika były nieporozumienia małżeńskie. Z ustaleń wynikało bowiem, że wcześniej uczestnik, pod wpływem alkoholu, używał wobec swojej żony słów powszechnie uznawanych za obelżywe i rzucał w nią ubraniami.

Natomiast Sąd Okręgowy w Kielcach w postanowieniu z dnia 25 kwietnia 2014 r., II Ca 564/14 (LEX nr 1622758) zobowiązał uczestnika do podjęcia leczenia w niestacjonarnym zakładzie leczenia odwykowego. Sąd odwoławczy nie zgodził się z sądem rejonowym, który ocenił, że choć uczestnik powoduje awantury domowe i jest w konflikcie z żoną, nie powoduje rozpadu swojej rodziny. Sąd odwoławczy dobitnie podkreślił jednak, uwzględniając apelację prokuratora, że uczestnik przez swój nałóg alkoholowy powoduje rozkład życia rodzinnego i demoralizuje małoletnich. Sąd drugiej instancji zwrócił uwagę, że żona uczestnika musi pilnować odbioru jego renty (jedynego źródła utrzymania małżonków) i chowa przed nim ostre przedmioty, jeśli znajduje się on pod wpływem alkoholu. Małoletnie wnuki uczestnika boją się go, gdy jest pijany. Sąd przyjął, że takie okoliczności wskazują na powodowanie przez uczestnika rozkładu pożycia rodzinnego.

Z kolei Sąd Okręgowy w Słupsku w postanowieniu z dnia 18 lutego 2014 r., IV Ca 29/14 (LEX nr 1883857) wskazał, że uzależniona od alkoholu uczestniczka powodowała rozpad więzi rodzinnych. Z zeznań świadków wynikało bowiem, że uczestniczka pod wpływem alkoholu ubliża swoim bliskim, staje się agresywna. Gdy jej córka była w ciąży, pijana uczestniczka groziła zepchnięciem jej ze schodów. Sądy ustaliły też, że zachowania uczestniczki źle oddziałują na jej dorosłego i niepełnosprawnego syna, który sam staje się agresywny.

Natomiast z ustaleń Sądu Rejonowego w Krośnie leżących u podstaw postanowienia z dnia 16 stycznia 2017 r., III RNs 283/16 (LEX nr 2344261) wynikało, że żona uczestnika starała się unikać nietrzeźwego małżonka z obawy przed nieprzyjemnymi sytuacjami i jego agresją. Żona uczestnika niejednokrotnie pozbawiana była też snu przez męża, gdy znajdował się pod wpływem alkoholu lub gdy trzeźwiał. Sąd pierwszej instancji dostrzegł, że małżonkowie oddalili się od siebie, co wskazywało na stan rozkładu życia w rodzinie uczestnika.

Warto także zwrócić uwagę na stan faktyczny ustalony przez Sąd Rejonowy w Wieliczce, IV RNs 134/17 (LEX nr 2317807). W postanowieniu z dnia 9 czerwca 2017 r. sąd orzekł o zobowiązaniu uczestnika do poddania się leczeniu odwykowemu w systemie stacjonarnym. Z opinii biegłych wynikało, że uczestnik jest osobą uzależnioną od alkoholu. Sąd przyjął też, że uczestnik powoduje rozkład więzi rodzinnych. Uczestnik potwierdził zresztą przed sądem, że pozostaje w wieloletnim konflikcie ze swoją siostrą i dochodzi

do awantur, podczas których interweniuje policja. Jak wskazał sąd, „co prawda uczestnik wyklucza, aby konflikt ten pozostawał w związku z nadużywaniem alkoholu, starając się powiązać go z toczącą się sprawą o dział spadku, jednakże argumentacja ta nie zasługuje na uwzględnienie”.

Przyczyny nieuwzględniania wniosków przez sądy

Wśród powodów, dla których sądy odmawiają uwzględnienia wniosków o zobowiązanie osoby uzależnionej od alkoholu do podjęcia leczenia odwykowego, zwrócić należy uwagę – w kontekście przesłanki w postaci powodowania rozkładu pożycia rodziny – na dwa najbardziej doniosłe. Pierwszy z nich to brak rzeczywistego występowania tej przesłanki. Drugi zaś to dokonanie się w dacie zakończenia postępowania sądowego definitywnego rozkładu pożycia.

Jak już wskazałam, jeśli z analizy materiału zgromadzonego w sprawie nie wynika, by zachowania uczestnika prowadziły do rozkładu pożycia rodziny (a brak innych przesłanek społecznych), to mimo że cierpi on na uzależnienie alkoholowe, wniosek o zobowiązanie go do przymusowego leczenia odwykowego nie może być uwzględniony. Takie zapatrywanie wyraził w szczególności Sąd Okręgowy w Rzeszowie w postanowieniu z dnia 24 stycznia 2014 r., V Ca 163/14 (LEX nr 1622293). Sąd ten zmienił postanowienie sądu rejonowego, którym zobowiązano uczestnika do podjęcia leczenia w trybie niestacjonarnym, i oddalił wniosek. Sąd odwoławczy, analizując materiał dowodowy, podkreślił, że nie można zgodzić się z sądem rejonowym, że uczestnik powoduje rozkład życia rodzinnego. Wykluczono bowiem, aby uczestnik stosował przemoc w rodzinie. Z akt sprawy nie wynikało również, by uczestnik zaniedbywał swoich najbliższych lub odmawiał im pomocy. Sąd okręgowy podkreślił, że ustalenie tego, czy uczestnik powoduje rozkład życia rodzinnego, nie może być czynione na podstawie dowodu z opinii biegłych sądowych z zakresu psychiatrii i psychologii, jak błędnie przyjął to sąd pierwszej instancji. Sąd odwoławczy zaznaczył, że z rzeczowej opinii wynikało jedynie to, że uczestnik cierpi na uzależnienie alkoholowe i bagatelizuje swój nałóg.

Jednocześnie nie można każdego konfliktu w rodzinie uczestnika kwalifikować jako tożsamego z powodowaniem rozkładu życia rodzinnego. Interesujące rozważania w tym przedmiocie zaprezentował Sąd Okręgowy w Świdnicy w postanowieniu z dnia 11 marca 2014 r., II Ca 967/13 (LEX nr 1622464). Sąd ten zmienił zaskarżone orzeczenie i orzekł o oddaleniu wniosku, przyjmując, że nie zostało wykazane, że uczestnik powoduje rozkład życia rodzinnego. Sąd zaznaczył, że małżonkowie byli skonfliktowani z uwagi na nadużywanie przez uczestnika alkoholu, ale z materiału dowodowego nie wynikało w sposób ewidentny, by ten stan prowadził do rozkładu życia rodzinnego. Sam fakt występowania napięć pomiędzy uczestnikami a jego żoną nie uzasadniał przyjęcia, że spełniona została przesłanka społeczna leczenia odwykowego przeciwalkoholowego, a za razem uczestnik z własnej inicjatywy podejmował próby leczenia dobrowolnego i kontaktował się z psychoterapeutą, co w ocenie sądu rokowało lepiej aniżeli leczenie „przymusowe”.

Również Sąd Rejonowy w Wołowie w postanowieniu z dnia 16 listopada 2017 r., III RNs 96/17 (LEX nr 2420963) oddalił złożony wniosek o zobowiązanie uczestnika do podjęcia leczenia odwykowego. Z ustaleń sądu wynikało, że uczestnik cierpi na uzależnienie alkoholowe, natomiast w toku postępowania jego zachowanie uległo poprawie. Sąd podkreślił w szczególności, że nie można uznać, aby na dzień orzekania przesłanka powodowania rozkładu życia rodzinnego istniała, skoro m.in. pomagał on bliskim w pracach domowych. Sąd zauważył, że na poprawę relacji w rodzinie uczestnika najlepiej wskazuje to, iż matka uczestnika domagała się umorzenia postępowania, choć to ona podejmowała wcześniej starania o jego zainicjowanie.

Analogiczne rozstrzygnięcia sądów – oddalające złożony wniosek – zapadają, jeśli z ustaleń sądu wynika, że rozpad rodziny uczestnika nie istnieje, gdyż nie pozostaje on w związku małżeńskim lub konkubinacie, mieszka sam i nie ma na utrzymaniu dzieci. Takie stanowisko wyraził w szczególności Sąd Rejonowy w Wieliczce w postanowieniu z dnia 22 września 2017 r., IV RNs 211/17 (LEX nr 2363671). Z ustaleń sądu wynikało, że uczestnik jest osobą uzależnioną od alkoholu. Sąd oddalił wniosek, bowiem wnioskodawca nie wykazał, aby zaistniała choć jedna z przesłanek społecznych wymienionych w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Sąd ten podkreślił, że ze znajdujące się w aktach informacji od sołtysa wynikało, że uczestnik cieszy się dobrą opinią w lokalnej społeczności, nie jest widywany pod wpływem alkoholu i płaci podatki.

Z kolei Sąd Okręgowy Warszawa–Praga w Warszawie w postanowieniu z dnia 6 maja 2014 r., IV Ca 89/14 (LEX nr 1883650) uznał brak podstaw do zakwalifikowania zachowań uczestnika nadużywającego alkoholu jako prowadzących do rozkładu pożycia rodzinnego. Sąd podkreślił, że uczestnik przed wszczęciem postępowania rozstał się z nieformalną partnerką. Zamieszkał on z rodzicami, z którymi jest skonfliktowany, ale spór w rodzinie nie wynika z jego uzależnienia, lecz motywowany jest kwestiami finansowymi. Sąd okręgowy zwrócił także uwagę, że uczestnik ma kontakt ze swoim dzieckiem, którym opiekuje się raz lub dwa razy w tygodniu. Na podstawie akt postępowania nie można było uznać, że matka dziecka utrudniała te spotkania z uwagi na uzależnienie uczestnika.

W judykaturze przyjmuje się jednak również, że jeśli wniosek o zobowiązanie osoby uzależnionej od alkoholu został złożony już po definitywnym rozkładzie życia rodzinnego (a więc gdy już doszło do tego skutku) lub gdy rozpad więzi rodzinnych nastąpił w toku postępowania sądowego, to brak jest podstaw do uwzględnienia złożonego wniosku o zobowiązanie uczestnika do podjęcia leczenia odwykowego. W orzecznictwie zwraca się bowiem uwagę, że przepisy o obowiązku leczenia uzależnienia alkoholowego muszą być interpretowane w sposób wąski, a więc restrykcyjny. Takie zapatrywanie przedstawił w szczególności Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 9 listopada 2007 r., V CSK 241/07 (LEX nr 361289).

Podobnie Sąd Okręgowy w Nowym Sączu w sprawie III Ca 642/13 (LEX nr 1622939) w postanowieniu z dnia 23 października 2013 r. wskazał, że „uzależnienie uczestnika od alkoholu spowodowało już rozkład życia rodzinnego i rozluźnienie więzi łączących normalnie funkcjonującą rodzinę w stopniu

utrudniającym jej spełnianie podstawowych funkcji”. W związku z powyższym sąd odwoławczy zmienił wydane przez sąd rejonowy postanowienie i oddalił wniosek. Nastąpił już bowiem trwały rozłam w rodzinie uczestnika. Jego żona, składając pozew o rozwód, podnosiła, że jej i męża nie łączą już więzi fizyczne, duchowe i gospodarcze. Ponadto z ustaleń sądu wynikało, że uczestnik miał dorosłych synów, którzy z nim nie mieszkali. Sąd odwoławczy, zmieniając zaskarżone przez uczestnika orzeczenie sądu pierwszej instancji, podkreślił, że wystąpienie samej tylko przesłanki medycznej nie jest wystarczające dla uwzględnienia wniosku.

Również Sąd Okręgowy w Słupsku w postanowieniu z dnia 15 marca 2013 r., IV Ca 83/13 (LEX nr 1622386) stwierdził brak podstaw do zobowiązania uczestniczki do podjęcia leczenia przeciwalkoholowego, bowiem z ustaleń wynikało, że rozkład życia jej rodzinnego nastąpił już wiele lat przed prowadzeniem postępowania sądowego. Sąd zwrócił uwagę, że uczestniczka jest rozwódką i mieszka sama. Zanim nie zostało wszczęte postępowanie sądowe zdarzało się, że uczestniczka nękała telefonami swojego dorosłego i samodzielnego syna, ale sytuacji tej nie można było określić jako powodującej rozkład życia rodzinnego. Biorąc pod uwagę powyższe, sąd odwoławczy zmienił zaskarżone postanowienie i oddalił wniosek.

Podsumowanie

Przedstawiony wybór orzeczeń sądowych unaocznia, że w przypadku, gdy konflikty wynikające z nadużywania alkoholu stają się normą w życiu rodziny, to zachodzi przesłanka społeczna – powodowanie rozkładu życia rodzinnego, co w powiązaniu z zaistnieniem przesłanki medycznej może skutkować uwzględnieniem wniosku o zobowiązanie uczestnika do podjęcia leczenia odwykowego. Jednak sąd bada zasadność wniosku według stanu na moment zakończenia rozprawy. Gdy zatem w tym czasie życie rodziny uczestnika legło już w gruzach, to nie ma podstaw do przyjmowania, że omawiana przesłanka ustawowa jest spełniona.

Kryzys rodziny, której rozłam związany jest z alkoholizmem jednego z jej członków, wymaga ustanowienia przez państwo odpowiednich rozwiązań prawnych. W literaturze wskazuje się, że dziecko rosnące w domu, w którym alkohol zajmuje pierwszoplanową rolę, ma poważnie utrudniony rozwój, co negatywnie wpływać będzie na jego osobowość (Głuszek-Osuch, 2006, s. 85). Tam, gdzie nadużywanie alkoholu łączy się z przemocą lub niedopełnianiem obowiązków rodzinnych, następuje – czasem powolny, czasem szybki – proces, który zakończyć może się całkowitym rozbięciem rodziny, bądź życiem pod jednym dachem osób sobie bliskich tylko w teorii. Analiza orzecznictwa wskazuje, że kwestia tego, czy dane nieprawidłowe zachowania osoby uzależnionej można zakwalifikować już jako prowadzące do rozkładu pożycia w rodzinie jest ocenna. Pojęcie „powodowania rozkładu życia rodzinnego” jest bowiem nieostre. To od dyskrecjonalnej decyzji sądu zależeć będzie zatem, czy uczestnik zostanie zobowiązany do poddania się leczeniu odwykowemu czy też nie. W tym miejscu warto jednak

przypomnieć, że „alkoholizm jest chorobą całej rodziny, a nie tylko osoby pijącej, czyniąc ją jednocześnie rodziną dysfunkcjonalną, a więc taką, która nie funkcjonuje w sposób prawidłowy” (Zalas, 2011, s. 287). Stąd tak ważne jest, aby w przypadku, gdy uzależnienie alkoholowe coraz bardziej wpływa na los jego rodziny, uczestnik zostawał jednak zobowiązany sędownie do odbycia terapii odwykowej. Pewna część osób uzależnionych przechodzi z sukcesem terapię odwykową. Dokąd ustawodawca nie zmieni uregulowań prawnych, sądy powinny zobowiązywać do odbywania terapii odwykowej te osoby, których zachowanie wymaga napiętnowania, zanim dojdzie do ostatecznego rozłamu rodziny. Im szybciej i wcześniej takie postępowania będą inicjowane, tym większa szansa na poprawę sytuacji samego uzależnionego i jego najbliższych. Dobro krzywdzonych przez osobę nadużywającą alkoholu wymaga reakcji ze strony aparatu państwowego, choć w obecnym stanie prawnym nie można mówić o systemie przymusowego leczenia, a tylko o „przymuszaniu” do podjęcia terapii. Z uwagi na realizowane cele ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi dochodzić może do ograniczeń określonych swobód (Krawiec, 2008, s. 78–79). Wolność osób zainteresowanych nadmiernym i szkodliwym spożywaniem alkoholu nie może być jednak traktowana jako nieograniczona. Dobro rodziny, szczególnie małoletnich dzieci, wymaga podejmowania szybkich i zdecydowanych działań, które być może nie we wszystkich przypadkach – ale jednak – odniosą pozytywne efekty.

Bibliografia

- Fiutak A. (2016), *Odpowiedzialność karna za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Głuszek-Osuch M. (2006), *Spostrzeganie więzi rodzinnych przez dzieci pochodzące z rodzin alkoholowych*, „Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej” 3, s. 79–100.
- Grotkowska K. (2018), *Uzależnienia. Wokół pojęć „używanie” i „nadużywanie”*, „Przegląd Prawa Publicznego” 7–8, s. 84–92.
- Horna-Cieślak M. (2017), *Orzekanie oraz wykonywanie obowiązku leczenia odwykowego z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*, Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa.
- Ignaczewski J. (2014), *Komentarz do spraw o leczenie odwykowe alkoholików*, [w:] H. Ciepla, J. Ignaczewski, J. Skibińska-Adamowicz (red.), *Komentarz do spraw rodzinnych*, LexisNexis, Warszawa, s. 736–737.
- Krajewski R. (2009), *Prawa i obowiązki seksualne małżonków. Studium prawne nad normą i patologią zachowań*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Krawiec G. (2008), *Zgoda właściciela, użytkownika, zarządcy lub administratora budynku mieszkalnego wielorodzinnego jako warunek uzyskania zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych*, „Finanse Komunalne” 5, s. 72–79.
- Krawiec G. (2015), *Koncepcje płci człowieka a prawo administracyjne*, Biuro RPO, Warszawa.
- Markiewicz K. (2013), *Moment właściwy dla oceny występowania przesłanek do orzeczenia o obowiązkowym leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego*, „Polski Proces Cywilny” 3, s. 297–300.
- Mellibruda J. (2001), *Alkohol i życie codzienne*, Lerovil, Otwock.
- Miśkiewicz M. (2013), *Problemy współczesnej rodziny w dobie promowania wartości prorodzinnych*, „Pedagogika Rodziny” 3(1), s. 111–128.
- Partyk A. (2014), *Czasem przymus nie zastąpi dobrej woli uczestnika postępowania*, „Prawnik” 167, s. C2.

- Partyk A. (2014), *Wymogi formalne wniosku o leczenie odwykowe przeciwalkoholowe. Glosa do uchwały SN z dnia 11 września 2013 r., III CZP 52/13. Internetowy system Informacji Prawnej LEX*, Wolters Kluwer.
- Partyk A (2018), *Uprawnienia konkubenta spadkodawcy w prawie szkockim*, „Kwartalnik Prawa Prywatnego” 1, s. 119–146.
- Sawuła R. (2003), *Wychowanie w trzeźwości i przeciwdziałanie alkoholizmowi. Tekst ustawy z komentarzem, orzecznictwem i aktami wykonawczymi*, Wyższa Szkoła Administracji i Zarządzania w Przemyślu, Rzeszów.
- Szczepańska H. (1994), *Żony alkoholików*, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa.
- Zalas K. (2011), *Rodzina z problem alkoholowym*, „Prace naukowe AJD. Pedagogika” 20, s. 285–303.

Abstract

The provisions of the Act of 26 October 1982 on Upbringing in Sobriety and Counteracting Alcoholism provide for the possibility of applying obligatory withdrawal treatment to an addicted person. Compulsory withdrawal treatment may be provided in a stationary or inpatient system. However, both forms of addiction treatment constitute a statutory exception, as withdrawal treatment is voluntary in principle. In particular, judicature points out that alcohol dependence alone is not sufficient to oblige a participant to undertake alcohol treatment. There must also be a so-called social premise. One such premise is the fact that an addicted person is causing a breakdown of family life. In the jurisprudence of courts this circumstance is often referred to. However, whether this actually takes place is a matter of judgement. Not every conflict within a family constitutes a breakdown of family life. Moreover, the application cannot be taken into account if the family ties have already definitively disintegrated. At the same time, the court takes into account the state existing at the date of closing of the hearing, and therefore the improvement of the addicted person's conduct, including the initiation of voluntary therapy, must influence the final direction of the court's decision. A decision on the obligation to undertake alcohol treatment is particularly important if there is real fear that a crisis in a family affected by alcoholism of one of its members will deepen. Rapid reaction on the part of the state apparatus increases the probability of success.

Keywords: family, dependence, alcoholism, withdrawal treatment

Agata Matysiak-Błaszczyk
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Barbara Jankowiak
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Więzienne macierzyństwo kobiet z problemem alkoholowym

Prison motherhood of women with an alcohol problem

Abstrakt

Macierzyństwo kobiet pozbawionych wolności jest ważnym problemem społecznym, gdyż dotyczy nie tylko samej osadzonej, ale także jej dzieci i całej rodziny oraz sposobu funkcjonowania w zakładzie karnym. Problem ten jest szczególnie trudny, gdyż dotyczy nie tylko osadzonych będących matkami, ale równocześnie matkami uzależnionymi od alkoholu. W tej sytuacji rośnie ilość czynników obciążających rozwój dziecka oraz wyzwań stawianych przed placówką resocjalizacyjną. Sposób oddziaływania pomocowego w więzieniu powinien uwzględniać zarówno dobro matki, jak i dziecka. Wyniki prowadzonych badań wskazują, że u kobiet inaczej niż u mężczyzn przebiega proces kontaktu ze środkami psychoaktywnymi oraz że istnieją różnice międzypłciowe w konsekwencjach używania i nadużywania środków psychoaktywnych. Problemy związane z używaniem alkoholu są powszechne wśród kobiet pozbawionych wolności, a uzależnionych skazanych matek przybywa w populacji przestępczych kobiet i dziewcząt. Podstawowymi celami oddziaływań pracowników Domów Matki i Dziecka jest kształtowanie u osadzonych kobiet pozostających w tym czasie w sytuacji aktywnego macierzyństwa umiejętności społecznych roli matki zarówno w czasie, gdy przebywają one wraz z potomstwem w warunkach izolacyjnych, jak i gdy opuszczają zakład karny. Istotne jest także zapewnienie ich dzieciom bezpieczeństwa i warunków umożliwiających prawidłowy rozwój psychospołeczny i fizyczny przy uwzględnieniu ograniczeń związanych ze specyfiką przebywania w placówce zamkniętej.

Słowa kluczowe: więzienie, macierzyństwo, uzależnienie, formy pomocy i wsparcia

Wprowadzenie

Problematyka używania i nadużywania substancji psychoaktywnych przez kobiety – matki odbywające karę pozbawienia wolności – nie jest znacząco eksplorowana zarówno w teorii, jak i badaniach naukowych. Dlatego też celem niniejszego artykułu jest ukazanie specyfiki macierzyństwa kobiet pozbawionych wolności doświadczających problemów alkoholowych, a także dylematów związanych z wychowywaniem dzieci w warunkach izolacji penitencjarnej. W ostatnich latach problemy związane z używaniem substancji psychoaktywnych przez kobiety nasilają się w skali i dynamice. Systematycznie wzrasta liczba nadmiernie pijących alkohol młodych kobiet i dziewcząt, a ich poziom picia (co do ilości i częstotliwości spożywanego alkoholu) zbliża się do poziomu picia mężczyzn (Fudała, 2007).

Jak podaje Małgorzata Dragan, nadmierne picie alkoholu przez kobiety należy traktować jako przedmiot szczególnej troski ze względu na stały wzrost konsumpcji alkoholu przez nie, szkodliwość picia kobiet będących w czasie ciąży, negatywne skutki picia alkoholu przez kobiety dla rozwoju dzieci w okresie prenatalnym oraz relacje między piciem i różnymi problemami z zakresu zdrowia prokreacyjnego kobiet. Alkohol w czasie ciąży może wpłynąć na rozwój płodu w sposób pośredni lub bezpośredni, upośledzając funkcjonowanie łożyska. Wzorzec intensywnego picia alkoholu i zaburzenia związane z jego używaniem wiążą się także ze współwystępowaniem zaburzeń psychicznych: depresji, zaburzenia po stresie traumatycznym, zaburzeń odżywiania i zachowań samobójczych. Autorka wskazuje, że kobiety nadużywające alkoholu lub od niego uzależnione zagrożone są w dużo większym stopniu doświadczaniem przemocy interpersonalnej, w tym seksualnej, a także podejmowaniem ryzykownych zachowań seksualnych (Dragan, 2016, s. 17–18). Z ostatnich danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wynika, że statystyczny Polak wypija 11 litrów czystego spirytusu na głowę, a jeszcze w roku 2005 było to 9,5 litra (Brzózka, 2019). Warto podkreślić, że proces kontaktu ze środkami psychoaktywnymi u dziewcząt i kobiet przebiega inaczej niż u chłopców, np. później dochodzi do inicjacji używania substancji, natomiast szybciej do uzależnienia, kobiety wykazują więcej problemów psychicznych związanych z używaniem substancji oraz gorzej reagują na leczenie, mają też większą skłonność do powrotu do użytkowania środków psychoaktywnych (Jankowiak, 2016, s. 313).

Pijące kobiety częściej niż mężczyźni doświadczają takich problemów jak: depresja, zaburzenia snu, zaburzenia lękowe, zaburzenia funkcji seksualnych. Niektóre panie alkoholem łagodzą objawy zespołu napięcia przedmiesiączkowego, sięgają po alkohol po zdarzeniach traumatycznych (Girczyś-Połedniok, 2015, s. 50). Kobięce problemy alkoholowe są bardziej ukryte (jego ofiary upijają się najczęściej samotnie), są trudniejsze do diagnozowania i obciążone wieloma stereotypami (Zalikowska, 2009, s. 188). Nierzadko zdarza się, że kobiety uzależniają się krzyżowo, łącząc alkohol z lekami, najczęściej nasennymi i uspokajającymi (Pruchnik, 2016, s. 337).

W badaniach naukowych wyróżniono ścieżki rozwojowe dla nadużywania substancji, które równolegle dotyczyły rozwoju zachowań antyspołecznych od wczesnej młodości do dorosłości (Moffitt, 2010). Przykładem takiego podejścia są analizy Moffitt, która wyróżniła dwa rodzaje wzorów zachowań problemowych: trwały wzór życiowy i wzór ograniczony do adolescencji (*Life-Course-Persisters, Adolescence-Limiteds*). Moffitt i jej współpracownicy stwierdzili, że druga ścieżka, ograniczona do dojrzewania, jest bardziej charakterystyczna dla kobiet (Moffitt i Caspi, 2001). Korespondujące z cytowanymi danymi były longitunalne badania nowozelandzkich dzieci (ich losy śledzono od urodzenia do 21. roku życia) prowadzone przez D.M. Fergussona i L.J. Horwooda, którzy stwierdzili, że kobiety częściej należały do grupy niskiego ryzyka przestępczości oraz grupy przestępczości ograniczonej do adolescencji (Fergusson i Horwood, 2002). Analizując przyczyny używania substancji psychoaktywnych przez kobiety (Andrews, 2005), cytuje badania, które wykazały związki między zachowaniami w dzieciństwie, takimi jak dziecięca agresja, niskie umiejętności społeczne z wczesną inicjacją

używania substancji psychoaktywnych oraz ciężkim lub problemowym używaniem ich w okresie dojrzewania. Te czynniki również przewidują wzór całożyciowy *Life-Course-Persisters* zachowań antyspołecznych.

Zdaniem Andrews efekty stosowania substancji psychoaktywnych mogą się różnić ze względu na płeć. Te fizjologiczne różnice mogą przyczynić się do różnic płciowych w czasie między pierwszym użyciem alkoholu a nadużywaniem i uzależnieniem. Badania wskazują różnice płci w fizjologicznych efektach stosowania podobnych ilości alkoholu – kobiety, którym podano taką samą ilość etanolu jak mężczyznom, mają wyższy poziom alkoholu we krwi (co wynika między innymi z mniejszej procentowej zawartości wody w ich organizmie). Fizjologiczne różnice mogą powodować także poważne konsekwencje zdrowotne. Większość skutków zdrowotnych związanych z używaniem alkoholu przez młodzież występuje jednak w wieku dorosłym po długotrwałym stosowaniu. Dowody wskazują, że konsekwencje zdrowotne stosowania alkoholu mogą być bardziej szkodliwe dla kobiet niż mężczyzn oraz że istnieją takie konsekwencje, które są specyficzne dla kobiet. Andrews cytuje badania, z których wynika, że skutki spożycia alkoholu (na przykład marskość wątroby) mogą rozwinąć się szybciej u kobiet, stosowanie alkoholu wiąże się u nich także z niekorzystnymi wynikami sercowo-naczyniowymi oraz ryzykiem raka piersi. (Andrews, 2005, s. 181–211). Ponadto u kobiet częściej rozpoznaje się takie następstwa nadużywania alkoholu, jak alkoholowe uszkodzenie wątroby oraz szkody zdrowotne w zakresie układu sercowo-naczyniowego i mózgu, także wystąpienie zaburzeń w obrębie mięśni szkieletowych i kardiomiopatii. Kobiety uzależnione od alkoholu osiągają także gorsze wyniki testów psychomotorycznych i pamięci niż mężczyźni. Umieralność kobiet nadużywających alkoholu jest wyższa niż mężczyzn, przy czym główne jej przyczyny to: alkoholowe uszkodzenie wątroby, zapalenie trzustki, wypadki i przemoc, samobójstwa, nowotwory i choroby serca (<http://www.parpa.pl/download/rozdzial03.pdf>, data dostępu: 27.07.2015).

Uzależnione od alkoholu kobiety w zakładach karnych

Problemy związane z używaniem środków psychoaktywnych są wśród osób pozbawionych wolności na tyle rozpowszechnione, że zdaniem Andrzeja Majcherczyka każda większa jednostka penitencjarna powinna mieć własny oddział terapeutyczny dla skazanych uzależnionych. Niestety liczba tych oddziałów jest wciąż niewystarczająca. Jednocześnie w polskich warunkach penitencjarnych przy stale zwiększającej się liczbie osób uzależnionych coraz częściej stosuje się programy terapeutyczne w trakcie wykonywania kary pozbawienia wolności (Majcherczyk, 2007, s. 323).

Leczenie kobiet uzależnionych od alkoholu w zakładach karnych zostało wprowadzone później, aniżeli w przypadku skazanych mężczyzn. Pierwszy oddział dla uzależnionych kobiet został utworzony w 1976 roku w Grudziądzu i funkcjonuje do dnia dzisiejszego (Zalikowska, 2006, s. 189). Rehabilitacja skazanych kobiet uzależnionych od alkoholu zazwyczaj prowadzona jest w poradniach

odwykowych działających przy wszystkich zakładach karnych (Marczak i Mirosław-Nawrocka, 2016, s. 181). Iwona Zalikowska wymienia kilka wspólnych właściwości kobiet alkoholiczek przebywających w warunkach izolacji penitencjarnej: wyraźny neurotyzm, wysoki poziom lęku przed otwieraniem się i to nie tylko warunkowany pobytem w izolacji, używanie siebie do zadowalania innych, używanie innych do określania swojej wartości oraz liczne ślady ciężkich traum przeżytych w dzieciństwie i młodości, rywalizacyjne kontakty z innymi kobietami i preferowanie płci przeciwnej. Picie kobiet szybciej prowadzi do destrukcji rodziny, a jednocześnie mechanizm wypierania choroby jest silniejszy, bo kobiety bronią pozycji dobrej matki i żony. Kobiety szybciej „przepijają” szacunek dla samych siebie i dlatego trudniej im odzyskać poczucie własnej wartości (Zalikowska, 2006, s. 189–190).

W aresztach śledczych i zakładach karnych przebywa 2760 kobiet, stanowią 3,7 procent populacji więziennej liczącej około 74 tysięcy osadzonych (Linder, 2017, s. 19). Z badań przeprowadzonych przez Janę Chojecką w trzech zakładach karnych dla kobiet (w Lublińcu, Krzywańcu i Grudziądzu) przy użyciu narzędzia LSI-R pozwalającemu na wyodrębnienie czterech kategorii skazanych kobiet ze względu na uzyskane wyniki na skali szacowania ryzyka powrotu do przestępstwa dowiadujemy się, że w kategorii średniego ryzyka recydywy stwierdzono symptomy ryzykownego picia bądź uzależnienia od alkoholu u blisko jednej trzeciej badanych, jedna dziesiąta zaś nadużywała substancji psychoaktywnych. Substancje (alkohol i narkotyki) przyczyniły się do popełnienia przestępstwa przez blisko jedną piątą badanych. W grupie o wyższym niż średnie ryzyku blisko trzy czwarte osadzonych miało problem z alkoholem, a blisko jedna trzecia z narkotykami. Substancje te w opinii trzech czwartych badanych przyczyniły się do naruszenia prawa – kradły, by mieć na alkohol lub narkotyki. W grupie o maksymalnym ryzyku powrotności do przestępstwa sześć na siedem badanych kobiet miało problem z alkoholem i narkotykami. U większości z nich można było stwierdzić nadużywanie obu tych substancji jednocześnie. Wszystkie respondenci wskazały, że łamały prawo w związku z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych (Chojecka, 2013, s. 163). Z badań Agaty Matysiak-Błaszczyk wynika, że w przypadku kobiet pozbawionych wolności odbywających karę w zakładzie karnym w Krzywańcu w przypadku 25,8% respondentek ojciec był uzależniony od alkoholu, a w przypadku 12,6% uzależnienie dotyczyło matek (Matysiak-Błaszczyk, 2010). Wśród badanych kobiet 15,7% już w wieku szkolnym spożywało alkohol, a alkoholizm członków rodziny stał się przyczynkiem występowania w tych rodzinach problemu przestępczości. Spożywanie alkoholu przez ojców i matki badanych kobiet zdecydowanie zaburzyło prawidłowe funkcjonowanie rodzin. Zazwyczaj picie towarzyszył brak pracy i zła sytuacja materialna rodzin. Ponadto w rodzinach z problemem alkoholowym w badanej grupie wystąpił nieprawidłowy proces odgrywania ról społecznych u osób odpowiedzialnych za proces wychowawczy dzieci, często pozostawionych bez opieki, kontroli rodziców, niemających zaspokojonych podstawowych potrzeb egzystencjalnych. Wśród kobiet pozbawionych wolności uzależnionych od alkoholu najwyższe wyniki uzyskały respondenci, które przed karą pozbawienia wolności spożywały piwo – 72,3%, wódkę – 49,5%, wino – 29,7%. Respondenci najczęściej piły we własnym domu

– 45% odpowiedzi; w tym miejscu warto podkreślić podwójne uzależnienie kobiet – od swoich partnerów, bardzo często alkoholików, i od alkoholu. Skazane kobiety problem alkoholowy często tłumaczą silnym oddziaływaniem mężczyzn na ich zachowania, tłumacząc się odczuwaniem obowiązku, przymusu picia z partnerem, dominacją jego władczej i dominującej pozycji w domu. Bywa i tak, że kobieta pije alkohol z partnerem dla zaznania świętego spokoju, z lęku przed awanturami domowymi albo dla towarzystwa. Skazane kobiety wychowywane w rodzinach z problemem alkoholowym zazwyczaj w dorosłym życiu wybierają partnera uzależnionego od środków psychoaktywnych, tym samym powielają one negatywne nawyki utrwalone w toku socjalizacji pierwotnej. Negatywne doświadczenia przeżyte we wczesnym dzieciństwie znacząco wpływają na obraz kolejnych faz biograficznych (Matysiak-Błaszczyk, 2010, 2016a), prowadząc niejednokrotnie do szybkiej inicjacji alkoholowej. Tymczasem literatura konsekwentnie identyfikuje wczesną inicjację w używaniu substancji jako wskaźnik prognostyczny późniejszego problemu używania substancji psychoaktywnych i uzależnienia (Janowski, 2016, s. 315). Przykładowo – młodzi ludzie, którzy zaczynają pić przed 13 rokiem życia dwa razy częściej stają się alkoholikami niż ci, którzy zaczynają pić w wieku 17 lat i pięć razy częściej niż ci, którzy zaczynają pić w wieku 21 lat (Andrews, 2005). Czas pomiędzy wiekiem pierwszego użycia a uzależnieniem i nadużywaniem alkoholu może być krótszy dla dziewcząt niż chłopców (Lewinsohn, Rhode i Seeley, 1996, s. 375–390).

Dylematy związane z macierzyństwem uzależnionych matek pozbawionych wolności

Osadzone kobiety w polskich więzieniach w większości pełnią role macierzyńskie, wiele jest także uzależnionych od środków psychoaktywnych, w tym alkoholu. Z analizy danych osób popełniających przestępstwa i trafiających do zakładu karnego celem odbycia kary pozbawienia wolności wynika, że wśród osób skazanych po raz pierwszy co najmniej 30% to osoby uzależnione od alkoholu, wśród recydywistów procent ten jest jeszcze wyższy. W etiologii przestępstw ponad 50% czynów karalnych popełnionych jest w związku z użyciem przez sprawców alkoholu (Szczęśniak, 2016, s. 210). Uzależnienia to bardzo istotny, lecz także problemowy obszar oddziaływań resocjalizacyjnych, ponieważ uzależnionych skazanych matek przybywa w populacji przestępczych kobiet i dziewcząt, a liczba miejsc w oddziałach terapeutycznych jest stała. Zdarza się, że zanim zwolni się miejsce na oddziale terapeutycznym dla skazanej matki, to wcześniej wychodzi ona na przedterminowe zwolnienie lub kończy terminowo okres odbywania swojej kary. Same skazane niejednokrotnie mówią o tym, że dla nich walką z uzależnieniem jest izolacja. Dzięki izolacji nie mają możliwości stosowania środków psychoaktywnych (Matysiak-Błaszczyk, 2016a, s. 156–157).

Z narracji „więziennych” matek dowiadujemy się, że zarówno przed zajściem w ciążę, jak i w trakcie jej trwania, w zasadzie do czasu umieszczenia ich

w zakładzie karnym nadużywały alkoholu. Konsekwencją ryzykownych zachowań kobiet jest występujący u większości dzieci alkoholowy zespół płodowy (FAS) czy alkoholowy efekt płodowy (FAE), który, jak wynika z literatury psychologicznej, dotyka wiele dzieci matek alkoholiczek (Matysiak-Błaszczyk, 2016a, s. 156–157). W Polsce w warunkach zakładów karnych występują poważne problemy z diagnozowaniem dzieci z podejrzeniem występowania FAS. Problemy te dotyczą nie tylko znikomej liczby specjalistów, którzy przeprowadzają pogłębione diagnozy, ale także długofalowego procesu leczenia i rehabilitacji. Innym ważnym problemem jest prowadzenie indywidualnych oddziaływań wychowawczych przeznaczonych dla dzieci z zespołem FAS. Wczesna diagnoza dzieci z zespołem FAS powinna być dobrą, powszechnie stosowaną praktyką, zwłaszcza wobec kobiet, u których występowały wskaźniki spożywania alkoholu przed ciążą i w czasie jej trwania (Matysiak-Błaszczyk, 2016a, s. 156–157).

Warto podkreślić, że ciężarne osadzone podlegają szczególnym procedurom w zakładzie karnym, aby mogły odpowiednio realizować funkcje opiekuńczo-wychowawcze. Osadzona ciężarna od momentu przybycia do placówki objęta jest wywiadami bezpośrednimi i pośrednimi, które umożliwiają przeprowadzenie diagnozy jej sytuacji życiowej. Kobiety ciężarne uzależnione od alkoholu przechodzą leczenie odwykowe na oddziale terapeutycznym (Matysiak-Błaszczyk, 2016b).

Przy zakładzie karnym w Grudziądzu od 1995 r. funkcjonuje oddział terapeutyczny¹ z jedyną w Polsce placówką odwykową. Na leczenie do opisywanego oddziału przyjeżdżają skazane z całego kraju, ze wszystkich jednostek penitencjarnych: młodociane, pierwszy raz odbywające karę pozbawienia wolności, recydywistki, – łącznie około 100 rocznie (Zalikowska, 2009, s. 191). Według pani kierowniczki oddziału terapeutycznego najliczniejszą grupę stanowią skazane pierwszy raz odbywające karę pozbawienia wolności, zabójczynie, w przedziale wiekowym 30–45 lat. W ciągu kilkunastu lat istnienia oddziału trafiły tam najczęściej kobiety o niskim poziomie wykształcenia, około 70% stanowiły kobiety samotne lub z zachowanymi szczątkowymi relacjami rodzinnymi. Stosowały one środki psychoaktywne: tytoń (niemalże 100% skazanych matek pali papierosy), piły alkohol, paliły marihuanę oraz używały innych narkotyków. Najczęściej stosowanym narkotykiem uzależniającym skazane kobiety-matki jest amfetamina wraz z heroiną i lekami psychotropowymi. Połowa składu

¹ W systemie terapeutycznym karę pozbawienia wolności odbywają osoby uzależnione od alkoholu lub innych środków odurzających bądź psychotropowych (oprócz innych osób określonych przez ustawodawcę w art. 97, Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. w kodeksie karnym wykonawczym). Osoby uzależnione wymagają specjalistycznego oddziaływania, a zwłaszcza opieki psychologicznej, lekarskiej lub rehabilitacji. Mogą odbywać karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym, jeśli względy wychowawcze za tym przemawiają, a skazani wyrażają na to zgodę. Nadzrędnym celem systemu terapeutycznego jest zapobieganie pogłębianiu się patologicznego myślenia i działania tej kategorii przestępców oraz przywracanie im równowagi psychicznej. W systemie terapeutycznym skazana ma szansę na podjęcie leczenia, a oddziaływania terapeutyczne mogą zminimalizować dotychczas powstałe szkody fizyczne i psychiczne, jak również zapobiegać dalszej dysocjalności osoby skazanej. W terapii skazanego szczególną uwagę zwraca się na podnoszenie jego kompetencji społecznych. Skazanemu odbywającemu karę w systemie terapeutycznym sporządza się indywidualny program terapii, w którym określa się rodzaje i formy oddziaływań specjalistycznych oraz oddziaływania, które ujmowane są w systemie programowanego oddziaływania.

społecznego kobiet pozbawionych wolności z problemem uzależnienia to osoby bezdomne, bez środków materialnych i finansowych. Nieliczne tylko mają zachowaną pełnię władzy rodzicielskiej. Niestety, jak wynika z doświadczeń pracowników oddziału terapeutycznego, większość kobiet podejmuje po raz pierwszy leczenie odwykowe w warunkach izolacji, będąc w chronicznym stadium uzależnienia od alkoholu. Prawie 100% skazanych kobiet na tych oddziałach to ofiary przemocy domowej. Są to kobiety, które charakteryzują się poczuciem winy, wstydem, lękiem, cierpieniem. Jak twierdzi I. Zalikowska te cechy populacji skazanych kobiet wyznaczają w dużym stopniu sposób prowadzenia wobec nich oddziaływań terapeutycznych. Podejmowane oddziaływania powinny szczególnie kłaść nacisk na przeciwdziałanie powrotowi do zażywania substancji psychoaktywnych, z uwzględnieniem potrzeby korzystania w warunkach wolnościowych z pomocy psychiatrycznej.

Osadzone kobiety także w okresie odbywania kary pozbawienia wolności zostają matkami. Wobec nich podejmowane są oddziaływania resocjalizacyjne w Domu Matki i Dziecka, które dają im szanse na wprowadzenie pozytywnych zmian w ich społecznej biografii po opuszczeniu zakładu karnego (Matysiak-Błaszczak, 2016a, s. 156–157). Znaczenie matki w procesie pierwotnej socjalizacji dziecka jest szczególne. Od matki oczekuje się między innymi ekspresji uczuć, serdeczności, ciepła, wyrozumiałości, tworzenia atmosfery emocjonalnej w rodzinie, zrozumienia, zaspokojenia potrzeb innych, wprowadzenia dziecka w krąg szerszej rodziny i tradycji (Grochocińska, 1992, s. 8). To w szczególności zachowania matki zapewniają dziecku bezpieczeństwo i budują poczucie przywiązania. Obecność matki w życiu dziecka ma niebagatelny wpływ na całościowy kształt rozwoju psychicznego i fizycznego dziecka. Zdaniem Kazimierza Pospiszyla mimo naturalnego posłannictwa kobiety do roli macierzyńskiej trudno jest przewidzieć, jak takie macierzyństwo będzie przebiegało (Pospiszyl, 1978). Między dzieckiem i matką w pierwszych latach życia wytwarza się więź, która dzięki rozszerzaniu się zasobu doświadczeń sensoryczno-emocjonalnych w dalszej kolejności powoduje nasilenie związków emocjonalnych z ojcem, rodzeństwem, rówieśnikami i innymi osobami (Marczak, 2008, s. 458). Jakość więzi matki i dziecka jest bardzo istotna (Bidzan, 2013, s. 141). Często uważa się, że jest ona najtrwalszą więzią międzyludzką. Zdaniem M. Bidzan pierwotna więź matki i dziecka pojawia się w pierwszej kolejności jako wrodzona reakcja, mająca charakter autonomiczny, później powstają relacje emocjonalne dziecka z innymi ludźmi. Współcześnie pojęcie instynktu przekształciło się w pojęcie przywiązania czy też więzi (Brannon, 2002, s. 251). Wiąż oznacza łączność emocjonalną, która powstaje pomiędzy noworodkiem a opiekunem w ciągu pierwszych dni życia dziecka (Brannon, 2002, s. 251).

W początkowym okresie życia obejmującym niemowlęstwo, wiek poniemowlęcy i przedszkolny, rodzina, a w szczególności matka, odgrywa szczególnie ważną rolę w procesie socjalizacji dziecka. Według I. Wesołowskiej-Krzysztofek (1996) autentyczny, rzeczywisty i codziennie praktykowany kontakt osadzonych kobiet matek z ich dziećmi jest niezwykle korzystny dla nich samych i dzieci. Pozwala łatwiej znosić warunki izolacji poprzez nadanie dodatkowego, konkretnego, realnego celu, do którego mogą one dążyć, przy jednoczesnym umożliwieniu

im samorealizacji w roli matek². Autorka zakłada przy tym, iż pełnienie roli matki przez osadzone kobiety powoduje u nich wzrost poczucia przynależności, wzmacnia uczucie akceptacji i miłości, która wymaga nawiązania bezpośrednich więzi między jej podmiotami, powoduje wykształcenie się kontaktów o niezwykle silnym ładunku emocjonalnym, sądząc przy tym, że skazane kobiety mogą rozpocząć proces analizy własnego dotychczasowego przestępczego życia i zrozumieć, że jego kontynuacja wyklucza w zasadzie osiągnięcie doświadczanie wartości życia rodzinnego, a jeśli było ono dotychczas pielęgnowane może zagrażać jego degradacją czy nawet destrukcją³.

Działanie matki w zakresie społecznego rozwoju dziecka dokonuje się za pośrednictwem modeli zachowania jej członków. Mogą to być zarówno wzory zgodnego współżycia i współdziałania, jak i modele sytuacji konfliktowych i działań aspołecznych. Funkcjonują one na zasadzie mechanizmu mimowolnego naśladownictwa, stanowiąc podstawę nabywania przez dziecko postaw i sposobu postępowania członków rodziny (Skorny, 1987, s. 59).

Zaznaczyć należy, że nie zawsze identyfikacja dziecka z rodzicami oparta na więzi z nimi jest wychowawczo korzystna. W rodzinach zdemoralizowanych, przestępczych dziecko, identyfikując się z rodzicami, przejmując często wzory zachowań społecznie ujemnych. Karolina Kuryś opisuje macierzyństwo w kontekście nienormatywnych zdarzeń życiowych, które w literaturze nazywane są zdarzeniami zmiany życiowej, przełomami żywotnymi oraz krytycznymi wydarzeniami żywotnymi, które zaburzają dotychczasową równowagę między jednostką a otoczeniem, i wymagają wprowadzenia nowych, nieznanych dotąd sposobów radzenia sobie (Kuryś, 2010). Niewątpliwie sytuację izolacji kobiet w okresie ich aktywnego macierzyństwa można zaliczyć do sytuacji krytycznych wydarzeń życiowych piętnujących biograficznie kobiety i ich dzieci oraz wymagających szczególnych form wsparcia i pomocy.

Podstawowymi celami oddziaływań pracowników Domów Matki i Dziecka jest kształtowanie u osadzonych kobiet pozostających w tym czasie w sytuacji aktywnego macierzyństwa umiejętności społecznych roli matki, przynajmniej w czasie, gdy przebywają one wraz z potomstwem w warunkach izolacyjnych oraz zapewnienie im dzieciom w tym czasie bezpieczeństwa i warunków do prawidłowego rozwoju psychospołecznego i fizycznego (Matysiak-Błaszczyk, 2016b).

Należy podkreślić, że sytuacja izolacji, w której skazane kobiety mają ograniczone, a niejednokrotnie zabronione kontakty fizyczne, społeczne i kulturowe z pierwotnym środowiskiem otwartym, nie jest standardowym środowiskiem socjalizacji dzieci. Zarówno kobiety, jak i ich dzieci przebywające w warunkach karnego ograniczenia wolności muszą podporządkować się panującemu w instytucji porządkowi w pełni skodyfikowanemu, wykonywać zalecenia personelu więziennego, a więc pozbyć się w znacznej mierze autonomii osobistej, ulegać przymusowi przebywania w otoczeniu innych skazanych, współtworzących specyficzne

² Badania te przeprowadzone były w trzech jednostkach penitencjarnych (Grudziądz, Krzywianiec, Lubliniec) w 1992 roku na grupie 68 skazanych kobiet, patrz: Wesołowska-Krzysztofek, 1996, s. 470–480.

³ Szerzej na ten temat: Muszyńska, 1976, s. 362–363.

środowisko społeczne kobiet przestępczych i codziennych, więziennych realiach. Taka sytuacja może i niewątpliwie naraża ulokowane w niej dzieci na stygmatyzację i syndrom prizonizacji (Gajdus i Gronowska, 1999).

Ważnym aspektem pracy ze skazanymi matkami jest kształtowanie i utrwalanie właściwych postaw rodzicielskich. Jednak uzależnienie skazanych matek nie ułatwia procesu resocjalizacji, jest czynnikiem utrudniającym proces readaptacji społecznej oraz często sprzyja powrotowi do popełniania przestępstw. Beata Skafiriak stwierdza, że „więzienne” matki w warunkach izolacyjnych przejawiają postawy „taktycznego macierzyństwa”, a po opuszczeniu bram więzienia powracają do niekompetentnego wypełniania ról macierzyńskich, w tym także powrotu do nadużywania alkoholu i narkotyków. Z badań B. Skafiriak wynika, że skazane matki sprawują pieczę, a faktycznie socjalizują więzienne dzieci, przekazując im wzory zachowań nieodpowiadające standardowym wzorom funkcjonowania rodziny (Skafiriak, 2016, s. 425–427). Autorka wskazuje, że 81% skazanych kobiet z więziennego domu matki i dziecka nie pozostawało w związku małżeńskim; 56% skazanych matek to kobiety, które nie pozostawały w związku małżeńskim oraz miały więzienne dziecko i dzieci pozawieżienne, 25% pozostawało w związku małżeńskim i miały tylko jedno dziecko, które pozostawało z nimi w więziennym Domu Matki i Dziecka w Zakładzie Karnym w Krzywańcu, u 66% skazanych kobiet więziennych matek stwierdzono dysfunkcjonalność macierzyńską skazanej kobiety matki przed pobytem w zakładzie karnym wobec posiadanych dzieci. Autorka badań stwierdza, że na dziesięć skazanych kobiet matek przebywających w więziennym domu matki i dziecka tylko trzy z nich uzewnętrzniały funkcjonalną postawę macierzyńską wobec dziecka. W przypadku 82% skazanych kobiet stwierdzono dysfunkcjonalność środowiska rodziny pochodzenia. Zatem zdaniem B. Skafiriak więzienne matki w fazie aktywnego macierzyństwa nie mają utrwalonych kompetencji do pełnienia roli macierzyńskiej wg oczekiwań standardowych, bo ich matki takich wzorów im nie przekazały. Większość skazanych kobiet matek z Domu Matki i Dziecka w Zakładzie Karnym w Krzywańcu to córki matek ujawniających zjawiskowe formy patologii społecznej, dysfunkcjonalność macierzyńską, które zwłaszcza wędrowały od partnera do partnera, były uzależnione od alkoholu, zaniedbywały swoje obowiązki wobec dzieci. Więzienne matki, które były wychowywane w warunkach kulturowo zaniedbanych, posługują się wzorami komunikacji i kodem zachowań swojego środowiska i właśnie taki kapitał kulturowy (wiedzę, umiejętności i zachowanie) przekazują swojemu dziecku we wczesnej fazie jego procesu socjalizacji, przy tym jeszcze dokonyującego się w kontekście sytuacji życiowej skazanej matki w warunkach jej izolacji więziennej. Z badań B. Skafiriak wynika także, że niektóre kobiety urodziły dzieci intencjonalnie, by złagodzić sobie rygor sytuacji więziennej. Były poza tym kobiety, które zachodziły w ciążę w czasie odbywania kary bezwzględnej pozbawienia wolności. Z badań wynika także, że 60% kobiet porzuca swoje dzieci, czyli były to kobiety bez dalszej identyfikacji ze swoim dzieckiem. Dlatego znaczny odsetek dzieci po opuszczeniu zakładu karnego rozpoczyna swoją biografię w zastępczej rodzinie lub rodzinie pochodzenia matki, która już przecież niepomysłnie zsocjalizowała jednostkę ludzką, bądź innej formie opieki całkowitej poprzez ośrodki socjalizacyjne, resocjalizacyjne, zakład

poprawczy, kończąc na pobycie w zakładzie karnym. W przypadku 93% skazanych kobiet stwierdzono przejawy patologii w zachowaniu, a tylko 7% populacji stanowiły kobiety niezdemoralizowane, które popełniły przestępstwo sytuacyjnie i one nie wymagały resocjalizacji. Badaczka stwierdza, że

model roli macierzyńskiej najczęściej jest odtwarzany z rodziny pochodzenia, a brak u kobiety prawidłowego wzorca roli matki wpływa na obniżenie poziomu jej przystosowania (lub jej brak) do macierzyńskiej aktywności. Odnosi się to zwłaszcza do kobiet o niskim stopniu uspołecznienia, które przejawiają powrotność do przestępstwa, niestałość w roli pracownika, nieodpowiednie postawy wobec prawa, społeczności, dominujące zainteresowanie sobą, niski poziom moralny, nieodpowiednie postawy wobec małżeństwa i macierzyństwa (Skafiriak, 2016, s. 425–427).

Tęsknota i miłość to częste uczucia towarzyszące uwięzionym kobietom. I. Muszyńska podaje, że dla kobiet najgorszą sytuacją, z jaką muszą się zmagać w warunkach izolacji więziennej, jest rozłąka z najbliższymi, szczególnie dziećmi: „Ich związek z rodziną, z mężem, z dziećmi lub innymi osobami najbliższymi jest zwykle bardzo silny i bardzo emocjonalny. Zdecydowanie gorzej niż mężczyźni znoszą izolację więzienną” (Machel, 2002, s. 269).

Warto podkreślić, że małe dzieci pierwsze kontakty społeczne nawiązują z matką, ojcem, rodzeństwem oraz innymi domownikami (Skorny, 1987, s. 57). W przypadku dzieci przebywających wraz z matkami w zakładach karnych będą to inne osadzone i personel zakładu karego. Wczesna faza akulturacji polega na prostych przystosowaniach zachowania w sytuacjach kulturowo i społecznie uregulowanych do zachowań dzieci starszych i dorosłych. Z tymi elementarnymi doświadczeniami, opanowawszy mowę i chód, dziecko wchodzi w środowisko sąsiedzkie i przedszkolne. Nawiązuje kontakty z dziećmi i dorosłymi. Włącza się do zabawowych grup rówieśniczych, podejmuje czynne role w zabawie lub pełni rolę kibica w zabawach dzieci starszych. Uczestnicząc z życiu przedszkola, wchodzi do jego formalnych i nieformalnych grup dziecięcych, podejmując w nich role realne jak i fikcyjne. Uczestnicząc w tych rozszerzonych kręgach społecznych, dziecko uzupełnia i pogłębia wcześniejsze doświadczenia zdobyte we własnej rodzinie. Dziecko w tym okresie odzwierciedla podstawowe wartości i formy współżycia subkultury, w której wzrasta. Najistotniejszym osiągnięciem tego wieku jest wszakże odkrycie siebie w doświadczeniach z grupą, siebie jako „ja” społecznego – własnej jaźni subiektywnej (Znaniński, 1973). Dlatego też na terenie Domów Matki i Dziecka powinny funkcjonować grupy przedszkolne, w celu zapewnienia dzieciom prawidłowego rozwoju psychofizycznego. Zwiększa to szansę adaptacji do warunków wolnościowych, a matkom ułatwiłyby możliwość podjęcia odpłatnej pracy. Ważnym wyzwaniem, jakie stoi przed kadrą penitencjarną, jest bowiem przygotowanie kobiet do opuszczenia zakładu karnego i podjęcia zadań macierzyńskich w warunkach wolnościowych (Matysiak-Błaszczuk, 2016b).

Ważnym elementem interwencji psychologiczno-pedagogicznych w Domach Matki i Dziecka powinny być także zajęcia edukacyjne i terapeutyczne o tematyce przeciwalkoholowej i przeciwpromocowej, poradnictwo prawne i psychologiczne. Natomiast ważnym aspektem oddziaływań wychowawczych – motywowanie skazanych matek do utrzymywania i utrwalania związków rodzinnych (Matysiak-Błaszczuk, 2016b).

Kobiety skazane z problemem alkoholowym mają możliwość uczestniczenia w cyklicznych spotkaniach grupowych lub indywidualnych z psychologiem pracującym na oddziale penitencjarnym. Uzależnione skazane matki mogą też brać udział w mitingach Anonimowych Alkoholików (AA) organizowanych na terenie zakładu karnego. Na terenie zakładu karnego prowadzone są również zajęcia psychoedukacyjne i psychoterapeutyczne mające na celu poznanie mechanizmów uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu i narkotyków. Terapia indywidualna ze skazanymi matkami polega na omawianiu wybranych problemów psychologicznych i wychowawczych matek poprzez: spotkania indywidualne, czytanie literatury na tematy związane z uzależnieniem, uczestniczenie w zajęciach grupowych, mitingach AA oraz pisanie przez kobiety prac na tematy dotyczące ich uzależnienia (Matysiak-Błaszczyk, 2016a, s. 156–157).

Zdaniem H. Reczek macierzyństwo zmienia każdą kobietę, także tę, która przebywa za więziennymi murami, dla wielu skazanych kobiet dziecko staje się najważniejsze (Reczek, 2009, s. 225). Dla wielu matek więźniarek pobyt w instytucji Domu Matki i Dziecka ma wyraźny sens. Skazane w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności wraz ze swoim dzieckiem uczą się rozpoznawać uczucia swoje i innych, nabierają umiejętności związanych z organizacją domu, w którym istnieje miłość i szacunek. U. Nowak dodaje, że więzienne Domy Matki i Dziecka są ratunkiem dla wszystkich dzieci, którym grozi oddanie do domu dziecka i choroba sieroca. Los przebywającego w placówce opiekuńczo-wychowawczej oderwanego od matki dziecka więźniarki jest szczególnie bolesny, bowiem ani nie może ono zostać adoptowane, ani nie spotyka się z matką. Autorka stwierdza, że resocjalizacja przez miłość jest skuteczna, jednak dodaje, że nikt nie twierdzi, że pobyt dziecka w więzieniu jest dla niego najlepszym rozwiązaniem.

Większość osadzonych kobiet uzależnionych od alkoholu pełni role macierzyńskie, część z nich wychowuje dzieci w warunkach izolacji penitencjarnej. Sytuacja ta stanowi ważne wyzwanie dla systemu resocjalizacji, zarówno ze względu na kwestię macierzyństwa skazanych, jak i ich problemu związanego z uzależnieniem. Podstawową kwestią jest leczenie uzależnionych kobiet oraz wspieranie ich w wytrwaniu w trzeźwości. Ponadto dylematy dotyczą kontaktów matki z dziećmi pozostającymi poza systemem izolacji, kobiet w ciąży, a także kobiet wychowujących dzieci w więzieniach. Z jednej strony ustalenia z zakresu psychologii i pedagogiki jasno wskazują, że więź dziecka z matką jest niezwykle istotna dla jego prawidłowego rozwoju. Z drugiej strony dzieci w warunkach izolacji socjalizują się poprzez kontakt ze specyficznymi modelami funkcjonowania społecznego – osadzonych i personelu więziennego. Nadal brakuje badań naukowych dotyczących efektów takiej socjalizacji oraz losów życiowych matek i dzieci, które opuściły zakłady karne. Podsumowując, szczególnie istotne wydają się trzy kwestie. Po pierwsze, rozwijanie możliwości terapii uzależnień w trakcie i po odbyciu kary pozbawienia wolności przez kobiety. Po drugie, dostosowanie rozwiązań penitencjarnych do potrzeb matek i ich dzieci oraz zapewnienie pomocy po opuszczeniu przez nie zakładu karnego. Po trzecie, prowadzenie badań naukowych nad konsekwencjami wczesnej socjalizacji dzieci w warunkach izolacji penitencjarnej.

Bibliografia

- Adams G.R. (2005), *Adolescent development*, [w:] T.P. Gullotta (red.), *Handbook of adolescent behavioral problems. Evidence-based approaches to prevention and treatment*, G.R. Adams, New York, s. 3–16.
- Andershed A.K. (2013), *Girls at risk in their own right*, [w:] A.K. Andershed (red.), *Girls at risk. Swedish longitudinal research on adjustment*, Springer, New York, s. 1–8.
- Andrews J.A. (2005), *Substance abuse in girls*, [w:] D.J. Bell, S.L. Foster, E.J. Mash (red.), *Handbook of behavioral and emotional problems in girls*, Springer, New York, s. 181–209.
- Bell D.J., Foster S.L., Mash E.J. (2005), *Understanding behavioral and emotional problems in girls*, [w:] D.J. Bell, S.L. Foster, E.J. Mash (red.), *Handbook of behavioral and emotional problems in girls*, Springer, New York, s. 1–24.
- Bidzan M. (2013), *Nastoletnie rodzicielstwo. Perspektywa psychologiczna*, Harmonia Universalis, Gdańsk.
- Brannon L. (2002), *Psychologia rodzaju*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Brzózka A. (2019), *Alkoholizm w Polsce*, „Newsweek”, www.newsweek.pl (data dostępu: 5.05.2019).
- Chen X., Fu R., Leng L. (2014), *Culture and developmental psychopathology*, [w:] M. Lewis, K.D. Rudolph (red.), *Handbook of developmental psychopathology*, Springer, New York, s. 225–241.
- Chojecka J. (2013), *Kobieta w więzieniu i jej resocjalizacja – zamierzenia a rzeczywistość*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Dennis M.L., White M.K., Ives M.L. (2009), *Individual characteristics and needs associated with substance misuse of adolescents and young adults in addiction treatment*, [w:] C.G. Leukefeld, T.P. Gullotta, M. Staton-Tindall (red.), *Adolescent substance abuse evidence-based approaches to prevention and treatment*, Springer, New York, s. 45–72.
- Dragan M. (2016), *Problemowe picie alkoholu przez młode kobiety. Rola niekorzystnych doświadczeń i samoregulacji emocji*, SCHOLAR, Warszawa.
- Fergusson D.M., Horwood L.J. (2002), *Male and female offending trajectories*, „Development and Psychopathology” 14(1), s. 159–177.
- Flannery D.J., Hussey D., Jefferis E. (2005), *Adolescent delinquency and violent behavior*, [w:] T.P. Gullotta, G.R. Adams (red.), *Handbook of adolescent behavioral problems. Evidence-based approaches to prevention and treatment*, Springer, New York, s. 415–438.
- Fudała J. (2007), *Kobiety i alkohol*, Parpamedia, Warszawa.
- Gajdos D., Gronowska B. (1999), *Europejskie standardy traktowania więźniów*, TNOiK, Toruń.
- Grochocińska R. (1992), *Życie dziecka w warunkach tymczasowej i stałej separacji matki i ojca*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Jankowiak B. (2016), *Używanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych przez dziewczęta w okresie adolescencji*, [w:] B. Jankowiak, A. Matysiak-Błaszczak (red.), *Kontrowersje wokół socjalizacji dziewcząt i kobiet*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, s. 313–330.
- Jarzębowska-Baziak B. (1987), *Problem macierzyństwa w zakładzie kamym*, [w:] T. Szymanowski, A. Rzepiński (red.), *Doświadczenia i perspektywy systemu penitencjarnego w Polsce. Materiały ogólnopolskiej konferencji zorganizowanej w dniach 12–13 grudnia 1985 roku*, Warszawa, s. 246.
- Kuryś K. (2010), *Urodzenie pierwszego dziecka jako krytyczne wydarzenie w życiu kobiet i mężczyzn*, Impuls, Kraków.
- Lewinsohn P.M., Rhode P., Seeley J.R. (1996), *Alcohol consumption in high school adolescents. Frequency of use and dimensional structure of associated problems*, „Addiction” 91, s. 375–390.
- Linder G. (2017), *Izolowane*, „Forum Penitencjarne” 230, s. 19.
- Machel H. (2003), *Więzienie jako instytucja karna i resocjalizacyjna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Majcherczyk A. (2007), *Specyfika terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych w zakładach karnych*, „Alkoholizm i Narkomania” 20(3), s. 321–342.
- Marczak M. (2008), *Pełnienie roli matki przez kobiety pozbawione wolności*, [w:] W. Ambrozik, H. Machel, P. Stępiński (red.), *Misja Służby Więziennej a jej zadania wobec aktualnej polityki karnej i oczekiwań społecznych IV Polski Kongres Penitencjarny*, Poznań–Gdańsk–Warszawa, s. 457–466.

- Marczak M., Mirosław-Nawrocka K. (2016), *Zakłady penitencjarne dla kobiet*, [w:] M. Ciosek, B. Pastwa-Wojciechowska (red.), *Psychologia penitencjarna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 173–199.
- Matysiak-Błaszczuk A. (2010), *Sytuacja życiowa kobiet pozbawionych wolności*, Impuls, Kraków.
- Matysiak-Błaszczuk A. (2016a), *Więzienne macierzyństwo. Studium socjopedagogiczne*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Matysiak-Błaszczuk A. (2016b), *Macierzyństwo w izolacji – kontrowersje, wyzwania, dylematy*, [w:] A. Matysiak-Błaszczuk, B. Jankowiak (red.), *Kontrowersje wokół socjalizacji dziewcząt i kobiet*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, s. 65–83.
- Moffitt T.E., Caspi A. (2001), *Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females*, „Development and Psychopathology” 13, s. 355–375.
- Moffitt T.E., Terrie E. (2010), *A developmental model of life-course-persistent offending*, [w:] F.T. Cullen, P. Wilcox (red.), *Encyclopedia of criminological theory*, SAGE Publications, Inc., Thousand Oaks; dostępne online: https://study.sagepub.com/system/files/Moffitt_Terrie_E_A_Developmental_Model_of_Life-Course-Persistent_Offending.pdf (data dostępu: 27.07.2015).
- Muszyńska I. (1976), *Odczucie przez skazane dolegliwości kary pozbawienia wolności*, „Studia Kryminologiczne, Kryminalistyczne i Penitencjarne” V, s. 362–363.
- Nowak U. (2009), *Dom Matki i Dziecka w Krzywańcu*, [w:] I. Dybalska (red.), *Kobieta w więzieniu – polski system penitencjarny wobec kobiet w latach 1998–2008*, IRSS, Warszawa, s. 236–242.
- Pospiszył K. (1978), *Psychologia kobiety*, PWN, Warszawa, s. 236–242.
- Pruchnik M. (2016), *Uzależnienie od alkoholu i terapia kobiet*, [w:] B. Jankowiak, A. Matysiak-Błaszczuk (red.), *Kontrowersje wokół socjalizacji dziewcząt i kobiet*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, s. 331–349.
- Reczek H. (2009), *Oddziaływania wychowawcze, realizowane w stosunku do osadzonych matek w Domu dla Matki i Dziecka przy Zakładzie Karnym nr 1 w Grudziądzu*, [w:] I. Dybalska (red.), *Kobieta w więzieniu – polski system penitencjarny wobec kobiet w latach 1998–2008*, IRSS, Warszawa, s. 225–231.
- Skafiriak B. (2016), *Próba prezentacji konkluzji na temat więziennego macierzyństwa w dyskursie naukowym pedagogiki socjalizacyjnej Profesora Jerzego Modrzewskiego*, [w:] A. Matysiak-Błaszczuk, E. Włodarczyk (red.), *Pedagogika w społeczeństwie – społeczeństwo w pedagogice. Księga Jubileuszowa poświęcona Profesorowi Jerzemu Modrzewskiemu w 70. rocznicę urodzin*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, s. 417–436.
- Skorny Z. (1987), *Proces socjalizacji dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- Szczęśniak E. (2016), *Więźniowie uzależnieni od środków psychoaktywnych*, [w:] M. Ciosek, B. Pastwa-Wojciechowska (red.), *Psychologia penitencjarna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 211–217.
- Wesołowska-Krzysztofek I. (1996), *Wpływ kontaktów z dziećmi na depryzację niektórych potrzeb u osadzonych kobiet*, [w:] B. Hołyst, S. Redo (red.), *Problemy więziennictwa w progu XXI wieku*, Centralny Zarząd Służby Więziennej, Warszawa, s. 470–480.
- Zalikowska I. (2009), *Terapia, resocjalizacja i readaptacja społeczna skazanych kobiet uzależnionych od alkoholu*, [w:] I. Dybalska (red.), *Kobieta w więzieniu – polski system penitencjarny wobec kobiet w latach 1998–2008*, IRSS, Warszawa, s. 187–198.
- Znaniecki F. (1973), *Socjologia wychowania*, PWN, Warszawa.

Abstract

The motherhood of women deprived of their liberty is an important social problem, as it affects not only the prisoner herself, but also her children and the whole family, and well as the mother's functioning in a prison. This problem is particularly difficult, as it affects not only prisoners who are mothers but also mothers addicted to alcohol. In this situation, the number of factors affecting the child's development and the challenges posed by the resocialization facility increases. The way in which help is provided in prisons should take into account both the welfare of the mother and of the child. The results of the conducted research indicate that contact with psychoactive substances has a different effect on

women than on men, and that there are gender differences in the consequences of using and abusing psychoactive substances. Problems related to alcohol abuse are common among women deprived of their liberty and addicts of convicted mothers are increasing in the population of criminal women and girls. The basic goals of employees of Mother and Child Homes and Shelters is to teach women, who are in a situation of active motherhood at the time of imprisonment, the skills connected with the social role of the mother, both under the condition of social isolation and after release. It is also important to ensure their children's safety and to provide conditions which allow their psychosocial and physical development, taking into account the limitations related to the specificity of being in a closed facility.

Keywords: prison, motherhood, addiction, forms of help and support

Gabriela Dobińska
Uniwersytet Łódzki
Angelika Cieślukowska-Ryczko
Uniwersytet Łódzki

Strategie pracy z rodzicami osób uzależnionych od alkoholu. Perspektywa profesjonalistów*

Strategies for working with families of people addicted to alcohol. Prospects for professionals

Abstrakt

Badania nad doświadczeniem kryzysu alkoholowego rodziny pozwoliły na zgromadzenie kilku-dziesięciu wywiadów pogłębionych nie tylko z rodzicami dorosłych dzieci uzależnionych od alkoholu, ale również osobami zaangażowanymi w ich wsparcie zarówno nieformalne, jak i profesjonalne. Doświadczenia zawodowe ostatniej wspomnianej grupy (profesjonalistów – m.in. pracowników socjalnych, terapeutów, lekarzy) stały się głównym przedmiotem naszych rozważań. Krótka charakterystyka potrzeb rodzin oraz instytucjonalnej odpowiedzi na te potrzeby prowadzi do drugiej części artykułu, w której to przyglądamy się różnym tropom badawczym i inspiracjom teoretyczno-metodologicznym. Pochylamy się nad pojęciem działań profesjonalnych oraz ich standaryzacji, a także uzupełniamy nasze rozważania o koncepcję pracy pośredniczącej, charakteryzując jej typy. W ramie interakcyjnej podejmujemy rozważania (wolne od podsumowujących uogólnień i wniosków) nad relacją zorientowaną na wsparcie i pomoc rodzicom w kryzysie alkoholowym. W ostatniej kluczowej części staramy się odpowiedzieć na pytanie – jakie strategie pracy obierają badani profesjonalści? Jak charakteryzują podejmowane przez siebie działania, a także jak definiują rodzica jako partnera interakcji?

Słowa kluczowe: praca profesjonalna, instytucjonalizacja zawodu, legitymizacja zawodu, rodzina w kryzysie alkoholowym, rodzina w systemie wsparcia instytucjonalnego

Wprowadzenie

Problematyka dotycząca uzależnienia od alkoholu często stanowi przedmiot zainteresowań psychologów, pedagogów, prawników oraz lekarzy. Pomimo wielu opracowań naukowych oraz ugruntowanej pozycji w literaturze (zob. Chodkiewicz, 2006; Cierpiałkowska, 2000; Cierpiałkowska i Ziarko, 2010) nieustannie

* Badania prowadzone przez zespół Pracowni Pedagogiki Specjalnej na Wydziale Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Łódzkiego w ramach projektu naukowego pt. „Rodzina w systemie wsparcia społecznego i pomocy osobom z problemem alkoholowym. Badania biograficzne z udziałem rodziców (dorosłych) dzieci uzależnionych od alkoholu”, realizowanego jako zadanie „Wspieranie badań naukowych w obszarze problemów wynikających z używania alkoholu” finansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020.

powracające do nas dylematy poddawane są dyskusji celem poszerzenia zasobów teoretycznych o nowe obrazy diagnostyczne, etiologiczne oraz proponowane rozwiązania terapeutyczne (zob. m.in. Cierpiąkowska i Sęk, 2016; Chodkiewicz i Gąsior, 2013; Woronowicz, 2009; Grzegorzewska, 2011). Analizując wybraną literaturę przedmiotu obejmującą problem alkoholowy w kontekście systemu rodzinnego, zauważa się, że badacze koncentrują swoje zainteresowania naukowe głównie na dzieciach oraz partnerkach uwikłanych w związki z problemowo pijącymi mężczyznami (por. Scharf i in., 2004; Leadley, Clark i Caetano, 2000; Tsirigotis i Gruszczyński, 2001; Grzegorzewska i Cierpiąkowska, 2016). Wyjątkowo zaniedbanym kierunkiem badań jest sytuacja rodziców dorosłych dzieci z problemem alkoholowym. Pojedyncze opracowania naukowe włączają rodziców do kategorii krewnych uczestniczących w rozwiązywaniu problemu lub użytkowników instytucjonalnych form wsparcia. Rewizja literatury, której dokonały Renata Szczepanik oraz Katarzyna Okólska (2018), pozwala stwierdzić, że rodzice osób uzależnionych od alkoholu są nieobecni w literaturze, a to sprawia, że ich swoiste doświadczenia nie znajdują odrębnego miejsca w przestrzeni naukowej. Ponadto ta widoczna luka w opracowaniu teoretycznym ma znaczenie dla praktyków, którzy pracując na co dzień z rodzinami w kryzysie alkoholowym, sygnalizują potrzebę eksploracji tego tematu (zob. Płachcińska, 2007; Gąsior, 2008).

Uwzględniając tę specyfikę pola badawczego, w analizach własnych skoncentrowaliśmy się na doświadczeniach zawodowych profesjonalistów, m.in. pracowników socjalnych, terapeutów, lekarzy, którzy wspierają rodziny w doświadczaniu i przezwyciężaniu kryzysu alkoholowego. Inspiracją teoretyczną stały się przybliżone w pierwszej części artykułu pojęcia pracy profesjonalnej i pracy pośredniczącej zaprezentowane na tle kierunku symbolicznego interakcjonizmu. Rozważania teoretyczne uzupełnione zostały o doniesienia z poczynionych badań. Podjęte analizy pozwoliły na scharakteryzowanie określonych strategii wsparcia i pomocy udzielanej rodzinom w kryzysie alkoholowym. Przede wszystkim skoncentrowaliśmy się na sposobach projektowania oddziaływań, wyodrębniając rozmaite style pracy reprezentantów różnych profesji oraz – co istotniejsze – ich sposoby postrzegania, definiowania i rozumienia roli rodziców we wspieraniu osób (ich dorosłych dzieci) z diagnozą uzależnienia. Kluczowa stała się charakterystyka budowanej relacji między badanym profesjonalistą a rodzicem dorosłej osoby problemowo pijącej. Tak ukierunkowana analiza umożliwiła określenie i scharakteryzowanie roli, miejsca i znaczenia rodzica dorosłego dziecka z diagnozą uzależnienia z perspektywy m.in. pracowników socjalnych i terapeutów. Na podstawie analizy wywiadów zobrazowaliśmy nie tylko podejmowane strategie pracy (a dokładniej współpracy z rodzicem), ale również rozmaite dylematy oraz trudności, jakie wyrażały osoby badane.

Rodzina w kryzysie alkoholowym. System wsparcia instytucjonalnego – przestrzenie społeczne, psychopedagogiczne i prawne

Rodzina z problemem alkoholowym definiowana jest w literaturze jako jedna z modelowych form systemu dysfunkcjonalnego, ponieważ zostaje w niej zachwiany ówczesny porządek ról społecznych oraz wartości (zob. Pyżlak, 2013; Ochmański, 1997; Sigda i Matusiak, 2016; Kopciał, 2015). Rodzina dysfunkcjonalna obejmuje cały szereg zaburzeń oraz problemów, wśród których wyszczególnia się wysoki poziom niepokoju, brak jednoznacznego wyodrębnienia granic wewnętrznych oraz zewnętrznych systemu rodzinnego, a także jej całkowity rozpad jako całości (Bradshaw, 1994, s. 91). Podejmując się identyfikacji cech charakterystycznych dla specyfiki funkcjonowania rodzin z problemem alkoholowym, należy zaznaczyć, że nie jest możliwe stworzenie „wzorcowego” modelu prezentacji takiej rodziny, a jedynie zasygnalizowanie potencjalnie pojawiających się problemów, takich jak: deficyt wzajemności, komunikacji, więzi, wymiany ze środowiskiem pozarodzinnym, deficyt autonomii oraz tożsamości (zob. Sztander, 1994; Grzegorzewska, 2015).

Traktowanie pojawiających się problemów jako spektrum zagrożenia wymaga refleksji nad systemem wsparcia dla rodzin z problemem alkoholowym. W literaturze przedmiotu można zauważyć duże zainteresowanie badaczy opracowaniem sposobów (strategii) adaptacji rodzin z problemem alkoholowym. Za prekursorkę uznaje się Joan Jackson, która podjęła próbę klasyfikacji etapów przystosowania się rodziny do kryzysowej sytuacji (Kinney i Leaton, 1996, s. 56). Zaproponowane przez autorkę fazy radzenia sobie z uzależnieniem obrazują specyficzną dynamikę procesu rozpadu, a następnie reorganizacji życia rodzinnego. Każdemu omówionemu etapowi towarzyszą sytuacje kryzysowe, labilność emocjonalna oraz dramatyczne doświadczanie problemu alkoholowego przez każdego członka rodziny, dlatego też proponowane wsparcie powinno być dostosowane do obecnie przeżywanego etapu. Polscy badacze (zob. Sztander, 1996; Cierpiąłkowska, 2010; Ciosek, 2011; Mellibruda, 1997; Gąsior, 2012), uzupełniając powyższy opis, zwracają uwagę, że rodzinę z problemem alkoholowym charakteryzuje brak wzajemnego oparcia i komunikacji dotyczącej pragnień oraz uczuć. Świadome „przemilczenie” wyzwała u bliskich poczucie wyobcowania, samotności oraz bezradności, co powoduje trudności w zachowaniu pozytywnej tożsamości. Doświadczanie lęku, złości, żalu, poczucia winy oraz krzywdy jest tłumione przez wstyd i obawę przed stygmatyzacją. Członkowie rodziny są skupieni na osobie z problemem alkoholowym, starając się przezwyciężyć uzależnienie, myślą za niego, podejmują decyzję, poszukują pomocy zorientowanej na wsparcie (tylko) uzależnionego od alkoholu, zaniedbując swoje emocje oraz potrzeby. Zaprezentowany opis rodzin z problemem uzależnienia uzasadnia konieczność wsparcia wszystkich członków rodziny. Cechy środowiska rodzinnego w sytuacji dysfunkcjonalności to między innymi odczuwanie cierpienia czy dyskomfortu, trudności w przystosowaniu się do nowych

warunków, nieracjonalne zachowania oraz naruszanie norm społecznych (zob. Moczuk i Bajda, 2016).

W pracy z rodziną należy pracować nad relacjami, komunikacją, funkcjonowaniem w rolach społecznych oraz wypracowaniem nowych rozwiązań (zob. Sztander, 2006; Zalas 2011). Rezultaty podejmowanych działań terapeutycznych dowodzą, że członkowie rodzin wymagają specyficznego podejścia oraz odpowiednio dostosowanych do ich potrzeb i oczekiwań programów psychoterapii (Zalas, 2011, s. 292–299). Usprawnienie systemu rodzinnego jest uznane za jedno z głównych założeń większości oferowanych programów terapeutycznych, a zaangażowanie oraz obecność wszystkich członków rodziny uważa się za czynnik zwiększający szanse powodzenia terapii osoby z problemem alkoholowym (zob. Hędzulek, Wnuk i Marcinkowski, 2009).

Przyglądając się ofercie dedykowanej rodzinie z problemem alkoholowym, dostrzega się trzy główne obszary, w obrębie których projektowane są specjalistyczne oddziaływania. Pierwszy, pozainstytucjonalny rozwija się w ramach ruchów samopomocowych, które stają się coraz popularniejszą formą wsparcia dla rodzin z problemem alkoholowym (Woronowicz, 2002, s. 22–28). Skutecznie wspierają oraz uzupełniają działania instytucjonalne, przejmując długoterminową opiekę, a także zapewniając psychologiczne wsparcie (Woronowicz, 2002, s. 24–28). Korzystna specyfika oddziaływań grup samopomocy polega między innymi na tym, że umożliwiają uczestnikom zdobycie podstawowej wiedzy o doświadczanym problemie z perspektywy przeżyć innych, a także otrzymanie społecznego oraz emocjonalnego wsparcia pozbawionego poczucia wstydu, marginalizacji oraz sformalizowanej struktury. Najbardziej popularne społeczności terapeutyczne to Al-Anon skierowane do wszystkich uwikłanych w problem alkoholowy, Alateen skierowany do dzieci i młodzieży oraz DDA, wspólnota zrzeszająca dorosłe osoby doświadczające problemowego picia rodzica w dzieciństwie. Należy zaznaczyć, że ruchy samopomocowe nie są konkurencyjną alternatywą dla rozwiązań systemowych. Osoby będące uczestnikami wspólnoty mogą jednocześnie korzystać ze wsparcia instytucjonalnego zorientowanego na pomoc doraźną, często pośrednią.

W systemowe oddziaływania zaangażowani są m.in. kuratorzy, lekarze, pracownicy socjalni, asystenci rodziny, policjanci oraz członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów, których czynności zawodowe wyznaczają głównie akty prawne¹. Sformalizowanie drogi pomocowej w wielu przypadkach może utrudnić lub uniemożliwić poznanie rodziny oraz przygotowanie diagnozy, która stanowi podstawę projektowanych oddziaływań. Analiza dokumentów legislacyjnych pozwala stwierdzić, że większość z nich koncentruje się na udzieleniu

¹ Do aktów prawnych regulujących warunki otrzymania pomocy instytucjonalnej jest: Ustawa z dnia 10.06.2010 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2010 r. Nr 125, poz. 842; Ustawa o kuratorach sądowych z dnia 27.07.2001 r., Dz.U. z 2018 r., poz. 1014, z 2019 r., poz. 730; Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26.10.1982 r., Dz.U. z 2018 r., poz. 2137, 2244, z 2019 r., poz. 730; Ustawa z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. z 2018 r., poz. 1508, 1693, 2192, 2245, 2354, 2529, z 2019 r., poz. 271, 730, 752.

wsparcia osobie z problemem alkoholowym, lokując rodzinę jako czynnik wzmacniający, informacyjny lub motywacyjny. Objęcie wszystkich członków rodziny opieką o charakterze sformalizowanym powinno być tożsame z zabezpieczeniem jej członków przed niebezpieczeństwami oraz konsekwencjami wynikającymi z obecności problemu alkoholowego. Przeglądając się regulacjom prawnym, zauważa się, że wsparcie pozostałych członków rodziny jest w pewnym sensie pomijane, a proponowane rozwiązania ograniczają się do zapewnienia podstawowej, doraźnej pomocy (zobowiązanie do leczenia odwykowego, objęcie rodziny procedurą „Niebieskiej Karty”, oferowane wsparcie pracowników socjalnych lub kuratorów sądowych to podstawowe formy oddziaływań instytucjonalnych).

Badaczkii wyodrębniły jeszcze jeden obszar, w ramach którego odbywa się wsparcie dla rodzin z problemem alkoholowym – praktyka terapeutyczna, której status celowo ułożywały między oddziaływaniami pozainstytucjonalnymi a rozwiązaniami sformalizowanymi (systemowymi). We współczesnych podejściach terapeutycznych dostrzega się kilka tendencji, które mają znaczenie dla współpracy z rodzinami z problemem alkoholowym. Przede wszystkim odstępianie od koncentrowania się na negatywnych aspektach, akcentując zasoby, możliwości oraz czynniki chroniące. W myśl stwierdzenia, że problem alkoholowy dotyczy wszystkich członków rodziny, dostrzega się odejście od leczenia tylko jednej osoby, kierując swoje działania na wszystkich, zachęcając najbliższych do udziału w terapii. Poza tym zauważa się w praktyce terapeutycznej zacieśnianie oraz zapośredniczenie różnych orientacji teoretycznych, szczególnie behawioryzmu oraz koncepcji humanistycznych, a także poznawczych. Rodzina, decydując się na skorzystanie z fachowej pomocy terapeutycznej, podejmuje jednocześnie trud związany z koniecznością wyjścia z symbolicznie stworzonej izolacji i głośnym mówieniem o swoich przeżyciach, potrzebach oraz emocjach (por. Cierpiąłkowska i Grzegorzewska, 2010). W programach leczenia wyróżnia się głównie dwa etapy, w których człowiek oraz najbliżsi realizują określone zadania, a następnie osiągają zamierzone cele terapeutyczne. Na początku działania terapeutyczne koncentrują się na problemach bezpośrednio związanych z przejawami i konsekwencjami uzależnienia. Takie działania mają na celu konfrontacje z problemami, a nie jak dotychczas zaprzeczanie oraz unikanie. Kolejne etapy koncentrują się na problemach towarzyszących człowiekowi i rodzinie (zob. Cierpiąłkowska, 2000; Berne, 1994). Celem działań terapeutycznych jest przede wszystkim wsparcie oraz pomoc w odzyskaniu poczucia autonomii i niezależności.

Dokonując przeglądu oferty kierowanej do rodzin z problemem alkoholowym, zauważa się, że pomimo odrębności proponowanych rozwiązań, wszystkie realizują jeden cel, często współpracując, a także osadzając swoje profesjonalne działania na zasobach innych ofert. Przykładem może być zobowiązanie do leczenia uzależnienia, w realizacji którego są zaangażowani przedstawiciele frontu instytucjonalnego, terapeutycznego oraz pozainstytucjonalnego. Świadoma współpraca pomocników w zakresie wsparcia rodzin z problemem alkoholowym oraz projektowanie działań o charakterze interdyscyplinarnym mogłoby przynieść trwalsze oraz lepsze efekty dla osób doświadczających uzależnienia bliskiej osoby.

Założenia projektowe

Artykuł powstał w oparciu o prowadzony przez zespół Pracowni Pedagogiki Specjalnej² projekt, zatytułowany: „Rodzina w systemie wsparcia społecznego i pomocy osobom z problemem alkoholowym. Badania biograficzne z udziałem rodziców (dorosłych) dzieci uzależnionych od alkoholu realizowany jako zadanie Wspieranie badań naukowych w obszarze problemów wynikających z używania alkoholu”. Projekt finansowany jest ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020. Przedmiotem badań uczyniliśmy doświadczenia rodziców dorosłych dzieci z problemem alkoholowym związane z reakcją społeczną, instytucjonalnym systemem wsparcia, a także sposoby angażowania się w przezwyciężenie problemów związanych z uzależnieniem dorosłego dziecka. Podstawowym celem prowadzonych badań jest rekonstrukcja swego procesu stawiania się rodzicem dorosłego dziecka z problemem alkoholowym. Procesowi gromadzenia, a następnie analizowania materiału empirycznego, towarzyszyły procedury metodologii teorii ugruntowanej (MTU) (zob. Glaser i Strauss, 2009; Konecki, 2000). Technikami gromadzenia danych były wywiady narracyjne z rodzicami dorosłych dzieci z problemem alkoholowym oraz swobodne z przedstawicielami instytucjonalnego systemu wsparcia. Prowadzone badania utrzymane były w paradygmacie interpretatywnym, pozwalającym zrozumieć przyczyny społecznego porządku w interakcjach, w obrębie których zachodzą procesy negocjacji interpretacji znaczeń. Świadomie zastosowana triangulacja danych oraz badaczy³ ma na celu podniesienie wartości zgromadzonego materiału empirycznego, a także umożliwienie wielostronnego spojrzenia na badane zjawisko.

Praca profesjonalna, standaryzacja, praca pośrednicząca Teoretyczno-metodologiczne inspiracje do rozważań własnych

Przedmiotem naszej refleksji badawczej uczyniliśmy jedynie wycinek wyżej opisanych poczyną projektowych. Na potrzeby opracowania skoncentrowaliśmy się na jednej wybranej kategorii analitycznej związanej z pracą wykonywaną przez szeroko rozumianych profesjonalistów (zgodnie z definicją przyjętą w ogólnych założeniach projektowych). Ze względu na wciąż trwające prace analityczne zespołu w artykule prezentujemy jedynie sposób dochodzenia

² Zespół badawczy z Pracowni Pedagogiki Specjalnej na Wydziale Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Łódzkiego.

³ Członkami zespołu badawczego są pracownicy Pracowni Pedagogiki Specjalnej: dr hab. Renata Szczepanik, prof. UŁ, dr Diana Müller-Siekierska, dr Justyna Ratkowska-Pasikowska, dr Magdalena Staniaszek, dr Karolina Walczak-Człapińska, mgr Angelika Cieślukowska-Ryczko, mgr Gabriela Dobińska, mgr Agnieszka Jaros, mgr Paweł Leśniewski oraz doktorantka studiów III stopnia na kierunku pedagogika i psychologia Katarzyna Okólska.

do wiedzy, a nie zwarte wnioski końcowe stanowiące efekt ogólnego podsumowania. W teoretyczno-metodologicznych inspiracjach staramy się nakreślić pewne tropy interpretacyjne, które pozwoliły nam przyjrzeć się strategiom pracy naszych rozmówców (osób badanych). W oparciu o zgromadzony materiał empiryczny, a dokładnie wywiady zrealizowane z „przedstawicielami systemu”, w tym głównie: terapeutami, psychoterapeutami, psychiatrami, pracownikami socjalnymi oraz kuratorami, poddajemy analizie ich doświadczenia zawodowe w pracy z rodzicem dorosłej osoby uzależnionej od alkoholu/szkodliwie pijącej. Odwołując się do wybranych koncepcji teoretycznych, zmierzamy do uporządkowania wiedzy na temat możliwości efektywnego wspierania rodzin w kryzysie alkoholowym. Ważne zdaje się w tym miejscu samo uzasadnienie doboru pojęć i pryzmatów postrzegania. To, co zdecydowanie łączy wybrane przez nas koncepcje, to ich rys interakcyjny, który pozwolił na skupienie naszej uwagi wokół sposobów nawiązywania i realizowania relacji między rodzicami (klientami wsparcia) a badanymi profesjonalistami. Tkankę wsparcia profesjonalnego zasilają bowiem przedstawiciele rozmaitych dyscyplin, dlatego też przyłożenie jednej „uniwersalnej matrycy” do obserwacji poruszanego problemu zdaje się niezwykle trudne. Zupełnie inne zadania (systemowe, osobiste, wynikające z praw i obowiązków, standardów pracy, mandatów społecznych oraz osobistych doświadczeń) prezentują lekarze psychiatry, (psycho)terapeuci, inne zaś pracownicy socjalni czy kuratorzy. W naszych rozważaniach, za sprawą przywołanych „inspiracji teoretycznych”, obserwujemy, jak wszyscy badani profesjonalści (niezależnie od reprezentowanej profesji) definiują i postrzegają rodzica dorosłej osoby uzależnionej od alkoholu/szkodliwie pijącej oraz jaką rolę przypisują im w procesie zdrowienia systemu rodzinnego. A także – co stanowi wynik tych definicji – jakie strategie pracy z rodzicem przyjmują oraz jaki reprezentują styl działań?

Punktem wyjściowym było pochylenie się nad istotą samej **pracy profesjonalnej (działań profesjonalnych)**. Profesję zwykło się definiować jako rodzaj kategorii zawodowej wypracowanej w toku określonej ścieżki edukacyjnej, legitymującej się specyficznymi uprawnieniami i ograniczeniami (por. Granosik, 2016a, 2016b; Skrzypczak, 2014, s. 46–50; Urbaniak-Zajac, 2015; Waniek, 2016, s. 36). Zobowiązujące w tym miejscu jest odwołanie do interakcyjnej koncepcji pracy profesjonalnej (zob. Schütze, 1992; Urbaniak-Zajac, 2015; Granosik, 2016b), w której to kluczowym wskaźnikiem profesji będzie obecność swoistych paradoksów (otwarta lista dylematów). Jak zauważa Granosik (2016b, s. 45):

wspomniane paradoksy to nierozstrzygalne trwale dylematy, które muszą być za każdym razem sytuacyjnie przełamywane, bowiem mimo doświadczenia ani nie mogą skumulować się w postaci procedur, ani też nie jest możliwe wytyczenie działania pośredniego. Lista takich aporii jest długa, ale niemal wszystkie z nich wiążą się z decyzją orientowania działania na społeczeństwo (sformalizowaną instytucję) albo osobę (klienta).

Niezależnie od tego, jaką definicję profesji przyjmujemy, w przypadku zawodów społecznych szalenie istotne zdaje się podleganie podmiotów oddziaływań procesom standaryzacji. Nie sposób nie zgodzić się ze stanowiskiem Granosika

(2016, s. 40), w którym autor informuje, że procesowi standaryzacji „niestety rzadko towarzyszy refleksja metakrytyczna, która pokazywałaby, w jakie szersze procesy wpisuje się standaryzacja i jakie mogą być jej długofalowe konsekwencje, szczególnie dla tworzących się profesji społecznych”. Niezwykle pouczające i jednocześnie bardzo trafne w odniesieniu do autorskich analiz stały się rozważania autora (Granosik, 2016a) na temat wyznaczanych standaryzacją obszarów (mikro)władzy nad pracownikiem socjalnym i jego klientem, a także roli standaryzacji w tzw. deprofesjonalizacji pracownika socjalnego (zob. Granosik, 2016a, s. 44–48; Foucault, 1993). Granosik (2016a, s. 44–48) zakłada, że kluczowym elementem działań pracownika socjalnego są szeroko rozumiane mechanizmy dyskursywne oraz struktury biograficzne. Efektywne działanie może być napędzane przez refleksyjne (argumentacyjne) ciągłości postępowania (rozumiane zgoła inaczej aniżeli „wierne” przywiązanie do określonej strategii czy metody). Wówczas: „profesjonalne działanie w tym ujęciu wymaga zawodowej autonomii, przekonania o możliwości wyboru i sytuacyjnego konstruowania działania oraz (auto)refleksyjności, czyli odnoszenia własnych doświadczeń do różnych ujęć teoretycznych” (Granosik, 2016a, s. 46). Jednocześnie wrogiem takiego stylu pracy są procesy standaryzacji, które prowadzą do redukcji profesjonalnej autonomii. Ostatecznie, cytując Granosika (2016a, s. 46), warto dodać, że nie chodzi tu o pełną indywidualną autonomię działania każdego pracownika socjalnego, lecz zbiorową, relatywną niezależność całej profesji, która przez dyskurs wewnętrzny nieustannie konstruuje tylko najbardziej ogólne (etyczne) ramy indywidualnych działań swoich reprezentantów.

W kontekście mikrosytuacji i działań profesjonalnych (wciąż pozostając w obszarze orientacji interakcyjnych) warto przyrzeć się koncepcji **pracy pośredniczącej** (zob. Czyżewski, 2005, 2006, 2014; Waniek, 2016; Schütze, 1992; Riemann, 2010). Koncepcja pracy pośredniczącej zawdzięcza swe źródła Everett Hughes, a dokładnie spostrzeżeniom na temat *liaison communication* (por. Hughes, 1972). Sama praca pośrednicząca (rozwinęta i scharakteryzowana przez Marka Czyżewskiego (zob. Czyżewski, 2005) jest określona jako działanie quasi-translatoryjne między partnerami interakcji, wynikające z istniejących różnic w zasobach interpretacyjnych. Praca pośrednicząca służy niejako definiowaniu i wyjaśnianiu punktów widzenia partnerów interakcji (zob. Czyżewski, 2005, s. 348; Waniek, 2016, s. 39). Można wyróżnić trzy główne typy pracy pośredniczącej:

1) praca pośrednicząca hegemonialna – oparta na schematycznym postrzeganiu partnera interakcji, nie uwzględnia zasady wzajemności perspektyw. Może przyczynić się do niezdrowej dominacji interakcji poprzez ignorowanie punktów widzenia partnera lub paternalistyczne traktowanie jego poglądów, z góry uznanych za niewłaściwe lub błędne. Co istotne, osoba realizująca hegemonialną pracę pośredniczącą kieruje się dobrem partnera interakcji (wierzy w swoją skuteczność i słuszność realizowanych działań).

2) praca pośrednicząca symetryczna – zakłada równość (równoważność) partnerów interakcji. Negocjowane są identyczne warunki uczestnictwa w interakcji oparte na poczuciu partnerstwa. Partnerzy interakcji tkwią w przekonaniu o jednakowym znaczeniu, wartości i słuszności ich schematów interpretacyjnych

lub – w wariancie postmodernistyczno-relatywistycznym – uznanie zasadności wszystkich opinii ustępuje na rzecz swoistej niekonsekwencji w doborze i dominacji rozmaitych, zróżnicowanych dyskursów.

3) asymetryczna praca pośrednicząca – związana z doświadczeniem bezładu przez jednego z partnerów interakcji. Druga z osób zaangażowana w relację niejako przygląda się, wspiera i oddaje głos partnerowi tkwiącemu w poczuciu cierpienia. Sytuacja ta wymaga ciągłego nadawania ważności głosu innemu oraz poszanowania jego doświadczeń. Odczuwany przez jednostkę bezład (kryzys i chaos) przyczynia się do budowania sytuacji (między partnerami interakcji) opartej na cierpliwości i zrozumieniu, a także stawia wyzwanie refleksyjnego zagłębiania się w doświadczenia biograficzne (zob. Czyżewski, 2012, s. 491; Waniek, 2016, s. 46).

Zasygnalizowaną wyżej koncepcję (właściwie poczyniony jedynie swoisty skrót) uznaliśmy za niezwykle przydatny trop w analizach własnych. Obserwując strategie pracy profesjonalistów-osób badanych, doświadczenie „jakości” relacji oraz podejście nie tylko w rozumieniu systemowym czy klinicznym, ale przede wszystkim wynikające z indywidualnego, zakotwiczonego w biografii sposobu budowania interakcji z klientem-rodzicem, pozwala przyjrzeć się kolejnym warstwom i wymiarom stylów podejmowanych działań. Jednocześnie znów pragniemy podkreślić, że naszym celem nie jest zbudowanie typologii, a nawet częściowe przyporządkowanie danej strategii do konkretnego typu działania. W obszarze własnych analiz poszukujemy jedynie odpowiedzi na pytanie – jakie są te strategie pracy? Czym się charakteryzują? Jak definiowani są rodzice osób uzależnionych od alkoholu/szkodliwie pijących oraz jak definiują profesjonaliści własne miejsce w tych interakcjach? Same dylematy profesjonalizacji, standaryzacji czy pracy pośredniczącej to jedynie zakotwiczenia naszych inspiracji teoretyczno-metodologicznych.

Z badań własnych. Sposoby definiowania „klienta”, czyli o postrzeganiu partnera interakcji

Poszukując odpowiedzi na pytanie o sposób charakteryzowania rodziców osób uzależnionych, przede wszystkim zaobserwowałyśmy specyficzną strukturę tych definicji (w wymiarze językowym, semantycznym). Widoczna była swoista budowa obrazu rodzica oparta na konfrontacji jego osoby z aktualnie przeżywaną sytuacją. Uwagę zwraca nie tylko sama treść tych definicji, ale również stosowana metaforyczna nomenklatura o charakterystycznym zabarwieniu, wyrażająca dosadność doświadczonej sytuacji, a przede wszystkim – uwypuklająca przeżywany przez rodziców bezład i chaos. Niezaprzeczalnie język ten wyrażał doświadczenie bycia w trajektorii cierpienia, procesu zmian, przepracowywania doświadczeń etc. (zob. Schütze, 2012).

Badani nierzadko posługiwali się pojęciem burzenia świata, zburzonego ładu etc. Pierwszą definicję określiliśmy zatem mianem **rodzica w burzy**. Rodzic

w burzy to ten, który – w opinii profesjonalistów – zмага się z nagromadzonymi doświadczeniami.

N: One [matki osób uzależnionych – przypis auterek] też często potrzebują się po prostu naj-najzwyczajniej w świecie wygadać, bo tego... na ogół się nabiera przez te miesiące czy lata, więc generalnie potrzebują takiego, wiesz, poużalania się trochę nad sobą, tak, po-ponarzekań, po-polewania sobie różnych rzeczy.

Rodzik w trajektorii (w burzy) zwraca się po pomoc w poczuciu bezsilności. Potrzebuje niejako ujawnić swoją bezradność i niemoc. Co ciekawe, choć zwykło się w żargonie terapeutycznym mówić o „odbijaniu alkoholika od dna” (jako drodze do zdrowienia), można tę zasadę zastosować wobec rodziców osób uzależnionych/szkodliwie pijących. Profesjonaliści relacjonowali sytuację zgłaszającego się po pomoc rodzica (zwłaszcza matek) jako tych, które doświadczają swoistego odwrócenia toru własnej biografii w zderzeniu z metaforycznym dnem. Można więc, przywołując drugą wyróżnioną definicję, mówić o **rodzicu w punkcie zwrotnym** (rodzicu odbijającym się od dna bezradności).

B: A co powoduje, że one jednak zgłaszają się i poszukują pomocy? [...]

N: To znaczy y tak, tak, to znaczy są już jak, jeśli są bardzo skrajnie tak zmęczone, to chcą, żeby jakaś instytucja... rozwiązała ten problem.... Yyy, no jest taka instytucja, Miejskie Komisje, Gminne Komisje Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, gdzie jednym z zadań [z naciskiem] jest motywowanie takich osób, które zostaną do nich zgłoszone, do podjęcia leczenia, terapii, do zmiany zachowań.

Z trajektorią cierpienia nierozzerwalnie związani byli **rodzice w żałobie**, którzy zdaniem badanych doświadczali i tkwili w poczuciu swoistego permanentnego trwania. Strata ta z jednej strony była wywoływana obawą o śmierć dziecka (w wyniku choroby alkoholowej), z drugiej zaś była ona nieprzerwanym doświadczeniem związanym z traceniem cennych rzeczy lub wartości (strata po dziecku, które nie założy rodziny; dziecku, które nie osiągnie sukcesu; dziecku, które nie ukończy terapii; strata po skradzionych przez dziecko dobrach materialnych etc.).

B: Słuchaj, mam wrażenie, że oni nie do końca sobie zdają sprawę z powagi sytuacji, na czym ta choroba polega. I jeżeli się na przykład konfrontują z tym, że to jest śmiertelna choroba, że on może umrzeć, to jest to dla nich jakiś szok?

N: No na pewno, no to pewnie kolejna jest jakaś żałoba [podkreślenie auterek] do, do przejścia i poradzenia sobie z takimi bardzo trudnymi sytuacjami. Ja rzadko akurat mówię tak bezpośrednio, że to jest śmiertelna choroba.

Jako najbardziej kłopotliwi we współpracy, w opinii profesjonalistów, są **rodzice w ambiwalencji i dwugłosie**. Wspomniany dwugłos mógł charakteryzować rozbieżne dążenia dwojga rodziców uwikłanych w problem alkoholowy dorosłego dziecka.

N: [w odpowiedzi na pytanie o to, co przeszkadza w pracy] [...] w domu między rodzicami. Wielokrotnie się z tym spotykam jako biegły sądowy, który wydaje takie opinie w przedmiocie uzależnienia, że rodzice mmm tutaj nie ma współpracy, rodzice są pomiędzy sobą podzieleni jak postępować co do, do, do, do syna, głównie do syna.

N: Niechętnie też, ale jeżeli już jest zgłoszona rodzina podejmuje, tu jest często rozbieżność, ojciec mówi, ja złożę, zawiadomię, wezwę policję i tak. Nie rób mu krzywdy, matka. Dla matki jest to: nie możemy zrobić, zgłosić, bo będzie, no będzie krzywda zrobiona, będzie kara, pro-prokurator, wyrok, sprawa i tak dalej.

Dwugłos rodziców często jest wynikiem ambiwalentnych odczuć (zwykle występujących u matek), które dostrzegają paradoksy i napięcia w samych działaniach na rzecz zdrowienia ich dziecka. Ta rozbieżność dążeń i podejmowanych aktywności wyraża się nie tylko w relacji ojciec – matka, ale również w specyficznym sprzecznie jednego rodzica względem ustaleń specjalisty, głównie terapeuty. Profesjonaliści zwracali uwagę na rodziców, u których owa ambiwalencja przyjmowała bierną i bezradną postać. Wówczas rodzic, odczuwając wewnętrzny dysonans, mimo złożonych deklaracji o współpracy z terapeutą, nie podejmował należytych aktywności. Jego zobowiązania nie miały żadnego pokrycia.

N: [...] wiesz, jak y ktoś o tym mówi, jeszcze wprost, to powiem ci, nawet czasem wolę, jak powie wprost, znaczy na przykład powie w-wiesz, n-na przykład nie jestem na to gotowa, nie zrobię tego, tak, to jest dla mnie nie do nie, nie, nie do zrobienia na ten moment, żeby na przykład go wypieprzyć z domu, nie, yyy albo ktoś tam j-jawnie mówi o, o takiej złości na, na, na jakiś mój pomysł, czy na jakąś moją ideę, nie? Natomiast, wiesz, no większość tych kobiet bo, bo mówię tutaj głównie o kobietach, one są w takiej bierniej agresji [podkreślenie auterek], czyli właśnie tutaj mówią, tak, tak, dobrze, dobrze, a w środku właśnie tego nie czują, nie?

Jak podkreślali badani, ta bierna ambiwalencja mogła wynikać z odczuwanego strachu np. przed porzuceniem i samotnością, a także poczucia nieuchronności, bezradności i niemocy u schyłku ich życia (w myśl – jestem zbyt słaba i zbyt stara, by coś z tym robić).

N: I mmm druga taka sspora grupa, nawet nie wiem, czy nie większa niż ta pierwsza, to będzie grupa, która dotyczy osób yyy dorosłych. Mam tu na myśli już takich w wieku yyy takiej już mmm dorosłości, nie wiem, średniej, a nawet już późnej..., którzy albo mieszkali całe życie z rodzicami, prawda? I ten problem nasila się. I to są często osoby, które są samotne, nie założyły rodzin i po prostu yyy gdzieś tak yyy koegzystowały przy rodzicach. A problem alkoholowy powodował tylko to, że na przykład z czasem tracili pracę i byli w jakiś sposób zależni też od..., od rodziców, co powoduje yyy takie po-po-podwójne uwikłanie. Dlaczego podwójne uwikłanie? Bo bardzo często yyy w tym wypadku yyy rodzice są już starsi i tutaj to podwójne uwikłanie jest związane z tym, że nieraz mają dylematy znowu, czy... zgłaszać, yyy czy..., czy gdzieś interweniować, coś robić. No bo przecież ja już jestem starsza, starszy, to jest jednak najbliższa osoba, która mi pomoże w razie czego, więc robi zakupy. Lub jeżeli już rodzice są starsi i przewlekłe... schorowani, no to są w dużej mierze zależni od takich dzieci.

Z drugiej strony doświadczenie dwugłosu sprawia, że rodzic wciela się w rolę aktywnego gracza strzelającego do dwóch przeciwległych bramek. Jest bierny i uległy wobec słabości i dysfunkcji dziecka, jednocześnie w poczuciu troski nierzadko kryje te słabości, zniekształca sytuację, budując pozytywny, zmanipulowany obraz doświadczanej rzeczywistości.

N: Tak, oczywiście, że tak, no oczywiście, że tak. Mam takie... Bo wiesz, problem z granicami polega na tym, że w z jednej strony ona nie umie stawiać, czyli nie jest świadoma eee ram swoich granic, tak, a z drugiej strony jakby świetnie, w cudzysłowie mówię, świetnie przekracza cudze granice, czyli w tym granice swojego dziecka, tak? Czyli na przykład ingeruje w leczenie, dopytuje, dzwoni,

yyy manipuluje też terapeutą, yyy mówi źle o dziecku, mówi różne rzeczy, tak, yyy jakby próbuje przekabacić terapeutę, nie? Albo właśnie yyy manipuluje za pomocą pieniędzy, czyli na przykład jest to dorosły człowiek, a ona, na przykład matka, płaci za terapię, nie?

N: No bo ja nie mogę grać w ich grę, no bo ich gra, to jest gra yyy różnych manipulacji i iluzji. Oni nie chcą pewnych rzeczy, nie chcieli przez bardzo długi czas zobaczyć, nie, przecież to nie dzieje się od wczoraj.

Style i strategie pracy. Definiowanie własnej pozycji w interakcjach oraz charakterystyka kierunków działania

Wiedząc, jak profesjonaliści charakteryzują partnerów interakcji, warto zastanowić się w jakiej roli (pozycji) stawiają siebie. Jedną z pierwszych i wydaje się prymarnych postaw mówi o profesjonalistach jako tym, **który słucha i oddaje głos**. Takie sytuowanie i definiowanie własnej roli wydaje się szczególnie pożądane w odniesieniu do potrzeb i doświadczeń samych rodziców. Profesjonalista słuchający i oddający głos deklaruje, że pozostawia przestrzeń do negocjowania kierunku działania. Pozwala na wypowiedź rodzica, buduje pole do wspólnego ustalenia celu oddziaływań lub po prostu służy jako ten, który poznaje i wnika w biografię. Badani charakteryzują taką postawę jako przyznawanie rodzicowi roli eksperta w sprawach jego rodziny i problemu alkoholowego dziecka. Jednocześnie sami niejako rezygnują z określania siebie mianem eksperta, rozumiejąc tę profesjonalizację w innych wymiarach. Terapeuta/pracownik socjalny staje się tym, który zna się na problemie fachowo, lecz nie tym, który dokładnie zna osobisty problem konkretnej rodziny.

N: [...] I wtedy [podczas rozmów – przypis autorek] proszę, żeby on mi opowiedział swoimi słowami.

B: Aha.

N: I to jest też fajne. Od razu początek rozmowy. On się czuje ekspertem [podkreślenie autorek].

B: Aha.

N: A ja też tak pracuję, że ja pracuję partnersko. Ja nie, nie widzę się w roli eksperta. Bo rzeczywiście ja bardzo często mówię rodzicom i w ogóle pacjentom, że oni są ekspertami, tak, od swojego życia. I od swojego dziecka w sumie też rodzic jest o wiele większym ekspertem niż ja.

Uwzględniając ambiwalencję postaw rodziców, można wskazać **profesjonalistę, który konkuruje**. Zwykle konkurencja ta odbywa się na drodze negocjowania i ustalania zasad leczenia/terapii/korekty zachowań. Rodzice zafiksowani na problemie dziecka obierają sprzeczne cele i działania w trosce o jego dobro, kiedy to zdystansowany emocjonalnie profesjonalista ustala i realizuje jedną konsekwentną drogę działania.

N: No próbują kontrolować, no bo o co chodzi w współuzależnieniu, o kontrolę, tak? Na przykład ja jestem, założmy, tam, w.... cudzysłowie znowu mówię, taką matką zastępczą, czyli jestem jej konkurentką i też chcę.... ja, ja chcę, żeby faktycznie sytuacja wyzdrowiała, a ona tego czasami nie chce. No bo ona ma z tego jakieś profity, tak, na przykład to, że ona ma zajęcie w życiu, tak?

Badani wskazywali w tym obszarze na jeszcze jeden palący problem dotyczący fiksacji rodzica na (dorosłym) dziecku. Fiksacja ta związana była z orientacją wszystkich działań życiowych wokół problemu alkoholowego, który staje się dla rodziców jednoczesnym wrogiem i sensem życia. Konkurencyjność polega wówczas na tym, że profesjonalista dąży do uzdrowienia sytuacji, podczas gdy rodzic czyni to jedynie pozornie w obawie przed zmianą, utratą bycia potrzebnym, utratą dotychczasowych obowiązków etc.

N: Nieulubiony typ rodzica, to jest rodzic, który... który swoje dziecko, nazwiemy to w cudzysłowie, upośledza. Specjalnie upośledza, żeby załatwić sobie ja... Różne może mieć yyy motywacje ku temu. Powiedzmy, jest to samotnie wychowująca matka, już starzejąca, która dając komfort picia czy swojemu dziecku po to, żeby ono zostało w tym domu, po to, żeby się nim zajmowało na s..., na, na, na przyszłość. Jest to typ rodzica, który swoje potrzeby załatwia chorobą dziecka, nie.

Jeśli badani jawnie komunikowali wchodzenie w rolę eksperta i profesjonalisty możemy mówić o **tych, którzy oświecali** swoich klientów. Profesjonalista oświecający to ten, który ma poczucie dysponowania mandatem społecznym i przede wszystkim ekspercką wiedzą. Za zadanie stawia sobie uzmysłowienie rodzicom występowania i skali problemu, jaki dotyka ich rodziny. Oświecenie wiąże się z nazwaniem problemu alkoholowego, który wcześniej nie był wprost komunikowany przez rodzica, a nawet niekiedy uświadomiony.

N: Wie Pani co, największa przeszkoda jest z tym i po stronie...tak rodzin, jak i osób, yyy dostrzeżenie tego, że ma się problem... yyy z alkoholem, yyy bo bardzo często jest tak, że.... alkoholik nie dostrzega w ogóle, no przecież ja nie mam żadnego problemu, no ja piję, bo lubię, yyy ale tłumaczenie rodzin. Mam taki yyy przypadek, gdzie ojciec twierdził, że..., dorosłego yyy chłopaka, że ale on to yyy bo on to ma wszystko w nosie, on mu tyle razy pomagał, yyy a matka, ale przecież, no to i no, no co z tego, że on się awanturuje, rozbija drzwi, y skoro mmm... No tutaj jeszcze te też ciekawa sytuacja, ponieważ matka yyy podstawia wszystko synowi, bo ona chce mieć porządek w domu.

Niekiedy efekt tego oświecania definiowany jest jako odpowiedź na oczekiwania samych klientów. Profesjonalista, **który odpowiada na oczekiwania**, ma poczucie włożenia go w rolę eksperta, wręcz narzucania mu swoistej odpowiedzialności z tym związanej.

N: To bardziej jest tak, że yyy gdzieś.... usłyszą, że to y pracownik socjalny ma wiedzę, mmm i zresztą mówię, tutaj u nas gmina mocny nacisk na..., to właśnie.... kładzie na to, żeby pracownik socjalny był taką istotą, która wie.

Oświecanie może wówczas przyjmować formę mniej narzucającą, a bardziej edukacyjną. Profesjonalista staje się wtedy tym, **który jest kierunkowskazem i edukatorem** lub tym, **który jest dysponentem wiedzy profesjonalnej**.

N: Znaczy może yyy nie musimy się wgłębiać, ale musimy ludzi odpowiednio pokierować. Więc oni mają świadomość tego, że najszybciej uzyskają pomoc u nas. To... rzadko kiedy jest tak, żeby sami wybrali się, bardzo często przychodzą tutaj i mmm równie często też potrzebują takiego wsparcia yyy, żeby im wytłumaczyć, na czym to polega, yyy nawet nie sama terapia, ale e trochę wytłu..., mmm wytłumaczyć picie, o, w cudzysłowie, yyy jak mają sami yyy na to reagować, co dalej mogą zrobić... yyy z tym tematem, więc.... to na tym głównie polega.

N: Natomiast no część z nich [rodziców] potrzebuje....oczekuje, może nie potrzebuje, oczekuje takiej, na takiej zasadzie, pani mi powie, co ja mam robić, czego nie, i to się wydarzy. I nie wiem, za tydzień, czy za 2, czy za miesiąc już będzie dobrze, już w ogóle problem..., problemu nie będzie, nie? Takie trochę mmm psycholog... yyy spychają odpowiedzialność, tak, szukają takiego, takiej podpórki, nie, na kogoś tą odpowiedzialność na kogoś zrzucić.

Ta potrzeba edukowania, kierowania i oświecania przez niektóre osoby badane została zestawiona z silnym poczuciem bezradności i wspomnianym wyżej punktem zwrotnym. Przyznanie się do niemocy sprawia, że rodzice oddają ster zewnętrznemu profesjonalście, który wówczas otrzymuje pole do prezentacji swoich możliwości diagnostycznych, terapeutycznych i pomocowych. Rodzice w tej relacji przyjmują bierną postawę (możliwe, że ambiwalentną), lecz nie stawiają oporu, nie manipulują, nie negocjują znaczeń i kierunków działania.

N: Rodzice, to oni... Znaczy zawsze gdzieś... Jeżeli ktoś przychodzi w związku z problemem alkoholowym mmm członka rodziny to przychodzi w jakimś s..., yyy kryzysowym momencie. Ale mam wrażenie, że rodzice przychodzą wtedy, gdy już rzeczywiście mają wrażenie, że wyczerpali wszystko z tego pakietu miłości, relacji... i w związku z tym sytuacja jest trudna. I... I wtedy jednak mimo wszystko traktują nas jako takich yyy, no ekspertów, yyy... Nie raz jest to też z tym związane, że, no idą do takiej typowej, prawda... placówki, gdzie... Bo jeżeli mówią o problemie alkoholowym to są bardzo często placówki, prawda, specjalizacyjne... yyy odwykowe, gdzie pracują specjaliści terapii uzależnień, więc... yyy mają takie poczucie, przynajmniej tak gdzieś z mojego doświadczenia, że..., że mmm nawet jeżeli się nie stosują do pewnych rzeczy i jeżeli nie... nie mają przekonania to..., to nie krytykują... yyy, czy tak n-n-nie w sposób taki ostry, prawda, do nas nie, yyy nie... tutaj nie zgłaszają żadnych komentarzy.

W odniesieniu do powyższych spostrzeżeń udało nam się zdefiniować trzy podstawowe zakresy podejmowanych strategii działania. Pierwszy zakres obejmował **strategie instytucjonalne**, stanowiące sformalizowaną, standaryzowaną ramę systemu. Strategie te były charakteryzowane zgodnie z literą prawa, przepisów, norm i standardów pracy oraz odzwierciedlały typowe cechy danej profesji. Badani wyrażali właściwie pełną paletę odczuć wobec owych strategii – od pochwalnych poprzez neutralne aż po jawną krytykę.

N: A to myślę, że taka, y że jak,... ja bym powiedziała, że w Polsce jest bardzo dobra taka opieka, yyy bardzo dobry tak kom-kompleksowo yyy... można zadziałać, tak? To też grupy wsparcia, są grupy... yyy, no yyy takie ty-typowo wsparciowe, są też grupy terapeutyczne dla takich osób.

B: Słuchaj, przychodzi taka osoba do, do ciebie, czy przychodzi do, do jakiejś firmy, w której pracujesz, czy jak w instytucji pracowałaś. Co taka instytucja oferuje takim osobom?

N: Psychoterapię....Obecnie, no to tylko psychoterapię indywidualną.

B: Yhym.

N: Tylko to jest w ofercie, moim zdaniem, dla tych osób. I tak jak się orientuję na rynku [nazwa województwa], chyba tak to właśnie wygląda, bo nie ma odrębnych grup terapeutycznych typowo dla rodziców...

N: [...] jestem starszym pracownikiem yyy socjalnym. Praca bardzo rozległa, bo od stro..., od takiej strony pomocowej, do której yyy nas przypisują głównie, że, że jesteśmy rozdawnikami pieniędzy, poprzez właśnie taką pomoc y niem-niematerialną, pracę z ofiarami przemocy, pracę z osobami, które nadużywają yyy alkoholu i ich z rodzinami. To tak w skrócie.

Pracownicy socjalni krytyce – co nie budzi szczególnego zaskoczenia – przede wszystkim poddawali konieczność podporządkowania się biurokratycznym wymogom. Z perspektywy medyków negatywnej ocenie podlegały przestarzałe, niezgodne z nowinkami medycznymi rozwiązania lecznicze, zwłaszcza związane z wdrażaniem farmakoterapii jako wsparcia w procesie leczenia odwykowego.

N: [...] wie Pani, yyy z doświadczeń mojego podwórka i, i zerowej współpracy z policją, wiem, że to i tak w ramach mojej pracy, pracy socjalnej, y wszystko, co bym robiła w zakre..., yyy w Niebieskiej Karcie, ja robię w pracy socjalnej. Więc to jest dublowanie pewnych rzeczy yyy i dublowanie mojej pracy, bo ja jeszcze oprócz tego, no mó..., koleżanka, która się Niebieskimi Kartami zajmuje, wymaga jeszcze notatek, więc mówię, tutaj tu to wywiad, tu jeszcze dodatko..., dodatkowa praca, tak?

N: I to jest związane, jeszcze taki pewien paradoks polsk..., tutaj, że od wielu lat system leczenia psychiatr..., yyy odwykowego, terapii odwykowej jest, był i jest tak bardzo skoncentrowany na farmak..., na psychoterapii, tak zanegował farmakoterapię, farmakoterapię i różne formy yyy wsparcia lekowego, yyy że yyy nie wykorzystuje, któ..., potencjału, który jest. Takim ewidentnym przykładem jest kwestia Esperalu. Jest to metoda [pauza] stosowana w całym świecie, w Polsce legalna, i stosowana w prywat..., na poziomie prywatnym. Państwowe instytucje od 30, czy, czy, bez, lat, z niej nie korzystają, mimo że w poprzednich ustroju Esperal był powszechnie stosowaną metodą w leczeniu odwykowym alkoholików, Esperal i Anticol. Niestety często, albo zbyt często, się do tego ograniczało, to, i dominował taki model biologiczny, czy farmakoterapii, to po zmianie ustroju, zmianach organizacyjnych dotyczących leczenia psychiat..., yyy odwykowego, terapii uzależnień w Polsce po zmianie ustroju, nastąpiło takie wahnięcie y w skrajnie drugą stronę [...].

Odwołując się do ram systemowych, badani próbowali scharakteryzować własne strategie działania. **Strategie preferowane** na ogół wyrażały zindywidualizowane w granicach standaryzacji podejście do klienta/pacjenta. Stanowiły niekiedy konfrontację własnych preferencji z obowiązującymi normami i standardami profesji. Były wypracowane w toku doświadczeń, ulegały przeobrażeniom lub tylko pozornym przeobrażeniom. Warto zaznaczyć, że w obszarze tych definicji najwyraźniej pojawił się czynnik osobistego wkładu w interakcję.

N: Od czego zaczynam [pracę z rodzicem]. Znaczący n-najpierw to ja potrzebuję takiego posłuchania, tak, co, yyy co tam się dzieje w ogóle w tym domu, tak, w ca-calej rodzinie, w systemie, jak to wygląda. Czy ona ma jakieś wsparcie, czy pracuje. Yyy czyli cały kontakt potrzebuję usłyszeć, poznać, no jakby rozeznac się w, w których momentach ona ma, ma, gdzie są zasady, a gdzie ma deficyty. Yyy jak ona intelektualnie też stoi, tak, czyli na ile ja z nią będę mogła popracować też trochę głębiej, a na ile jest to takie, no trochę ba-bardziej to będzie taka praca wsparciowa, edukacyjna, tak?

B: Masz jakiś taki scenariusz, jak powinno przebiegać takie pierwsze spotkanie? Czy to jest tak, że jak na przykład matka przychodzi...

N: Nie.

B: ... i ci się, nie wiem, wypłakuje, to po prostu siedzisz, słuchasz, czy, czy chcesz przechodzić do konkretów, czy...?

N: Nie, ja bardzo jakoś tak się dopasowuję do klienta. Czyli... ... z czym przychodzi, z tym, z tym pracujemy. Jeśli potrzebuje po prostu ponarzekać, wypłakać się, yyy pro..., próbować prosić mnie o różne wskazówki, bo ich ostatecznie raczej nie uzyskuje, tak, chyba że jakieś takie psychoedukacyjne jakieś kawałki też mogą wtrącić, tak.

Strategie te pozwalają na zdefiniowanie rodzica i własnej roli, a także wyznaczenie dalszego kierunku pracy. Jednakże margines swobody nie zawsze jest tak obszerny, jak by chcieli tego sami profesjonalści. Utrwalone metody, procedury postępowania oraz koncepcje pracy paradoksalnie zmniejszają profesjonalną aktywność (por. Granosik, 2016a, 2016b).

B: czy masz...własny scenariusz, tak, jak... jak to spotkanie yyy ma przebiegać?

N: Mhm. Znaczący autorski sposób to myślę, że typowo mojego nie. To się trochę wiąże z tym, co ogólnie jest wiadomo na temat problemu alkoholowego w takich relacjach rodzic–dziecko, że jest to o tyle trudniejszy mechanizm do takiego rozpracowania czy rozbrojenia psychologicznego, bo oprócz typowych takich mechanizmów yyy, gdzie często członkowie rodzin doświadczają i takiego mechanizmu zaprzeczania, pomniejszania problemu, jakiegoś tłumaczenia.

B: A jak pracowałaś kiedyś, to jak to wyglądało?

N: No a t-teraz, no no teraz to tak nie, no teraz to mam taką większą jakby swobodę [w prywatnym gabinecie, nie instytucji publicznej – przypis autorki], bo myślę, że instytucja też nakłada taką, yyy, no nakłada z góry taką formułę, wiesz, to daje pewną taką, no, no tak, takie sztywne ramy to też tu były, mniej-mniej jest takiej swobody, takiej elastyczności w tym, żeby, aha, no dobra, to ja bym sobie może popróbowwała, tak, a to może ta osoba potrzebuje czegoś innego, tylko to są na mmm, no na przykład punkty do wyrobienia, tak, no i te grupy musiały być obsadzone. No więc to tak, no to tak niestety szło, tak, w takim, w takim kierunku też.

B: Czyli ja rozumiem, że też praca taka w gabinecie prywatnym daje ci większy komfort, tak? Bo rozumiem, że instytucja, praca w instytucji narzucała pewną formułę, tak? Tak jak mówiłaś...

N: Tak, tak, tak. No. Wiesz, no tu mogę popracować sobie tak jak ja chcę, nie? Czy długo, czy krótko, czy, wiesz, nie muszę go pchać od razu na jakieś grupy, nie? Czy tam mam prawo z, z, jakąś taką właśnie..., w ten szablonie go wkładać, nie?

Ostatecznie w zakresie naszych rozważań za istotne uznaliśmy **strategie antycypowane**, które stanowiły refleksje osób badanych na temat ewentualnych możliwości zmiany i poprawy skuteczności systemu wsparcia. Refleksje te wynikały z samej narracyjnej aktywności osoby badanej lub w niektórych przypadkach były wywoływane pytaniami samego badacza. Obejmują one pewne prognozy lub przypuszczenia oparte na wnioskach i doświadczeniu zawodowym. Nie stanowią zwartych recept, nie są jednoznacznym kierunkiem zmiany systemu. Raczej sygnalizują o pewnych lukach w zakresie wsparcia. Można tu postawić zasadnicze pytanie – czy te proponowane strategie pracy nawiązują do sposobu definiowania rodzica i własnej roli oraz w jaki sposób projektują interakcję? Te pytania zostawiamy jedynie w formie luźnych refleksji wymagających pogłębionych rozważań.

N: Porównując, bo też pracowałem i prowadziłem, byłem szefem takiego oddziału odwykowego dla alkoholików, mmm zaobserwowałem istotną różnicę, że o ile...rodzice dorosłych narkomanów, dorosłych, organizowali się,... tworzyli jakieś grupy wsparcia samopomocowe, nawet formalne stowarzyszenia rodziców organizowali, tak yyy nie ma i nie było takich pomysłów, wsparć, grup samopomocowych dla yyy rodziców dorosłych alkoholików, dorosłych dwudziestokilkuletnich, czy tam... młodych dorosłych, czy młodych dorosłych, czy późniejszych, prawda? To było zawsze jakieś takie bardziej indywidualne i to mnie dziwi, bo, bo ja nawet w systemie wsparcia, opieki, pomocy, leczenia, y-y to jedynie ruch AA-owski trochę tam oferuje takie, prawda? A poza ruchem AA-owskim nie ma nic takiego, takiego jakby analogii, czy, przepraszam, porównania do,... do tych rodziców narkomańskich. Mmm yyy rodzice nie chcą, jak ci dorośli by chcieli, nie chcą spotkań grupowych.

B: Co można byliby zrobić, zmienić w funkcjonowaniu rodziców, żeby i się to mogło poprawić, ta przestrzeń, rodziców tych dorosłych uzależnionych dzieci, jakie zalecenia, jakie wskazówki, żeby ich jakość życia podnieść?

N: Wyznaczać tym dzieciom zasady. Nie trzymać, jeżeli pije, nie trzymać w domu yyy dzieciaka. Yyy to, żeby się rodzice otworzyli właśnie, yyy formy wsparciowe dla tych rodziców, tak, żeby wiedzieli, że mogą, że to jest nie wstyd iść poprosić.

B: Czyli jakaś grupa wsparcia, czy pomoc taka psychologiczna indywidualna, czy...

N: Mmm.

B: Co by można było właściwie tutaj zdziałać?

N: Myślę, że trzeba by yyy zacząć od indywidualnego wsparcia, yyy a powoli wchodzić właśnie w grupy wsparciowe, yyy bo przekonanie takiej osoby, że to po pierwsze on..., to do niej, tak jak tego naszego alkoholika, yyy musi dotrzeć, że to jest problem i że ona też, bo bardzo często się nie mówi o tym, że jeżeli jeden członek rodziny ma problem z piciem, to znaczy, że cała rodzina ma problem z piciem. Bardzo często, mówię, zajmujemy się tylko jedną je..., y osobą, yyy a całą resztę zostawiamy samą sobie. Mówię, co z tego, że ta jedna osoba wykona kilka kroków, skoro rodzina zostaje na tym samym poziomie. Oni nie, w procesie wychodzenia z picia nie towarzyszą sobie. Mówię, on wraca z powrotem w to samo miejsce...

Refleksja końcowa

Odwołując się do rozważań teoretycznych, w których podjęliśmy próbę identyfikacji cech opisujących specyfikę funkcjonowania badanych rodzin uwikłanych w proces chorowania oraz zdrowienia bliskiego uzależnionego od alkoholu, należy przypomnieć, że niemożliwym stało się stworzenie „klasycznego” modelu prezentacji takiej rodziny. Odpowiedzią na różne oczekiwania oraz potrzeby są reakcje profesjonalistów projektujących pomocowe oddziaływania mające na celu wyjście rodziny z kryzysu. W zakres oferowanego wsparcia instytucjonalnego są zaangażowani przedstawiciele różnych dyscyplin (m.in. kuratorzy, lekarze, terapeuci, pracownicy socjalni, policjanci). Każda profesja włączona w pion systemowego rozwiązywania problemów społecznych jest zobowiązana do przestrzegania odrębnych zasad etycznych, prawnych, a także formalnych, decydujących o preferowanym modelu współpracy z rodziną (często wynikających ze standaryzacji działań profesjonalnych).

Podsumowanie

Zaprezentowane w niniejszym artykule rozważania stanowią wycinek prac analitycznych podjętych w ramach szerszego projektu badawczego. Koncentrując naszą uwagę na wybranej kategorii analitycznej, proponujemy interakcyjną perspektywę rozważań nad strategiami pracy wykonywanej w ramach działań profesjonalnych. Na drodze (współ)pracy między profesjonalistą i klientem będącej efektem dynamicznego procesu komunikacji i wzajemnej interpretacji znaczeń za-uważa się złożoność tych relacji. Obierane strategie pracy, choć noszą znamiona zindywidualizowanych propozycji, wciąż operują w obrębie wystandaryzowanych

ram i ograniczeń systemowych. Z drugiej strony nasza analiza pozwoliła zauważyć wielość definicji, jakie przypisują profesjonaliści rodzicom osób uzależnionych od alkoholu/szkodliwie pijących (rodzic w burzy, rodzic w punkcie zwrotnym, rodzic w żałobie, rodzic w ambiwalencji). Trudno mówić o jednym typowym modelu radzenia sobie z doświadczeniem trajektorii cierpienia przez rodzica, podobnie trudno wskazać jeden uniwersalny schemat postępowania profesjonalistów. Różnice nie wynikają jedynie z reprezentowania odmiennych profesji (narzuconych systemowo obowiązków, ról, zadań etc.). Mają swe źródła w zindywidualizowanej refleksyjności oraz osobistych doświadczeniach badanych. Stąd też – w naszej opinii – pojawiły się tak odległe bieguny autodefinicji, jak świadoma rezygnacja ze statusu eksperta oraz – po przeciwległej stronie – wchodzenie w rolę tego, który profesjonalnie oświeca.

Bibliografia

- Berne E. (1994), *W co grają ludzie. Psychologia stosunków międzyludzkich*, PWN, Warszawa.
- Bradshaw J. (1994), *Zrozumieć rodzinę. Rewolucyjna droga odnalezienia samego siebie*, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa.
- Chodkiewicz J. (2006), *Zapobieganie nawrotom w chorobie alkoholowej – przegląd piśmiennictwa*, „Via Medica” 3(3), s. 105–111.
- Chodkiewicz J., Gąsior K. (2013), *Wybrane zagadnienia psychologii alkoholizmu*, Wydawnictwo Difin, Warszawa.
- Cierpiałkowska L. (2000), *Alkoholizm. Przyczyny, leczenie, profilaktyka*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Cierpiałkowska L., Grzegorzewska I. (2016), *Dzieci alkoholików – w perspektywie rozwojowej i klinicznej*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Cierpiałkowska L., Sęk H. (2016), *Psychologia kliniczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Cierpiałkowska L., Ziarko M. (2010), *Psychologia uzależnień – alkoholizm*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
- Ciosek M. (2011), *Sekretny świat rodziny z problemem alkoholowym*, „Studia Gdańskie. Wizje i Rzeczywistość” 8, s. 270–282.
- Czyżewski M. (2005), *Öffentliche Kommunikation und Rechtsextremismus*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 380–409.
- Czyżewski M. (2006), *Dyskursy pro- i antyeuropejskie. Polaryzacja i „praca pośrednicząca”. Zarys problematyki badawczej*, [w:] A. Horolets (red.), *Europa w polskich dyskursach*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń, s. 117–135.
- Czyżewski M. (2014), *Praca pośrednicząca w debatach publicznych*, [w:] M. Czyżewski i in. (red.), *Dyskurs elit symbolicznych. Próba diagnozy*, Wydawnictwo Sedno, Warszawa.
- Foucault M. (1993), *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, Aletheia, Warszawa.
- Gąsior K. (2008), *Czynniki zagrażające rozwojowi dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym na przykładzie Dorosłych Dzieci Alkoholików*, „Alkoholizm i Narkomania” 21(3), s. 21–25.
- Gąsior K. (2012), *Funkcjonowanie neo-psychospołeczne i problemy psychiczne dorosłych dzieci alkoholików*, Wydawnictwo Difin, Warszawa.
- Glaser B., Strauss A. (2009), *Odkrywanie teorii ugruntowanej. Strategie badania jakościowego*, Zakład Wydawniczy Nomos, Kraków.
- Granosik M. (2016), *Od profesjonalnej nadziei do procedur: dyskursywna instytucjonalizacja polskiej pracy socjalnej*, „Problemy Polityki Społecznej” 35, s. 43–58.
- Granosik M. (2016a), *Praca socjalna jako konwersacja*, [w:] A. Skowrońska (red.), *Nowe ujęcia znanych problemów pracy socjalnej*, Centrum Zasobów Ludzkich, Warszawa, s. 7–24.

- Grzegorzewska I. (2011), *Odporność psychiczna dzieci i młodzieży – wyzwanie dla współczesnej edukacji*, „Teraźniejszość, Człowiek, Edukacja” 1(53), s. 37–51.
- Grzegorzewska I., Cierpiałkowska L. (2015), *Pozytywna i negatywna adaptacja dzieci i młodzieży rodziców uzależnionych od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 28(4), s. 221–233.
- Hędzielek M., Wnuk M., Marcinkowski J. (2009), *Choroba współuzależnienia od alkoholu – diagnoza, konsekwencje, leczenie*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 90(3), s. 309–315.
- Kinney J., Leaton G. (1996), *Zrozumieć alkohol*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa.
- Konecki K. (2000), *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Kopciat T. (2015), *Wybrane przyczyny dysfunkcjonalności rodziny*, „Roczniki Teologiczne” LXII(10), s. 95–107.
- Leadley K., Clark C.L., Caetano R. (2000), *Couples' drinking patterns, intimate partner violence, and alcohol-related partnership problems*, „Journal of Substance Abuse” 11(3), s. 253–263.
- Mellibruda J. (1997), *Psycho-bio-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 3(28), s. 277–306.
- Moczuk E., Bajda K. (2016), *Problemy i zjawiska patologiczne w społeczeństwie tradycyjnym i nowocześniejszym: studium socjologiczno-kryminologiczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów.
- Ochmański M. (1997), *Alkoholizm ojców a sytuacja rodzinna i szkolna dzieci*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Płachcińska G. (2007), *DDA – trudna droga do uleczenia ran*, „Świat Problemów” 1, s. 9–10.
- Pyżlak G. (2013), *Rodzina dysfunkcyjna i formy jej pomocy*, „Perspectiva, Legnickie Studia Teologiczno-Historyczne” 1(22), s. 118–130.
- Riemann G. (2010), *The significance of procedures of ethnography and narrative analysis for the (self-) reflection of professional work*, [w:] R. Bohnsack, N. Pfaff, W. Weller (red.), *Qualitative analysis and documentary method in international educational research*, Barbara Budrich, Opladen, s. 75–95.
- Scharf J.L. i in. (2004), *The interaction of parental alcoholism, adaptation role, and familial dysfunction*, „Addictive Behaviors” 29(3), s. 575–581.
- Schütze F. (1992), *Sozialarbeit als 'bescheidene Profession'*, [w:] B. Dewe, W. Ferchhoff, F.-O. Radtke (red.), *Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern*, Leske und Budrich, Opladen, s. 132–170.
- Schütze F. (2012), *Trajektoria cierpienia jako przedmiot badań socjologii interpretatywnej*, [w:] K. Kaźmierska (red.), *Metoda biograficzna w socjologii. Antologia tekstów*, Zakład Wydawniczy Nomos, Kraków, s. 415–458.
- Sigda K., Matusiak R. (2016), *Dysfunkcjonalność współczesnej rodziny skutkiem różnego rodzaju uzależnień*, „Społeczeństwo i Rodzina” 46(1), s. 143–154.
- Skrzypczak B. (2014), *W kierunku społecznościowej pracy socjalnej. Edukacyjno-środowiskowe determinanty interwencji publicznej*, Centrum Wspierania Aktywności Lokalnej Cal, Warszawa.
- Szczepanik R., Okólska K. (2018), *Forgotten parents of alcohol dependent adults. Zapomniani rodzice (dorosłych) dzieci uzależnionych od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 31(4), s. 243–270.
- Sztander W. (1994), *Poza kontrolą*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa.
- Sztander W. (2006), *Dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa.
- Tsirigotis K., Gruszczyński W. (2001), *Cechy osobowości dorosłych córek i synów alkoholików (DDA) leczonych w PZP*, „Alkoholizm i Narkomania” 14(3), s. 365–373.
- Urbaniak-Zajac D., Kos E. (2015), *Badania jakościowe w pedagogice*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Waniek K. (2016), *Paradoxes of liaison work in individual experiences and their socio-biographical implications*, „Przegląd Socjologiczny” 65, s. 9–32.
- Woronowicz B. (2002), *Problemy alkoholowe w praktyce lekarza rodzinnego. Część I*, „Medycyna Rodzinna” 1, s. 22–28.
- Woronowicz T. (2009), *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Media Rodzina, Warszawa.
- Zalas K. (2011), *Rodzina z problemem alkoholowym*, „Prace Naukowe AJD. Pedagogika” 20, s. 285–303.

Akty prawne

Ustawa z dnia 10.06.2010 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2010 r. Nr 125, poz. 842.

Ustawa o kuratorach sądowych z dnia 27.07.2001 r., Dz.U. z 2018 r., poz. 1014, z 2019 r., poz. 730.

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26.10.1982 r., Dz.U. z 2018 r., poz. 2137, 2244, z 2019 r., poz. 730.

Ustawa z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. z 2018 r., poz. 1508, 1693, 2192, 2245, 2354, 2529, z 2019 r. poz. 271, 730, 752.

Abstract

Research into the experience of alcohol crisis within the family has allowed to gather dozens of in-depth interviews, not only with parents of adult children addicted to alcohol, but also with people involved in their support, both informally and professionally. The professional experience of the latter (professionals – social workers, therapists, doctors) has become the main subject of our deliberations. A brief description of the needs of families and the institutional response to these needs led us to the second part of the article, in which we look at various research trails, as well as theoretical and methodological inspirations. We are considering the concept of professional activities and their standardization, and we add to our considerations the concept of intermediate work, by characterizing its types. In the interactive framework, we deliberate (avoiding generalizations and conclusions) on relationships oriented towards supporting and helping parents in an alcohol crisis. In the last key part we try to answer the following questions: What strategies do the respondents apply? How do they characterize their actions and how do they define a parent as an interaction partner?

The article is a result of a project titled "Family in the system of social support and help for people with alcohol problems. Biographical research with the participation of parents of adult children addicted to alcohol" carried out as the following task: "Supporting scientific research in the area of problems resulting from the use of alcohol". The project conducted by the research team from the Special Pedagogy Laboratory at the Faculty of Education Sciences is financed by the Gambling Problem Solving Fund, as part of the National Health Program for the years 2016–2020.

Keywords: professional work, institutionalization of the profession, legitimization of the profession, family in the alcohol crisis, family in the institutional support system

Przymus leczenia osób uzależnionych od alkoholu: perspektywa dylematów prawno-etycznych*

Compulsive treatment of alcohol addicts: the perspective of legal and ethical dilemmas

Abstrakt

W Polsce od ponad trzech dekad obowiązują zapisy ustawy o przeciwdziałaniu alkoholizmowi i wychowaniu w trzeźwości. Pojawienie się wskazanego dokumentu posiadało trudne do przecenienia społeczne znaczenie. W latach 70. i 80. ubiegłego wieku można było dostrzec wyraźną korelację pomiędzy wzrostem poziomu spożywania alkoholu oraz pojawieniem się coraz poważniejszych dramatów wewnątrzrodzinnych. Antyalkoholowa ustawa miała wprowadzić istotne normy dotyczące sprzedaży produktów alkoholowych. Jednocześnie skonstruowała ona – obowiązujące do dzisiaj – zasady kierowania osób uzależnionych na przymusową terapię. Wątek przymusowego leczenia osób uzależnionych od alkoholu jest nadal szeroko dyskutowany jest w literaturze zarówno prawniczej, medycznej, jak i psychopedagogicznej. Spotkać się można z postawą, zgodnie z którą jedynie dobrowolnie wyrażona zgoda na terapię umożliwia rozpoczęcie skutecznego procesu powrotu do zdrowia. Z drugiej natomiast strony przypomina się, że w przypadku uzależnienia od alkoholu niejednokrotnie nie jest możliwe uzyskanie akceptacji pacjenta na leczenie. Zaznacza się, że dalsze trwanie w nałogu nieuchronnie prowadzi do cierpienia np. rodziny osoby nałogowo spożywającej alkohol. Dodaje się, że człowiek w podobnym stanie jest „zniewolony” przez alkohol. Uniemożliwia mu to podejmowanie racjonalnej decyzji, kluczowej dla niego oraz jego bliskich. W Polsce przymus leczenia szpitalnego dotyczący osób uzależnionych (poza wyjątkami) można stosować wyłącznie wobec osób, u których wykryto zespół zależności alkoholowej. Czy działania te posiadają nadal uzasadnienie? Czy działanie to ma na celu wyłącznie ochronę zdrowia osoby uzależnionej? Być może kluczowe jest w tym względzie przede wszystkim położenie, w jakim znajduje się rodzina osoby uzależnionej od alkoholu? Refleksja nad tymi pytaniami jest celem artykułu.

Słowa kluczowe: rodzina, prawa dziecka, uzależnienie od alkoholu, prawa człowieka, godność człowieka, demoralizacja

Wprowadzenie

Dokładnie ćwierć wieku temu swoją światową premierę miał film pt. *Kiedy mężczyzna kocha kobietę*. Produkcja ta do dzisiaj uznawana jest za jeden z najbardziej interesujących obrazów kinowych prezentujących problem uzależnienia

* Artykuł został przygotowany w ramach realizacji tematu badawczego „Prawno-społeczne wyzwania ochrony zdrowia psychicznego” nr 502-03/6-074-06/502-64-103 finansowanego ze środków Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. W artykule zostały wykorzystane zmodyfikowane oraz przeredagowane fragmenty materiałów, które zebrał w trakcie opracowywania wcześniejszych publikacji dotyczących problematyki uzależnienia od alkoholu.

od alkoholu¹. W filmie zwrócona została uwaga na wskazane zagadnienie przede wszystkim z perspektywy sytuacji rodzinnej. Widz, wkraczając w świat relacji małżonków i rodziców wraz z koejnymi scenami, obserwuje dramat związany z cierpieniem bohaterów. Wprost związane jest ono z uzależnieniem od alkoholu Alice, głównej postaci granej przez Meg Ryan, która w pewnym momencie decyduje się poddać terapii w specjalnym ośrodku. Decyzja ta związana jest z sytuacją, jaka zapanowała w jej domu: konflikty z mężem, oddalenie się małżonków, utrata relacji z dziećmi. To terapia w całodobowej placówce staje się dla Alice realną szansą na naprawienie szkód wywołanych przez nałóg. Przywołana tutaj hollywoodzka produkcja jako jedna z pierwszych odniosła się do problemu uzależnienia kobiet. To także wskazany film ukazał realne znaczenie terapii odbywanej w wyspecjalizowanych placówkach, które pomimo wprowadzanych ograniczeń wynikających ze specyfiki leczenia w warunkach izolacyjnych proponują konkretne formy radzenia sobie z doświadczanym zaburzeniem².

Terapia uzależnień stanowi niezwykle specyficzny element wsparcia z zakresu ochrony zdrowia psychicznego. Można uznać wręcz, że tego typu oddziaływania wiązać się mogą z pojawieniem się kolejnych dylematów. Nie ulega bowiem wątpliwości, że wszelka forma działań medycznych kierowanych w stronę pacjenta winna opierać się na jego akceptacji i zgodzie. Mechanizm uzależnienia wiązać się może w sposób bezpośredni z negowaniem pojawiających się np. interpersonalnych trudności oraz wypieraniem problemów, jakie wystąpiły w rodzinie, której członkowie doświadczają skutków alkoholowego nałogu. Sytuacja ta ulega nieuniknionej komplikacji w momencie, w którym dana osoba kierowana jest na leczenie bez swojej zgody. Wymienić w tym miejscu można kilka istotnych dylematów oraz problemów: Czy można wkroczyć w autonomię pacjenta, zmuszając go do leczenia? Czy uzależniona osoba jest w stanie w obiektywny sposób ocenić swoją sytuację, jednocześnie odpowiedzialnie decydując o ewentualnym leczeniu? Czy przymusowa terapia nie narusza *ex definitione* praw pacjenta? Czy w terapii uzależnień kluczowe jest zdrowie osoby doświadczającej wskazanego zaburzenia psychicznego, czy też szeroko rozumiane dobro rodziny narażonej na straty?

Proponowane poniżej rozważania mają na celu podjęcie próby udzielenia odpowiedzi na wskazane wątpliwości. Kluczowe wydaje się jednak najpierw zwrócenie uwagi na zjawisko, jakim jest uzależnienie. W następnym etapie konieczne jest ukazanie prawnych podstaw podjęcia działań terapeutycznych bez zgody pacjenta. W kolejnej części, bazując na informacjach zaczerpniętych z literatury przedmiotu, podjęta zostanie refleksja dotycząca współczesnych dylematów rodzących się przy okazji omawiania tematu przymusowej hospitalizacji osób uzależnionych od alkoholu.

¹ Do podobnych wniosków dochodzą m.in. czytelnicy najpopularniejszego w Polsce portalu filmweb.pl będącego źródłem informacji o produkcjach kinowych.

² Zob. więcej na temat ww. filmu: M. Salwowska, recenzja: *Kiedy mężczyzna kocha kobietę*, „Kultura Dobra”, <http://kulturdobra.pl/kiedy-mezczyzna-kocha-kobietę/> (data dostępu: 11.06.2019).

Zjawisko uzależnienia

Problematyka działań przymusowych podejmowanych wobec osoby uzależnionej wzbudza szczególne zainteresowanie w kontekście szeroko rozumianych dyskusji prawno-medycznych. Natrafiamy w tym miejscu na wspomniane już powyżej kluczowe dla procesu diagnostyczno-terapeutycznego zagadnienie autonomii pacjenta. By w sposób pełny odnieść się do prawnych możliwości potencjalnego wkroczenia we wskazaną sferę pacjenta, konieczne jest najpierw wyjaśnienie, czym jest uzależnienie, a następnie wskazanie, jakie są obecnie przyjęte modele terapii osób nadużywających alkohol.

Jak zaznaczają Maciej Frąckowiak oraz Maciej Motyka przez zespół uzależnienia od alkoholu rozumiemy

zamiennie chorobę alkoholową, alkoholizm bądź uzależnienie od alkoholu – rozumiany jest jako zaburzenie polegające na utracie kontroli nad ilością spożywanego alkoholu. Istotnie, trudność z kontrolowaniem ilości wypijanego alkoholu jest kluczowa i stanowi podstawę do diagnozy choroby alkoholowej, jednak wieloletnie badania wykazały, iż jest to zaburzenie wieloaspektowe, obejmujące właściwie wszystkie obszary życia człowieka (Frąckowiak i Motyka, 2015, s. 317).

Warto w tym miejscu dodać, że omawiane schorzenie nie pojawia się u pacjenta w sposób nagły. Mowa jest raczej o wkraczaniu w kolejne fazy uzależnienia. Najpierw pojawia się tzw. picie towarzyskie. Następne etapy mają charakter ostrzegawczy oraz krytyczny. Ostatnia faza określana jest mianem chronicznej. Charakteryzuje ją: upijanie się w samotności, picie poranne, spadek tolerancji alkoholowej, sięganie po alkohol niespożywczy, psychoza alkoholowa, padaczka itd. (Frąckowiak i Motyka, 2015, s. 315–317). Pozostając w poruszonym tutaj wątku diagnostycznym, warto także zwrócić uwagę na spostrzeżenia Sebastiana Matyjaka, który stwierdza, że uzależnienie oznacza

niezwykle silne przywiązanie do środka psychoaktywnego i utratę kontroli nad jego przyjmowaniem. Głównym objawem zespołu uzależnienia jest silne pragnienie, wyrażające się poczuciem przymusu przyjęcia substancji psychoaktywnej w celu osiągnięcia przyjemności, a najczęściej po to, by zapobiec objawom dyskomfortu fizycznego lub psychicznego z powodu braku tego środka w organizmie. Uruchamia się mechanizm sprężenia, wzmagając u danej osoby skłonność do ponownego przyjęcia tej substancji (Matyjek, 2016).

Charakterystyka zjawiska, jakim jest uzależnienie, w tym zależność alkoholowa, skłania do stwierdzenia, że wskazując na formy możliwych działań leczniczych, skupić się należy na interwencjach psychoterapeutycznych, a nie farmakoterapeutycznych.

Zdaniem Czesława Cekiery działanie terapeutyczne kierowane w stronę omawianej grupy pacjentów to proces złożony. Osoba w podobnym stanie doświadcza nie tylko konkretnych objawów psychofizycznych. U pacjenta tego widać bowiem przede wszystkim wyraźne zaburzenie zdolności empatycznych. Osoba ta nie prezentuje krytycznego podejścia do sytuacji, w jakiej się znajduje. Jednocześnie coraz trudniej orientuje się, że jej własne działanie powodować może cierpienie bliskich jej osób. Cekiery zaznacza, że zależność alkoholowa

jest z całą pewnością chorobą. Stanu tego nie można określić mianem np. „moralnego zaburzenia”. Jest to natomiast schorzenie wymagające zarówno psychoterapii, jak i resocjalizacji podejmowanej w określonych ośrodkach leczniczych. Wskazany w tym miejscu badacz dodaje w tym kontekście, że sukces w terapii zależy od motywacji pacjenta. Proces leczenia podzielić można zasadniczo na dwa etapy: odwykowy (krótkoterminowy bazujący na detoksykacji), a także resocjalizacyjno-terapeutyczny (jego celem jest wypracowanie utrwalonej zmiany u pacjenta) (Cekiera, 2009).

Warto w tym miejscu dostrzec, że uzależnienie nadal nie jest w pełni poznany zjawiskiem. Odnosi się ono do wszelkich obszarów funkcjonowania człowieka. Marcin Wnuk oraz Jerzy T. Marcinkowski zauważają, że

[p]icie w nadmiarze ma swoje negatywne konsekwencje dla funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego alkoholika. [...] Dopiero oddziaływania w wymiarze fizyczno-psychiczno-duchowym zgodne z holistyczną koncepcją człowieka mogą stać się solidną podstawą trzeźwienia i przyczynić się do dalszego i pełniejszego rozwoju jednostki (Wnuk i Marcinkowski, 2012, s. 52–53).

Przechodząc do konkluzji wstępnych rozważań, warto przywołać uwagi wyrażone przez Bogusława Habrata. Jego zdaniem współczesne formy terapii uzależnień posiadają charakter eklektyczny: Po pierwsze pacjent berze udział w działaniach opartych na edukacyjnych procedurach. Po drugie podejmowane są behawioralno-poznawcze interwencje terapeutyczne. Jest tu także trzecia płaszczyzna. Szczególną bowiem rolę w działaniach leczniczych mają ruchy samopomocowe, bazujące często na modelu społeczności terapeutycznej. To właśnie w grupie ukazywane są w sposób najszybszy autodestrukcyjne zachowania pacjenta. Grupa pełni w istocie rolę „zbiorowego lekarza”, który w sposób bardzo szybki potrafi zlokalizować prawdziwy problem pacjenta. Na kolejnych etapach jest on uczony rozpoznawania własnych stanów emocjonalnych (Habrata, 2006, s. 247).

Przymus leczenia osób uzależnionych od alkoholu

Zdaniem Justyny Zajdel „leczenie osób uzależnionych od alkoholu jest co do zasady dobrowolne, podobnie jak w przypadku osób uzależnionych od narkotyków. Zgodnie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi przymusowe skierowanie na leczenie odwykowe może odbywać się za zgodą sądu” (Zajdel, 2007, s. 43). Jak dodaje w tym kontekście Dorota Karkowska, w podobnych postępowaniach w pierwszej kolejności należy jednak podjąć działania mające na celu przekonanie danej osoby do dobrowolnego poddania się terapii (Karkowska, 2004) Tym samym możliwość przymusowego leczenia osób uzależnionych od alkoholu nie zwalnia personelu od aktywnego działania mającego na celu uzyskanie zgody pacjenta (Karkowska, 2004, s. 344–345).

Wskazana powyżej możliwość podjęcia działań przymusowych wobec pacjenta uzależnionego najczęściej kieruje nas w stronę treści ustawy o wychowaniu

w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz.U. z 1982 r. Nr 35, poz. 230). Pierwszym elementem wskazanego aktu prawnego jest preambuła, na którą składa się jedno zdanie: „Uznając życie obywateli w trzeźwości za niezbędny warunek moralnego i materialnego dobra Narodu, stanowi się, co następuje”. „Trzeźwość” tym samym uznana została za cenną społecznie wartość. Uzależnienie natomiast zdefiniowane zostało jako konkretne zagrożenie zarówno dla jednostki, jak i dla społeczeństwa (Kubiak, 2010, s. 396).

W omawianej w tym miejscu ustawie działania przymusowe w stosunku do osób nadużywających alkohol opisane zostały w rozdziale 2. Zgodnie z art. 23 ustawy osoby doświadczające szkody w związku z nadużywaniem przez członka rodziny alkoholu mają prawo do bezpłatnego wsparcia terapeutycznego. Chodzi tutaj przede wszystkim o osoby współuzależnione, które na co dzień doświadczają cierpienia związanego z nałogiem osoby bliskiej. Warto jednakże pamiętać w tym kontekście, że mowa jest także o dorosłych osobach, które zmagają się z problemami emocjonalnymi związanymi z wcześniejszą, trudną sytuacją rodzinną (Polak, 2014, s. 9, 18).

W art. 24 ustawy o wychowaniu w trzeźwości zaznaczono, że: „Osoby, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od pracy albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny, kieruje się na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego”. Z kolei art. 26 tejże ustawy uzupełnia: „Osoby, o których mowa w art. 24, jeżeli uzależnione są od alkoholu, zobowiązać można do poddania się leczeniu w stacjonarnym lub niestacjonarnym zakładzie leczenia odwykowego”. W dalszej części wskazanego aktu prawnego zaznaczono, że wniosek ten kieruje gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych³.

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości przewiduje dwie możliwości poddania danej osoby badaniu przez biegłych. Ich zadaniem jest stwierdzenie istnienia, bądź też wykluczenie uzależnienia:

– Gminna komisja może kierować daną osobę na badanie przez biegłego. W analizowanej ustawie nie wprowadzono jednakże możliwości przymusowego stawiennictwa danej osoby.

– Wskazana komisja ma prawo skierowania do sądu wniosku bez posiadania odpowiedniej medycznej opinii. Kluczowe jest jednak tutaj przedstawienie sprawy przez najczęściej bliskich osoby uzależnionej. Wówczas to w gestii sądu opiekuńczego leży ewentualne uznanie za właściwe tego typu diagnostyczne działanie: jest to niezbędne do wszczęcia omawianego, przymusowego postępowania. Zgodnie z treścią art. 30 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości w sytuacji „nieusprawiedliwionego niestawiennictwa na rozprawę lub uchylania się od zarządzonego poddania się badaniu przez biegłego albo obserwacji w zakładzie leczniczym sąd może zarządzić przymusowe doprowadzenie przez organ Policji”.

W art. 34 ust. 1 omawianej ustawy zwrócona została uwaga na okres potencjalnego działania terapeutycznego podejmowanego na podstawie omawianej

³ Wniosek taki złożyć może również sama osoba uzależniona.

procedury. Jak zaznaczono w przywołanym unormowaniu: „Obowiązek poddania się leczeniu trwa tak długo, jak tego wymaga cel leczenia, nie dłużej jednak niż 2 lata od chwili uprawomocnienia się postanowienia”. Należy w tym miejscu przywołać opinię, jaką wyraził Jędrzej Bujny. Jego zdaniem dwuletni okres to *de facto* górna granica. Jest to tym samym ostateczny czas pozwalający na poddawanie pacjenta terapii. Badacz podkreśla jednak, że nie jest to okres w żaden sposób formalnie wymagany (Bujny, 2006, s. 300). Jak zaznaczono bowiem w art. 34 ust. 4 ustawy o wychowaniu w trzeźwości: „O ustaniu obowiązku poddania się leczeniu przed upływem okresu wskazanego w ust. 1 decyduje sąd na wniosek osoby zobowiązanej, zakładu leczącego, kuratora, prokuratora lub z urzędu, po zasięgnięciu opinii zakładu, w którym osoba leczona przebywa”.

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że także inne ustawy odnoszące się do szeroko rozumianej rzeczywistości zdrowotnej wskazują na możliwość podjęcia działań przymusowych wobec osób uzależnionych od alkoholu. Warto w tym miejscu wskazać ustawę o ochronie zdrowia psychicznego (ustawa o o.z.p.). Choć ustawa ta nie odnosi się bezpośrednio do przywołanego zagadnienia, to jednak w jej treści dostrzec można dwa istotne elementy dotyczące omawianej materii. Warto je wymienić:

- zgodnie z art. 3 pkt 2 lit. d ustawy o o.z.p. szpitalem psychiatrycznym nazywamy także zakład opieki zdrowotnej sprawujący „całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową, niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje”,

- uzależnienie, w tym uzależnienie od alkoholu, zakwalifikować należy, jako „inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym” (por. art. 3 pkt 1 lit. C u.or.z.p.) (zob. Lowe, 2001, s. 102–105).

Odnosząc się do relacji istniejącej pomiędzy leczeniem odwykowym osób uzależnionych od alkoholu a przymusem leczenia psychiatrycznego, należy zwrócić uwagę również na inny obszar. Istnieje bowiem możliwość podejmowania działań przymusowych wobec osób uzależnionych od alkoholu w kontekście stanu określanego mianem majaczenia alkoholowego. Jest to stan, w którym pacjent z powodu silnych objawów odstawiennych doświadcza zaburzeń o charakterze psychotycznym. Mowa w tym miejscu zwłaszcza o tzw. objawach pozytywnych, a zatem omamach słuchowych, wzrokowych oraz urojeniach (fałszywych przekonaniach uznanych przez pacjenta za prawdziwe). W sytuacji tej pacjent przyjmowany jest do placówki psychiatrycznej nie jako osoba uzależniona. Przyczyną leczenia bez zgody jest natomiast zespół objawów charakterystyczny dla choroby psychicznej. Pacjent wymaga w tej sytuacji natychmiastowego wsparcia medycznego, stanowi on bowiem zagrożenie dla własnego życia lub życia i zdrowia innych osób (Habrát, 2006, s. 244–245)⁴.

⁴ Tytułem uzupełnienia należy nadmienić, że w praktyce klinicznej spotkać można termin *Mentally ill chemical Abusir* (MICA). Jacqueline Cohen oraz Stephen Jay Levy podkreślają, że dotyczy on osoby, która cierpi na chorobę psychiczną. Jednocześnie stwierdza się u niej uzależnienie od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych (zob. Cohen i Levy, 1998, s. 9).

Na koniec tej części rozważań warto zauważyć, że przymusowe leczenie w szpitalu psychiatrycznym niejednokrotnie mylone jest z pojęciem ubezwłasnowolnienia. Odnosząc powyższe spostrzeżenia do problemu osób uzależnionych od alkoholu, warto przypomnieć, że kodeks cywilny oraz kodeks postępowania cywilnego przewidują możliwość ubezwłasnowolnienia danej osoby nie tylko z powodu występowania choroby psychicznej, lub upośledzonych umysłowo, ale również w sytuacji wystąpienia uzależnienia od alkoholu lub narkotyków. Warunkiem podjęcia podobnych działań jest stwierdzenie przez biegłych (a wcześniej przez specjalistów wystawiających zaświadczenie z poradni leczenia uzależnień), że dana osoba, znajdując się w tym stanie, nie potrafi podejmować racjonalnych oraz krytycznych decyzji, a w konsekwencji nie umie zaspokajać podstawowych potrzeb życiowych (Andrzejewski, 1999, s. 134–137). Wejście w życie przepisów Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych⁵, a zwłaszcza art. 12⁶, spowodowało, że pojawiły się wyraźne wątpliwości w zakresie możliwości orzekania o ubezwłasnowolnieniu. Choć strona polska wyraziła zastrzeżenia odnośnie możliwości likwidacji w naszym kraju wskazanej instytucji prawnej, to jednak dostrzec trzeba, że Konwencja kładzie nacisk na rezygnację przez Państwa-Strony z podobnej formy zabezpieczenia interesów osoby niepełnosprawnej. Beata Janiszewska zwróciła w tym kontekście uwagę na istotny problem orzeczniczy. Część bowiem sądów okręgowych zawiesiła postępowania w podobnym zakresie, nie wiedząc, czy w obecnej sytuacji (konfliktu przepisów kodeksowych z przepisami Konwencji) możliwe jest na gruncie polskiego prawa orzekanie ubezwłasnowolnienia. Jej zdaniem działania takie w wypadku osób uzależnionych są obecnie podejmowane niezwykle rzadko⁷. Wydaje się, że stan ten spowodowany jest w istocie nieefektywnością podobnych interwencji kierowanych w stronę osoby

⁵ Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz.U. z 2012 r., poz. 1169).

⁶ „1. Państwa-Strony potwierdzają, że osoby niepełnosprawne mają prawo do uznania w każdym miejscu za podmioty osobowe wobec prawa. 2. Państwa-Strony stwierdzają, iż osoby niepełnosprawne mają taką samą zdolność prawną we wszystkich aspektach życia jak inni obywatele. 3. Państwa-Strony podejmą właściwe kroki, aby zapewnić dostęp osobom niepełnosprawnym do pomocy, jakiej mogą wymagać w korzystaniu ze swojej zdolności prawnej. 4. Państwa-Strony zagwarantują, iż wszystkie środki i działania odnoszące się do korzystania ze zdolności prawnej zapewnią właściwe i efektywne instrumenty stanowiące ochronę przed nadużyciami, zgodnie z międzynarodowym ustawodawstwem dotyczącym praw człowieka. Te instrumenty ochronne zagwarantują to, że środki i działania odnoszące się do korzystania ze zdolności prawnej, będą podejmowane w poszanowaniu praw, woli i preferencji danej osoby, zapobiegną konfliktowi interesów i wywieraniu nieuzasadnionego wpływu, będą proporcjonalne i dopasowane do okoliczności, w jakich dana osoba się znajduje, będą stosowane w możliwie krótkim okresie oraz będą podlegać regularnej rewizji przez kompetentny i bezstronny organ lub władze sądownicze. Instrumenty będą proporcjonalne do stopnia, w jakim wyżej wymienione działania i środki oddziałują na prawa i interesy tej osoby. 5. Zgodnie z postanowieniami niniejszej Konwencji, Państwa-Strony podejmą wszelkie stosowne i skuteczne działania dla zapewnienia osobom niepełnosprawnym równego prawa do posiadania lub dziedziczenia własności, sprawowania kontroli nad własnymi finansami oraz dostępu do pożyczek bankowych, kredytów hipotecznych i innych form kredytów finansowych na równych zasadach z innymi obywatelami oraz zagwarantują, iż osoby niepełnosprawne nie będą arbitralnie pozbawiane swojej własności”.

⁷ Uwagi te B. Janiszewska wyraziła w trakcie konferencji „Autyzm a prawo”, która odbyła się na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku 16 kwietnia 2018 r.

uzależnionej. Pojawia się bowiem pytanie: Po co podejmować tego typu interwencje formalne wobec wskazanej grupy osób? Oczywiście, że konieczne jest zabezpieczenie interesów osoby doświadczającej zespołu zależności alkoholowej. Równie ważne może być położenie rodziny narażonej na straty finansowe będące efektem nieracjonalnych działań człowieka doświadczającego silnego nałogu. Z perspektywy praktycznej jednakże pozbawienie osoby uzależnionej od alkoholu zdolności do czynności prawnej okazać się może dalece nieefektywne. Polskie przepisy prawno-medyczne bardzo wyraźnie wskazują, że osoba ubezwłasnowolniona całkowicie, pomimo swojej sytuacji formalnej, posiada prawo do wyrażenia stosunku w zakresie podejmowanych wobec niej działań diagnostyczno-terapeutycznych⁸. Innymi słowy – nawet gdyby opiekun prawny osoby uzależnionej i ubezwłasnowolnionej chciał skierować ją bez zgody na terapię odwykową, wówczas jej sprzeciw mógłby zastopować podobne działanie. Warto także zaznaczyć, że mogłoby okazać się ono niemożliwe również ze strony terapeutów, którzy widząc brak woli poddania się leczeniu, uznać by mogli, że interwencja psychokorekcyjna w podobnym przypadku byłaby nieefektywna oraz nieetyczna.

Refleksje w stronę dylematów

Ukazana powyżej sytuacja kieruje nas w stronę dylematów, jakie nadal spotykamy, podejmując się analizy tematu terapii uzależnień, w tym zwłaszcza przymusowego charakteru podobnych interwencji. We wstępie została zwrócona w tym kontekście uwaga najpierw na następującą wątpliwość: *Czy można wkroczyć w autonomię pacjenta, zmuszając go do leczenia?* Odpowiadając na wskazane pytanie na poziomie wyłącznie formalno-prawnym, należy z całą pewnością stwierdzić, że podobne działanie jest w pełni możliwe. Wskazana powyżej ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi zezwala, by podjąć wobec osoby uzależnionej tego typu interwencje. Nadal jednak dostrzec trzeba inną kwestię wprost związaną z sensownością oddziaływań kierowanych wobec osób doświadczających zespołu zależności alkoholowej. Piszac wprost, trzeba zaznaczyć, że mowa jest tutaj o pacjentach, którzy niejednokrotnie nie mają motywacji do podjęcia działań leczniczych. Powyżej zwrócona została uwaga na następującą wątpliwość: *Czy uzależniona osoba jest w stanie w obiektywny sposób ocenić swoją sytuację, jednocześnie odpowiedzialnie decydując o ewentualnym leczeniu?* W przedstawionych wcześniej uwagach praktycznych oraz opiniach zaczerpniętych z piśmiennictwa dostrzec można bezsprzecznie, że umiejętność racjonalnej oceny własnej sytuacji jest w przypadku uzależnionego pacjenta dalece ograniczona. Rozpatrując zatem z perspektywy praw pacjenta problem przymusowych interwencji terapeutycznych wobec osób doświadczających tego typu zaburzeń, podzielić należy pogląd wyrażony ponad dekadę temu przez Jędrzeja

⁸ Zob. w tym kontekście w sposób szczególny art. 32 ust. 4 i 6 oraz art. 34 ust. 6 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. Nr 226, poz. 1943 z późn. zm.).

Bujnego. Jego zdaniem, odnosząc się do problematyki pacjenckich uprawnień, dostrzec trzeba w istocie dualny charakter wskazanego tutaj *de facto* zjawiska o społecznym charakterze. Prawa pacjenta znajdują się bowiem „między autonomią a paternalizmem” (zob. Bujny, 2006). Z jednej strony pełnoletni pacjenci posiadają prawo do decydowania o własnym losie: to oni ostatecznie decydują, czy zrealizowane zostaną proponowane im oddziaływania diagnostyczno-terapeutyczne (Gmurzyńska i Morek, 2011, s. 44–45). Z drugiej jednak strony zarówno krajowe, jak i międzynarodowe akty prawne zezwalają na wkroczenie we wskazany autonomiczny obszar. W interesujący sposób postawę paternalistyczną – w odniesieniu do pacjentów z zaburzeniami psychicznymi – ukazał Stanisław Dąbrowski. Psychiatra, a zarazem współtwórca polskiej ustawy o ochronie zdrowia psychicznego⁹, przypominał, że ukazując paternalizm, trzeba pamiętać zarówno o wersji „twardej”, jak i „miękkiej”. Pierwszą z postaw charakteryzuje całkowite pominięcie przez medyka perspektywy przyjmowanej przez osobę chorą/doświadczającą zaburzenia. Kluczowe jest zdanie lekarza/terapeuty¹⁰. Druga, „miękka” odsłona ma zupełnie inny kontekst. Tutaj także ekspert wkracza w autonomię osoby poddawanej diagnozie i terapii. Interwencja ta podjęta jest jednak z racji obiektywnego, dostrzeganego dobra osoby leczonej, która z racji doświadczanych objawów choroby stwarzać może dla siebie lub innych zagrożenie. Dąbrowski wydaje się trafnie lokalizować w tym kontekście paradoks: wkroczenie w autonomię w obszarze praw pacjenta prowadzić może do pełnej realizacji owych uprawnień (w tym prawa do świadczeń zdrowotnych w sytuacji niebezpiecznej dla zdrowia) (zob. Dąbrowski, 1995). Tym samym uzasadnione nie tylko klinicznie, ale i moralnie, wydaje się wkroczenie w unikalną sferę wolności człowieka. Celem nie jest tutaj jakiegokolwiek naruszenie godności danej osoby zdominowanej przez medycznego specjalistę. Mowa tutaj raczej o zabezpieczeniu człowieka przed nim samym¹¹.

Podobne rozważania kierują nas w stronę następnego wyrażonego powyżej pytania: *Czy przymusowa terapia nie narusza ex definitione praw pacjenta?* Częściowo wątpliwość ta została już wyjaśniona. Z całą pewnością podejmowanie działań przymusowych wobec pacjentów zawsze grozi pojawieniem się negatywnych skutków, chociażby w postaci naruszenia konkretnych praw. Mowa zwłaszcza o sytuacjach, w których dochodzi do negatywnych konsekwencji związanych z naruszeniem godności pacjenta, jego intymności, a czasem również wolności: pacjent oczekuje zgody na wyjście ze szpitala, której nie dostaje. W tym kontekście kluczowe wydaje się zrozumienie specyfiki oddziaływań terapeutycznych kierowanych w stronę pacjentów doświadczających ZZA, czyli Zespołu Zależności Alkoholowej. W piśmiennictwie, jak stwierdzono wcześniej,

⁹ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.).

¹⁰ Oddaje ją bardzo mocno filmowa postać dra House’a skupionego często na rozwiązaniu zagadki medycznej, a nie wyleczeniu konkretnej osoby (zob. Henry i William, 2009).

¹¹ Podobna sytuacja występuje np. w kontekście oddziaływań terapeutycznych kierowanych w stronę osób małoletnich, nie w pełni rozumiejących sytuację, w jakiej się znajdują. Szczególnie mowa tutaj o stosowaniu wobec np. pobudzonych pacjentów przymusu bezpośredniego w ORM-ie, np. unieruchomienia (zob. Kmiecik, 2017, s. 93).

szczególne znaczenie ma socjoterapia. To ona bowiem pozwala często na zlokalizowanie problemów, które są przemilczane przez pacjentów, a które są jednocześnie niezbędne do wprowadzenia skutecznej zmiany. Trzeba jednakże dodać, że leczenie w ośrodkach zamkniętych bardzo często opiera się na realizacji ustalonego kontraktu (Bakula, 2012)¹². Pacjent zobowiązany jest do przestrzegania regulaminu oddziału/placówki. Łamanie jego zasad prowadzić może do konsekwencji w postaci przerwania terapii. Jest to forma oddziaływań behawioralno-poznawczych, w których to pacjent doświadcza pozytywnych lub negatywnych konsekwencji swoich działań. Tym samym ignorując zasady np. obowiązkowego udziału w zajęciach, abstynencji od alkoholu, współodpowiedzialności za porządek w oddziale, pacjent naraża się na konsekwencje w postaci nagłego przerwania terapii, ergo zerwania kontraktu terapeutycznego zawartego przed leczeniem. Ostatni z wskazanych tutaj obowiązków pacjenta jest ciekawy. Zgodnie z treścią art. 15 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego: „Zajęcia rehabilitacyjne prowadzone w szpitalach psychiatrycznych i w domach pomocy społecznej nie mogą być podporządkowane celom gospodarczym”¹³. Tym samym, by działania porządkowe realizowane przez wspomnianą grupę pacjentów były zgodne z wymogami prawa, muszą one być wcześniej uzgodnione z pacjentem, winny posiadać wyraźny, terapeutyczny cel (forma ergoterapii) oraz nie powinny stanowić nieuzasadnionego wyręczania personelu utrzymującego czystość na oddziale. Problematyczne w omawianej sytuacji może okazać się zachowanie pacjenta kierowanego na terapię bez swojej zgody. Osoba ta, często niezmotywowana, negująca istniejący problem, może uznać, że łamanie regulaminu oddziału jest najlepszym sposobem zakończenia terapii. Naruszając zasady panujące na oddziale, będzie dążyć do szybszego opuszczenia placówki. Rodzi się w tym miejscu kolejny istotny problem. Jak bowiem zmotywować leczonego bez zgody pacjenta do terapii w momencie, gdy zaprzecza jej zasadności? Tutaj kluczowe okazać się może wsparcie wspomnianej powyżej grupy socjoterapeutycznej, która ma możliwość wejścia w rolę „naturalnego autorytetu” pokazującego realne konsekwencje podjęcia lub nie podjęcia leczenia. Jak wskazuje bowiem słusznie Adam Bilikiewicz, pacjent jako uczestnik grupy socjoterapeutycznej „staje się współdecydentem w procesie leczenia [...] w istotnych dla niego sprawach organizacji oddziału” (Bilikiewicz, 2006, s. 725; Hoffmann i Prieb, 2005, s. 327–332). W trakcie podobnych spotkań niejednokrotnie pojawia się szczególny w kontekście uzależnienia problem dotyczący relacji w rodzinie osoby, która poddawana jest terapii, w tym także terapii jako osoba uzależniona. Powtarzając zatem wyrażone we wstępie pytanie, trzeba rozważyć: *Czy w terapii uzależnień kluczowe jest zdrowie osoby doświadczającej wskazanego zaburzenia psychicznego, czy też szeroko rozumiane dobro rodziny narażonej na straty?*

¹² Zob także: Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 maja 1983 r. w sprawie regulaminów stacjonarnych zakładów lecznictwa odwykowego oraz domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu (Dz.U. Nr 25, poz. 115).

¹³ Zgodnie z art. 3 pkt 2 lit. d ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, wyrażenie szpital psychiatryczny odnosi się do „innego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową”.

Odpowiadając na wskazane w tym miejscu pytanie z perspektywy zasad wykonywania zawodu przez lekarza i terapeutę uzależnień, dojść trzeba do wniosku, że to perspektywa sytuacji, w jakiej znajduje się uzależniony pacjent, posiada szczególne znaczenie. W przypadku lekarza dojść trzeba do podobnego wniosku, odnosząc się m.in. do treści zarówno ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jak i zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL). Pierwszy z wskazanych dokumentów nakazuje lekarzowi podjęcie działań w momencie, gdy zwłoka w ich wykonaniu groziłaby uszczerbkiem na zdrowiu pacjenta (w szczególności art. 30). Z kolei KEL w sposób wyraźny wskazuje na kluczową dla deontologii lekarzy zasadę „po pierwsze nie szkodzić”¹⁴. To zatem doświadczający ZZA pacjent winien znajdować się w centrum terapeutycznych oddziaływań. Nie można jednakże zapomnieć, że uzależnienie jest schorzeniem, które „promieniuje” na całą rodzinę. Można powiedzieć, że realnych trudności oraz cierpień doświadcza cała rodzina. Kontekst ten w sposób wyraźny ukazuje się w momencie podjęcia dyskusji dotyczących możliwości podjęcia przymusowej terapii wobec osoby mającej omawiany typ zaburzenia psychicznego. Warto odnotować, że polskie ustawodawstwo, odnosząc się do możliwości podjęcia terapeutycznych działań przymusowych, ukazuje nam rzeczywistość, którą określić należy mianem formalno-behawioralnej. Innymi słowy – pacjent nie może być przez sąd skierowany do oddziału terapeutycznego, jeśli jego uzależnienie nie wywołuje negatywnych skutków o społecznym charakterze. Owe skutki, zgodnie z treścią ustawy, winny odnosić się w sposób szczególny do sytuacji, jakiej doświadcza rodzina pacjenta, w tym także osoby małoletnie. Tym samym przymusowa terapia osób uzależnionych w sposób nieuchronny kieruje nas w stronę unikalnego dobra, jakim jest m.in. bezpieczeństwo rodziny oraz harmonijny rozwój dzieci (Kmieciak, 2017, s. 229–230). Wątek ten nie jest bez znaczenia dla aktualnej także w Polsce dyskusji prawnorodzinnospołecznej. Uzależnienie od alkoholu prowadzić może bowiem do pojawienia się realnych, negatywnych konsekwencji zdrowotnych dla dzieci w fazie prenatalnej. Na wątek ten w ostatnich latach zwrócił uwagę Marek Michalak, który w 2018 r. po dziesięciu latach urzędowania przestał być Rzecznikiem Praw Dziecka. Wskazany tutaj dziecięcy ombudsman przypominał w swoich wypowiedziach, że alkohol spożywany przez kobiety w ciąży prowadzić może do pojawienia się u dzieci Alkoholowego Zespołu Płodowego (FAS – *Fetal Alcohol Syndrome*)¹⁵, w sposób wyraźny opóźniającego ich rozwój psychofizyczny po narodzeniu. W pierwszej wersji zaproponowanego przez siebie nowego Kodeksu Rodzinnego zaproponował on możliwość podjęcia terapeutycznych działań przymusowych wobec uzależnionych od alkoholu oraz substancji

¹⁴ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. Nr 226, poz. 1943 z późn. zm.), Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r., (tekst jednolity; zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy), Warszawa 2004.

¹⁵ Zob. Depesza, *W Tomaszowie Mazowieckim pijana urodziła bliźniaki*. „Dziennik Łódzki”, <http://www.dzienniklodzki.pl/na-sygnale/a/w-tomaszowie-mazowieckim-pijana-urodzila-blizniaki,12558230/> (data dostępu: 14.06.2019) oraz Depesza, *Zgierz. Pijana matka urodziła martwe dziecko. Sprawę zajęła się prokuratura*. „Gazeta Wyborcza”, <http://lodz.wyborcza.pl/lodz/7,35136,20688565,zgierz-pijana-matka-urodzila-martwe-dziecko-sprawa-zajela.html> (data dostępu: 14.06.2019).

psychoaktywnych kobiet w ciąży. Michalak zwracał bowiem uwagę, że polskie ustawodawstwo nie zezwala na podjęcie działań leczniczych wobec spodziewającej się dziecka kobiety nadużywającej np. alkoholu. Stan ten jego zdaniem prowadzić może do zdarzeń tragicznych, zwłaszcza w momencie, gdy kobieta, negując konieczność leczenia, nadal trwa w nałogu. Podobna procedura miała zostać objęta szczegółową kontrolą sądu, który *de facto* interweniowałby w celu ochrony dobra dziecka poczętego, które w podobnym ujęciu potraktowane by zostało jako członek rodziny¹⁶. Rzecznik Praw Dziecka podkreślał w liście do prezydenta Andrzeja Dudy, że

należy uruchomić procedurę, na podstawie której kobieta będąca w ciąży, działająca na szkodę swojego dziecka poprzez spożywanie alkoholu, narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych, może zostać skierowana przez sąd na leczenie szpitalne we wskazanym zakładzie leczniczym. Procedura ta powinna być uregulowana na poziomie ustawowym, a odpowiednim miejscem dla nowych przepisów – zdaniem Rzecznika – jest KRO, jako podstawa materialna oraz Kodeks postępowania cywilnego, jako podstawa procesowa (Michalak, 2017, s. 1).

Propozycja ta wzbudziła duże zainteresowanie, ale również i społeczne obawy dotyczące w istocie instytucjonalnej izolacji kobiet w ciąży. Podobne czynniki sprawiły, że w finalnej wersji projektu wspomnianego Kodeksu zrezygnowano z podobnych działań. Zaproponowano jedynie możliwość zobowiązania kobiety w ciąży do odbycia terapii w niestacjonarnym ośrodku leczenia uzależnień.

Konkluzja

Przymusowa hospitalizacja osoby doświadczającej określonych schorzeń w sposób naturalny wzbudza wątpliwości oraz pytania. Działania diagnostyczno-terapeutyczne nieuchronnie wkraczają w ludzką autonomię oraz intymność. Co więcej prowadzić mogą one do pojawienia się obaw oraz lęku. Paternalizm decyzyjny stanowi dzisiaj element, z którym medycyna pragnie ostatecznie się rozstać. To świadome współdziałanie lekarza (lub innego eksperta) z pacjentem traktowane jest jako szczególnie istotny element budowania płaszczyzny pozwalającej na skuteczne rozwiązanie problemu zdrowotnego. Tutaj jednak pojawia się istotna wątpliwość – czy pacjent posiada zawsze świadomość swojego złego położenia? Czy, jeśli jej nie posiada, istnieje możliwość, by wymóc na nim

¹⁶ Inne zdanie w tej kwestii wypracowała m.in. brytyjska judykatura. W jednej z prezentowanych w mediach spraw brytyjski sąd zdecydował o zaprzestaniu wypłacania świadczeń finansowych na dziecko, u którego wykryto liczne zaburzenia składające się na tzw. alkoholowy zespół płodowy (FAS). Matka, która otrzymywała je, wcześniej przyznała, że w trakcie ciąży regularnie spożywała alkohol, który zapewne przyczynił się do pojawienia się podobnego stanu u dziecka. Tak opisywał wspomnianą sprawę Łukasz Starożycki „[...] sąd apelacyjny orzekł o odebraniu chorej zapomogi. [...] świadczenie w tym przypadku nie przysługuje, ponieważ w czasie, gdy doszło do rozstroju jej zdrowia, nie była «osobą» w sensie prawnym, a jedynie swego rodzaju «organizmem»”. Zob. szerzej Ł. Starożycki, *Prawo do picia przed prawem do życia*, „Nasz Dziennik”, <http://www.naszdziennik.pl/swiat/117771.prawo-do-picia-przed-prawem-do-zycia.html> (data dostępu: 14.06.2019).

poddanie się określonej interwencji? Czy przyniesie to spodziewany efekt? W przypadku osób małoletnich, doświadczających chorób zakaźnych oraz chorób psychicznych dojść można do wniosku, że np. przymusowa interwencja chirurgiczna lub farmakologiczna uchronić może pacjenta lub inne osoby przed np. złymi konsekwencjami dalszego trwania choroby. W przypadku osób uzależnionych od alkoholu nie ma już jednak takiej pewności. Osoby doświadczające ZZA najczęściej negują istnienie problemu i nie dostrzegają konieczności dokonania zmiany. Nie mają one zatem istotnej do terapii motywacji. Nie można jednakże pominąć w tym miejscu położenia, w jakim znajdują się ich bliscy narażeni na negatywne konsekwencje nałogu. To właśnie współistnienie uzależnienia oraz wynikających z nich szkód rodzinno-społecznych polski ustawodawca uznał przed prawie czterema dekadami za czynniki uzasadniające podjęcie działań bez zgody osoby uzależnionej od alkoholu. Czy jednak podobne interwencje są skuteczne?

W połowie 2016 r. Najwyższa Izba Kontroli (NIK) opublikowała raport dotyczący kierowania osób uzależnionych od alkoholu na przymusowe leczenie na terenie placówki całodobowej. Jak wskazano:

Procedura przymusowego kierowania osób uzależnionych od alkoholu na leczenie odwykowe nie funkcjonuje sprawnie i nie wspomaga skutecznie rozwiązywania problemów alkoholowych. Ponad 60 procent zobowiązanych nie stawia się na leczenie, a 30 procent osób przyjętych na obowiązkową terapię nie kończy jej. Połowa zobowiązanych jest ponownie przymusowo kierowana na leczenie, a niemal tyle samo trafia na nie wielokrotnie.

Eksperti NIK uzupełniają:

Wyniki kontroli NIK pokazują, że realizacja procedury trwa zbyt długo. Od skierowania przez sąd na leczenie do podjęcia terapii średnio mijają niemal dwa lata. W tym czasie osoby uzależnione od alkoholu pozostają w swoich rodzinach i środowisku, nadal stwarzając zagrożenie dla życia i zdrowia domowników i sąsiadów. Procedura nie spełnia zatem ważnego celu, jakim jest ochrona rodziny i środowiska osoby nadużywającej alkoholu¹⁷.

Wobec treści podobnego dokumentu nie można przejść obojętnie. Wskazuje on bowiem na konieczność podjęcia rzetelnej debaty dotyczącej systemu wsparcia osób uzależnionych. Omawiane tutaj wsparcie czasem musi zostać podjęte bez zgody osoby, która doświadczając zależności alkoholowej, nie jest krytyczna wobec swojego stanu. Interwencji przymusowej zawsze towarzyszą liczne dylematy, których rozwiązanie jest możliwe wyłącznie w momencie, w którym przepisy w sposób praktyczny umożliwiać będą działanie na rzecz pacjenta, a także jego bliskich.

Bez względu jednak na dynamikę zmian legislacyjnych w Polsce w omawianym tutaj zakresie konieczne jest podkreślenie, że uzależnienie od alkoholu jest przykładem stanu klinicznego, który niejednokrotnie zmusza personel do wkroczenia w autonomię pacjenta. Jego brak możliwości krytycznej i racjonalnej oceny

¹⁷ Komunikat: *NIK o przymusowym kierowaniu na leczenie odwykowe*, Serwis Najwyższej Izby Kontroli, https://www.nik.gov.pl/do_druku/typ,0,id,2621.html?referer=https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-przymusowym-kierowaniu-osob-uzalezniionych-od-alkoholu-na-leczenie-odwykowe.html (data dostępu: 14.06.2019).

własnej sytuacji powodować może pojawienie się sytuacji, w której szczególnie istotne będzie zabezpieczenie pacjenta przed nim samym (przed efektami działań wprost wynikających z ZZA, a mogących stanowić zagrożenie dla pacjenta lub jego bliskich). Ukazana tutaj aktywność w żadnej mierze nie może być uznana za sprzeczną z koncepcją poszanowania praw pacjenta, w tym prawa do wyrażenia przez niego zgody oraz prawa do poszanowania godności. Opisane powyżej procedury odwołują się do znanych i sprawdzonych w demokratycznych systemach prawnych reguł sądowej kontroli działań podejmowanych przez personel medyczny. Sąd, wsparty opinią medycznego eksperta (biegłego), posiada narzędzia do obiektywnej oceny i ewentualnych działań przymusowych. W kontekście leczenia bez zgody osób doświadczającej zależności alkoholowej unikalne znaczenie posiada nie tylko stan zdrowia osoby nadużywającej alkohol, ale również sytuacja psychospołeczna jego bliskich, w tym zwłaszcza osób małoletnich.

Bibliografia

- Andrzejewski M. (1999), *Prawna ochrona rodziny*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- Bakula P. (2012), *Regulaminy ośrodków a prawa człowieka i pacjenta*, „Terapia” 5, s. 32–33.
- Bilikiewicz A. (2006), *Słownik terminologiczny*, [w:] A. Bilikiewicz, *Psychiatria – podręcznik dla studentów medycyny*, PZWL, Warszawa.
- Bujny J. (2006), *Prawa pacjenta – między autonomią a paternalizmem*, C.H. Beck, Warszawa.
- Cekiera C. (2009), *Alkoholizm*, [w:] A. Muszala, *Encyklopedia bioetyki*, Polwen, Radom, s. 73–79.
- Cohen J., Levy S.J. (1998), *Chorzy psychicznie nadużywający substancji psychoaktywnych*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa.
- Dąbrowski S. (1995), *Prawa chorych psychicznie i przesłanki przymusowego postępowania* [w:] M. Siwiak-Kobayashi, S. Leder (red.), *Psychiatria i etyka*, Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kraków, s. 53–60.
- Gmurzyńska E., Morek R. (2011), *O problemach dotyczących rozstrzygania spraw o błędy lekarskie i o roli mediacji rozstrzygania spraw o błędy lekarskie*, „ADR Arbitraż i Mediacja” 3(15), s. 43–77.
- Frąckowiak M., Motyka M. (2015), *Zespół zależności alkoholowej: charakterystyka, fazy rozwoju, metody diagnozowania*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 96(2), s. 315–320.
- Habrat B. (2006), *Zaburzenia psychiczne spowodowane przyjmowaniem substancji psychoaktywnych*, [w:] A. Bilikiewicz, *Psychiatria – podręcznik dla studentów medycyny*, PZWL, Warszawa, s. 238–269.
- Hoffmann K., Prieb S. (2005), *Socjoterapia*, [w:] H. Freyberger, W. Schneider, R. Stieglitz (red.), *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny ratunkowej*, PZWL, Warszawa, s. 327–332.
- Jacoby H., William I. (2009), *Dr House i filozofia – wszyscy kłamią*, Wydawnictwo Helion, Gliwice.
- Karkowska D. (2004), *Prawa pacjenta*, ABC, Warszawa.
- Kmieciak B. (2017), *Przymus leczenia osób uzależnionych od alkoholu: Archaizm prawa, czy też aktualność rozwiązań*, „Fides et Ratio” 3, s. 221–239.
- Kmieciak B. (2017), *Etyczne oraz społeczne dylematy ochrony praw dziecka jako pacjenta szpitala psychiatrycznego*, „Konteksty Społeczne” 2.
- Kubiak R. (2010), *Prawo medyczne*, C.H. Beck, Warszawa.
- Lowe G. (2001), *Uzależnienie od alkoholu i narkotyków*, [w:] A. Lazars, A. Locelam (red.), *Psychopatologia*, Zys i S-ka, Warszawa, s. 102–125.
- Matyjek S. (2016), *Czy chcemy legalnych narkotyków?*, „Acta Universitatis Lodzensis. Folia Iuridica” 76, s. 7–19.
- Michalak M. (2017), *List Rzecznika Praw Dziecka Marka Michalaka do Prezydenta RP Andrzeja Dudy*, Biuro Rzecznika Praw Dziecka, Warszawa.
- Polak G. (2014), *Rozwinąć skrzydła*, AMPoligrafia, Katowice.

Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz.U. z 1982 r. Nr 35, poz. 230.

Wnuk M., Marcinkowski J. (2012), *Alkoholizm – przegląd koncepcji oraz metod leczenia*, „Hygeia Public Health” 57, s. 49–55.

Zajdel K. (2007), *Prawo w medycynie – podręcznik dla lekarzy*, Progress, Łódź.

Abstract

In Poland, the provisions of the Act on Counteracting Alcoholism and Upbringing in Sobriety have been in force for more than three decades. It is hard to overstate the social impact this document has had since its emergence. In the 1970's and 1980's one could notice a clear correlation between the increase in the level of alcohol consumption and the emergence of increasingly serious crises within families. The anti-alcohol law was to introduce significant standards for the sale of alcohol products. At the same time it set up the principles of directing addicts to compulsory therapy, which have been in effect ever since. The topic of compulsory treatment of people addicted to alcohol is still widely discussed in both legal, medical and psycho-pedagogical literature. Some claim that only voluntary participation in therapy allows one to begin an effective recovery process. On the other hand, we are also reminded that in the case of alcohol addiction it is often not possible to obtain the patient's consent for treatment. It is noted that continuing addiction inevitably leads to the suffering of the family of the addict. Moreover, a person in a such a condition is said to be "enslaved" by alcohol. This prevents him from making rational decisions, crucial for him and his relatives. In Poland, compulsory hospital treatment for addicts (with exceptions) can only be applied to persons who have been diagnosed with alcohol dependency syndrome. Are such activities still justified? Is this action intended solely to protect the health of the addict? Perhaps the position of the addicted person's family is of key importance in this regard? The aim of the article is to present deliberations on these questions.

Keywords: family, children's rights, alcohol addiction, human rights, human dignity, demoralization

Spółeczna recepcja rodziny z problemem uzależnienia od alkoholu

Duchowość w procesie zdrowienia alkoholików

Spirituality in the process of recovering alcoholics

Abstrakt

Program „12 Kroków Anonimowych Alkoholików” zawiera stwierdzenia dotyczące wiary w to, że istnieje „większa siła”, która może uzdrowić i pomóc odzyskać równowagę w życiu czy słowa o duchowym przebudzeniu, dzięki któremu możliwe jest niesienie pomocy innym osobom uzależnionym od alkoholu. Artykuł jest próbą odpowiedzi na pytania: jak alkoholicy pojmują duchowość?, czy i jak zmienia się duchowość osób uzależnionych od alkoholu w trakcie leczenia?, czy i jak duchowość oddziałuje na proces zdrowienia tych osób?

Badaniami prowadzonymi metodą indywidualnych przypadków (techniką wywiadu pogłębionego) objęto 10 osób. Zostały one przeprowadzone w Ośrodku Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia od Alkoholu i w Zakładzie Opieki Specjalistycznej w mieście na prawach powiatu o wielkości 80 tys. mieszkańców. Wnioski z badań upoważniają do przyjęcia następujących tez: duchowość według alkoholików jest poznawaniem samego siebie; można ją utożsamić z wiarą i Siłą Wyższą, którą każdy inaczej rozumie; w trakcie leczenia zmienia się duchowość alkoholików; duchowość pomaga alkoholikom w dokonaniu refleksji nad tym, co dzieje się w ich życiu, a także w odnalezieniu sensu życia; duchowość pomaga w podjęciu decyzji o leczeniu; duchowość odgrywa pozytywną rolę w procesie leczenia alkoholików, między innymi pomaga w utrzymaniu abstynencji.

Słowa kluczowe: duchowość, zdrowienie, alkoholizm

Wprowadzenie

Program „12 Kroków Anonimowych Alkoholików” zawiera stwierdzenia dotyczące wiary w to, że istnieje „większa siła”, która może uzdrowić i pomóc odzyskać równowagę w życiu czy słowa o duchowym przebudzeniu, dzięki któremu możliwe jest niesienie pomocy innym osobom uzależnionym od alkoholu. Celem publikacji jest próba odpowiedzi na pytania: jak alkoholicy pojmują duchowość?, czy i jak zmienia się duchowość osób uzależnionych od alkoholu w trakcie leczenia?, czy i jak duchowość oddziałuje na proces zdrowienia tych osób?

Pojęcie duchowości

Duchowość może być różnie rozumiana. James Wiseman rozróżnia trzy sposoby rozumienia terminu *duchowość*. Pierwszy definiuje duchowość jako zdolność do przekraczania samego siebie tak, aby osiągnąć ostateczną wartość, tzn.

pokonywanie własnego egoizmu i kierowanie swoim życiem w celu osiągnięcia ideału (pojmowanego w sposób świecki czy religijny). Drugi określony jest poprzez poszukiwanie w doświadczeniu swojego prawdziwego ja jedności z całym otaczającym człowieka światem, ze wszystkim, co istnieje (z ludźmi, przyrodą). Trzeci związany jest z chrześcijańskim rozumieniem mistycznej jedności z Bogiem zdobywanej dzięki „żywej wierze” i łasce dającej możliwość osiągnięcia najwyższego ideału lub celu, jakim jest świętość (Wiseman, 2009, s. 24).

Halina Mielicka, opisując pola znaczeniowe duchowości, pisze o trzech obszarach zjawisk. Pierwszy odnosi się do sfery religijnej; drugi – sfery osobowości rozumianej jako indywidualna ciekawość świata; trzeci – do sfery intelektu i wiedzy opierającej się na poszukiwaniu prawdy. Na tej podstawie rozróżnia więc w świecie współczesnym trzy sposoby rozumienia pojęcia duchowości: jako religijności (duchowość transcendentna), jako rozwiniętej osobowości (duchowość transgresyjna) oraz jako intelektu (duchowość gnostyczna) (Mielicka, 2017, s. 28).

„Nowa religijność” współczesnego człowieka powiązana jest nierozzerwalnie z „nową duchowością”. Halina Mielicka pisze:

tak zwana *nowa duchowość*, duchowość końca XX i początku XXI wieku, jest rozumiana jako walka ludzi z technicyzacją, sekularyzacją, globalizacją ekonomiczną i industrialną, manipulacją medialną oraz polityczną, homogenizacją kulturową oraz katastrofą ekologiczną spowodowaną zniszczeniem środowiska naturalnego. Zainteresowani duchowością są zwłaszcza młodzi, nie tyle na poziomie idei, co raczej doświadczenia duchowego (Mielicka, 2011, s. 9).

Sandra Schneiders definiuje zaś duchowość jako „doświadczenie świadomego dążenia do integrowania swojego życia nie w kategoriach izolacji i zaabsorbowania samym sobą, lecz – poprzez przekroczenie samego siebie – ku temu, co postrzega się jako ostateczną wartość” (Schneiders, 1989, s. 684). Transgresywność i poszukiwanie *sacrum* – czegoś lub kogoś „poza sobą” – byłoby według niej istotą duchowości. Chodzi o przekraczanie egocentrycznego pojmowania własnej osoby i swojego miejsca w świecie, gdy to przekroczenie nie jest ukierunkowane jedynie na lepsze przygotowanie do życia w rodzinie lub społeczeństwie, lecz na to, co postrzega się jako ostateczną wartość. Według Mielickiej pojęcie duchowości jest wieloznaczne, ale wskazuje zainteresowania ludzi swoją własną, immanentnie odczuwaną sferą przeżyć. Współcześnie szczególnego znaczenia nabiera fenomenologiczny wymiar religijności, który dotyczy nawiązania bezpośredniego kontaktu człowieka wierzącego z siłami nadprzyrodzonymi, określonymi pojęciem *sacrum*. Podstawowe jest tu doświadczenie przez ludzi potęgi tego, co uznawane za boskie, przy czym schematy wyjaśniające rzeczywistość przynależą do aktów wiary w tajemniczą siłę rządzącą światem, niemożliwą do poznania, ale intuicyjnie odczuwaną jako istniejącą. Człowiek wierzący, dzięki indywidualnym praktykom religijnym, do których należy kontemplacja i medytacja, pragnie nawiązać kontakt z *sacrum*, chce przybliżyć się do tego, co uznaje za święte. Tajemniczość i ciągłe dążenie do jej odkrywania jest więc istotą duchowości rozumianej jako religijność człowieka współczesnego. Ze względu na zainteresowanie współczesnych ludzi tym, co jest niepoznawalne z samej swojej istoty, duchowość staje się jednym z parametrów ponowoczesności (Mielicka, 2011, s. 217).

Wydaje się, że „ponowoczesna duchowość” powiązana jest z przekraczaniem przez człowieka samego siebie i otwartością na doświadczenie przeżycia działania jakiejś nieokreślonej siły. Powiązane jest to wszystko z ideą transgresyjności jednostki – wykraczania „poza” świat materialny i widzialny. Można by pokusić się o stwierdzenie, że jest to poniekąd „powrót do przeszłości” – do religii naturalnych, szukających *sacrum* w świecie nas otaczającym i przeżyciach – do świadczeniach wewnętrznych.

Niebezpieczeństwem, z punktu widzenia chrześcijańskich korzeni Europy, jest tzw. „kryzys osobowego Boga”. Włodzimierz Pawluczuk uważa, że przez duchowość „można rozumieć wierzenia i praktyki, które nie są związane z tradycyjnymi instytucjami religijnymi, ale są zorientowane na jakieś pozaludzkie moce” (Pawluczuk, 2004, s. 91). Według niego nowa, pozakościelna duchowość człowieka współczesnego charakteryzuje się tym, że *sacrum* ma charakter immanentny oraz panteistyczny, jest podatne na praktyki magiczne, jest możliwe do poznania poprzez odmienne stany świadomości oraz ma charakter apotropaiczny (całym złem jest technologiczne panowanie człowieka nad światem natury). Brak tu wiary w transcendentnego Boga, a pojawia się przekonanie o sile natury, która rządzi światem bezosobowo (Pawluczuk, 2004, s. 91). Joseph Ratzinger – papież Benedykt XVI – stawia tezę o oddzielaniu religii od Boga, który się objawia człowiekowi, a tym samym o tzw. kryzysie Boga. Twierdzi, że:

człowiek chciałby mieć jakąś religię, ezoteryczną czy jakąkolwiek inną. Natomiast nie chce osobowego Boga, który mówi do mnie, który mnie zna, który powiedział coś konkretnego, który stawia mi konkretne wymagania i który sądzi mnie również. Obserwujemy zjawisko oddzielenia religii od Boga. Człowiek nie chce się całkowicie wyzbyć tego poczucia, że ma do czynienia z czymś zupełnie innym od wszystkiego, tej specyficznej sfery, jaką jest religia, i pragnie jej różnorodnych form. Ale wszystko to staje się niezobowiązujące, gdy brakuje woli Bożej, gdy brakuje Boga. W tym sensie możemy mówić nie tyle o kryzysie religii – religie się wręcz plenią – ile o kryzysie Boga (Ratzinger, 2001, s. 62).

Duchowość w pracy terapeutycznej

Praca terapeutyczna jest nauką i sztuką, teorią i praktyką. Uznanie istnienia duchowego wymiaru w człowieku oraz przekonanie, że jest on wymiarem istotnym pociąga za sobą praktyczne skutki. Podmiot podejmujący się procesu terapeutycznego (terapeuta, kurator, wychowawca, pedagog) i przekonany o tym, że „człowiek jest ciałem i duszą” w szczególny sposób dokonuje procesu „naprawiania życia ludzkiego”. Zwraca uwagę na to, co duchowe i akcentuje rolę czynników wewnętrzno-duchowych w swojej pracy.

Wymiar duchowy człowieka nakazuje szanować jego godność osobową. Nawet jeśli czyny są złe (co umniejsza jego godność osobowościową) – człowiek jest godny czci i szacunku ze względu na to, kim jest (osoba) i warto mu pomóc. Jacek Salij stwierdza:

Nic bardziej nie wskazuje na człowieka duchowego niż stosunek do cudzego grzechu. Myśli on o tym, żeby raczej uwolnić bliźniego niż go wyszydzić, raczej pomóc niż nakrzyżdeć; i o ile to możliwe,

bierze go w obronę. Toteż powiada Apostoł: Bracia, jeśli ktoś zabrnął w jakiś grzech, wy, którzy jesteście duchowi, pouczcie takiego (Ga 6,1). Następnie, żeby nikomu się nie wydawało, że pouczył, jeśli naskoczył na grzesznika i go wyszydził albo wzgardził nim pysznie jako głupcem, powiada: w duchu łagodności, zważając na to, abyś i ty nie uległ pokusie. Nic bowiem tak nie skłania do miłosierdzia, jak myśl o tym, że ja sam znajduję się w niebezpieczeństwie (Salij, 1985, s. 43).

Oddziaływania terapeutyczne w uproszczeniu możemy podzielić na takie, które bazują na „sercu” oraz takie, które bazują na „rozumie”. Według J.D. Franka jeden nurt oddziaływań psychokorekcyjnych sięga swymi korzeniami praktyk magiczno-religijnych, natomiast drugi bierze swój początek w laboratoriach naukowych. Pierwszy z nich bazuje przede wszystkim na oddziaływaniu przez serce, apeluje do tzw. uczuciowości wyższej człowieka, tj. do jego wrażliwości na problemy innych ludzi, chęci doskonalenia swego życia wewnętrznego itp. (Pospiszyl, 1998, s. 157–158).

Bazowanie na wymiarze duchowym w terapii pociąga określone skutki praktyczne. Dotyczą one: pracy nad wewnętrzną motywacją prowadzącą do pozytywnych zmian, kierowania się sumieniem i prawem moralnym, postępowania w sposób wolny i odpowiedzialny, odniesienia do uniwersalnej i niezmiennej hierarchii wartości oraz celu ostatecznego, rozwijania miłości bezinteresownej i poświęcenia dla innych, umiejętności przebaczenia sobie i innym oraz naprawienia krzywd, praktyk religijnych oraz dialogu z Bogiem.

Wewnętrzna motywacja jest warunkiem koniecznym do skutecznej pracy terapeutycznej. Czynniki wewnętrzne są podstawą zmian. W sytuacji, gdy wewnętrzne potrzeby jednostki zaczynają w znaczący sposób przeszkadzać w codziennym funkcjonowaniu, następuje silna potrzeba zmiany i uzyskania wewnętrznej homeostazy (Miller, 2009, s. 29–30). Dlatego niektórzy praktycy, zamiast zadawać pytanie: „w czym mogę pomóc?”, stawiają następujące: „czego chcesz dla siebie?”.

Sumienie i prawo moralne to kolejne wyznaczniki życia duchowego człowieka. Sumienie jest jak wewnętrzny głos, który podpowiada, co dobre, a co złe; co należy czynić, a czego zaniechać. Jeśli sumienie jest właściwie uregulowane (tak jak zegarek, który wskazuje właściwy czas wg wzorca) i zgodne z prawem moralnym, które człowiek odczytuje w swoim wnętrzu (Kant) to proces resocjalizacji może doprowadzić do osiągnięcia wyznaczonego celu.

Wolność i odpowiedzialność to ważne filary wychowania sfery duchowej człowieka. Wolność wypływa z wnętrza, nadaje człowiekowi wielkość, ale może też sprowadzić go na „samo dno”. Wychowanie do wolności jest jednym z najważniejszych zadań w pracy resocjalizacyjnej. Z wolnością łączy się jednak odpowiedzialność za podjęte decyzje, ponoszenie konsekwencji. Ktoś powiedział, że Amerykanie wystawili na Wschodnim Wybrzeżu Statuę Wolności, ale zapomnieli wystawić na Wybrzeżu Zachodnim Statuę Odpowiedzialności. E. Lichtenstein zauważa, że odpowiedzialność jest nieodłączną kategorią myślenia pedagogicznego. Według niego nie istnieje w pedagogice jakakolwiek przestrzeń, która byłaby wolna od odpowiedzialności (Lichtenstein, 1952, s. 49–53). Ponoszenie konsekwencji swoich wyborów (nawet jeśli są bolesne) jest wyrazem dojrzałości osobistej i może być warunkiem życia w zgodzie z innymi.

Hierarchia wartości jest wyznacznikiem kultury duchowej człowieka i społeczeństwa. Uznanie jej istnienia, zinternalizowanie i przestrzeganie optymalizują proces resocjalizacji. Aksjologia, bez odniesienia do tego, co niezmiennie, uniwersalne i absolutne, może mieć zgubne skutki.

W kulturze, która utrzymuje, że nie mogą istnieć żadne uniwersalne prawdy – mówił Jan Paweł II 13 sierpnia 1993 r. w Denver – nie ma wartości absolutnych. Ostatecznie zatem dochodzi się do konkluzji, że obiektywne dobro i zło nie mają już znaczenia. Dobro zaczyna oznaczać to, co w danej chwili przyjemne i użyteczne. Złem nazywa się wszystko, co przeszkadza w zaspokajaniu subiektywnych pragnień. Każdy może sobie zbudować prywatny system wartości.

Subiektywizm, relatywizm i indywidualizm, odrzucające istnienie obiektywnego systemu wartości, są jednymi z głównych przeszkód w pracy resocjalizacyjnej. Antoine de Saint-Exupéry – lotnik, filozof, pisarz – stwierdził:

Jeśli w jakiejś glebie, a nie w żadnej innej, pomarańcze zapuszczają głębokie korzenie i wydają obfite owoce, to tamten teren jest prawdziwy dla pomarańczy. Jeśli określona religia, kultura, hierarchia wartości czy forma aktywności, a nie coś innego, sprawia, że w człowieku rodzi się coś wielkiego, przekraczającego jego własne granice, to znaczy, że ta religia, kultura, hierarchia wartości czy forma aktywności stanowi prawdę o człowieku (Saint-Exupéry, 1993, s. 106).

Systemy wychowawcze oparte na trwałej hierarchii wartości (np. chrześcijański) odnosiły w przeszłości i nadal mogą odnosić sukcesy w pracy terapeutycznej.

Duchowość wyraża się w odniesieniu do celu eschatologicznego – celu wiecznego i ostatecznego człowieka. Odpowiedzią na pytanie więźnia skazanego na dożywocie: „dlaczego mam się poprawić?” mogą być słowa: „żeby być szczęśliwym w niebie”. M. Dziewiecki stwierdza:

Niezwykłością sfery duchowej jest fakt, że w tej sferze i tylko w niej człowiek może zapytać się o własną tajemnicę nie z perspektywy częściowej (cielesnej czy psychicznej), lecz z perspektywy całego człowieka. I tylko w tej sferze może znaleźć ostateczną odpowiedź, która umożliwi zajęcie dojrzałej postawy wobec życia. Duchowość zaczyna się zatem dopiero tam, gdzie człowiek wznosi się ponad swoje ciało i psychikę, aby postawić sobie pytanie o to, kim jest i po co żyje, a także o to, jaki ostatecznie sens ma jego ciało, myślenie i emocje (Dziewiecki, 2001, s. 161).

Dla integracji jednostki ze społeczeństwem potrzebna jest miłość. Za jej „siedlisko” często przyjmuje się serce – duszę. Rozwijanie miłości, a przede wszystkim uczenie miłości bezinteresownej i poświęcenia dla innych, to naczelne zdanie dla kogoś, kto podejmuje trud pracy resocjalizacyjnej. Ktoś, kto kocha dojrzałe, nie krzywdzi innych ludzi i odnajduje sens życia w dawaniu. Warunkiem prawdziwej miłości bliźnich jest właściwie pojęta miłość własna wyrażająca się w umiejętności wybaczenia sobie błędów. Przebaczenie sobie jest też warunkiem spokoju wewnętrznego, wzmacnia poczucie własnej wartości i dodaje odwagi do podejmowania działań naprawczych. Kto wybaczył sobie, będzie szukał pojednania z ludźmi, prosząc o wybaczenie win i szukając możliwości naprawienia krzywd wyrządzonych. Jest to praktyczny wymiar miłości, która jest przede wszystkim szukaniem i realizowaniem dobra. M. Grzywak-Kaczyńska stwierdza:

postawy alterocentryczne charakteryzują się w większym czy mniejszym stopniu pierwiastkiem bezinteresowności (altruistycznym), co pozwala na integrację jednostki z otoczeniem społecznym, czyli prowadzi do jej uspołecznienia. Poza tym postawy alterocentryczne są wyżej zorganizowane, gdyż są one wyrazem wytworzenia się w psychice nowych ośrodków, wokół których wytwarzają się nowe przeżycia poznawczo-emocjonalne. Różnych bowiem *dóbr* (dobrem jest dla każdego to, do czego ustosunkowuje się pozytywnie), których jednostka dotąd pragnęła dla siebie, teraz zaczyna pragnąć i dla obiektu miłości (wyraz bezinteresowności), nieraz z własnym wyrzeczeniem się (wyraz ofiarności) (Grzywak-Kaczyńska, 2005, s. 368).

Duchowy wymiar człowieka uzewnętrznia się poprzez dialog z Bogiem. Najważniejsza jest świadomość bycia w przyjaźni ze Stwórcą.

Dojrzała religijność nie polega na zastępowaniu życia jakimiś pobożnymi praktykami ani na ucieczce od życia. Istotą dojrzałej religijności jest natomiast trwanie w przyjaźni z Bogiem. Dzięki temu sfera religijna pełni istotne funkcje profilaktyczne. Po pierwsze, staje się szkołą życia w miłości i prawdzie, czyli w prawdziwej miłości. W tej najdojrzalszej miłości, której uczy nas Chrystus. Po drugie, w kontakcie z Bogiem człowiek ma szansę odkryć pełną prawdę o swojej aktualnej sytuacji oraz o swoim powołaniu do życia w świętości i wolności. Może zatem najlepiej zrozumieć siebie, co stwarza szansę na odpowiedzialne kierowanie sobą w każdej dziedzinie życia. Po trzecie, więź z Bogiem staje się źródłem siły, która umożliwia zrealizowanie w człowieku tego, co daje mu największą radość i trwałe szczęście. A życie w radości i zgodzie z własnym powołaniem to najskuteczniejszy sposób ochrony przed podążaniem za iluzją łatwego szczęścia i przed wchodzeniem na drogę uzależnień (Dziewiecki, 2001, s. 163).

Jak dusza wyraża się poprzez ciało, tak duchowa więź z Bogiem potrzebuje też potwierdzenia cielesnego. Z tego względu w resocjalizacji akcentującej duchowy wymiar człowieka ważne są praktyki religijne – życie liturgiczno-sakramentalne i modlitwa.

Badania

Badaniami prowadzonymi metodą indywidualnych przypadków (techniką wywiadu pogłębionego) objęto 10 osób (6 mężczyzn i 4 kobiety), które mają za sobą przynajmniej jeden rok abstynencji. Zostały one przeprowadzone w Ośrodku Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia od Alkoholu i Zakładzie Opieki Specjalistycznej w mieście na prawach powiatu o wielkości 80 tys. mieszkańców. Celem badań było znalezienie odpowiedzi na pytania: jak alkoholicy pojmują duchowość?, czy i jak zmienia się duchowość osób uzależnionych od alkoholu w trakcie leczenia?, czy i jak duchowość oddziałuje na proces zdrowienia tych osób?

W trakcie wywiadu pogłębionego zadawano badanym między innymi następujące pytania: Czy pani/pana zdaniem duchowość pomaga w podjęciu decyzji o leczeniu? Jeśli tak, to w jaki sposób? Czy duchowość pomaga pani/panu w utrzymaniu abstynencji? Czy uważa pani/pan, że duchowość pomaga czy przeszkadza w leczeniu? Jeśli tak, to w czym?

Wnioski z badań

Wyniki badań wykazują, że duchowość według alkoholików jest poznawaniem samego siebie. Można ją utożsamić z wiarą i Siłą Wyższą, którą każdy inaczej rozumie. W trakcie leczenia zmienia się duchowość alkoholików.

Pięcioro z dziesięciorga badanych duchowość rozumie jako rozwój osobisty, natomiast troje jako zmianę postępowania ze złego na dobre. Dwoje spośród dziesięciu badanych duchowość rozumie jako akceptację tego, że nie wszystko w życiu zależy od nas samych. W przeprowadzonych wywiadach pojawiły się także inne odpowiedzi, które charakteryzują duchowość według badanych.

Zdaniem Mateusza duchowość to „pokora wobec zdarzeń, na które nie ma się wpływu”. Według Zofii duchowość to „dojrzwianie emocjonalne, odczuwanie celów i ich osiąganie, odczuwanie empatii, przeżywanie i wyznaczanie wartości oraz obserwacja świata i ludzi, a także ustosunkowywanie się do nich”. Dla Konrada duchowość „jest własną tożsamością, tym, kim jestem, po co żyję, a także tym, co jest celem życia”. Duchowość dla niego jest ponad dobrami materialnymi, można ją również utożsamić z Siłą Wyższą, którą dla niego jest Bóg. Konrad chociaż nie wierzy w księży, to jednak wierzy w Boga, którego pojmuję jako stwórcę, Siłą Wyższą, która go kocha i chce dla niego dobrze. Zdaniem Agnieszki duchowość jest „wzajemnym dobrem, uczciwością, szlachetnością, troską o drugiego człowieka, miłością”. Duchowość jest dla niej również zgodą na świat taki, jaki on jest, spokojem w sercu, akceptacją siebie i innych, szcunkiem do drugiego człowieka, budowaniem jedności z innymi ludźmi, wzajemną tolerancją, wewnętrzną wolnością, a także otwartym umysłem na poglądy i wierzenia innych ludzi. Dla Konstancji zaś duchowość jest „życiem w zgodzie ze swoim sumieniem, uczciwie z wiarą w Siłę, bez której nie poradziłaby sobie z nałogiem”. Konstancja Boga pojmuje jako Siłę Wyższą, która pomaga jej w trudnych chwilach i daje motywację do walki z chorobą. Dzięki Jego istnieniu Konstancja wie, że nigdy nie będzie sama. Konstancja wierzy w to, że wszystko, co dzieje się w jej życiu, zdarza się dzięki pomocy Boga. Według Ewy duchowość jest „emocjonalnym rozwinięciem siebie”. Zdaniem Waldemara duchowość jest „poznawaniem siebie samego, przyznaniem się do własnych błędów, które popełniłem oraz ich naprawieniem. Można ją również identyfikować z Siłą Wyższą, którą każdy alkoholik pojmuje na swój sposób”. Dla Waldemara Siłą Wyższą jest Bóg. Waldemar Boga pojmuje jako Stwórcę i Siłą Wyższą, która pomaga mu w godnym przeżyciu każdego dnia.

Z badań wynika, że najczęstszą odpowiedzią na pytanie zadawane w wywiadzie – Czym dla Pani/Pana jest duchowość, jak ją Pani/Pan rozumie? – jest „rozwój osobisty”. Dzięki rozwijaniu i poznawaniu siebie człowiek dochodzi do wielu wniosków, widzi swoje błędy, które popełnił w czasie, kiedy uzależnił się od alkoholu, potrafi przeanalizować swoją obecną sytuację, a także zna mechanizmy swoich zachowań. Z czasem dojrzewa również, aby zadośćuczynić ludziom, których skrzywdził. Dzieje się tak w dużej mierze w momencie przechodzenia przez kolejne kroki w Programie 12 Kroków Anonimowych Alkoholików. Duchowość jest dla alkoholików bardzo ważna, ponieważ gdy zaczyna się proces jej

rozwijania, pomaga to im dokonać refleksji nad własnym życiem i radzić sobie w trudnych sytuacjach.

Z przeprowadzonych badań wynika również, że 50% respondentów stawia znak równości między duchowością a wiarą i Siłą Wyższą, którą każdy inaczej rozumie. Zatem można stwierdzić, że Siła Wyższa jest nieodzownym elementem w procesie zdrowienia każdego alkoholika. W Programie 12 Kroków jasno ukazane zostało, że każdy alkoholik wchodzący na program powinien zawierzyć się Siłę Wyższej, która im pomoże.

Dokonując refleksji nad zmianami, do jakich doszło w rozumieniu duchowości w trakcie leczenia, warto zauważyć, że wszyscy respondenci stwierdzili, że ich duchowość znacznie uległa zmianie. Osiem spośród dziesięciu respondentów swoją duchowość przed podjęciem leczenia określało jako małą/niewielką. Dwoje spośród badanych wskazało na inną odpowiedź. Dla Zofii „duchowość przed podjęciem leczenia wyznaczana była przez religijność, obecność w Kościele, przyjmowanie komunii, ale niekoniecznie bycie u spowiedzi”. Zaś Konrad stwierdza: „przed podjęciem leczenia nie było we mnie żadnej duchowości. Byłem wypalony, egoistyczny, egocentryczny. Wszystko chciałem tylko dla siebie”.

Warto przytoczyć słowa, jakimi respondenci oceniają swoją duchowość obecnie, po podjęciu leczenia. Duchowość Mateusza w chwili obecnej jest autentyczna. Wcześniej Mateusz myślał, że duchowość to obrzędy i tzw. klepanie pacierzy. Teraz żyje tym, w co wierzy. Karol zaś stwierdza: „od momentu, kiedy uczęszczam naoringi, wyciągam wnioski ze swoich błędów i innych, dlatego moja duchowość wciąż się rozwija”. Kornel nie rozumiał ani siebie, ani swojej choroby i żył daleko od Boga. Teraz jest on człowiekiem religijnym i uczestniczącym w życiu Kościoła. Duchowość Zofii w chwili obecnej jest ciągle rozwijana. Zofia dojrzała emocjonalnie, stara się wciąż przemieniać w kogoś lepszego, odczuwa empatię, ma cele, do których dąży, „obserwuje świat i potrafi się do niego ustosunkować”. Dla Konrada zaś „w chwili obecnej liczy się dobro drugiego człowieka”. Konrad modli się rano za innych alkoholików, jeździ i pomaga w więzieniu, rozwija się, a tym samym poznaje samego siebie. Krzysztof mówi: „dzięki programowi 12 Kroków staję się lepszym człowiekiem, widzę swoje zalety, pracuję nad wadami, dzięki czemu chcę być lepszym człowiekiem, jednocześnie chcę się zbliżyć do Boga. Moja duchowość w chwili obecnej znacznie wzrosła”. Agnieszka zaś stwierdza: „moja duchowość w chwili obecnej jest bardzo duża. Przeszła daleką drogę, a ponieważ rozwijanie i pogłębianie swojego życia duchowego to codzienna praca, to jeszcze wiele przede mną”. Duchowość Konstancji w chwili obecnej jest znacznie większa niż przed leczeniem. Konstancja żyje inaczej niż przed terapią. Często modli się i zwraca do Boga. Stara się zauważać swoje wady charakteru i pracować nad nimi, a także widzieć innych ludzi dookoła, a nie tylko siebie. Duchowość Ewy w chwili obecnej znacznie wzrosła. Ewa stara się rozwijać, odkrywać swój potencjał, a także pomagać innym.

Według Waldemara jego duchowość w chwili obecnej znacznie wzrosła. „Po- stanowiłem iść drogą trzeźwości, która pozwala mi wybierać to, co dobre, a co złe dla mnie i dla moich bliskich. Poznaję siebie, rozwijam się, a także potrafię przyznać się do własnych błędów”. Z powyższych stwierdzeń wynika, że duchowość badanych w trakcie leczenia znacznie wzrosła. Według badanych w momencie,

kiedy człowiek zaczyna trzeźwieć, zaczynają do niego docierać sygnały ze świata zewnętrznego. Przełomowym momentem jest pójście na miting. To właśnie dzięki niemu i wejściu na Program 12 Kroków Anonimowych Alkoholików człowiek odyskuje swoją duchowość, którą utracił przez chorobę.

Wyniki badań wskazują, że duchowość pomaga alkoholikom w dokonaniu refleksji nad tym, co dzieje się w ich życiu, a także w odnalezieniu własnego sensu życia. Kolejnym wątkiem odkrytym w trakcie badań jest kwestia tego, czy duchowość pomaga w podjęciu decyzji o leczeniu. W przeprowadzonych wywiadach padało również pytanie o rolę duchowości w podjęciu decyzji o leczeniu. Cztero z dziesięciu respondentów uważa, że trudno stwierdzić, czy duchowość pomaga w podjęciu decyzji o leczeniu. Respondenci podają różne argumenty na swoje odpowiedzi. Mateusz i Karol uważają, że „duchowość przychodzi jakiś czas po zaprzestaniu picia”. Ich duchowość przed podjęciem leczenia była niewielka, zatem nie mogła się przyczynić do podjęcia decyzji o leczeniu. Zofia również uważa, że:

trudno stwierdzić, czy duchowość pomaga w podjęciu decyzji o leczeniu. W swoim przypadku tego nie zauważyłam. Zostałam przyparta do muru, moje ego zostało urażone. Wiedziałam, że muszę chodzić na mitingi, aby nie stracić dzieci. Na początku nie traktowałam tego procesu jako rozpoczęcia leczenia, lecz jako układ: ja chodzę na mitingi, inni dadzą mi spokój.

Agnieszka także uważa, że „trudno określić, czy duchowość pomaga w podjęciu decyzji o leczeniu”. Stwierdza, że chciała żyć i dlatego szukała dla siebie ratunku i to była dla niej jedyna potrzeba na tamten moment. Jedna osoba spośród respondentów nie wskazuje jednoznacznie, czy duchowość pomaga w podjęciu decyzji o leczeniu – jest nią Kornel, który w wywiadzie wskazuje: „w podjęciu decyzji o leczeniu pomogło mi to, że było mi bardzo źle”. Nie potrafił on odnaleźć się w trudnej sytuacji, podupadał na zdrowiu i to zmotywowało go do podjęcia decyzji o leczeniu.

Pięciu z dziesięciu respondentów uważa, że duchowość pomaga w podjęciu decyzji o leczeniu. Krzysztof uważa: „dzięki duchowości jestem bardziej świadomy swojej choroby i mam poczucie, że jest ktoś obok mnie, kto pomoże mi przezwyciężyć trudności. Tą osobą jest Bóg”. Konstancja natomiast twierdzi: „bez duchowości, wiary w Boga i tego, że jest w stanie mi pomóc nie dałabym rady, gdyż wszystkie moje wcześniejsze próby wyjścia z nałogu nie dawały pożądanych efektów”. Zdaniem Ewy „duchowość pomaga w podjęciu decyzji o leczeniu. Dzięki temu, że rozwijam się duchowo jestem bardziej świadoma swoich problemów i tego, w jaki sposób mogę sobie z nimi radzić”. Waldemar także uważa, że „duchowość pomaga w podjęciu decyzji o leczeniu. Dzięki temu człowiek jest świadomy swoich problemów, czuje również, że nie jest sam, gdyż w każdej chwili może zawierzyć się Sile Wyższej”.

Z przeprowadzonych badań wynika, że respondenci mają różne zdania na temat roli duchowości w podjęciu decyzji o leczeniu. Może to wynikać z faktu, że ich duchowość przed podjęciem leczenia była niewielka i nie potrafili wykorzystać jej w celu zmiany swojego życia. Niemniej jednak są i tacy, którym duchowość pomogła w podźwignięciu się z upadku i rozpoczęciu nowego, trzeźwego życia.

Wyniki badań wskazują, że rola duchowości w procesie leczenia jest znaczna, ponieważ alkoholik czuje wsparcie siły wyższej oraz jest zmotywowany do działania. Duchowość pomaga w utrzymaniu abstynencji.

Wszyscy badani wskazali, że rola duchowości w procesie leczenia jest znaczna. Badani podawali różne argumenty na potwierdzenie swojej wypowiedzi. Mateusz uważa, że „duchowość odgrywa istotną rolę w procesie leczenia. Tam, gdzie rozwija się duchowość w alkoholiku, tam zaczyna się pełne zdrowienie. Nie można wyzdrowieć bez rozwijania własnej duchowości”. Za jej sprawą u Mateusza dokonała się znaczna zmiana w zachowaniu i świadomości. Karol również uważa, że „duchowość odgrywa znaczną rolę w procesie leczenia alkoholików”. Dzięki niej Karol jest w pełni świadomy swojej choroby, ma motywację do niepicia, potrafi odróżnić dobro od zła. Zmienił się wewnętrznie, stał się lepszym człowiekiem. Kornel również wskazuje na znaczną rolę duchowości w procesie leczenia. Jak sam stwierdził, próbował wszystkiego, ale dopiero w momencie rozpoczęcia Programu 12 Kroków, który jest oparty na Sile Wyższej i duchowości, jest w stanie walczyć ze swoją chorobą i ma motywację. Zofia uważa, że duchowość pomaga w leczeniu. Stwierdza, że im dłużej chodzi na terapię i mitingi, tym więcej zauważa i tym bardziej chce się rozwijać, wyznaczać sobie kolejne cele i osiągać je. Duchowość pomogła jej również znaleźć motywację. Dzięki poczuciu, że jest Siłą Wyższą czuje, że zawsze może zawierzyć się Bogu i nie jest sama. Zofia uważa, że niemożliwe jest wyzdrowienie bez rozwoju siebie i własnej duchowości. Konrad również wskazuje na znaczną rolę duchowości w procesie leczenia. Uważa, że duchowość jest jego zbroją przed pićciem. Dzięki wejściu na Program 12 Kroków i zawierzeniu się Sile Wyższej nie jest sam, ma motywację do działania, czerpie satysfakcję z życia. Przez to, że nie jest samotny, został pozbawiony lęku i nie boi się pójść w miejsca, gdzie jest alkohol. Według Krzysztofa „rola duchowości w procesie leczenia jest istotna”. Duchowość pomaga w odnalezieniu własnego sensu życia, daje nadzieję na lepsze jutro, a przede wszystkim zbliża nas do Boga. Dzięki temu nie czujemy się osamotnieni i wiemy, że zawsze możemy zwrócić się z prośbą do niego, a on nas wysłucha. Zdaniem Agnieszki „duchowość pomaga w leczeniu”. Sama myśli, że Bóg był przy niej i jej pomoże, pomogła jej wytrzymać każdy dzień. Dzięki niemu miała motywację do walki z chorobą. Czuła się silniejsza i uwolniła się od obsesji picia. Duchowość pomaga również stać się lepszym trzeźwym człowiekiem, pomocnym innym, ale przede wszystkim sobie. Bez niej wyzdrowienie jest niemożliwe. Duchowość według Konstancji „na pewno nie przeszkadza, a może pomóc. Jest nieodzownym elementem w procesie leczenia, bez niej niemożliwe jest wyzdrowienie”. Od momentu uczęszczania na mitingi, które są dla niej siłą napędową, zawierzyła się Sile Wyższej, zmieniła swoje postrzeganie świata i ludzi. Jest świadoma tego, że nie jest sama ze swoim problemem. Zadośćuczyniła innym za wyrządzone krzywdy i stara się być lepszym trzeźwym człowiekiem. Zdaniem Ewy „duchowość pomaga w procesie leczenia”. Od kiedy Ewa rozwija się duchowo, jest bardziej świadoma swoich problemów i tego, jak może sobie z nimi radzić. Ma również motywację do dokonywania pozytywnych zmian w swoim życiu i doświadcza szczęścia i radości.

Według Waldemara „duchowość ma znaczny udział w procesie leczenia. Bez niej nie jest możliwe wyzdrowienie. Dlatego każdy powinien rozwijać się duchowo”. Dzięki duchowości Waldemar zobaczył swoje błędy, poznał mechanizmy

swojej choroby, zmotywował się do działania, a przede wszystkim dzięki Programowi 12 Kroków zawierzył się Siłę Wyższej, która daje mu siłę do walki z chorobą.

Badania wykazały, że duchowość odgrywa znaczną rolę w procesie leczenia alkoholików. Pięcioro spośród dziesięciu badanych wskazało, że zdrowienie nie jest możliwe bez duchowości. Kiedy alkoholik rozpoczyna Program 12 Kroków, uświadamia sobie, że w każdym niemalże kroku jest mowa o Siłę Wyższej, której należy się zawierzyć. Bez tego i bez rozwijania własnej duchowości możemy stanąć w miejscu albo wrócić do punktu wyjścia w przypadku, gdy nie potrafimy przyjąć i zaakceptować zasad Programu 12 Kroków Anonimowych Alkoholików.

Celem badań było również zbadanie roli duchowości w utrzymaniu abstynencji. Wszyscy respondenci wskazali, że duchowość pomaga w utrzymaniu abstynencji.

Duchowość pomaga Mateuszowi w utrzymaniu abstynencji, gdyż jest obecnie podstawą jego zdrowienia. Duchowość pomaga Karolowi w utrzymaniu abstynencji, gdyż dzięki niej jest świadomy błędów, jakie popełnił w życiu, staje się lepszym człowiekiem. Dzięki poznaniu siebie jest bardziej świadomy swojej choroby i ma większą motywację do niepicia. Według Kornela duchowość pomaga mu w utrzymaniu abstynencji. Czuje wtedy, że nie jest sam. Duchowość bardzo pomaga Zofii w utrzymaniu abstynencji. Dzisiaj lubi siebie taką, jaka jest i „za żadne skarby nie chce przechodzić po raz kolejny przez piekło”. Cieszy się, że w całym natłoku spraw codziennych potrafi zauważyć drugiego człowieka, jego problemy, zatrzymać się i pochylić nad kimś, kto potrzebuje jej pomocy. Konrad stwierdził, że duchowość jest dla niego „zbroją przed piciem”. Uważa również, że duchowość pomaga w utrzymaniu abstynencji poprzez stosowanie 12 Kroków Anonimowych Alkoholików. Duchowość według Krzysztofa pomaga w utrzymaniu abstynencji. Wstyd za poczynione zachowania i próba poprawienia dotychczasowego wizerunku sprawia, że stara się on wszelkimi dostępnymi sposobami zadośćuczynić innym oraz sobie. Agnieszka uważa, że „duchowość pomaga w utrzymaniu abstynencji i jest bardzo nieodłącznym i fundamentalnym elementem w życiu”. Według Konstancji duchowość pomaga w utrzymaniu abstynencji. Dzięki niej Konstancja jest bardziej świadoma swojej choroby i samej siebie, wie, co jest dobre a co złe i umie na to reagować. Zdaniem Ewy duchowość pomaga w utrzymaniu abstynencji. Dzięki rozwojowi osobistemu jest bardziej świadoma siebie, swoich uczuć i emocji, wie jak reagować w trudnych sytuacjach i że zawsze ma się do kogo zwrócić. Zdaniem Waldemara duchowość odgrywa znaczną rolę w utrzymaniu abstynencji. Dzięki temu, że rozwija się duchowo, poszerza swoje horyzonty, jest bardziej świadomy siebie i swoich zachowań, co pomaga mu w przezwyciężeniu trudnych sytuacji życiowych.

Podsumowanie

Wnioski z przeprowadzonych badań jakościowych upoważniają do przyjęcia następujących tez:

- duchowość według alkoholików jest poznawaniem samego siebie; można ją utożsamić z wiarą i Siłą Wyższą, którą każdy inaczej rozumie; w trakcie leczenia duchowość alkoholików zmienia się;

– duchowość pomaga alkoholikom w dokonaniu refleksji nad tym, co dzieje się w ich życiu, a także w odnalezieniu sensu życia; duchowość pomaga w podjęciu decyzji o leczeniu;

– duchowość odgrywa pozytywną rolę w procesie leczenia alkoholików, między innymi pomaga w utrzymaniu abstynencji.

Powyższe wnioski zasadniczo zbieżne są z wynikami badań Haliny Mielickiej-Pawłowskiej przeprowadzonych nad duchowością współczesnych ludzi w obszarze antropologicznym. Mielicka, dokonując socjologicznej refleksji jakościowej duchowości z punktu widzenia antropologii, zauważa, że wyniki badań empirycznych upoważniają do stwierdzenia, że

duchowość polega na tym, aby dążyć do realizowania ideału człowieczeństwa, dążyć do doskonałości, wyeliminować to, co jest złe i kształtować osobowość tak, aby mieć świadomość przydatności dla innych. Poznać samego siebie, a ten rodzaj wiedzy jest najbardziej ukryty, oznacza samorealizację. Ideałem jest osiągnięcie szczęścia, wewnętrznego spokoju, spełnienia, ale i wolności, której nie towarzyszy wątpliwość (Mielicka, 2017, s. 348).

Bibliografia

- Chrost S. (2010), *Duchowy wymiar człowieka w resocjalizacji*, [w:] S. Bębas (red.), *Współczesne oblicze resocjalizacji penitencjarnej*, Wydawnictwo WSH, Radom, s. 321–338.
- Chrost S. (2013), *Transcendencja immanentna – nowa religijność? Kilka uwag o duchowości współczesnych studentów*, [w:] H. Mielicka-Pawłowska (red.), *Religijne wymiary życia społecznego*, Wydawnictwo UJK, Kielce, s. 370–375.
- Dziewiecki M. (2001), *Nowoczesna profilaktyka uzależnień*, Jedność, Kielce.
- Grzywak-Kaczyńska M. (2005), *Wychowanie do miłości – miłości trzeba się uczyć*, [w:] F. Adamski (red.), *Wychowanie personalistyczne*, Wydawnictwo WAM, Kraków.
- Lichtenstein E. (1952), *Zur Metaphysik der pädagogischen Verantwortung*, „Pädagogische Rundschau” 7(53), s. 49–57.
- Mielicka H. (2011), *Religijność ponowoczesna i jej funkcje*, [w:] H. Mielicka (red.), *Społeczne problemy ponowoczesności. Duchowość*, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy Jana Kochanowskiego, Kielce, s. 206–229.
- Mielicka H. (2011a), *Wprowadzenie*, [w:] H. Mielicka (red.), *Społeczne problemy ponowoczesności. Duchowość*, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy Jana Kochanowskiego, Kielce, s. 7–14.
- Mielicka-Pawłowska H. (2017), *Duchowość ponowoczesna. Studium z zakresu socjologii jakościowej*, Nomos, Kraków.
- Miller W.R. (2009), *Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapii nadużywania substancji*, Parpamedia, Warszawa.
- Pawluczuk W. (2004), *Duchowość*, [w:] M. Libiszowska-Żółtkowska, J. Mariański (red.), *Leksykon socjologii religii. Zjawiska – badania – teorie*, Verbinum, Warszawa, s. 91–93.
- Pospiszyl K. (1998), *Resocjalizacja. Teoretyczne podstawy oraz przykłady programów oddziaływań*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa.
- Ratzinger J. (2001), *Bóg i świat, wiara i życie w dzisiejszych czasach. Z kardynałem Josephem Ratzingerem rozmawia Peter Seewald*, Znak, Kraków.
- Saint-Exupéry A. (1993), *Ziemia, planeta ludzi*, PIW, Warszawa.
- Salij J. (1985), *Rozmowy ze Świętym Augustynem*, W drodze, Poznań.
- Schneiders S. (1989), *Spirituality in the academy*, „Theological Studies” 50(4), s. 676–697.
- Wiseman J. (2009), *Historia duchowości chrześcijańskiej. Wybrane zagadnienia*, WAM, Kraków.

Abstract

The 12 Steps of the Alcoholics Anonymous program contain statements about belief in a "greater power" that can heal and help you regain your life balance, and about spiritual awakening that can help other people addicted to alcohol. The article is an attempt to answer the following questions: How do alcoholics understand spirituality? Whether and in what way does the spirituality of alcohol addicts change during treatment? Whether and in what way does spirituality impact the recovery process of these people? The research carried out using the individual case method (in-depth interview technique) was conducted on 10 people. It was carried out at the Center for Alcohol Dependence Therapy and Co-dependency, and the Specialist Care Center in a city of 80,000 residents. The conclusions from the research allow us to formulate the following theses: Spirituality, according to alcoholics, is learning about oneself; it can be identified with faith and a Higher Power, which everyone understands differently; during treatment the spirituality of alcoholics changes; spirituality helps alcoholics to reflect on what is happening in their lives, and to find meaning in life; spirituality helps in making decisions about treatment; spirituality plays a positive role in the treatment of alcoholics, for example helping them to maintain abstinence.

Keywords: spirituality, recovery, alcoholism

Prawo do obrony w ramach procedury „Niebieskie Karty”

The right to defend under the “Blue Cards” procedure

Abstrakt

Przedmiotem artykułu jest analiza możliwości obrony podejmowanej w ramach procedury „Niebieskie Karty” przez osobę podejrzaną o stosowanie przemocy w rodzinie. We wstępie zarysowano powody wprowadzenia tej procedury na grunt ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, w szczególności wskazując na niedoskonałości prawa karnego w badanym zakresie. Dokonano także analizy samej definicji przemocy w rodzinie oraz członka rodziny. W dalszej kolejności omówiono, jakie kroki prawne osoba podejrzana o stosowanie takiej przemocy może podejmować, żeby wykazać niezasadność postawionego jej zarzutu. Jest to o tyle istotne, że samo wszczęcie i prowadzenie procedury „Niebieskie Karty”, a tym bardziej ustalenie stosowania przemocy w rodzinie, może powodować dla osoby podejranej liczne, negatywne konsekwencje zarówno natury prawnej, jak i faktycznej. Procedura ta może bowiem bezpośrednio wpływać na takie kwestie jak orzeczenie o winie rozkładu pożycia małżeńskiego, a tym samym na prawo do alimentów, pozbawienia lub ograniczenia praw rodzicielskich, ustalenie i sposób wykonywania kontaktów z dziećmi czy chociażby postrzegania takiej osoby w środowisku zawodowym czy zakładzie pracy.

Słowa kluczowe: przemoc w rodzinie, procedura „Niebieskie Karty”, prawo do obrony

Wprowadzenie

Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, zwana dalej także „u.p.p.r.” lub „ustawą o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie”) weszła w życie 21 listopada 2005 r. Ustawodawca dostrzegł, że stosowane uprzednio mechanizmy prawnokarne nie były wystarczające dla przeciwdziałania skutkom przemocy w rodzinie, jak i zapobieganiu jej w przyszłości (zob.: uzasadnienie projektu ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, druk sejmowy nr 3639, Sejm IV kadencji, s. 4 i n.). Do momentu wejścia w życie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie podstawowym instrumentem walki z przemocą domową było unormowane w kodeksie karnym (ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, zwany dalej także „k.k.” lub „kodeksem karnym”) przestępstwo znęcania się (art. 207 § 1 k.k.). W brzmieniu z daty uchwalenia ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie kodeks karny stanowił, że kto znęca się fizycznie lub psychicznie nad osobą najbliższą lub nad inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. Dodatkowo przewidziane były dwa typy kwalifikowane, tj. znęcanie się

ze stosowaniem szczególnego okrucieństwa (art. 207 § 2 k.k.) oraz znęcania się, którego skutkiem jest targnięcie się pokrzywdzonego na własne życie (art. 207 § 3 k.k.) (ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy – Kodeks Karny, ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich oraz ustawy – kodeks postępowania karnego, dodano do art. 207 k.k. trzeci typ kwalifikowany w postaci znęcania się nad osobą nieporadną ze względu na jej wiek, stan psychiczny lub fizyczny).

Powyższa, prawnokarna konstrukcja znęcania się wykazywała jednak praktyczne słabości zarówno od strony jurydycznej, jak i w aspekcie faktycznym. Przyjęcie przestępstwa znęcania mogło mieć w zasadzie miejsce wówczas, gdy czynności sprawcy miały charakter powtarzalny i były rozciągnięte w dłuższym okresie czasu. Tylko zupełnie wyjątkowo mogło to być zachowanie jednorazowe, przy czym w takim wypadku wymagano znacznej intensywności czynności sprawczej (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 lutego 1982 r., sygn. akt II KR 5/82, Legalis 22971). W praktyce zatem dopiero wielokrotnie powtarzające się czyny sprawcy (czyny jednostkowe) mogły łącznie być kwalifikowane jako przestępstwo znęcania się.

Co prawda pojedyncze zastosowanie przemocy mogło niekiedy stanowić także inne przestępstwo niż znęcanie się. W szczególności werbalne akty przemocy mogły wyczerpywać znamiona zniewagi (art. 216 k.k.) czy zniesławienia (art. 212 k.k.), a zastosowanie siły fizycznej mogło być kwalifikowane jako tzw. lekki uszczerbek na zdrowiu (art. 157 § 2 k.k.) lub naruszenie nietykalności cielesnej (art. 217 k.k.). Przestępstwa te były jednak ścigane w trybie prywatnoscargowym, a więc wymagały w szerokim zakresie aktywności samego pokrzywdzonego, w tym zwłaszcza wniesienia przez niego prywatnego aktu oskarżenia (art. 157 § 2 k.k. ma nadal zasadniczo charakter prywatnoscargowy, z wyjątkiem sytuacji, gdy pokrzywdzonym jest osoba najbliższa mieszkająca wspólnie ze sprawcą. Zmiana w tym zakresie została wprowadzona ustawą z dnia 10 czerwca 2010 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw).

Problematyczna była również sama przesłanka znęcania się, która ma charakter pojęcia niedookreślonego i może swoim zakresem obejmować różne sposoby zachowania się sprawcy. Katalog tych zachowań jest otwarty i wymaga każdorazowej wnikliwej oceny stanu faktycznego (Sosnowska, 2008, s. 60). Ponadto czyn ten może być popełniony tylko umyślnie. Sporne natomiast jest, czy może on być popełniony jako *dolus directus* (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 20 marca 2012 r., sygn. akt II AKa 32/12, Legalis 527938; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 września 2005 r., sygn. akt WA 24/05, Legalis 140676; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 2003 r., sygn. akt IV KKN 312/99, Legalis 58692; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 października 1999 r., sygn. akt V KKN 580/97, Legalis 46281), czy może to być także *dolus eventualis* (zob.: postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 23 maja 2017 r., sygn. akt III KK 157/17, Legalis 1657909).

Z drugiej zaś strony zarówno ujawnianiu, jak i pociąganiu sprawcy do odpowiedzialności karnej na podstawie art. 207 k.k. nie ułatwiała szczególna relacja, jaka wiąże go z osobą pokrzywdzoną. Osoby te najczęściej pozostają ze sobą w stałych stosunkach rodzinnych lub w relacjach opartych na stosunku zależności

(np. podporządkowanie pracodawca–pracownik). Takie uwarunkowania powodują, że ofiary znęcania się mają opory przed składaniem zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa (art. 304 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego, zwanej dalej także „k.p.k.”). A jeżeli nawet postępowanie w takiej sprawie zostanie wszczęte *ex officio*, nie zawsze współpracują one z organami ścigania, skoro po popełnieniu przestępstwa dalej nierzadko muszą utrzymywać kontakt z podejrzanym czy wręcz z nim zamieszkiwać.

Z uwagi na powyższe pojawiające się problemy oraz konieczność wzmocnienia pozycji prawnej osoby pokrzywdzonej przemocą w rodzinie ustawodawca zdecydował się wydać odrębną ustawę, która miała samodzielnie kwestie te uregulować. Stosownie do uzasadnienia projektu ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie ustawa ta miała się opierać na następujących założeniach: podkreśleniu, że przemoc w rodzinie jest przestępstwem; odpowiedzialności państwa za zapobieganie i karanie aktów przemocy w rodzinie; odpowiedzialności sprawcy za popełnione przez niego czyny oraz prawie ofiary do bezpieczeństwa (zob.: uzasadnienie projektu ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, druk sejmowy nr 3639, Sejm IV kadencji, s. 6). Dla urzeczywistnienia zamierzonych celów na grunt ustawy wprowadzono m.in. definicję przemocy w rodzinie oraz definicję samej rodziny. Określono nadto formy pomocy udzielanej osobie dotkniętej przemocą w rodzinie (art. 3 u.p.p.r.), ograniczenia w kontakcie sprawcy przemocy z osobą pokrzywdzoną (art. 5 u.p.p.r.) czy wreszcie wprowadzono możliwość nakazania sprawcy opuszczenie lokalu (art. 14 u.p.p.r.).

Następnie nowelizacją z dnia 10 czerwca 2010 r. na grunt ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie została wprowadzona procedura „Niebieskie Karty”. Zyskała ona zatem umocowanie w powszechnie obowiązującym akcie prawnym (początkowo procedura ta była unormowana w zarządzeniach Komendanta Głównego Policji, tj. w aktach prawa wewnętrznego; zob. np.: zarządzenie nr 25/98 Komendanta Głównego Policji z dnia 10 listopada 1998 r. w sprawie sposobu przeprowadzania interwencji domowej przez policjantów wobec przemocy w rodzinie pod nazwą „Niebieskie Karty”; szerzej na temat genezy tej procedury: Wrona, 2017, s. 81 i n.). Nowo dodany art. 9d ust. 1 u.p.p.r. stanowił, że podejmowanie interwencji w środowisku wobec rodziny dotkniętej przemocą ma odbywać się właśnie w oparciu o procedurę „Niebieskie Karty”. Jednocześnie art. 9d ust. 5 zawierał upoważnienie dla Rady Ministrów do wydania rozporządzenia precyzującego tę procedurę oraz sporządzenia wzorów odpowiednich formularzy. W wykonaniu powyższego upoważnienia ustawowego zostało wydane rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” (zwane dalej także „rozporządzeniem”; co do wątpliwości na temat powyższego upoważnienia zob. szerzej: Spurek, 2012, s. 148).

Niewątpliwie wszczęcie i prowadzenie procedury „Niebieskie Karty” może powodować wiele niekorzystnych następstw dla osoby podejrzanej o stosowanie przemocy w rodzinie. W związku z tym istotnym zagadnieniem, a zarazem celem niniejszej pracy, jest zbadanie możliwości podejmowania obrony w ramach procedury „Niebieskie Karty”. Przed tym jednak przedstawić należy, jak zdefiniowana została sama przemoc w rodzinie. Przy czym ze względu na to, że przedmiotem

badania są aktualne rozwiązania prawne, podstawową metodą prowadzenia badań była metoda dogmatyczno-prawna, polegająca na analizie juredycznej relevantnych przepisów prawnych. Badanie tekstów prawnych zostało wzbogacone w odpowiednim zakresie o zaprezentowanie poglądów doktryny i judykatury.

Przemoc w rodzinie w rozumieniu ustawy

Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie wprowadziła własną definicję legalną przemocy w rodzinie. Została ona zawarta w art. 2 pkt 2 u.p.p.r., który w zakresie pojęcia rodziny odsyła jeszcze do art. 2 pkt 1 u.p.p.r. oraz art. 115 § 11 k.k. Zgodnie z tymi przepisami ilekroć w ustawie jest mowa o przemocy w rodzinie należy przez to rozumieć jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste małżonka, wstępnych, zstępnych, rodzeństwa, powinowatych w tej samej linii lub stopniu, osoby pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonka, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu, a także innej osoby wspólnie zamieszkującej lub gospodarującej, w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą (art. 2 pkt 2 u.p.p.r. w zw. z art. 2 pkt 2 u.p.p.r. i art. 115 § 11 k.k.). Uzasadnione podejrzenie dokonania takich czynów umożliwia wszczęcie i prowadzenia procedury „Niebieskie Karty”. W związku z tym należy poczynić kilka uwag odnośnie przedmiotowego pojęcia.

Implicite wskazać należy, że dla wypełnienia definicji przemocy w rodzinie – odmiennie niż miało to miejsce w przypadku przestępstwa znęcania się – wystarczy dokonanie choćby jednego czynu o znamionach określonych w art. 2 pkt 2 u.p.p.r. Niemniej jednak mogą to być również czyny powtarzające się, które dopiero poprzez ich pewną systematyczność czy częstotliwość będą mogły wyczerpywać znamiona przemocy. Ustawodawca wymaga jednak, by tego rodzaju czyn lub czyny były popełnione umyślnie. Nie definiuje on jednak na gruncie u.p.p.r. tego ostatniego pojęcia. Wydaje się jednak, że w tym zakresie pomocniczo można sięgnąć do przepisów kodeksu karnego regulujących umyślność (za stanowiskiem takim może przemawiać podobne sformułowanie obydwu ustaw, gdzie jest mowa o „umyślności”, a nie o winie umyślnej. Ponadto w zakresie pojęcia rodziny jest wyraźne odesłanie do przepisów kodeksu karnego, co wskazuje również na ścisły związek ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z tą kodyfikacją). Na gruncie kodeksu karnego powyższą kwestię normuje art. 9 § 1 k.k., stosownie do którego czyn zabroniony popełniony jest umyślnie, jeżeli sprawca ma zamiar jego popełnienia, to jest chce go popełnić albo przewidując możliwość jego popełnienia, na to się godzi. Przy czym zgodnie z zasadą *lege non distinguente nec nostrum est distinguere* należałoby dopuścić możliwość dokonania takiego czynu zarówno w zamiarze bezpośrednim, jak i ewentualnym.

Następnie zauważyć należy, że zachowanie sprawcy może przybrać zarówno formę działania (np. szarpanie, policzkowanie), jak i zaniechania (np. ignorowanie). Najczęściej będzie to jednak działanie. Zachowania takie będą mogły być kwalifikowane jako przemoc domowa, jeżeli naruszają one prawa lub dobra osobiste osób wymienionych w art. 2 pkt 1 u.p.p.r., w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą. W praktyce zatem konkretne czyny stanowiące przemoc w rodzinie mogą zarazem wyczerpywać znamiona przestępstw, np. zabójstwa (art. 148 k.k.), zgwałcenia (art. 197 k.k.), rozboju (art. 280 k.k.), bezprawnego przerwania ciąży (art. 153 k.k.), znęcania się (art. 207 k.k.), zniesławienia (art. 212 k.k.), znieważenia (art. 216 k.k.), naruszenia nietykalności cielesnej (art. 217 k.k.). W takich przypadkach ustawodawca nakłada szczególny obowiązek na osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych lub zawodowych powzięły podejrzenie o popełnieniu ściganego z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie. Osoby te są zobligowane do niezwłocznego zawiadomienia o tym fakcie policji lub prokuratora (art. 12 ust. 1 u.p.p.r.). Podobny obowiązek mają również osoby będące świadkami przemocy w rodzinie. Powinny one zawiadomić policję, prokuratora lub inny podmiot działający na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie o takich sytuacjach (art. 12 ust. 2 u.p.p.r.).

Czynność sprawcy przemocy w rodzinie, choć może, to jednak w danym wypadku nie musi jednocześnie stanowić przestępstwa. Wynika to z faktu, że ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie wprowadza własną definicję przemocy w rodzinie („ilekroć w ustawie jest mowa o przemocy w rodzinie należy przez to rozumieć [...]”), niezależną od innych czynów zabronionych. Co więcej katalog zachowań, które mogą stanowić przemoc w rodzinie, jest katalogiem otwartym, przykładowym. Świadczy o tym ustawowy zwrot „w szczególności” zawarty w art. 2 pkt 2 u.p.p.r. Zabieg taki jest prawidłowy, gdyż nie da się *a priori* wyartykułować wszystkich przypadków stosowania przemocy w rodzinie. Jednakże w formularzu „Niebieska Karta” – D, stanowiącym załącznik do rozporządzenia w sprawie procedury „Niebieskie Karty”, wymieniono niektóre (jak się wydaje – typowe) formy przemocy w rodzinie. W zakresie przemocy fizycznej wskazano na: popychanie, uderzanie, wykręcanie rąk, duszenie, kopanie, spoliczkowanie, w tym powodujące zasinienia, zadrapania, krwawienia i oparzenia. W odniesieniu do przemocy psychicznej *expressis verbis* wskazano na: izolowanie, wyzywanie, ośmieszanie, grożenie, kontrolowanie, ograniczanie kontaktów, krytykowanie, poniżanie, demoralizację czy ciągłe niepokojenie. Odrębnie zaś wymieniona została przemoc seksualna, w tym zmuszanie do obcowania płciowego czy innych czynności seksualnych. Co jednak ciekawe, w formularzu tym przewidziano także niszczenie lub uszkodzanie mienia, które tylko pośrednio może oddziaływać na osobę najbliższą.

Osobnego zastanowienia wymaga kwestia czy przemocą w rodzinie może być także tzw. przemoc ekonomiczna. Definicja przemocy w rodzinie *verba legis* takiej formy przemocy nie wymienia, co jednak ze względu na otwarty katalog takich czynów nie musi mieć miejsca. Nadmienić jednak należy, że o przemocy

ekonomicznej wspomina Konwencja o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej sporządzona w Stambule dnia 11 maja 2011 r. (zwana dalej „konwencją”), która została – z pewnymi wyjątkami – przez Polskę ratyfikowana (zob.: ustawa z dnia 6 lutego 2015 r. o ratyfikacji Konwencji Rady Europy o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej, sporządzonej w Stambule dnia 11 maja 2011 r.). Konwencja ta definiuje przemoc domową jako wszelkie akty przemocy fizycznej, seksualnej, psychologicznej lub ekonomicznej zdarzające się w rodzinie lub gospodarstwie domowym, lub między byłymi lub obecnymi małżonkami lub partnerami, niezależnie od tego, czy sprawca i ofiara dzielą lub dzielili miejsce zamieszkania, czy nie (art. 3 lit. b konwencji). Wyraźnie zatem została wymieniona przemoc ekonomiczna, co polski ustawodawca zaakceptował poprzez akt ratyfikacji. W konsekwencji przyjąć można, że prawodawca, włączając konwencję do polskiego porządku, dopuścił możliwość ochrony pokrzywdzonych także przed tego rodzaju działaniami. Nie ma zatem powodów, by spod definicji przemocy w rodzinie wyłączać przemoc ekonomiczną, o ile będzie ona w konkretnym przypadku spełniała przesłanki wskazane w art. 2 pkt 2 u.p.p.r.

W tym kontekście dodać należy, że mogą się pojawiać praktyczne problemy z ustaleniem, w jakich dokładnie przypadkach mamy do czynienia z przemocą ekonomiczną. Nie ma bowiem w tym zakresie żadnej definicji legalnej, a powyższa konwencja o takiej formie przemocy jedynie wspomina bez jej precyzowania. W literaturze zaś zagadnienie to jest różnie ujmowane. Tytułem przykładu wskazać można, że o przemoc ekonomicznej można mówić „wtedy, gdy jej sprawca używa pieniędzy albo innych wartości materialnych do zaspokojenia potrzeby władzy i kontroli partnera lub przerzuca na niego odpowiedzialność za koszty utrzymania domu. Sprawca wykorzystuje uzależnienie partnera od swoich dochodów lub majątku do znęcania się” (Tracz-Dal, 2015, s. 3). Z kolei M. Zając definiuje to pojęcie jako „ogół działań mających na celu całkowite uzależnienie finansowe ofiary od sprawcy przez zabranianie jej podjęcia pracy zarobkowej, utrudnianie aktywności zawodowej i konieczność pozostawania na wyłącznym utrzymaniu [«łasce i nielasce»] partnera lub opiekuna prawnego” (Zając, 2012, s. 18–19; w zakresie przemocy ekonomicznej zob. także: Ksieniewicz, 2013, s. 43 i n.).

Analizę definicji przemocy w rodzinie zakończyć należy na aspektach podmiotowych. Ustawodawca wyraźnie bowiem zaznacza, że w unormowaniu tym nie chodzi o jakąkolwiek przemoc, a tylko taką, która ma miejsce w rodzinie. Z tego punktu widzenia istotne jest, pomiędzy jakimi osobami dochodzi do aktów przemocy. Katalog tych osób wskazuje art. 2 pkt 1 u.p.p.r., przy czym częściowo odsyła on do art. 115 § 11 k.k. określającego osobę najbliższą. W konsekwencji za członków rodziny w rozumieniu powyższych przepisów należy uznać małżonka, wstępnych, zstępnych, rodzeństwo, powinowatych w tej samej linii lub stopniu, osoby pozostające w stosunku przysposobienia oraz ich małżonkowie, osoby pozostające we wspólnym pożyciu (art. 115 § 11 k.k.) oraz inne osoby wspólnie zamieszkujące lub gospodarujące (art. 2 pkt 1 u.p.p.r. *in fine*). O ile jednak podmioty wyliczone w art. 115 § 11 k.k. nie budzą większej wątpliwości, gdyż są one powiązane więzami pokrewieństwa, powinowactwa czy też pozostają w stałym pożyciu (np. konkubenci), o tyle wskazanie wprost w ustawie, że członkami

rodziny są także inne osoby wspólnie zamieszkujące lub gospodarujące budzi pewne wątpliwości. W praktyce bowiem mogą to być osoby, których nie łączy żadna więź prawnorodzinna ani nawet stałe pożycie, a jedynie z przyczyn wyłączanie faktycznych razem zamieszkują czy gospodarują (np. studenci w akademiku). Wydaje się, że zaliczenie tych osób do grona członków rodziny nazbyt odbiega od potocznego rozumienia rodziny i nie znajduje wystarczającego uzasadnienia w *ratio legis* (zob. Dudka, 2006, s. 44; Kiełtyka i Ważny, 2015, s. 37). W tych bowiem przypadkach zazwyczaj nie zachodzą specyficzne trudności, które legły u podstaw wprowadzenia ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (np. istnienie więzi emocjonalnej czy konieczności wspólnego zamieszkiwania) oraz procedury „Niebieskie Karty”.

Prawo do obrony w ramach procedury „Niebieskie Karty”

Wszczęcie i prowadzenie procedury „Niebieskie Karty” może powodować dla osoby podejrzanej o stosowanie przemocy w rodzinie szereg negatywnych konsekwencji. Skutki te mogą dotyczyć zarówno sfery prawnej, jak i pozaprawnej. Tytułem przykładu można wskazać, że prowadzenie przedmiotowej procedury może rzutować na kwestie okołorozwodowe (orzeczenie o winie rozkładu pożycia małżeńskiego, o kontaktach z dziećmi czy o ograniczeniu lub pozbawieniu władzy rodzicielskiej), jak również na możliwość nakazania opuszczenia mieszkania, choćby stanowiło ono przedmiot wyłącznej własności sprawcy. Samo już nawet wszczęcie procedury „Niebieskie Karty” może wywołać dla osoby podejrzanej o stosowanie przemocy szczególnie negatywne konsekwencje, zwłaszcza gdy osoba taka zajmuje stanowiska lub pełni funkcje publiczne, czy też wykonuje zawody zaufania publicznego. W opinii społecznej już wszczęcie takiej procedury odbierane jest zdecydowanie pejoratywnie, a przecież do jego zainicjowania wystarczy tylko uzasadnione podejrzenie stosowania przemocy w rodzinie, a nie pewność.

W tym kontekście zauważyć również należy, że ze względu na bardzo szeroki zakres przedmiotowy czynów, które mogą stanowić przemoc domową w rozumieniu art. 2 pkt 2 u.p.p.r., jak również fakt, że dla zainicjowania procedury „Niebieskie Karty” wystarczy jedynie uzasadnione podejrzenie jej stosowania, to regulacja ta może być instrumentalnie wykorzystywana przez osoby najbliższe pozostające ze sobą w konflikcie. Nierzadko zdarza się wręcz, że pełnomocnicy procesowi jeszcze przed wystąpieniem z powództwem rozwodowym doradzają stronie zainicjowanie procedury „Niebieskie Karty”. W związku z powyższym istotnym zagadnieniem staje się kwestia przeciwdziałania bezzasadnym lub fałszywym zgłoszeniom stosowania przemocy w rodzinie.

Nieprawidłowości na gruncie analizowanej procedury nie muszą jednak koniecznie wynikać z intencjonalnego działania członka rodziny. Mogą one być spowodowane także nieprawidłowym działaniem funkcjonariuszy współdziałających przy realizacji procedury „Niebieskie Karty” czy też samych członków zespołu interdyscyplinarnego. Uchybienia takie mogą przejawiać się choćby we wszczęciu procedury mimo braku uzasadnionego podejrzenia stosowania przemocy

w rodzinie, braku umyślności po stronie sprawcy, nieprawidłowego wypełnienia „Niebieskich Kart” czy niezakończenia procedury mimo ustania aktów przemocy. W takich sytuacjach osobie podejrzanej może zależeć na wykazaniu, że nie stosowała ona w ogóle przemocy w rodzinie lub jej czyny nie mogą być kwalifikowane jako przemoc w rozumieniu art. 2 pkt 2 u.p.p.r., ewentualnie, że zaprzestała jej stosowania (zob.: § 18 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia), a tym samym na jak najszybszym zakończeniu prowadzonego postępowania.

Jednakże w ramach samej procedury „Niebieskie Karty” osoba podejrzana o stosowanie przemocy w rodzinie będzie miała znacznie ograniczoną możliwość obrony swoich praw. Zasadniczo bowiem będzie ona uprawniona do złożenia wyjaśnień dopiero podczas posiedzenia zespołu interdyscyplinarnego. Przy czym składane wyjaśnienia będą służyły w pierwszej kolejności wypełnieniu formularza „Niebieska Karta – D”. Niemniej jednak członkowie zespołu interdyscyplinarnego powinni także z urzędu podjąć działania w celu zdiagnozowania sytuacji rodziny, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą (zob.: § 17 ust. 3 pkt 1 rozporządzenia). W tym zakresie, jak się wydaje, powinni oni także rozważyć, czy do aktów przemocy w ogóle doszło, a jeśli tak, to czy mogą być one kwalifikowane jako przemoc w rodzinie w rozumieniu ustawy.

Zasadnicze jednak znaczenie dla możliwości podejmowania obrony przez podejrzanego o stosowanie przemocy w rodzinie będzie miało to, czy służyć mu będą jakiegokolwiek środki zaskarżenia w stosunku do czynności lub rozstrzygnięć podejmowanych w ramach przedmiotowej procedury. W tym zakresie w pierwszej kolejności ustalić należy charakter prawny procedury „Niebieskie Karty”. Z art. 9d ust. 2 u.p.p.r. wynika, że obejmuje ona ogół czynności podejmowanych i realizowanych przez przedstawicieli jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, policji, oświaty i ochrony zdrowia, w związku z uzasadnionym podejrzeniem zaistnienia przemocy w rodzinie. Wszczynana jest ona poprzez wypełnienie formularza „Niebieska Karta – A”, a następnie zasadnicze czynności dokonywane są przed zespołem interdyscyplinarnym, o którym mowa w art. 9a u.p.p.r.

Podkreślić przy tym należy, że procedura „Niebieskie Karty” ma charakter samodzielny. Została ona bowiem kompleksowo uregulowana w ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz – w wydany na jej podstawie – rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”. Natomiast tryb i sposób powoływania i odwoływania członków zespołu interdyscyplinarnego oraz szczegółowe warunki jego funkcjonowania powinny zostać doprecyzowane w uchwale właściwej rady gminy. Na gruncie tych przepisów nie zamieszczono jednak żadnego ogólnego odesłania do procedury karnej, cywilnej czy administracyjnej, co mogłoby sugerować, jaki jest charakter prawny tej regulacji.

Ze względu jednak na to, jakie podmioty wszczynają i prowadzą to postępowanie, mogłoby się wydawać, że jest to *sui generis* postępowanie administracyjne, a w konsekwencji osobie podejrzanej mogłyby przysługiwać środki zaskarżenia przewidziane w kodeksie postępowania administracyjnego (ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego, zwana dalej także „k.p.a.”) oraz w prawie o postępowaniu przed sądami administracyjnymi

(ustawa z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi, zwana dalej także „p.p.s.a.”). Jednakże orzecznictwo sądowe od początku obowiązywania ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie stało na stanowisku, że czynności podejmowane przez zespół interdyscyplinarny nie mogą być przedmiotem sądowoadministracyjnej kontroli, w tym także na podstawie art. 3 § 2 pkt 4 p.p.s.a. (zob.: postanowienie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 25 listopada 2015 r., sygn. akt I OSK 2896/15; postanowienie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy z dnia 8 maja 2015 r., sygn. akt II SA/Bd 376/15; por. także: postanowienie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gorzowie Wielkopolskim z dnia 13 grudnia 2013 r., sygn. akt II SA/Go 883/13; wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego we Wrocławiu z dnia 14 października 2014 r., sygn. akt IV SAB/Wr 166/14).

W judykaturze przyjmowano na ogół, że zespół interdyscyplinarny nie jest organem administracji publicznej ani w znaczeniu ustrojowym, ani w znaczeniu funkcjonalnym (inaczej: postanowienie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 25 listopada 2015 r., sygn. akt I OSK 2896/15, w którym przyjęto, że stanowi on jednak organ administracji w znaczeniu funkcjonalnym, ale jego czynności nie podlegają kognicji sądów administracyjnych), gdyż nie posiada on żadnych kompetencji władczych, w szczególności prawa do wydawania decyzji administracyjnych, postanowień lub innych aktów lub czynności dotyczących uprawnień lub obowiązków wynikających z przepisów prawa. Wszystkie zaś działania podejmowane przez zespół interdyscyplinarny należą do sfery działań prawnych niewładczych, nie zmierzają wprost do wywołania skutków prawnych i nie mogą być wprowadzane w życie za pomocą przymusu bezpośredniego. W powyższym postanowieniu Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 25 listopada 2015 r. podkreślono, że „analiza kompetencji powierzonych zespołowi interdyscyplinarnemu [...] wskazuje, że ograniczają się one wyłącznie do funkcji integrujących, koordynacyjnych i organizujących współdziałanie wymienionych przez ustawodawcę podmiotów” (postanowienie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 25 listopada 2015 r., sygn. akt I OSK 2896/15).

W najnowszym orzecznictwie sądowoadministracyjnym powyższe, ugruntowane stanowisko zostało zakwestionowane. Mianowicie w postanowieniu Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 14 czerwca 2017 r. (postanowienie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 14 czerwca 2017 r., sygn. akt II SAB/Po 87/17) *expressis verbis* wskazano, że

czynności (lub ich brak) podejmowane przez zespół interdyscyplinarny, jako dotyczące wynikających z przepisów prawa uprawnień lub obowiązków uczestników tego postępowania, mogą być poddane kontroli sądowoadministracyjnej, gdyż stanowią czynności, o których mowa w art. 3 § 2 pkt 4 Prawa o postępowaniu przed sądami administracyjnymi. Brak jest przeszkód, by strona poddała kontroli sądowoadministracyjnej czynności zespołu interdyscyplinarnego zakończenia procedury „Niebieskie Karty” (postanowienie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 14 czerwca 2017 r., sygn. akt II SAB/Po 87/17).

Sąd ten w przytoczonym orzeczeniu zwrócił uwagę, że z przepisów u.p.p.r. wynika, że osoba dotknięta przemocą w rodzinie [...] posiada – w zależności od stanu sprawy – w ramach procedury „Niebieskie Karty” szereg wynikających

z przepisów prawa uprawnień. Zgodnie z art. 3 ust. 1 u.p.p.r. osobie takiej udziela się bezpłatnej pomocy, w szczególności: 1) poradnictwa medycznego, psychologicznego, prawnego, socjalnego, zawodowego i rodzinnego; 2) interwencji kryzysowej i wsparcia; 3) ochrony przed dalszym krzywdzeniem, przez uniemożliwienie osobom stosującym przemoc korzystania ze wspólnie zajmowanego z innymi członkami rodziny mieszkania oraz zakazanie kontaktowania się i zbliżania się do osoby pokrzywdzonej; 4) zapewnienia osobie dotkniętej przemocą w rodzinie bezpiecznego schronienia w specjalistycznym ośrodku wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie; 5) badania lekarskiego w celu ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie oraz wydania zaświadczenia lekarskiego w tym przedmiocie; 6) zapewnienia osobie dotkniętej przemocą w rodzinie, która nie ma tytułu prawnego do zajmowanego wspólnie ze sprawcą przemocy lokalu, pomocy w uzyskaniu mieszkania (podobnie przyjmuje M. Czarkowska wskazując, że „zarówno zespoły interdyscyplinarne, jak i grupy robocze mają konkretne obowiązki w ramach procedury «Niebieskie Karty», które określa m.in. § 16 ust. 1 rozporządzenia” (zob.: Czarkowska, 2014, s. 106).

Z kolei na osobie stosującej przemoc w rodzinie – jak wskazano w powyższym orzeczeniu – w związku ze wszczęciem procedury „Niebieskie Karty” ciąży określone obowiązki. Przepis art. 4 u.p.p.r. określa, że wobec osób stosujących przemoc w rodzinie stosuje się przewidziane w ustawie środki mające na celu zapobieganie ich kontaktowaniu się z osobami pokrzywdzonymi oraz oddziaływania korekcyjno-edukacyjne. I tak m.in. zespół interdyscyplinarny ma prawo do inicjowania działań w stosunku do osób stosujących przemoc w rodzinie (art. 9b ust. 2 pkt 5 u.p.p.r.). W ramach tej procedury przykładowo funkcjonariusz policji przeprowadza, o ile jest to możliwe, z osobą, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, rozmowę, w szczególności o odpowiedzialności karnej za znęcanie się fizyczne lub psychiczne nad osobą najbliższą lub inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od osoby, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, albo nad małoletnim lub osobą nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny, oraz wzywa osobę, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, do zachowania zgodnego z prawem i zasadami współżycia społecznego (§ 13 pkt 4 rozporządzenia), a członkowie zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej podejmują działania w stosunku do osoby, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, w celu zaprzestania stosowania tego rodzaju zachowań (§ 16 pkt 2 rozporządzenia). Ponadto zgodnie z § 17 ust. 4 rozporządzenia jeżeli osoba, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, nadużywa alkoholu, członkowie zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej kierują tę osobę do gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.

W konsekwencji – jak wywiódł Wojewódzki Sąd Administracyjny w Poznaniu – z powołanych przepisów jasno wynika, że w ramach procedury „Niebieskie Karty” osobom dotkniętym przemocą w rodzinie przysługują ujęte przepisami uprawnienia, zaś na osobach stosujących przemoc ciążyą konkretne obowiązki. Wobec tego przyjąć należy, że czynności (lub ich brak) podejmowane przez zespół interdyscyplinarny, jako dotyczące wynikających z przepisów prawa uprawnień

lub obowiązków uczestników tego postępowania, mogą być poddane kontroli sądowoadministracyjnej, gdyż stanowią czynności, o których mowa w art. 3 § 2 pkt 4 p.p.s.a.

Aktualnie trudno jednak przesądzić, czy powyższe rozstrzygnięcie będzie stanowiło jedynie jednostkowy wyjątek od dotychczas ugruntowanego stanowiska judykatury, czy też zapoczątkuje nową linię orzeczniczą w tym zakresie. W każdym razie dopuszczenie nawet sądowoadministracyjnej kontroli nad czynnościami dokonywanymi w ramach procedury „Niebieskie Karty” nie będzie rozwiązywało wszystkich pojawiających się problemów związanych – w istocie – z brakiem skutecznych środków zaskarżenia. Sądy administracyjne nie rozstrzygają bowiem zasadniczo spraw *in meriti*, a jedynie dokonują kontroli od strony formalnoprawnej. W razie zaś dostrzeżenia uchybień uchylają zaskarżone rozstrzygnięcie lub czynność (model kasatoryjny). Stąd też podjęcie obrony w ramach postępowania sądowoadministracyjnego będzie mogło nastąpić tylko w ograniczonym zakresie, o ile w ogóle – ze względu na obowiązującą linię orzeczniczą – skarga taka zostanie przyjęta do rozpoznania.

Gdyby natomiast zarzucany osobie podejrzanej o stosownie przemocy w rodzinie czyn mógł stanowić zarazem przestępstwo, to wówczas mogłaby ona realizować swoje prawo do obrony na gruncie procedury karnej. W przypadku bowiem podejrzenia popełnienia przestępstwa zespół interdyscyplinarny przekazuje akta sprawy właściwym organom postępowania przygotowawczego (§ 10 ust. 2 rozporządzenia). Wówczas podejrzany mógłby w pełni realizować swoje prawo do obrony, chociażby korzystając z domniemania niewinności, zasady *in dubio pro reo* czy też z prawa do milczenia. Jednakże i w tym wypadku mogą pojawić się praktyczne problemy, które swoje źródło mają w definicji przemocy w rodzinie z jednej strony, a z drugiej strony w samodzielności procedury „Niebieskie Karty”. Przemoc w rodzinie nie musi bowiem stanowić zarazem konkretnego przestępstwa. Jest to pojęcie o otwartym katalogu czynów, podczas gdy przestępstwo musi być dokładnie w ustawie opisane (*nullum crimen sine lege*). Poza tym przesłanki podejmowania czynności w ramach procedury „Niebieskie Karty” nie pokrywają się z warunkami odpowiedzialności karnej. W związku z tym nie jest wykluczona sytuacja, że ten sam czyn może uzasadniać uniewinnienie na gruncie prawa karnego, a jednocześnie stanowić przemoc domową w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (np. brak powtarzalności przy przestępstwie znęcania się).

Podsumowanie

De lege lata możliwości podejmowania obrony na gruncie procedury „Niebieskie Karty” są mocno ograniczone. W istocie osoba podejrzana o stosowanie przemocy domowej nie dysponuje nawet skutecznymi środkami zaskarżenia umożliwiającymi weryfikowanie czynności i rozstrzygnięć dokonywanych w toku tego postępowania. Orzecznictwo sądowoadministracyjne przyjmuje bowiem na ogół, że w tego rodzaju sprawach skarga do wojewódzkiego sądu administracyjnego

nie przysługuje. Judykatura uzasadnia takie stanowisko tym, że zespół interdyscyplinarny, przed którym toczy się ta procedura, nie jest organem administracji publicznej i nie podejmuje on władczych rozstrzygnięć, a przez to podejmowane przez niego działania nie mogą być kwalifikowane jako akty lub czynności z zakresu administracji publicznej dotyczące uprawnień lub obowiązków wynikających z przepisów prawa w rozumieniu art. 3 § 2 pkt 4 p.p.s.a.

Wobec powyższego obrona praw osoby podejrzanej o stosowanie przemocy w rodzinie *ipso facto* musi być realizowana na gruncie innych regulacji prawnych, o ile w danym przypadku będzie to możliwe. Na okoliczność tę zwrócił uwagę Naczelny Sąd Administracyjny wskazując, że brak możliwości wniesienia skargi w postępowaniu sądowoadministracyjnym

nie pozbawia [...] skarżącego prawa do sądu. Prawa i obowiązki skarżącego będą kształtowane w ramach postępowań regulowanych odrębnymi ustawami – przed wysoko wyspecjalizowanymi organami państwowymi – Sądem Rodzinnym (KPC, kro [...]) bądź Prokuratorem a następnie – ewentualnie – Sądem powszechnym (KPK, KK; [...]). W każdym z tych postępowań skarżący korzystać będzie z prawa do obrony (postanowienie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 25 listopada 2015 r., sygn. akt I OSK 2896/15).

W szczególności gdyby zarzucany czyn mógł stanowić zarazem przestępstwo, to w toczącym się postępowaniu karnym podejrzany mógłby podejmować środki obronne mające znaczenie dla jednego, ale i drugiego postępowania (np. poprzez korzystanie z inicjatywy dowodowej, w tym zwłaszcza doprowadzenia do przesłuchania stron lub interweniujących funkcjonariuszy policji albo ewentualnej konfrontacji etc.). Nie zawsze jednak w praktyce będzie to możliwe ze względu na fakt, że przemoc domowa nie musi stanowić każdorazowo przestępstwa. Inne są przy tym także przesłanki prowadzenia procedury „Niebieskie Karty”, a inne są warunki odpowiedzialności karnej.

Ostatecznie gdyby wszczęcie i prowadzenie procedury „Niebieskie Karty” nastąpiło na skutek nieuzasadnionego czy fałszywego zawiadomienia o stosowaniu przemocy w rodzinie, a zarzutu tego nie można byłoby zweryfikować w innym trybie, to osobie podejrzanej będzie przysługiwało powództwo o ochronę dóbr osobistych (zob.: art. 23 i art. 24 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, zwanej dalej także „k.c.”). W szczególności z powołaniem się na naruszenie dobrego imienia, czci lub godności. Niezależnie od tego możliwe byłoby również wystąpienie z prywatnym aktem oskarżenia opartym na zarzucie zniesławienia (art. 212 k.k.).

Bibliografia

- Czarkowska M. (2014), *Przeciwdziałanie przemocy wobec kobiet w rodzinie w praktyce organów ścigania, wymiaru sprawiedliwości i innych instytucji*, LexisNexis, Warszawa,
- Dudka K. (2006), *Środki zapobiegawcze stosowane wobec sprawców przemocy w rodzinie*, „Wojskowy Przegląd Prawniczy” 2, s. 44–48.
- Kiełtyka A., Ważny A. (2015), *Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa.

- Mazowiecka L. (red.) (2013), *Jak skutecznie chronić ofiary przemocy w rodzinie*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Sosnowska J.D. (2008), *Przestępstwo znęcania się*, „Państwo i Prawo” 3, s. 60–71.
- Spurek S. (2012), *Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Tracz-Dal J. (2015), *Przemoc ekonomiczna*, Kancelaria Senatu, Warszawa.
- Wrona G. (2017), *Konflikt a przemoc. Zastosowanie art. 207 § 1 k.k. w przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie*, Pracownia Poligraficzna „Duet”, Warszawa.
- Zajac M. (2012), *Procedura „Niebieskie Karty”. Realizacja zadań w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie*, Presscom sp. z o.o., Wrocław.

Akty prawne

- Konwencja Rady Europy o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej, sporządzona w Stambule dnia 11 maja 2011 r.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” (Dz.U. z 2011 r. Nr 209, poz. 1245).
- Ustawa z dnia 10 czerwca 2010 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2010 r. Nr 125, poz. 842).
- Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (tj. Dz.U. z 2018 r., poz. 2096).
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tj. Dz.U. z 2018 r., poz. 1025 ze zm.).
- Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy – kodeks karny, ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich oraz ustawy – kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2017 r., poz. 773).
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (tj. Dz.U. z 2015 r., poz. 1390).
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (tj. Dz.U. z 2018 r., poz. 1302 ze zm.).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (tj. Dz.U. z 2018 r., poz. 1600).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (tj. Dz.U. z 2018 r., poz. 1987 ze zm.).
- Ustawa z dnia 6 lutego 2015 r. o ratyfikacji Konwencji Rady Europy o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej, sporządzonej w Stambule dnia 11 maja 2011 r. (Dz.U. z 2015 r., poz. 398).
- Uzasadnienie projektu ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, druk sejmowy nr 3639, Sejm IV kadencji.
- Zarządzenie nr 25/98 Komendanta Głównego Policji z dnia 10 listopada 1998 r. w sprawie sposobu przeprowadzania interwencji domowej przez policjantów wobec przemocy w rodzinie pod nazwą „Niebieskie Karty” (Dz.Urz. KGP Nr 7, poz. 37).

Orzecznictwo

- Postanowienie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 25 listopada 2015 r., sygn. akt I OSK 2896/15, Legalis 1386921.
- Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 23 maja 2017 r., sygn. akt III KK 157/17, Legalis 1657909.
- Postanowienie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy z dnia 8 maja 2015 r., sygn. akt II SA/Bd 376/15, Legalis 127756.
- Postanowienie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gorzowie Wielkopolskim z dnia 13 grudnia 2013 r., sygn. akt II SA/Go 883/13, Legalis 947518.
- Postanowienie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 14 czerwca 2017 r., sygn. akt II SAB/Po 87/17, Legalis 1654118.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 20 marca 2012 r., sygn. akt II AKa 32/12, Legalis 527938.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 lutego 2003 r., sygn. akt IV KKN 312/99, Legalis 58692.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 września 2005 r., sygn. akt WA 24/05, Legalis 140676.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 października 1999 r., sygn. akt V KKN 580/97, Legalis 46281.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 lutego 1982 r., sygn. akt II KR 5/82, Legalis 22971.
- Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego we Wrocławiu z dnia 14 października 2014 r., sygn. akt IV SAB/Wr 166/14, Legalis 1195181.

Abstract

The subject matter of this article is the analysis of the right to defense within the framework of the "Blue Cards" procedure, by a person suspected of using domestic violence. Firstly, the reasons for introducing this procedure into the Act on Counteracting Domestic Violence are described, with emphasis on the flaws of criminal law in the examined area. Secondly, an analysis of the definition of domestic violence and family member is performed. Thirdly, this article discusses the legal steps a person suspected of violence can take to prove his/her innocence of the allegation. This issue is very important since the initiation and conduct of the "Blue Cards" procedure and, even more so, the proof of domestic violence, can cause a number of negative consequences for the suspect, both legal and factual. This procedure may directly affect issues such as the ruling on whether and which spouse is at fault for the breakdown of marriage, and thus the right to maintenance, deprivation or limitation of parental rights, determination and manner of contacts with children or even the perception of a person in the professional environment or workplace.

Keywords: domestic violence, the "Blue Cards" procedure, the right to defense

Refleksje wokół badań

Gabriela Dobińska
Uniwersytet Łódzki
Karolina Walczak-Człapińska
Uniwersytet Łódzki

Metodologiczno-etyczne aspekty prowadzenia badań fokusowych z udziałem przedstawicieli instytucjonalnego systemu wsparcia dla rodzin z problemem alkoholowym*

Methodological and ethical aspects of conducting focus tests with representatives of the institutional support system for families with alcohol problems

Abstrakt

Celem artykułu jest refleksja nad dylematami o charakterze etyczno-metodologicznym, których doświadczyli badaczkni w trakcie planowania oraz realizacji badań fokusowych z udziałem przedstawicieli instytucjonalnego systemu wsparcia dla rodzin z problemem alkoholowym.

W pierwszej części autorki przedstawiły główne założenia teoretyczne dotyczące realizacji badań fokusowych, wskazując na różnorodność podejść, wątpliwości oraz dylematów wynikających m.in. ze statusu metodologicznego badania grupy fokusowej, elementów procedury badawczej, etyki, doboru uczestników, analizy zgromadzonego materiału empirycznego, roli moderatora, doboru przestrzeni oraz sposobu rejestracji badania.

Następnie w części metodologicznej badaczki zaprezentowały szczegółowy przebieg procedury badawczej, który stanowił swoisty wstęp dla trzeciej, ostatniej części analitycznej, w której autorki prezentują dylematy, a także sposoby radzenia sobie z ograniczeniami metodologicznymi, wskazując równocześnie na potencjał oraz możliwości badań fokusowych. Zrealizowany przez badaczki wywiad fokusowy z przedstawicielami instytucji pomocowych dla rodzin z problemem alkoholowym stanowił jedną z części szerszego projektu badawczego.

Słowa kluczowe: badania jakościowe, wywiad fokusowy, dylematy etyczne, problemy metodologiczne, badania społeczne

* Badania prowadzone przez zespół Pracowni Pedagogiki Specjalnej na Wydziale Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Łódzkiego w ramach projektu naukowego pt. „Rodzina w systemie wsparcia społecznego i pomocy osobom z problemem alkoholowym. Badania biograficzne z udziałem rodziców (dorosłych) dzieci uzależnionych od alkoholu”, realizowanego jako zadanie „Wspieranie badań naukowych w obszarze problemów wynikających z używania alkoholu” finansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020.

Wprowadzenie

Zogniskowany wywiad fokusowy często towarzyszy dyskusjom naukowym polskich badaczy, stanowi przedmiot rozważań socjologów, psychologów, pedagogów oraz przedstawicieli branży marketingowej. Analizując wybraną literaturę przedmiotu (zob. Lisek-Michalska, 2002, 2013; Drapikowska i Palczewska, 2013) okazuje się, że status metodologiczny wywiadu fokusowego przez wielu badaczy uznawany jest za nieuporządkowany i niejasny. Trudności ze wskazaniem podstaw epistemologicznych różnych zastosowań badania fokusowego oraz próba umiejscowienia ich wśród wiodących tradycji filozoficznych przyczynia się do powstawania odrębnych podejść w stosowaniu badań fokusowych. W zależności od reprezentowanej dyscypliny naukowej oraz sposobu rozumienia poznawania badanej rzeczywistości badacze różnie postrzegają badania fokusowe, utożsamiając je z cechami charakterystycznymi dla badań jakościowych lub ilościowych. Jolanta Lisek-Michalska (2002, 2013) zwraca uwagę na brak zgody wśród badaczy oraz pojawiające się wątpliwości co do paradygmatu metodologicznego, w obrębie którego można odnaleźć uzasadnienie teoretyczne dla metody zogniskowanego wywiadu grupowego. Pamela Kidd i Mark Parshall (2000) zwrócili uwagę, że grupy fokusowe rozwijały się często poza głównymi metodologicznymi tradycjami i założeniami badań jakościowych. Pomimo braku jasno określonych reguł dotyczących procedury badawczej cechy badań fokusowych są zbliżone do podejścia jakościowego.

Mając na uwadze powyższe, w badaniach Autorki wykorzystały metodę wywiadu fokusowego, a celem artykułu uczyniły trudności oraz dylematy towarzyszące realizacji badania z udziałem przedstawicieli instytucji pomocowych. Zaprezentowały także sposoby radzenia sobie z nimi w trakcie realizacji badań.

Wykorzystanie potencjału oraz możliwości badań fokusowych umożliwiła analizę wygenerowanych danych w obrębie interakcjonizmu symbolicznego. Rzeczywistość w rozumieniu tego paradygmatu jest konstruowana w ramach ciągłych interakcji symbolicznych, gdzie role społeczne, a także statusy są konstruktami poddawany pewnym negocjacjom (por. Hałas, 2016; Konecki, 2000).

Świat na paradygmacie interpretatywnym ma charakter procesualny oraz emergentny, tworzony przez dynamikę wzajemnych interakcji aktorów społecznych mogących podejmować działanie, a w rezultacie nadawanie znaczeń (por. Hałas, 1994; Piotrowski, 1998; Konecki, 2000).

Metodologiczne aspekty prowadzenia wywiadu fokusowego

Pomimo obecnego w literaturze sporu badaczy na temat statusu metodologicznego badań fokusowych oraz prezentowaniu argumentacji mającej na celu identyfikację metody z badaniami jakościowymi badacz, planując zogniskowany wywiad fokusowy, musi mieć świadomość wagi podejmowanych decyzji w trakcie

projektowania procedury badawczej. Przyjęcie określonych ustaleń metodologicznych ma swoje konsekwencje w planowaniu, zbieraniu, a następnie analizie pozyskanego materiału empirycznego (zob. Lisek-Michalska, 2002, 2013; Barbour, 2011).

W literaturze zachodniej można odnaleźć wiele wyjaśnień terminologicznych dla wywiadu fokusowego. David Morgan (1997), definiując „fokus”, wskazuje na jego trzy główne elementy. Przede wszystkim podkreśla, że jest to metoda zorientowana na gromadzenie danych. Poza tym zwraca uwagę na interakcje zachodzące między uczestnikami dyskusji, a także podkreśla aktywną rolę badacza. Lia Litosseliti (2005) określa tę metodę jako nieformalną konwersację wybranych osób na konkretny, wskazany temat, który dotyczy sytuacji, przedmiotów, informacji lub wycinka rzeczywistości społecznej znanej wszystkim uczestnikom. Prezentowany przekrój kilku wybranych definicji zwraca uwagę na wyłaniające się cechy wspólne, łączące różne podejścia. Przede wszystkim pozyskany materiał empiryczny pochodzi z dyskusji grupowej, w której każdy uczestnik może się swobodnie wypowiedzieć na określony temat, a interakcje zachodzące między rozmówcami stanowią podstawę wytworzonych danych oraz wskazują przebieg wywiadu.

Oprócz realizacji bardzo ważnym aspektem składającym się na całość procedury jest odpowiednie przygotowanie metodologiczne, organizacyjne oraz etyczne. W podjęciu trudu zaprojektowania badań fokusowych należy wziąć pod uwagę grupę – tj. uczestników. Dobór próby w tym przypadku z reguły opiera się na związku osób badanych z określonym przedmiotem badań (Babbie, 2013, s. 345–346). Powołana grupa powinna mieć przynajmniej jedną wspólną cechę, zbyt duża jednowymiarowość i zbieżność mogłaby zakłócić proces generowania danych. Barbara Murphy (1992) uczula, że pojawiające się różnice zdań uczestników w obrębie określonego tematu mogą wnieść dyskusję na wyższy, bardziej przenikliwy poziom, umożliwiając wydobycie tego, co ukryte pod fasadą prezentowanych opinii. Liczba uczestników biorących udział w wywiadzie fokusowym w dużej mierze zależy od celu oraz przedmiotu dyskusji. W opracowaniach naukowych najczęściej wskazuje się 10–12 osób, aczkolwiek te wskazówki z reguły dotyczą badań marketingowych (zob. Babbie 2013; Barbour 2011). W badaniach społecznych bardziej atrakcyjne oraz ciekawsze jest dogłębne analizowanie znaczeń, interakcji, a także prezentowanych sposobów rozumienia tematu rozmowy przez uczestników. Mając na uwadze poruszenie drażliwego tematu oraz analizę wszystkich zaprezentowanych opinii oraz poglądów ze wskazaniem różnic, moderowanie dużych grup mogłoby być kłopotliwe i bardzo wymagające. Dlatego dopuszczalne jest prowadzenie wywiadów fokusowych w zdecydowanie mniejszych grupach, liczących nawet 4–5 uczestników (Barbour, 2011, s. 107–108). Kolejnym ważnym elementem w przygotowaniu projektu badawczego jest wyznaczenie miejsca wywiadu, które może mieć znaczenie dla uczestników, a przez to generowanych przez nich danych. Dowolność oraz różnorodność lokalizacji dla wywiadu fokusowego, przez wielu badaczy uznana za wadę deformującą pozyskany materiał empiryczny, może stanowić cechę wzmacniającą ich potencjał wykorzystany w trakcie analizy. Wybór miejsca w dużej mierze zależy od badacza, który powinien mieć świadomość

konsekwencji swoich decyzji dla procesu badawczego. Proponowana lokalizacja powinna być dostosowana do tematu dyskusji, predyspozycji uczestników oraz możliwości dojazdowych. Wielu dylematów na poziomie przygotowań przysparza kwestia nagrywania oraz transkrybowania wywiadu. Wybór sprzętu do zapisu zależy od samych badaczy, aczkolwiek dyktafon może nie być wystarczającym źródłem rejestrowania. Kamera umożliwia identyfikację (głosu) uczestników, a nagranie video stanowi w wielu przypadkach dodatkowy materiał analityczny. Z drugiej strony nagrywanie obrazu ma swoje wady, przede wszystkim powoduje stres i dyskomfort uczestników. Pojawiają się trudności dotyczące organizacji logistycznej tj. ustawienie kamer, ujęcie wszystkich uczestników w kadrze, uzyskanie zgody na rejestrację oraz wątpliwa anonimowość badanych. Moderator-badacz wpływa na przebieg oraz dane uzyskane podczas wywiadów fokusowych, podobnie jak w przypadku innych metod jakościowych, dlatego powinien być refleksyjny i świadomy swojej pozycji w prowadzonym badaniu (zob. Barbour, 2011). Ralf Bohnsack (2004, s. 47) wyszczególnia kilka zasad prowadzenia dyskusji grupowej. Przede wszystkim zwraca uwagę na to, że adresatem wytycznych jest grupa, a nie poszczególni członkowie, dlatego moderator nie powinien wywierać wpływu na kolejność wypowiedzi w grupie. Po drugie prowadzący jedynie proponuje tematy, nie narzucając kierunku dyskusji. Poza tym badacz powinien odpowiednio przygotować się do dyskusji, unikając podsuwania uczestnikom gotowych rozwiązań, wymuszania oczekiwanych odpowiedzi lub prezentowania własnych opinii. Badacz powinien być czujny w trakcie wywiadu, dopytując i reagując na wypowiedzi uczestników.

Wszechstronność oraz wielowymiarowość badań fokusowych pozwala na większą dowolność badacza, dając przestrzeń do wykorzystania potencjału i możliwości grup fokusowych. Jednym z głównych walorów wywiadów fokusowych jest możliwość prześledzenia, w jaki sposób w toku dyskusji kształtowane są opinie oraz poglądy indywidualne, a także grupowe. Poza tym pozwalają stworzyć bardziej naturalne i realne warunki sytuacji komunikacyjnej niż inne sposoby zbierania danych (por. Wodak i in. 2009, s. 106–107). Richard Krueger (1988, s. 47) dodatkowo podkreśla wysoką trafność omawianej metody, elastyczność, niskie nakłady finansowe, uzyskanie wyników badań w krótkim czasie oraz orientację społeczną, polegającą na zebraniu materiału empirycznego z realnego życia uczestników. Ponadto zaletą stosowanej metody jest dynamika grupy oraz nieprzewidywalność kierunku dyskusji, dzięki czemu badacz uzyskuje dodatkowy, cenny materiał, o którym wcześniej nie myślał, bądź uważał go za nieistotny. Badacze (por. Krueger, 1988; Lisek-Michalska, 2013; Rushkoff, 2005), opierając się na doświadczeniach, zidentyfikowali kilka wad, trudności, które mogą pojawić się w trakcie procesu badawczego. Ograniczenia tej metody mogą być rezultatem niewłaściwego zachowania badacza, a także okoliczności zupełnie od niego niezależnych. Jako jedno z największych niebezpieczeństw wskazuje się uzyskanie powierzchownych oraz niepogłębionych danych, a także niekorzystny wpływ moderatora na przebieg dynamiki dyskusji. Ponadto uzyskanie zniekształconych danych może być spowodowane narzucającym się moderatorem lub dominującym uczestnikiem. Trudności związane z oswojeniem uczestników z kamerą, dyktafonem, brak anonimowości oraz gwarancji poufności mogą

zniekształcić wypowiedzi badanych. Na poziomie organizacyjnym należy zadbać o pomieszczenie odpowiadające założeniom zawartym w projekcie badawczym, czas, wyposażenie techniczne, a przede wszystkim o grupę badanych. Wszystkie wyróżnione elementy procedury mogą stanowić trudności, których konsekwencje będą widoczne na etapie samego wywiadu fokusowego. Nieprawidłowości w fazie analizy materiału empirycznego mogą być efektem błędów interpretacyjnych, subiektywizmu analityka, nieumiejętności moderatora, a także prezentowania przez uczestników opinii oraz poglądów o charakterze deklaratywnym. „Najbardziej doniosłe zalety i największe ograniczenia tej metody dotyczą tego samego zjawiska, czyli charakteru interakcji pomiędzy uczestnikami. A te z kolei w znacznym stopniu zależą od moderatora i samej grupy” (Michalska-Lisek, 2013, s. 55). Efekt badań fokusowych, wyróżniających się unikalną specyfiką, zależy w dużej mierze od kompetencji, refleksyjności, doświadczenia metodologicznego oraz wrażliwości etycznej osób projektujących badanie (zob. Michalska-Lisek, 2013).

Etyczny wymiar prowadzenia badań fokusowych

Problematyka etyki w badaniach naukowych stanowi istotną kwestię dla przedstawicieli wielu dyscyplin naukowych, a szczególnie badaczy społecznych. Towarzyszące badaczowi problemy etyczne dotyczą m.in. celu badań, metody badawczej, doboru uczestników czy kontekstu sytuacyjnego realizowanych badań. Wśród wytycznych regulujących postępowanie etyczne w nauce należy wymienić m.in. Kodeks Etyki Pracownika Naukowego (2017) oraz Międzynarodowy Kodeks Badań Rynku i Opinii, Badań Społecznych i Analityki Danych ICC/ESOMAR (2016). Dokumenty te regulują ogólne zasady postępowania, które zostały skonkretyzowane w postaci wzorów zachowań obowiązujących przedstawicieli poszczególnych zawodów i określone „etyką zawodową”. Etyki zawodowe to zatem „spisane normy odpowiadające na pytanie, jak – ze względów moralnych – przedstawiciele danego zawodu powinni, a jak nie powinni postępować” (Lazari-Pawłowska, 1969, s. 58). Międzynarodowy Kodeks ESOMAR (2016) odwołuje się do stosowania trzech fundamentalnych zasad obowiązujących podczas prowadzenia badań. Badacz zbierający dane osobowe uczestników winien udzielić badanemu rzetelnych informacji dotyczących zakresu gromadzonych informacji, celu badania oraz odbiorców, którym mają być one udostępnione. Druga z zasad obowiązuje badacza do zabezpieczenia danych przed nieupoważnionym dostępem oraz nie ujawniania ich bez zgody uczestników. Ostatnia z kluczowych zasad nakazuje badaczowi, by zawsze działał dla dobra badanego i nie podejmował działań, które mogłyby zaszkodzić reputacji lub przyczynić się do jakiegokolwiek uszczerbku badanego.

Warto przeanalizować dylematy etyczne, które towarzyszą badaczowi podczas realizowania badań przy wykorzystaniu wywiadu fokusowego. Procedura prowadzenia wywiadu fokusowego jest bardziej skomplikowana i wymagająca od badacza szczególnej dbałości o kwestie etyczne, porównując tę technikę z innymi czynnościami gromadzenia danych (tj. wywiadem swobodnym lub

ankietą). Dylematy te odnoszą się zarówno do samych badanych, jak również badacza i jego roli w procesie badawczym. Jedną z najistotniejszych kwestii podczas prowadzenia wywiadu fokusowego jest uzyskanie świadomej zgody badanych na udział w procedurze. Zgodnie z Raportem belmockim „w procesie uzyskiwania świadomej zgody można wyróżnić trzy znaczące elementy: informację, rozumienie i dobrowolność” (Galewicz, 2018, s. 75). Mając na uwadze powyższe wytyczne, obowiązkiem badacza jest przekazanie badanemu wszelkich informacji o badaniu, które mogłyby wpłynąć na podjęcie decyzji o udziale bądź rezygnacji z udziału w badaniu, tj. o warunkach prowadzenia, metodzie, celu, spodziewanych korzyściach oraz niebezpieczeństwach (m.in. emocjach, których badany doświadcza podczas rozmów). Zgoda badanego na udział w wywiadzie grupowym nie powinna ograniczać się jedynie do procesu gromadzenia danych, ale także obejmować aspekty archiwizowania i publikowania danych (Rogowski, 2019). Podczas przekazywania informacji o badaniu badacz powinien upewnić się, że uczestnik właściwie zrozumiał przekazywane treści i jest świadomy ryzyka udziału w badaniu. Szczególne znaczenie podczas wyrażania świadomej zgody na udział w wywiadzie przypisuje się dobrowolności. Niedopuszczalne jest bowiem stosowanie jakichkolwiek form przymusu czy manipulacji w celu uzyskania zgody na udział w badaniu. Ponadto uczestnik ma możliwość odmowy i rezygnacji z udziału w badaniu podczas całego procesu zbierania danych, jak również po jego zakończeniu. Kolejnym istotnym wymogiem podejmowanych badań jest zapewnienie badanym poufności i anonimowości. „Proces anonimizacji jest więc szczególnym wyzwaniem, podczas którego musimy bezustannie sobie przypominać, że badani mogą rozpoznać siebie w naszych analizach, jednak inni nie powinni mieć takiej możliwości” (Mizelińska i in., 2018, s. 82). Kluczową kwestią, o jaką powinien zadbać badacz, jest także właściwe zabezpieczenie notatek, nagrań audiowizualnych i dokumentów, by nie zostały one udostępnione osobom do tego nieupoważnionym.

Wywiad fokusowy jest znacznie bardziej inwazyjny w porównaniu z innymi typami wywiadów. Realizując go, badacz może wywołać zmiany w obszarze poglądów i opinii, które w dłuższej perspektywie mogą przyczynić się do zmian w zakresie samooceny badanych. „Wbrew utrzymywanemu w pozytywistycznym wzorze założeniu o neutralności stosowanych narzędzi badawczych, ingerują one w społeczny i psychiczny świat respondenta (badanego). [...] Stawiając zagadnienie nieco inaczej, chodzi o to, że sytuacja po badaniu nie jest już taka sama jak przed badaniem” (Rostocki, 1992, s. 84). Konsekwencje udziału w wywiadzie fokusowym mogą być bardziej znaczące dla badanych, zarówno w pozytywnym, jak i negatywnym kontekście. Uświadomienie sobie własnych trudności, niepowodzeń, z którymi mierzy się badany, w zestawieniu z kontrastowym doświadczeniem innych uczestników, może wywołać poczucie niespełnienia czy nawet porażki. Badacz staje więc w obliczu trudnego zadania, jak „sprawić, żeby różnice pomiędzy badanymi nie zaciążyły na ich samopoczuciu i nie spowodowały na przykład wycofania się z dyskusji” (Lisek-Michalska, 2013, s. 162). Kolejną kłopotliwą kwestią badań fokusowych jest obawa badanych przed tym, jak zostaną oni odebrani przez pozostałych uczestników badania oraz moderatora. Na badaczu spoczywa więc trudne zadanie stworzenia pozytywnej atmosfery,

sprzyjającej dyskusji grupowej i budującej charakter spotkania. Nie może on generować postaw lękowych i wycofania się z dyskusji. Kolejnym zadaniem, jakie stoi przed moderatorem, to właściwy dobór uczestników do badań. Badacz ma bowiem na uwadze dobro badanych oraz obowiązek zapewnienia komfortu podczas wywiadu grupowego. W związku z powyższym ważnym aspektem jest uwzględnienie podobieństwa badanych podczas zapraszania ich do udziału w wywiadzie. Jeszcze inną ważną kwestią w prowadzeniu wywiadu grupowego jest zaangażowanie intelektualne i emocjonalne moderatora oraz wysiłek, jaki towarzyszy mu podczas prowadzonej sesji fokusowej. Często zdarza się, że moderator staje w obliczu poglądów kompletnie sprzecznych z jego własnymi. Nie może sobie jednak pozwolić na komentowanie czy też krytykowanie opinii uczestników, co jest dla niego istotnym dyskomfortem (Lisek-Michalska, 2013).

Podczas prowadzenia wywiadu grupowego badacz mierzy się w wieloma dylematami, które w mniejszym zakresie pojawiają się w badaniach z użyciem innych metod badawczych. Zaniedbanie ważnych pod względem etycznym kwestii może w znaczący sposób przyczynić się, już na etapie planowania procedury badawczej, do pojawienia się błędów o charakterze metodologicznym, odczuwania dyskomfortu przez badanych i badacza, a także obniżyć jakość i wiarygodność pozyskanych danych.

Wywiad fokusowy z udziałem przedstawicieli instytucji pomocowych dla rodzin z problemem alkoholowym

Zrealizowany przez badaczki wywiad fokusowy z przedstawicielami instytucji pomocowych dla rodzin z problemem alkoholowym stanowił jedną z części szerszego projektu badawczego¹ dotyczącego znaczenia rodziny w systemie wsparcia społecznego oraz pomocy osobom z problemem alkoholowym. Wstępna analiza oraz interpretacja pozyskanego wcześniej materiału empirycznego (wywiady narracyjne z rodzicami i swobodne z przedstawicielami instytucji) w ramach realizowanego projektu badawczego przyczyniła się do wyłonienia istotnych kategorii, będących punktem wyjścia dla zaprojektowania procedury badawczej wywiadu fokusowego. Przedmiotem badań uczyniono więc doświadczenia przedstawicieli profesji społecznych, na co dzień włączających w swoje działania zawodowe rodziców dorosłych dzieci uzależnionych od alkoholu. Badaczki, celowo zapraszając do wywiadu grupowego przedstawicieli różnych instytucjonalnych form wsparcia, zamierzały stworzyć przestrzeń do dyskusji oraz wymiany doświadczeń badanych, która na etapie analizy umożliwiła zrekonstruowanie strategii pracy

¹ W badaniach wykorzystano metodologię teorii ugruntowanej, aby zrekonstruować proces stania się rodzicem dorosłego dziecka z problemem alkoholowym. Ramy teoretyczne projektu badawczego wyznaczały założenia interakcjonizmu symbolicznego, tym samym perspektywą poznawczą uczyniono paradygmat interpretatywny (Hałas, 2006). Pozyskany materiał empiryczny został poddany analizie w zespole badawczym. Celowo zastosowana triangulacja badaczek oraz danych pochodzących z wywiadów narracyjnych oraz swobodnych umożliwiła pogłębioną analizę.

z rodzicem dorosłego dziecka z problemem alkoholowym. Wyjątkowo interesujące dla badaczek były prezentowane przez uczestników style pracy, punkty styczne oraz kontrasty wyróżniające przedstawicieli różnych instytucji pomocowych.

Inspiracją do podjętych rozważań były doświadczane przez autorki dylematy oraz trudności o charakterze metodologicznym, etycznym oraz organizacyjnym, które pojawiały się w trakcie przygotowania i realizowania procedury badawczej wywiadu grupowego.

Przyglądając się prezentowanym w literaturze różnym podejściom prowadzenia wywiadu fokusowego, zauważono, że wszystkie były spójne co do porządku jego realizacji (zob. Lisek-Michalska, 2002, 2013; Barbour, 2011). Etap projektowania badania okazał się niezwykle istotny dla samego przebiegu wywiadu fokusowego. Zagwarantowanie uczestnikom komfortowych warunków lokalizacyjnych, bezpiecznej przestrzeni do wymiany doświadczeń, uprzednie zadbanie o wyposażenie techniczne, przygotowanie scenariusza oraz koncepcji badań pozwoliło uniknąć trudności pojawiających się na etapie realizacji. Biorąc pod uwagę fakt, że zaproszeni uczestnicy pochodzili z terenu całej Polski, badaczki świadomie podjęły decyzje o realizacji wywiadu grupowego w dniu konferencji naukowej², w której brała udział znaczna część przedstawicieli instytucji pomocowych.

W pierwszym etapie przygotowania procedury badawczej autorki podjęły próbę opracowania scenariusza wywiadu fokusowego obejmującego trzy główne obszary tematyczne: doświadczenia w pracy z rodzicem dorosłego dziecka z problemem alkoholowym (dylematy, trudności, inicjacja kontaktu, osobisty model pracy, wartości); współpraca przedstawicieli różnych form pomocowych (sieć komunikacyjna, spotkania interdyscyplinarne) oraz proponowane modyfikacje oraz sygnalizowane potrzeby i oczekiwania w stosunku do obecnych rozwiązań systemowych w zakresie wsparcia rodzin z problemem alkoholowym.

Następnie badaczki przystąpiły do rekrutowania, czyli zapraszania potencjalnych uczestników wywiadu fokusowego. Planowały pozyskać po 10 uczestników do dwóch sesji fokusowych, czyli łącznie 20 osób. List zapraszający skierowany został do przedstawicieli praktyki terapeutycznej oraz różnych instytucji, takich jak: sądy, MOPS, GOPS, PCPR, Policja, szpitale. Duży przekrój uczestników był celowym działaniem, zakładającym poznanie różnych perspektyw pracy z rodziną z problemem alkoholowym. Obawiając się odmowy, badaczki świadomie zwiększyły liczbę zaproszonych, wysyłając list do ponad 30 przedstawicieli. W rezultacie udało się pozyskać zgodę od 9 osób, osiągając oczekiwaną różnorodność. Kolejne kroki przygotowań dotyczyły organizacji: sali konferencyjnej z okrągłym stołem, sprzętu rejestrującego (tj. kamera oraz dyktafon) oraz próby technicznej. Należy wspomnieć o triangulacji, którą badaczki zastosowały celowo dla osiągnięcia szerszej perspektywy analitycznej. Podczas etapu projektowania procedury badawczej oraz realizacji wywiadu grupowego były zaangażowanego dwie badaczki, natomiast do ostatniego etapu analizy został włączony cały zespół

² Wywiad fokusowy odbył się podczas Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Rodzina w systemie wsparcia społecznego i pomocy osobom z problemem alkoholowym”, pod patronatem Rektora Uniwersytetu Łódzkiego – prof. dr hab. Antoniego Różalskiego. Konferencja odbyła się w Łodzi 23.04.2019 r.

realizujący projekt badawczy „Rodzina w systemie wsparcia społecznego i pomocy osobom z problemem alkoholowym. Badania biograficzne z udziałem rodziców (dorosłych) dzieci uzależnionych od alkoholu”.

Refleksje badaczek

Poddając refleksji zrealizowane badania fokusowe z udziałem profesjonalistów na co dzień pracujących z rodzinami z problemem alkoholowym, wyłoniłyśmy dwa typy trudności (tj. zewnętrzne oraz wewnętrzne), które pojawiły się podczas projektowania oraz realizacji procedury badawczej, a także analizy pozyskanego materiału empirycznego. Pierwszy typ doświadczanych trudności jest w wielu przypadkach niezależny od badaczy oraz nieprzewidywalny, ulokowany w czynnikach zewnętrznych. Drugi typ problemów, które pojawiły się w trakcie realizacji wywiadu fokusowego, pochodzą z dylematów (wewnętrznych) towarzyszących autorkom. Warto zaznaczyć, że doświadczane trudności nie świadczą o niekompetencji badaczek, wręcz przeciwnie – świadomość doświadczanych przeszkód umożliwia szybką oraz skuteczną reakcję na pojawiające się podczas badania problemy. Trudności wewnętrzne mają specyficzny charakter, ponieważ są efektem interakcji z uczestnikami badania.

Efektem doświadczanych dylematów były reakcje na sposoby radzenia sobie badaczek z przeszkodami. Przede wszystkim zdecydowały się na modelowanie wywiadu w zespole, który składał się z dwóch badaczek. O wyborze dwuosobowego zespołu badawczego pisze Burman, Butchelor oraz Brown (zob. 2001), wskazując na zalety takiego rozwiązania. Przede wszystkim można wykorzystać potencjał oraz kompetencje członków zespołu, podzielić się obowiązkami oraz wnieść dyskusje na wyższy poziom, dzięki temu, że badaczki wzajemnie się wspierają i uzupełniają. Postępując zgodnie z wymogami etyki, badaczki starały się pozyskać świadomą zgodę potencjalnych uczestników na udział w badaniu. Mając to na uwadze, rzetelnie przedstawiły cel badania, zaprezentowały metodę oraz przedstawiły korzyści płynące z zaangażowania w badanie. Poinformowały także o sposobie rejestrowania wywiadu w postaci nagrania audiowizualnego oraz możliwości sporządzania przez nie notatek. Szczególnie informacja dotycząca nagrywania wywiadu przy użyciu dyktafonu oraz kamery wzbudziła wśród badanych niechęć do udziału w dyskusji i w konsekwencji mogła przyczynić się do odmowy części badanych. Profesjonaliści komunikowali również obawy przed ujawnieniem własnych poglądów i opinii w kwestii pomocy rodzinom z problemem alkoholowym, a także niechęć do konfrontacji z doświadczeniem innych uczestników badania. Jednym z dylematów odczuwanych przez badaczki było wstępne założenie realizacji dwóch wywiadów w dniu konferencji. Lisek-Michalska (2013, s. 169) uważa bowiem, że „dla moderatora zaangażowanego w projekt prowadzenie sesji fokusowej jest bardzo intensywnym wysiłkiem intelektualnym i psychicznym”. Badaczki zweryfikowały więc (jeszcze na etapie przygotowań) powyższy plan, zakładając możliwość zbyt dużego obciążenia emocjonalnego dla nich samych. W wyniku refleksji oraz odmowy części profesjonalistów udziału w badaniu

zrealizowały jeden wywiad focusowy w dniu konferencji. Finalnie pozyskano więc do badań 9 uczestników, którzy świadomie wyrazili chęć udziału w wywiadzie, co potwierdzili, wyrażając pisemną zgodę na udział w badaniu, nagrywanie i transkrypcję. Realizatorki badań założyły, że atmosfera konferencji wzmocni wśród badanych poczucie powagi poruszanych kwestii oraz będzie dla nich czynnikiem potwierdzającym ich umiejętności i kompetencje jako profesjonalistów w pracy z rodzinami z problemem alkoholowym. Uwzględniając założenie badaczek dotyczące pozyskania danych od ekspertów z całej Polski oraz stwarzając badanym dogodne warunki, badaczki zastosowały zabieg jednorazowego angażowania uczestników. Kolejną obawą, z którą musiały zmierzyć się badaczki była relacja badacz – badany. Moderatoroki wywiadu fokusowego podczas konferencji występowały w podwójnej roli naukowca i realizatora badań, co mogło przekładać się na stworzenie określonej atmosfery spotkania. Ostatecznie badani sygnalizowali pozytywny odbiór chęci współpracy środowiska naukowego z ekspertami w celu rozwiązywania ważnych problemów społecznych.

Jak wspomniano wcześniej, szczególną trudnością, przed którą stanęły moderatoroki, już podczas realizacji wywiadu w dniu konferencji, było poradzenie sobie ze świadomością badanych, że spotkanie jest rejestrowane w wersji audiowizualnej. Zupełnie spontanicznym, ale skutecznym rozwiązaniem okazało się umieszczenie kamery w szczytce pomieszczenia, gdzie urządzenie było wręcz niewidoczne. Jeżeli chodzi o dyktafon, który leżał na stole, sprawdziło się przykrycie go pojedynczą białą kartką. Dźwięk nie stracił na jakości, a badani, nie widząc urządzenia, zapomnieli, że spotkanie jest rejestrowane. Analizując wybraną literaturę przedmiotu, zauważa się trwającą debatę na temat nagrywania oraz transkrybowania dyskusji grupowej za pomocą sprzętu elektronicznego. O ile niezbędny okazuje się dyktafon, o tyle użycie kamery jest wątpliwe i czasami może zakłócić badanie. Nagrania video „mogą zwiększyć dyskomfort lub samoświadomość uczestników, dochodzą do tego trudności z zachowaniem anonimowości, wyzwania logistyczne związane z ustawieniem kamer, ograniczona zdolność uchwycenia wszystkich uczestników na taśmie oraz limit osób, których dyskusję można zarejestrować” (Borbour, 2011, s. 130–131). Opisywane powyżej dylematy towarzyszyły badaczkom podczas projektowania badania, aczkolwiek podjęły decyzję o włączeniu kamery do sprzętu rejestrującego z obawy przed tym, że nagranie audio może być niewystarczające do zidentyfikowania uczestników, co było niezbędne dla analizy wygenerowanych danych. Przygotowując się do realizacji wywiadu, badaczki miały również świadomość podejmowania w dyskusji grupowej drażliwego tematu, który mógłby wiązać się z ujawnieniem sposobów pracy ekspertów z określonej instytucji pomocowej, a z drugiej strony zdradzać pewne wady systemu, instytucji czy samych badanych. Konsekwencją tego mogłaby być niechęć badanych do podejmowania dyskusji i otwartego wyrażania własnych poglądów. Obawy badaczek dotyczyły także możliwości wystąpienia z jednej strony konfliktów, a z drugiej prezentowania zbyt dużej zgody w poglądach uczestników wywiadu. Zakładając możliwość wystąpienia takiej sytuacji, moderatoroki rzetelnie przygotowały awaryjny scenariusz wywiadu, uwzględniając w nim zarówno kwestie aktywizujące dyskusję badanych oraz podkreślające spójność podejmowanych przez profesjonalistów strategii w pracy z rodzinami osób z problemem

alkoholowym. Trudności dotyczące drażliwego tematu (problemu alkoholowego) spowodowały, że na początku uczestnicy przyjęli bardzo ostrożną postawę wobec pytań (niepożądana „rundka szkolna”, nie było rozmowy, tylko odpowiedzi), które zadawały moderatorki. Pomimo zaprojektowanego scenariusza oraz obszarów tematycznych badaczki musiały reagować na bieżąco, podążając za rozmową badanych. Istotnym (przełomowym) punktem okazało się odstępianie autorek od zaplanowanego szkicu i zadanie pytania o „ICH” perspektywę pracy z rodzicami dorosłych dzieci z problemem alkoholowym. Odwołanie się do osobistych doświadczeń zawodowych spowodowało, że zaczęły się wyłaniać podobieństwa i kontrasty wyróżniające przedstawicieli różnych instytucji pomocowych. Zastosowanie takiego zabiegu było początkiem dyskusji, która przebiegała w bezpiecznej i przyjemnej atmosferze. Kolejnym obszarem generującym trudności okazała się kontrola przebiegu dyskusji, która w momencie osiągnięcia pełnej swobody przez uczestników zaczęła przypominać superwizję. Ten moment był niezwykle trudny dla badaczek, ponieważ towarzyszyło im poczucie degradacji i dyskwalifikacji. Jedynym sposobem, który wtedy wydawał się trafny i racjonalny, było uprzejme upominanie i przypominanie o celu spotkania oraz głównym temacie dyskusji. W rezultacie zrealizowane wywiady fokusowe dostarczyły bogaty materiał empiryczny, otwierając nowe przestrzenie analityczne.

Podsumowanie

Zrealizowane badanie fokusowe z przedstawicielami instytucji pomocowych dla rodzin z problemem alkoholowym stanowiły jedną z części szerszego projektu badawczego dotyczącego znaczenia rodziny w systemie wsparcia społecznego oraz pomocy osobom z problemem alkoholowym. Wstępna analiza oraz interpretacja pozyskanego wcześniej materiału empirycznego (wywiady narracyjne z rodzicami i swobodne z przedstawicielami instytucji) przyczyniła się do zaprojektowania procedury badawczej wywiadu fokusowego, do którego zaproszono profesjonalistów, przedstawicieli instytucji pomocowych, takich jak: MOPS, GOPS, Policja, szpitale, gabinety terapeutyczne, sąd, PCPR.

Celem powyższych rozważań była refleksja nad dylematami o charakterze etyczno-metodologicznym, których doświadczyły badaczki w trakcie realizacji badań fokusowych, a także zaprezentowanie sposobów radzenia sobie z pojawiającymi się trudnościami. Odwołując się do założeń teoretycznych, badacze decydujący się na wybór badań fokusowych, powinni mieć świadomość potencjalnych zagrożeń oraz dylematów towarzyszących realizatorom. Poddając refleksji zrealizowane badania z udziałem profesjonalistów na co dzień pracujących z rodzinami z problemem alkoholowym, wyłoniono dwa typy trudności (tj. zewnętrzne oraz wewnętrzne), które pojawiły się podczas projektowania oraz realizacji procedury badawczej. Pierwszy typ doświadczanych trudności jest w wielu przypadkach niezależny od badaczy oraz nieprzewidywalny, ułożony w czynnikach zewnętrznych (niechęć uczestników, odmowy, redukcja grupy, prawno-etyczne aspekty związane ze zgodą na udział w badaniu). Drugi typ problemów, które

pojawiały się w trakcie realizacji wywiadu fokusowego, pochodzą z dylematów (wewnętrznych) towarzyszących autorkom (trudności, które często pojawiają się w trakcie wywiadu grupowego, tak samo nieprzewidywalne, ale będące efektem interakcji z uczestnikami, jak: oswojenie z nagrywaniem spotkania, kontrola przebiegu, trafne pytanie inicjujące). Uzasadnieniem dla wyboru wywiadu grupowego było stworzenie (osiągnięcie) atmosfery sprzyjającej wymianie doświadczeń przedstawicieli różnych instytucji. Pomimo doświadczanych trudności metoda wywiadu grupowego okazała się trafnym wyborem, ponieważ umożliwiła profesjonalistom podjęcie swobodnej dyskusji, podczas której ujawniły się wcześniej nieanalizowane przestrzenie problemowe, istotne dla codziennej pracy z rodzinami z problemem alkoholowym. Pomimo opracowanego wcześniej scenariusza zaangażowanie uczestników spowodowało, że dyskusja biegła swoim, niewymuszonym tempem, a pytania zawarte w scenariuszu stanowiły jedynie obszary tematyczne, które służyły badaczkom bardziej jako „narzędzie pomocnicze” porządkujące przebieg badania.

Bibliografia

- Babbie E. (2013), *Podstawy badań społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Barbour R. (2011), *Badania fokusowe*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Bohnsack R. (2004), *Dyskusja grupowa – teoria i praktyka rekonstrukcji kolektywnych wzorów orientacji*, [w:] S. Krzychała (red.), *Spoleczne przestrzenie doświadczenia. Metoda interpretacji dokumentarnej*, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej Edukacji TWP we Wrocławiu, Wrocław, s. 36–48.
- Drapikowska B., Palczewska M. (2013), *Zogniskowany wywiad grupowy oraz techniki projekcyjne jako przykłady jakościowych empirycznych metod badawczych stosowanych w naukach społecznych*, „Obronność – Zeszyty Naukowe Wydziału Zarządzania i Dowodzenia Akademii Obrony Narodowej” 3(7), s. 71–86.
- Galewicz W. (2018), *Raport belmoncki: Etyczne zasady i wytyczne dotyczące badań z udziałem ludzi*, „Narodowa Komisja Ochrony Osób Uczestniczących w Badaniach Biomedycznych i Behawioralnych (USA)”, https://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0007/81394/raport_belmoncki_galewicz.pdf (data dostępu: 14.06.2019), s. 69–82.
- Hałas E. (1994), *Obywatelska socjologia szkoły chicagowskiej. Charles H. Cooley, George H. Mead, Herbert Blumer*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin.
- Hałas E. (2016), *Refleksyjny podmiot w świecie społecznym. O paradygmacie i założeniach socjologii interpretacyjnej*, „Roczniki Nauk Społecznych” 44(4), s. 35–50.
- Kidd P., Parshall M. (2000), *Getting the focus and the group enhancing analytical rigor in focus group research*, „Qualitative Health Research” 19(3), s. 293–308.
- Kodeks etyki pracownika naukowego* (2017), PAN, Warszawa https://instytucja.pan.pl/images/2016/komisja_etyki/Kodeks_etyki_pracownika_naukowego_-_wydanie_II_-_2016_r.pdf (data dostępu: 14.06.2019).
- Konecki K. (2000), *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Krueger R.A. (1988), *Focus Groups*, Sage, Newbury Park, Ca.
- Lazari-Pawłowska I. (1969), *Etyka zawodowa*, „Etyka” 4, s. 58–90.
- Lisek-Michalska J. (2002), *Focus – sztuka czy metoda*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1, s. 311–326.
- Lisek-Michalska J. (2013), *Badania fokusowe. Problemy metodologiczne i etyczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.

- Litosseliti L. (2005), *Using focus groups in research*, MPG Books Ltd., Bodmin, Cornwall.
- Międzynarodowy Kodeks Badań Rynku i Opinii, Badań Społecznych i Analityki Danych ICC/ESOMAR (2016), http://www.ofbor.pl/public/File/Międzynarodowy_Kodeks_Badan_Rynku_i_Badan_Spoecznych.pdf (data dostępu: 14.06.2019).
- Mizielińska J. i in. (2018), *Dylematy etyczne w badaniu pary intymnej. Doświadczenia z pracy badawczej*, „Studia Socjologiczne” 3(230), s. 71–100.
- Morgan D. (1997), *Focus groups as qualitative research*, Sage, Newbury Park, Ca.
- Murphy B. (1992), *Focus groups in health research*, „Health Promotion Journal of Australia” 2, s. 37–40.
- Piotrowski A. (1998), *Ład interakcji: studia z socjologii interpretatywnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Rogowski Ł. (2019), *Etyczne dylematy badań biograficznych z wykorzystaniem fotografii: perspektywa badaczy i badanych*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” XV(2), s. 58–75.
- Rostocki W.A. (1992), *Bezradny respondent. Trudność pytań w wywiadzie kwestionariuszowym*, Instytut Socjologii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Rushkoff D. (2005), *Get back in the box: innovation from the inside out*, Collins, New York.
- Wodak R. i in. (2009), *The discursive construction of national identity*, Edinburgh University Press, Edinburgh.

Abstract

The aim of the article is to reflect on the ethical and methodological dilemmas experienced by researchers during planning and implementation of focus studies with representatives of the institutional support system for families with alcohol problems. The first part includes the main theoretical assumptions concerning the implementation of focus studies, pointing to the variety of approaches, doubts and dilemmas resulting, among others, from the status of the methodological examination of the focus group, elements of the research procedure, ethics, selection of participants, the analysis of the collected empirical material, the role of the moderator, the selection of space and the method of registration of the study. In the subsequent methodological part, the researchers presented the detailed course of the research procedure, which provides an introduction for the third and final analytical part, in which the authors present dilemmas, as well as ways of dealing with methodological constraints, simultaneously indicating the potential and opportunities related to focus tests. The focus interview carried out by the researchers with representatives of support institutions for families with alcohol problems was part of a wider research project.

The article is a result of a project titled “Family in the system of social support and help for people with alcohol problems. Biographical research with the participation of parents of adult children addicted to alcohol” carried out as the following task: “Supporting scientific research in the area of problems resulting from the use of alcohol”. The project conducted by the research team from the Special Pedagogy Laboratory at the Faculty of Education Sciences is financed by the Gambling Problem Solving Fund, as part of the National Health Program for the years 2016–2020.

Keywords: qualitative research, focus interview, ethical dilemmas, methodological problems, social research

Wybrane trudności w badaniach terenowych i sposoby (zaistniałe i możliwe) zabezpieczania się przed nimi na przykładzie badań z udziałem rodziców dorosłych dzieci uzależnionych od alkoholu oraz przedstawicieli instytucji leczenia i wsparcia społecznego

Selected difficulties in field studies and ways (existing and possibly) to protect against them on the example of research involving parents of adult children addicted to alcohol and representatives of treatment and social support institutions

Abstrakt

Celem artykułu jest ukazanie wybranych trudności, które pojawiały się podczas badań z udziałem rodziców dorosłych dzieci uzależnionych od alkoholu oraz przedstawicieli instytucji pomocowych dla rodzin z wyżej wymienionym problemem. W artykule przedstawiono również sposoby (zaistniałe i możliwe) radzenia sobie ze wspomnianymi ograniczeniami. Przedmiotem moich rozważań są trudności, które wynikały ze specyfiki wykorzystanej metodologii badań (metodologia teorii ugruntowanej), a także z charakteru badanego zjawiska społecznego. Był nim proces „stawania się” rodzicem dorosłego dziecka uzależnionego od alkoholu oraz doświadczenia towarzyszące temu procesowi. Poruszone zagadnienia stanowią refleksje własne autorki będące wynikiem przeprowadzonych zespołowo wywiadów narracyjnych z rodzicami dorosłych osób uzależnionych od alkoholu oraz wywiadów swobodnych z przedstawicielami instytucji leczenia i wsparcia społecznego.

Słowa kluczowe: trudności, metodologia teorii ugruntowanej, wywiad, rodzice, uzależnienie od alkoholu

Wprowadzenie

Analizując literaturę przedmiotu, można zauważyć, że w dyskursie naukowym jest niewiele pozycji dotyczących sytuacji rodziców osób dorosłych uzależnionych od alkoholu (Szczepanik i Okólska, 2018). Badania naukowe, które poruszają tematykę związaną z uzależnieniem od alkoholu w kontekście rodziny, dotyczą głównie dzieci (w tym przeważnie dorosłych dzieci) oraz żon bądź partnerek życiowych osób mających problem alkoholowy (por. Scharf i in., 2004; Leadley, Clark i Caetano, 2000; Tsirigotis i Gruszczyński, 2001; Grzegorzewska

i Cierpiałkowska, 2015). Rodzice pojawiają się jedynie jako członkowie większej grupy określanej jako „bliscy krewni” osób uzależnionych od alkoholu (por. Orford i in., 2017).

Co więcej, analiza literatury przedmiotu badań pozwoliła stwierdzić, że były realizowane również badania, które dotyczą sytuacji rodziców dorosłych osób uzależnionych, ale od narkotyków i innych substancji psychoaktywnych (por. Zucker, 2015; Dion, 2014). Stanowiło to punkt wyjścia do badań realizowanych przez zespół Pracowni Pedagogiki Specjalnej na Wydziale Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Łódzkiego w ramach projektu naukowego pt. „Rodzina w systemie wsparcia społecznego i pomocy osobom z problemem alkoholowym. Badania biograficzne z udziałem rodziców (dorosłych) dzieci uzależnionych od alkoholu”. Projekt realizowano jako zadanie tematu „Wspieranie badań naukowych w obszarze problemów wynikających z używania alkoholu”. Celem badań było zrekonstruowanie swoistego procesu „stawania się” rodzicem (dorosłego) dziecka z problemem alkoholowym, tj. nabywania określonej roli społecznej (z całym jej bagażem oczekiwań społecznych oraz kulturowych powinności, nakazów i norm wynikających z rodzinnych więzi). W badaniach wykorzystano metodologię teorii ugruntowanej. Zostały przeprowadzone wywiady biograficzne (por. Kaźmierska, 2004; Szczepanik, 2015) z rodzicami oraz wywiady swobodne z przedstawicielami instytucji (por. Konecki i in., 2012).

Ramy teoretyczne w badaniach z udziałem rodziców dorosłych dzieci uzależnionych od alkoholu wyznaczały założenia interakcjonizmu symbolicznego, a co za tym idzie perspektywę poznawczą stanowił paradygmat interpretacyjny (Hałas, 2006). Wybór orientacji jakościowej w badaniach naukowych był podyktowany faktem, że dostarcza ona możliwości analizy fragmentów rzeczywistości społecznej w sposób nieuchwytny dla podejścia ilościowego (Glaser i Strauss, 2009; por. Michel, 2016). Metodologia teorii ugruntowanej to zbiór określonych procedur badawczych, które pozwalają na zrekonstruowanie fragmentu rzeczywistości społecznej przejawiającej się jako proces (Konecki, 2000). Jednocześnie stawiają one przed badaczem swoje wymagania, ale dzięki tym procedurom można odtworzyć proces nabywania konkretnych ról społecznych, określanej w literaturze jako proces „stawania się” (Konecki, 2008; por. Szczepanik, 2015; Ślęzak, 2009). Jednak wykorzystywanie metodologii ugruntowanej i jej procedur rodzi trudności natury metodologicznej i etycznej (Chomczyński, 2006; Charmaz, 2009). Ponadto ich źródłem, pojawiającym się w procesie badawczym, jest samo zjawisko społeczne poddawane analizie. W tym przypadku są to doświadczenia rodziców dorosłych osób uzależnionych od alkoholu wynikające z zaangażowania w rozwiązywanie problemów życiowych dorosłego syna lub córki (por. Męćfal, 2012). Są one związane nie tylko z analizą zdobytego materiału empirycznego, ale także z jego pozyskiwaniem.

W niniejszym opracowaniu zamierzam podjąć próbę przedstawienia wybranych przeze mnie trudności oraz możliwych lub zaistniałych sposobów ich rozwiązywania, jakie pojawiały się na drodze realizacji badań z udziałem rodziców dorosłych osób uzależnionych od alkoholu oraz przedstawicieli instytucji wsparcia osób i rodzin z problemem uzależnienia od alkoholu. Ze względu na procedurę

badawczą oraz przedmiot badań trudności, które wskażę, mają charakter metodologiczny i etyczny, a także związane są z samą organizacją procesu badawczego (por. Męćfal, 2016).

Trudności pojawiające się na drodze procesu badawczego

Pierwszy problem, który pojawił się przy gromadzeniu materiału empirycznego, był związany z pozyskiwaniem kontaktów do rodziców, którzy mogliby ze względu na swoje doświadczenia udzielić wywiadu biograficznego. Biorąc pod uwagę fakt, że w dyskursie naukowym jest tak niewiele badań z udziałem rodziców dorosłych osób uzależnionych od alkoholu (Szczepanik i Okólska, 2018), wydawać by się mogło, że nie będzie problemu z dotarciem do takich osób. Dodatkowo należy pamiętać o tym, że do tej pory w Polsce nikt nie przeprowadzał takich badań. Podstawową metodą pozyskiwania kontaktów do „informatörów” była metoda „kuli śnieżnej” (*snowball sampling*) (Babbie, 2004). Polega ona na nielosowym doborze rozmówców, w której osoba udzielająca wywiadu podaje kontakt do kolejnej. W przypadku omawianych badań metodę wykorzystywano przy rozmowach z instytucjami pomocowymi, w których organizowano na przykład grupy wsparcia dla rodziców osób uzależnionych od alkoholu. Innym sposobem, wykorzystującym wspomnianą metodę, był kontakt z terapeutami, kuratorami, pracownikami socjalnymi, którzy udzielali wywiadów swobodnych. Działo się to na zasadzie pozostawienia formularza informacyjnego dla rodziców. Jednak ani jedna, ani druga forma nie przyniosła spodziewanych rezultatów, czyli nie dostarczyła przewidywanej grupy kontaktów do rodziców. Nie dlatego, że rodzice dorosłych dzieci uzależnionych od alkoholu nie korzystają z pomocy instytucji formalnych. Za powód odmowy część rodziców podaje, że nie chce udzielać wywiadów, w których mieliby opowiadać o swoich trudnych doświadczeniach ze swoimi dorosłymi synami czy córkami, którzy mają problem alkoholowy. Wskazywali oni na poczucie wstydu lub niechęć przed powracaniem do przykrych wspomnień (por. Pawłowska, 2012).

Kolejnym sposobem docierania do rodziców były rozmowy badaczy w prozaicznych sytuacjach codziennych. Często w sposób przypadkowy nakierowują one na kontakt z osobami, które mogłyby wziąć udział w badaniach (na przykład czekanie w kolejce u lekarza, gdzie ktoś obcy wspomina, że ma kontakt z takim rodzicem albo sam nim jest). O ile sytuacje z udziałem osób nieznajomych badaczowi są neutralne, o tyle docieranie do osób mogących udzielić wywiadu za pośrednictwem osób znanych rodzi wątpliwości etyczne. Ostatecznie okazuje się, że jest to sposób mało skuteczny w dotarciu do „informatörów” lub tworzy niesprzyjającą barierę między badaczem a osobą udzielającą wywiadu. W ostateczności może to doprowadzić do ukrycia pewnych informacji, które są znaczące przy analizie materiału empirycznego (por. Dzwonkowska-Godula i Stempień, 2014). Innym powodem odmowy rodziców może być poczucie wstydu, w tym przypadku przed osobami znajomymi, a szczególnie w małych miejscowościach i wsiach, nawet jeśli tylko kontakt został przekazany przez osobę

znajomą. W wywiadach zwracali na to uwagę przedstawiciele instytucji pomocowych, szczególnie małych aglomeracji.

Ponadto w docieraniu do „informatorów” zostały wykorzystane portale społecznościowe. Jednak ten sposób okazał się dostarczać głównie kontakty do innej grupy osób niż ta, która była niezbędna do udzielenia wywiadów. Na opublikowaną prośbę o kontakt z rodzicami dorosłych osób uzależnionych od alkoholu przeważnie odpowiadały dzieci uzależnionych od alkoholu rodziców. Natomiast gdy pojawiała się prośba o kontakt z babciami i dziadkami tych dzieci, często nie był on możliwy z powodu śmierci, dalekiego miejsca zamieszkania czy braku relacji z nimi.

Docieranie do rodziców osób dorosłych z problemem alkoholowym nie stanowi jedynego problemu, jeśli chodzi o samą organizację badań. Wywiad narracyjny posiada określone reguły metodologiczne, które należy wcielić w życie, co generuje kolejne trudności. Zdarzają się sytuacje, w których narratorzy, po wstępnej zgodzie na udzielenie wywiadu, wycofują się, gdy pojawia się moment udzielenia zgody na nagrywanie rozmowy dyktafonem (por. Szczepanik, 2012). Do jednej z podstawowych zasad prowadzenia wywiadu narracyjnego należy zapewnienie przez badacza poczucia bezpieczeństwa i anonimowości rozmówcy (Kaźmierska, 2004). Jednak to czasami nie wystarcza. Rozmówca pomimo zapewnienia przez badacza anonimowości oraz wyjaśnienia, na czym polegają procedury anonimizacji (por. Kaźmierska, 2014; Niedbalski i Ślęzak-Niedbalska, 2016), nie chce udzielić zgody na nagrywanie, a jest ona warunkiem zasadniczym w wywiadzie narracyjnym. Jest to zrozumiałe, ponieważ osoba udzielająca wywiadu dostarcza badaczowi informacji o swoim prywatnym życiu. W przypadku rodziców dorosłych dzieci uzależnionych od alkoholu przekazuje informacje o trudnych wydarzeniach z własnego życia. W takich sytuacjach czasami pomaga stworzenie klimatu „zwykłej rozmowy” podczas wywiadu, ponieważ zmniejsza to dystans osoby biorącej udział w badaniach do całej sytuacji (Kaźmierska, 2004; por. Szczepanik, 2012). Polega to na przeprowadzeniu przez badacza krótkiej rozmowy z narratorem na temat zupełnie niezwiązany z treścią wywiadu. Taka rozmowa często powoduje, że osoba, która wycofała zgodę na nagrywanie, ostatecznie jej udziela.

Inna trudność, która pojawiała się w trakcie przeprowadzania wywiadu, już nie tylko z rodzicem, ale także z przedstawicielami instytucji pomocowych dla osób z problemem alkoholowym, to charakter nawiązującej się interakcji pomiędzy badaczem a osobą udzielającą wywiadu (por. Ślęzak, 2018). Podczas przeprowadzania wywiadów z rodzicami u badaczy pojawiała się trudność w postaci pytania: „Jak bardzo można się zagłębić w świat badanych?”. Innymi słowy, w jaki sposób zadawać pytania, jak rozmawiać, by udzielający wywiadu nie poczuł się w trakcie rozmowy niekomfortowo i tak, by nie poruszyć zbyt kłopotliwych czy drażliwych tematów dotyczących jego życia. Składa się na to już sam wybór miejsca, w którym wywiad będzie udzielany – czy w domu narratora, w instytucji pracy badacza, w parku, czy w innym miejscu mniej lub bardziej neutralnym. W prowadzeniu wywiadów z reguły każde miejsce skutkuje pojawieniem się asymetrii w relacji badacz–narrator i ma swoje przełożenie na to, jakich informacji udzieli rozmówca, ponieważ wynika to z jego poczucia komfortu podczas wywiadu (por. Rancew-Sikora i Cymbrowski, 2016). Było to odczuwalnie również w omawianych badaniach.

Trudność związana z tym, jak bardzo badacz może zagłębić się w świat badanych, objawia się również w dodatkowych pytaniach badacza. Zgodnie z etapami prowadzenia wywiadów narracyjnych pytania badacza mogą pojawiać się po dłuższej wypowiedzi narratora będącej odpowiedzią na pytanie inicjujące. Głównie w sytuacjach, gdy badacz ma jakieś wątpliwości lub coś było dla niego niejasne (Kaźmierska, 2004). Można je nazwać pytaniami uzupełniającymi. Badaczowi trudno jest przewidzieć reakcję osoby udzielającej wywiadu na zadane pytanie. Badacz nie wie, czy nie będzie ono na przykład zbyt wnikliwe i zbyt mocno wkraczające w sferę prywatną rozmówcy. Osoba przeprowadzająca wywiad musi być przygotowana na różne reakcje ze strony udzielającej wywiadu.

Problem na płaszczyźnie relacji badacz–rozmówca pojawiał się również w rozumieniu przez „informatora”, kim jest osoba przeprowadzająca wywiad. W wywiadach z rodzicami dorosłych dzieci uzależnionych od alkoholu pojawiały się sytuacje, w których badacz był kolejną osobą na drodze rodzica, która mogłaby udzielić wsparcia, rady czy jakiegoś rodzaju terapii. Pojawiały się więc prośby o pomoc, o działanie, które miałoby przerwać trudną sytuację rodzica wynikającą z uzależnienia dorosłego dziecka. Takie prośby przekładały się na pojawiające się pytanie o charakterze etycznym po stronie badacza – „czyją jestem rzeczniką?”. Czy przeprowadzający wywiad w tej sytuacji reprezentuje instytucję, naukę, projekt? Dlatego w takich momentach badacz musi wykazywać się dużą świadomością celowości realizowanych analiz fragmentu rzeczywistości społecznej, tak by nie pozwolić sobie na przykład na obietnice, które będą bez pokrycia. Oczywiście trzeba pamiętać, by wychodzić naprzeciw zadanemu przez rozmówcę pytaniu. W omawianych badaniach polegało to przynajmniej na udzielaniu informacji, gdzie potrzebujący znajdzie pomoc. To też nie znaczy, że osoby przeprowadzające wywiady z rodzicami nie miały ugruntowanej ich celowości, tylko że w przytoczonych sytuacjach mogą nasuwać się takie pytania, nawet jeśli badacz postępuje zgodnie z procedurą. W końcu należy pamiętać, że osoba przeprowadzająca wywiad nie jest maszyną.

Inaczej natomiast objawiały się trudności w relacji badacz–rozmówca w wywiadach z przedstawicielami instytucji pomocowych. Terapeuci, lekarze, pracownicy socjalni biorący udział w badaniach często używali specjalistycznego słownictwa do opisu prostych sytuacji społecznych, których są uczestnikami. Posługiwali się terminologią książkową przy opisie swojej pracy czy problemów jakich doświadczają ich pacjenci/klienci/podopieczni będący rodzicami dorosłych dzieci uzależnionych od alkoholu. Udzielając wywiadu, specjaliści często argumentowali swoje oddziaływania – znów opierając się o specjalistyczną, książkową, prawną wiedzę. W ten sposób omijali rekonstrukcję sytuacji dotyczących współpracy z rodzicami. Często specjaliści dostarczają informacji, jak jest powszechnie lub jak dyktują przepisy prawne. Wreszcie wypowiedzi przedstawicieli instytucji pomocowych są lakoniczne, zwięzłe, przejawiają nieufność wobec badacza. Tutaj również, podobnie jak przy wywiadach narracyjnych z rodzicami, pojawia się pytanie o to, w jaki sposób osoba udzielająca wywiadu rozumie jego celowość i to czyim rzecznikiem jest badacz – rodzica, prawa, instytucji? Znów należy dodać, że to nie znaczy, że osoby przeprowadzające wywiady w omawianych badaniach nie były świadome celowości wywiadów, tylko że w przytoczonych sytuacjach mogą nasuwać się

takie pytania, przysparzając badaczowi trudności. Nawet jeśli jego działania odpowiadają wymogom procedury badawczej.

W takich sytuacjach badacz może posłużyć się pytaniami pomocniczymi, które mają za zadanie nakierować osobę udzielającą wywiadu na przedmiot zainteresowania badań lub pogłębić kwestie jedynie zasygnalizowane w zbyt pobieżnej odpowiedzi. Z reguły takie działania pomagały podczas przeprowadzania wywiadów z przedstawicielami instytucji pomocowych.

Kolejny problem natury etycznej, który pojawił się w omawianych badaniach, to przeżywanie emocji przez badacza. Osoba udzielająca wywiadu narracyjnego może pozwolić sobie na reakcje emocjonalne, które są naturalnym skutkiem wynikającym z przywoływania własnych doświadczeń, szczególnie gdy są one trudne i przykre. Natomiast badacz musi poradzić sobie z własnymi emocjami, pojawiającymi się w toku usłyszonej historii (Dzwonkowska-Godula i Stempień, 2014). Prowadzący wywiad powinien odpowiednio „zarządzać swoimi emocjami” tak, by móc w toku całego wywiadu świadomie realizować jego cele i etapy. Oznacza to, że czasami, w sytuacjach wzbudzających silne emocje, badacz powinien je kontrolować. Z drugiej strony reakcje emocjonalne badacza nie powinny odbiegać od czystych ludzkich reakcji czy odruchów, ponieważ może to być krzywdzące dla osoby udzielającej wywiadu (Engelking, 2001). Innymi słowy – kontrolowanie emocji przez badacza powinno być jak najbardziej naturalne, ponieważ rozmówca może to odebrać jako brak wrażliwości na tematy, o których on mówi i na jego własne reakcje emocjonalne. Jest to trudna sytuacja w momencie, gdy badacz musi zdecydować czy kontynuować dalej wywiad, czy może pozwolić na odstępstwa wynikające z obciążającej emocjonalnie sytuacji. Decyzja ta wynika i jednocześnie przekłada się na dystans i bliskość pomiędzy osobą udzielającą wywiadu a badaczem, ponieważ decyduje to o tym, czy udzielający wywiad poczuje się na tyle swobodnie w towarzystwie badacza, by faktycznie opowiedzieć o wszystkich swoich doświadczeniach. Na pewno „barierą bezpieczeństwa” dla rozmówcy będzie fakt, że badacz jest dla niego osobą nieznaną, obcą i dodatkowo zobowiązaną utrzymywać tajemnicę zawodową (por. Kaźmierska, 2014; Szczepanik, 2012). Taki dystans jest również pomocny dla samego badacza. Pozwala on przeprowadzającemu wywiad na zachowanie profesjonalnej postawy w sytuacjach, kiedy usłyszana historia jest trudna w odbiorze, co oznacza pojawienie się silnych emocji u badacza na skutek wysłuchania tego, co ma do powiedzenia rozmówca. Znacznie łatwiej jest je kontrolować, gdy osoba udzielająca wywiadu jest dla badacza neutralna.

Przy realizacji wywiadów z rodzicami dorosłych dzieci uzależnionych od alkoholu zdarzały się sytuacje wzbudzające silne emocje. Głównie pojawiały się ze względu na treść opowydanych historii, jak również niespodziewanych i emocjonalnych reakcji ze strony rodziców. Podczas wywiadów zdarzały się sytuacje, w których rodzic płakał, nawet kilkukrotnie w trakcie jednego wywiadu. W badaniach brali również udział rodzice tych dzieci, które w wyniku długotrwałych skutków uzależnienia od alkoholu umierały, bądź popełniały samobójstwo. Badacz przed przeprowadzeniem wywiadu tego nie wiedział. Trudności wynikające z zaangażowania emocjonalnego w historię rodzica udzielającego wywiadu wpływały na analizę materiału empirycznego – wyłaniało się pytanie „jak to opisać?”.

W takich sytuacjach badacz powinien mieć na względzie przede wszystkim dobro osoby udzielającej wywiadu i powinien być świadomy skutków, jakie mogą wywołać jego reakcje na rozmówcę.

Należy także przedstawić trudność wynikającą z wybranej metodologii (metodologia teorii ugruntowanej), która dotyczy decyzji zakończenia gromadzenia materiału empirycznego. W przypadku omawianych badań chodzi o prowadzenie wywiadów z rodzicami oraz przedstawicielami instytucji. Na pewno znaczącą rolę odgrywały plany projektu, w ramach którego realizowano omawiane badania. Należy również pamiętać, że metodologia teorii ugruntowanej składa się z konkretnych procedur, które wyznaczają ściśle określone reguły postępowania badawczego (Glaser i Strauss, 2009; Konecki, 2000). Dyktują one również przesłanki wskazujące na zakończenie gromadzenia materiału empirycznego.

W procedurach metodologii teorii ugruntowanej gromadzenie materiału empirycznego oraz analiza danych są realizowane w schemacie kołowym i powinny być wykonywane jednocześnie. Kiedy kategorie tworzone w badaniu zostają nasycone, co oznacza, że nie pojawiają się żadne dodatkowe, wnoszące nowe informacje dane, można zakończyć ich gromadzenie (Glaser i Strauss, 2009; Konecki, 2000; Charmaz, 2009). Innymi słowy – nasycenie oznacza, że jeżeli każda kolejna próbka wskazuje na pewną powtarzalność danych, badacz uzna, że kolejne pobierane próbki nie prowadzą go w żadnym nowym kierunku, a potwierdzają to, co już zostało wypracowane, to może zakończyć pobieranie próbek. Badacz nie może założyć przed badaniami, ile materiału empirycznego zgromadzi. Jednak to nie jest proste, ponieważ zawsze pozostaje margines niepewności, czy kolejna próbka – kolejny wywiad – nie ujawni nowych informacji. Badacz musi zmierzyć się z lękiem przed zarzutem, że być może pobrane próbki nie są wystarczające do ugruntowania teorii.

Jednak w badaniach jakościowych badacz odgrywa znaczącą rolę w procesie gromadzenia oraz analizy danych empirycznych i to, jakie kategorie wyłonił z pozyskanego materiału, oraz ich dalsze występowanie decyduje o teoretycznym nasyceniu próby. Co więcej, wykorzystując metodologię teorii ugruntowanej, warto pamiętać, że zawsze pozostaje pewien margines swobody na kontynuowanie bądź poszerzanie podjętych badań. Warto też pamiętać, by w opisie procesu badawczego być świadomym ograniczeń, które pojawiały się w przebiegu procesu badawczego, by dostarczały informacji na temat kontekstu, w jakim dane empiryczne były gromadzone. Ponadto czasami te ograniczenia mają charakter pragmatyczny i determinowane są przez granice wynikające między innymi z planów projektu.

Podsumowanie

Badacz powinien mieć świadomość pojawienia się trudności i ograniczeń już w momencie planowania projektu badawczego. Powinien wziąć pod uwagę konsekwencje wynikające z wyboru danej metody badawczej, a także następstwa wynikające z badania konkretnego zjawiska społecznego. Oczywiście nie

można przewidzieć trudności przed rozpoczęciem procesu badawczego, ale należy od samego początku liczyć się z tym, że mogą się one pojawić (por. Michel, 2015).

W badaniach terenowych, w których badacz ma bezpośredni kontakt z fragmentem rzeczywistości społecznej, musi również liczyć się z konsekwencjami, które będą bezpośrednio oddziaływać na niego samego. Badacz musi pamiętać, że to on jest narzędziem w procesie badawczym. I tak jak zostało przedstawione w niniejszym opracowaniu, może to być pomocne, ale również rodzi wiele trudności, głównie o charakterze etycznym.

W przypadku metodologii teorii ugruntowanej badacz nie wie, jakie trudności mogą się pojawić, ponieważ sama metoda zakłada, by nie przyjmować żadnych założeń przed wejściem w teren (Glaser i Strauss, 2009). Mimo że stosowanie procedur metodologii teorii ugruntowanej rodzi wiele trudności i ograniczeń, to pozwala jednocześnie na odkrycie zjawisk, których badacz nawet nie szukał na początku swojej pracy. Podobnie było w badaniach z udziałem rodziców dorosłych dzieci uzależnionych od alkoholu oraz przedstawicieli instytucji pomocowych dla rodzin z problemem alkoholowym. Dochodziło do zmian w samym sformułowaniu problemu badawczego z powodu wyłonionych kategorii, co oczywiście jest naturalną częścią procesu badawczego wykorzystującego metodologię teorii ugruntowanej (por. Konecki, 2000).

Wreszcie należy odnieść się także do ograniczeń, które mogły spowodować, że przedstawione w niniejszym opracowaniu trudności etyczne czy wynikające z obranej metody badawczej nie stanowią pełnej palety problemów, jakie pojawiły się w badaniach z udziałem rodziców dorosłych osób uzależnionych od alkoholu oraz przedstawicieli instytucji pomocowych dla rodzin z problemem alkoholowym. Przede wszystkim ukazane przeze mnie trudności stanowią perspektywę jednego badacza, stąd przedstawione ograniczenia czy sposoby radzenia sobie z nimi nie są ich ostatecznym obrazem. Co więcej zwróciłam uwagę na te, które według mnie wymagały przybliżenia i wyjaśnienia, być może inny badacz uznałby potrzebę wskazania na problemy, o których ja nie wspomniałam, chociaż ich doświadczyłam.

Bibliografia

- Babbie E. (2004), *Podstawy badań społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Charmaz K. (2009), *Teoria ugruntowana: praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Chomczyński P. (2006), *Wybrane problemy etyczne w badaniach. Obserwacja uczestnicząca ukryta*, „Przegląd Socjologii Jakościowych” 2(1), s. 68–87.
- Dion K. (2014), „*That's what I Mean by a hundred little, a thousand little deaths...*”: A case study of the grief experienced by the mother of a substance abusing child, „MEDSURG Nursing” 23(6), s. 397–421.
- Dzwonkowska-Godula K., Stempień J. (2014), *Od relacji badacz–respondent do relacji psychoterapeuta–pacjent? Wybrane problemy etyczne wywiadów biograficznych*, [w:] W. Warzywoda-Kruszyńska (red.), *Społeczeństwo, edukacja, praca*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 139–162.

- Engelking B. (2001), *Zagłada i pamięć. Doświadczenie Holocaustu i jego konsekwencje opisane na podstawie relacji autobiograficznych*, IFiS PAN, Warszawa.
- Glaser B., Strauss A. (2009), *Odkrywanie teorii ugruntowanej. Strategie badania jakościowego*, Zakład Wydawniczy NOMOS, Kraków.
- Grzegorzewska I., Cierpiakowska L. (2015), *Pozytywna i negatywna adaptacja dzieci i młodzieży rodziców uzależnionych od alkoholu*, „Alcohol Drug Addict” 28(4), s. 221–233.
- Hałas E. (2006), *Interakcjonizm symboliczny*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Kaźmierska K. (2004), *Wywiad narracyjny jako jedna z metod w badaniach biograficznych*, „Przegląd Socjologiczny” 53(1), s. 71–96.
- Kaźmierska K. (2014), *Autobiograficzny wywiad narracyjny – kwestie etyczne i metodologiczne w archiwizacji narracji*, „Studia Socjologiczne” 214(3), s. 221–238.
- Konecki K. (2000), *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Konecki K. (2008), *Od redakcji. „Stawanie się” jako problem socjologiczny*, [w:] Ł.T. Marciniak (red.), *Stawanie się nauczycielem akademickim. Analiza symboliczno-interakcjonistyczna*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” IV(2), s. I–VI.
- Konecki K. i in. (2012), *Słownik socjologii jakościowej*, Wydawnictwo Difin SA, Warszawa.
- Leadley K., Clark C.L., Caetano R. (2000), *Couples' drinking patterns, intimate partner violence, and alcohol-related partnership problems*, „Journal of Substance Abuse” 11(3), s. 253–263.
- Męćfal S. (2012), *Problemy badań terenowych – wybrane kwestie metodologiczne, praktyczne oraz etyczne przy badaniu zjawisk „trudnych”*, „Przegląd Socjologiczny” 61, s. 155–178.
- Męćfal S. (2016), *Badacz zjawisk trudno dostępnych w terenie – kwestie etyczne, praktyczne i metodologiczne*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” XII(3), s. 88–100.
- Michel M. (2015), *Spoleczne usytuowanie pedagoga resocjalizacyjnego w terenowych badaniach jakościowych. Dylematy metodologiczne i etyczne badacza w „trudnym terenie”*, „Resocjalizacja Polska” 10, s. 165–179.
- Michel M. (2016), *Gry uliczne w wykluczenie społeczne w przestrzeni miejskiej. Perspektywa resocjalizacyjna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Niedbalski J., Ślęzak-Niedbalska I. (2016), *Etyczne, metodologiczne i techniczne aspekty upowszechniania i archiwizacji danych jakościowych*, „Rocznik Nauk Społecznych” 44(2), s. 223–241.
- Orford J. i in. (2017), *The burden experienced by Brazilian family members affected by their relatives' alcohol or drug misuse*, „Drugs: Education, Prevention and Policy” 9(3), s. 103–112.
- Pawłowska B. (2012), *Duma i wstyd jako emocje kierujące zachowaniem. Problemy metodologiczne*, „Societas/Communitas” 14(2), s. 39–54.
- Rancew-Sikora D., Cymbrowski B. (2016), *Dylematy etyczne i ryzyko w badaniach terenowych*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 12(3), s. 6–21.
- Scharf J.L. i in. (2004), *The interaction of parental alcoholism, adaptation role, and familial dysfunction*, „Addictive Behaviors” 29(3), s. 575–581.
- Szczepanik R. (2012), *Zastosowanie techniki wywiadu narracyjnego w badaniach więźniów*, „Resocjalizacja Polska” 3, s. 89–105.
- Szczepanik R. (2015), *Stawanie się recydywistą. Kariery instytucjonalne osób powracających do przestępczości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Szczepanik R., Okólska K. (2018), *Zapomniani rodzice (dorosłych) dzieci uzależnionych od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 31(4), s. 273–300.
- Ślęzak I. (2009), *Stawanie się poetą. Analiza interakcjonistyczno-symboliczna*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 1, s. 1–175.
- Ślęzak I. (2018), *Praca nad zaufaniem. Etyczne, praktyczne i metodologiczne wyzwania w relacjach badacz-badani na przykładzie etnografii agencji towarzyskich*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” XIV(1), s. 138–162.
- Tsirigotis K., Gruszczyński W. (2001), *Cechy osobowości dorosłych córek i synów alkoholików (DDA) leczonych w PZP*, „Alkoholizm i Narkomania” 14(3), s. 365–773.
- Zucker D.M. (2015), *Concept clarification of grief in mothers of children with an addiction*, „JAN Leading Global Nursing Research” 71(4), s. 751–767.

Abstract

The aim of the article is to show selected difficulties, which appeared on the way of carrying out research involving parents of adult children addicted to alcohol and representatives of aid institutions for families with an alcohol-related problem. The article also presents ways to deal with them. The object of the study is constituted by difficulties which are related with the research methodology used (methodology of the grounded theory). Also as well as with the nature of the social phenomenon. It was the process of "becoming" the parent of an adult child addicted to alcohol and experience accompanying this process. Issues raised are the author's own reflections.

Keywords: difficulties, methodology of the grounded theory, interview, parents, addiction to alcohol

Głosy w dyskusji nad systemem wsparcia

Znaczenie ewaluacji w procesie działań pomocowych na rzecz osób z problemem alkoholowym

The importance of evaluation in the process of aid measures for people with alcoholic problem

Abstrakt

Praca z rodziną bądź osobą zmagającą się z problemem alkoholowym stanowi duże wyzwanie dla służb działających w tym obszarze. Nie ulega wątpliwości, że wspieranie osób w tym obszarze jest procesem, który winien być poddany ewaluacji, która może być rozumiana w kategoriach namysłu nad działaniami realizowanymi z konkretną osobą lub rodziną, co przekłada się na budowanie systemów wsparcia odpowiadających na realne potrzeby społeczności lokalnej w obszarze problemu, jakim jest uzależnienie od alkoholu. Rozważania w prezentowanym artykule mają na celu zachęcić praktyków pracy z osobami bądź rodzinami z problemem alkoholowym do podjęcia refleksji w różnych obszarach podejmowanych działań, a przede wszystkim ukazać znaczenie ewaluacji w procesie działań pomocowych na rzecz osób z problemem alkoholowym. Prezentowane w niniejszym artykule treści są wynikiem wieloletniej obserwacji uczestniczącej autora.

Słowa kluczowe: rodzina, alkohol, wsparcie, ewaluacja

Wprowadzenie

Podejmowane na krajowym gruncie działania dotyczące pomocy na rzecz osób bądź całych rodzin zmagających się z problemem alkoholowym pozostają na etapie ciągłego doskonalenia. Silne zróżnicowanie lokalne tychże działań powoduje, że osoby uzależnione bądź współuzależnione w mniejszym bądź większym stopniu mogą skorzystać z pomocy w swoim miejscu zamieszkania. Praktyka realizacji działań pomocowych w ramach systemu pomocy na rzecz tej grupy odbiorców winna być skupiona na tzw. podejściu interdyscyplinarnym, którego podstawową wartością a zarazem założeniem jest ciągła współpraca pomiędzy służbami pracującymi w tymże obszarze – wydaje się, że nikt nie zastanawia się nad tym, jak owa współpraca przebiega nie tylko w sytuacjach skrajnych, kiedy podejmowane są działania wielu służb w chwili zagrożenia zdrowia bądź życia człowieka, kiedy sprawy zostają nagłośnione przez lokalne bądź ogólnopolskie media, ale także w codziennej praktyce pomocowej.

Działania pomocowe na rzecz osób z problemem alkoholowym jako obszar badań ewaluacyjnych

Działania pomocowe podejmowane na rzecz osób z problemem alkoholowym jawią się dla wielu praktyków jako obszar wymagający ciągłego procesu ewaluacji, realizowanego w taki sposób, aby na gruncie lokalnym można było zdiagnozować trudności, z jakimi zmagają się specjaliści tworzący lokalny system wsparcia dla osób zmagających się z problemem alkoholowym. W obszarze diagnozowania trudności występujących na gruncie lokalnym wydaje się, że zbyt mało refleksji poświęca się na wiele innych istotnych kwestii: czy specjaliści posiadają wiedzę na temat wzajemnych kompetencji zawodowych; jakie czynniki utrudniają przeprowadzenie sprawnego i skutecznego działania; czy w lokalnym systemie wsparcia znajdują się tzw. czarne plamy, przejawiające się przez brak lokalnych rozwiązań dla określonych przypadków, które pojawiają się w ramach zjawiska uzależnienia od alkoholu; czy w ramach lokalnego działania instytucji na rzecz pomocy nie jest uprawiana psychologia „przerzucania gorącego ziemniaka” – najbardziej skomplikowanych i zawiłych przypadków. Czyż rzetelne prowadzenie badań ewaluacyjnych w tym obszarze nie przyczyni się do zwiększenia współpracy w ramach lokalnego systemu pomocy na rzecz osób z problemem alkoholowym? Nie. Sukces nie leży tylko i wyłącznie w samym przeprowadzeniu badań, ale ich wykorzystaniu, wprowadzeniu rekomendacji w praktykę zawodową. Tworzenie dokumentu tylko i wyłącznie do tzw. szafy nie usprawni lokalnego systemu pomocy. Istotne jest, aby oprócz trudności, które pojawiają się w wymiarze lokalnym, „diagnozować” również to, co jest dobre i przekłada się na jakość pracy z osobą bądź rodziną doświadczającą problemu alkoholowego w celu kontynuacji tychże praktyk (Hryniewicka, 2010, s. 7–16).

System pomocy na rzecz osób bądź rodzin z problemem alkoholowym to także praca wielu podmiotów działających na gruncie lokalnym. Zaliczamy tutaj przede wszystkim: jednostki organizacyjne pomocy społecznej, gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, policję, oświatę, ochronę zdrowia, organizacje pozarządowe. Wydaje się, że stanowi to drugi obszar w ramach działań podejmowanych na rzecz osób bądź rodzin zmagających się z problemem alkoholowym stanowiący wyzwanie dla badań ewaluacyjnych. Czy w ramach lokalnych systemów pomocowych dokonuje się analizy jakości świadczonych usług szczególnie na rzecz osób doświadczających problemu alkoholowego? Czy w wymiarze lokalnym posiadamy rzetelne informacje na temat potrzeb szkoleniowych z zakresu pracy z rodzinami z problemem alkoholowym pojawiających się w poszczególnych podmiotach? Czy brak tej informacji nie prowadzi do sytuacji, w której większość specjalistów pozostaje przeszkolona w tym samym obszarze, nie dysponując tym samym kadrą przeszkoloną także w innych kwestiach powiązanych z szeroko rozumianym zjawiskiem uzależnienia od alkoholu? Wreszcie czy osoby pracujące w podmiotach tworzących lokalny system pomocy mają odpowiednie wsparcie psychologiczne, superwizyjne? Czy przypadkiem nie

planujemy działań na terenie gminy z zakresu profilaktyki, działań projektowych *ad hoc*, nie zastanawiając się głębiej nad ich sensem oraz trafnością? (Bedyńska, 2012, s. 30–55).

System pomocy na rzecz osób zmagających się z problemem uzależnienia od alkoholu to także osoby, dla których został on powołany, co stanowi najbardziej niepokojącą kwestię z punktu widzenia jego realizacji. Dokonując analizy licznych gminnych strategii, nie sposób dostrzec czasami ani jednego zdania na temat opinii osób z niego korzystających. Dlaczego? Dlaczego mamy do czynienia z sytuacją, w której dokonuje się ewaluacji działań prowadzonych na terenie gminy z zakresu pomocy osobie bądź rodzinie z problemem alkoholowym z wyłączeniem jednego z głównych „źródeł” informacji m.in. z następujących obszarów lokalnego systemu wsparcia:

- kontaktów z placówkami wraz z oceną poszczególnych instytucji;
- ocena pomocy doraźnej oraz całodobowej;
- ocena interwencji policyjnych;
- formy pomocy wraz z oceną ich skuteczności;
- wskazanie form pomocy najbardziej oczekiwanych.

Omawiając kwestię ewaluacji lokalnego systemu wsparcia, nie sposób pominąć także elementów ściśle odnoszących się do samego zjawiska przemocy w rodzinie, który silnie koreluje ze zjawiskiem uzależnienia od alkoholu:

- kontakt z zespołem interdyscyplinarnym oraz grupą roboczą;
- ocena służb realizujących procedurę „Niebieskie Karty”;
- analiza barier i zalet lokalnego systemu przeciwdziałania przemocy.

Przyczyn tej sytuacji możemy szukać w wielu kwestiach, jednak istotne jest zwrócenie uwagi, że bardzo często sprawozdanie z realizacji takowego programu stanowi jedyne źródło informacji na temat lokalnego systemu wsparcia na rzecz osób z problemem alkoholowym, które jest traktowane w kategoriach ewaluacji. Takie sprawozdania niestety ograniczają się do prezentacji suchych faktów o skali zjawiska w danej gminie, ilości posiedzeń grup roboczych, wszczętych oraz zamkniętych procedur „Niebieska Karta”, podjętych działań na rzecz osób doświadczających i stosujących przemoc, co ściśle w wielu przypadkach łączy się z nadużywaniem alkoholu w rodzinach, co stanowi trzeci obszar dla badań ewaluacyjnych, nasuwając tym samym następujące pytania: czy w rzeczywistości lokalnej działania dostosowane są do potrzeb osób uzależnionych i współuzależnionych, a jeśli tak, to skąd posiadamy na ten temat informacje? Czy analizujemy problemy pojawiające się podczas realizacji konkretnych działań m.in. grup wsparcia, programów korekcyjno-edukacyjnych? Czy bierzemy pod uwagę zmienność poruszanych kwestii – czy działania wymagają jakichkolwiek zmian? Jeśli tak, to w jakim zakresie? Co może usprawnić realizację np. działań profilaktycznych realizowanych na terenie gminy? (Bienias, 2012, s. 23–24). Tak zadane pytania w ramach badań ewaluacyjnych stanowią doskonały punkt wyjścia do budowania ewaluacji o jak najbardziej użytecznym charakterze, tym samym przyczyniając się do konstruowania trafnych i możliwych do wprowadzenia rekomendacji, co z kolei stanowi istotę prowadzenia tego typu działań.

System wsparcia jako interwencja publiczna

Lokalny system wsparcia to szereg działań, które możemy traktować w kategoriach szeroko rozumianej interwencji publicznej, której celem jest spowodowanie pozytywnej zmiany – w przypadku alkoholu przede wszystkim zmiany społecznej. Działania, które są proponowane w wymiarze lokalnym, winny być ciągiem logicznych punktów, prowadzących w konsekwencji do osiągnięcia ustalonych celów, rozwiązania problemów, które zostały zawarte m.in. w lokalnych diagnozach problemów społecznych. Wówczas możemy mówić dopiero o logice interwencji, sytuacji, w której w sposób najbardziej optymalny angażujemy posiadane zasoby do realizacji działań przeciwdziałających nadużywaniu alkoholu w rodzinie. Stąd zasadne jest twierdzenie, że ewaluacja odgrywa znaczącą rolę we wdrażaniu interwencji publicznej, stanowiąc swego rodzaju naturalne dopełnienie każdego racjonalnie zaplanowanych działań w ramach lokalnych systemów pomocy na rzecz rodzin oraz osób zmagających się z szeroko rozumianym problemem alkoholowym. Pozwalając tym samym ocenić, czy przyjęte założenia teoretyczne sprawdzają się w rzeczywistości pomocowej.

Często podczas wdrażania nowych rozwiązań, które mają wzmocnić lokalny system pomocy dla osób bądź rodzin z problemem alkoholowym, zapomina się o kluczowych punktach, które powinny zostać uwzględnione na poszczególnych etapach przedsięwzięcia:

- **przed wdrożeniem nowych rozwiązań:** ocena trafności planowanej interwencji, jej logiki oraz planowanego sposobu realizacji.

- **w trakcie realizacji nowych rozwiązań:** identyfikacja czynników, które z punktu widzenia osiągnięcia zamierzonych celów mogą utrudnić ich realizację, ocena czynników sprzyjających osiągnięciu realizacji np. określonego działania z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

- **po zakończeniu realizacji nowych rozwiązań:** podsumowanie efektów działań, utworzenie rekomendacji dla przyszłych przedsięwzięć w ramach systemu pomocowego (Olejniczak, 2012, s. 25–57).

Podsumowanie

System pomocy rodzinie bądź osobie zmagającej się z problemem alkoholowym, jak już wcześniej wspomniano, to szereg podejmowanych działań, które jednak nie powinny ograniczać wolności osób, które w ramach tego systemu są wspomagane. Działania pomocowe z zakresu przeciwdziałania temu negatywnemu zjawisku w rodzinie powinny uwzględniać ich ocenę nie tylko pod względem ich zakresu, ale czy sami zainteresowani (osoby uzależnione bądź współuzależnione) uczestniczyli w projektowaniu owych działań oraz, co najważniejsze, w ich realizowaniu – osoba bądź rodzina korzystająca z systemu wsparcia jest traktowana w sposób podmiotowy czy przedmiotowy? Oczywiście jest, że działania pomocowe podejmowane na rzecz osób bądź rodzin zmagających się z problemem

alkoholowym można ewaluować pod wieloma innymi względami, chociaż wymiar skuteczności, trafności oraz użyteczności w przypadku tej grupy odbiorców działań wydaje się najbardziej istotny. Ważnym aspektem przy omawianiu systemu na rzecz tychże rodzin jako obszaru badań ewaluacyjnych jest zwrócenie uwagi, że każde z podejść w tym obszarze może stwarzać stosunkowo duże problemy (Trawkowska, 2009, s. 129–145). W przypadku chociażby zbadania skuteczności działań w ramach działań pomocowych w rodzinie bardzo wiele zależy od tego, jak zostały sformułowane podstawowe cele, ile ich jest, w jakiej wzajemnej relacji pozostają względem siebie. Z kolei możliwość oceny użyteczności podejmowanych działań ściśle wiąże się z konceptualizacją i operacjonalizacją dobra klientów. Ponadto wymaga porównania celów i skutków prowadzonej interwencji z potrzebami osób uzależnionych bądź współuzależnionych, co z kolei wymaga szczegółowego, obiektywnego oraz rzetelnego opisu. Na poziomie budowania lokalnych systemów wsparcia na rzecz osób bądź rodzin zmagających się z problemem alkoholowym często odwołuje się do pojęć „potrzeba” oraz „zaspokajanie”. Jeśli zatem lokalny system wsparcia przyjmuje za główny cel zaspokajanie potrzeb osób uzależnionych bądź współuzależnionych, istotne jest posiadanie rzetelnych oraz całościowych informacji na temat tych potrzeb, uwzględniając m.in. zróżnicowanie wiekowe, płciowe oraz materialne osób korzystających ze wsparcia w ramach tego systemu. W kumulowaniu i rozważaniu tych informacji należy zwrócić szczególną uwagę na odróżnienie potrzeb od pragnień osób wspomaganych. Badania ewaluacyjne mogą w znacznym stopniu przyczynić się do znalezienia rozwiązań w tych obszarach, szczególnie z uwagi na fakt, że szeroko rozumiana pomoc społeczna to ciągle poszukiwanie adekwatnych rozwiązań (Ciczkowska, 2017, s. 83–93).

Bibliografia

- Bedyńska S. (2013), *Ewaluacja lokalnego systemu przeciwdziałania przemocy*, SWPS, Warszawa.
- Bienias S. (2012), *Ewaluacja. Poradnik dla pracowników administracji publicznej*, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa.
- Ciczkowska M. (2017), *(Nie)odkryte możliwości wspierania rodziny w środowisku lokalnym*, Wydawnictwo UWM, Olsztyn.
- Hryniewicka A. (2010), *Podstawy ewaluacji dla pomocy społecznej*, ROPS, Kraków.
- Olejniczak K. (2012), *Organizacje uczące się*, SCHOLAR, Warszawa.
- Trawkowska D. (2009), *Działania pozorne w pomocy społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.

Abstract

Working with a family or a person struggling with an alcohol problem is a great challenge for services operating in this area. There is no doubt that providing such support is a process that should be subject to evaluation, which can be understood in terms of reflecting on activities that are carried out with a specific person or family, which translates into building support systems responding to the real needs of local communities regarding alcohol dependency. The considerations in the presented article are intended to encourage practitioners working with people or families with alcohol issues to deliberate on various areas of undertaken activities.

Keywords: family, alcohol, support, evaluation

Wsparcie matek w trudnej sytuacji życiowej w Domu Samotnej Matki w Łodzi

Support of mothers in a difficult living situation in the House of Single Mother in Łódź

Abstrakt

Artykuł ten jest zapisem obserwacji i refleksji nad praktyką pracy socjalnej prowadzonej w Domu Samotnej Matki w Łodzi w oparciu o wewnętrzne dokumenty programowe np. „Program wychodzenia z kryzysu dla kobiet w ciąży i rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym w Domu Samotnej Matki im. Stanisławy Leszczyńskiej w Łodzi”, „Księga procedur i standardów obowiązujących w Domu Samotnej Matki w Łodzi”. Poddano analizie dokumentację matek – zapisy sesji socjalnych, ewidencję pracy, diagnozy adaptacyjne oraz Indywidualne Programy Usamodzielnienia. Celem jest ukazanie problemu uzależnienia od alkoholu w grupie matek, które mieszkają w Domu Samotnej Matki w Łodzi.

Słowa kluczowe: dom samotnej matki, macierzyństwo, wsparcie

Dom Samotnej Matki w Łodzi im. Stanisławy Leszczyńskiej w Łodzi od 27 lat udziela wsparcia samotnym kobietom w ciąży i z dziećmi. Placówka dysponuje 60 miejscami dla kobiet i dzieci i jest najnowocześniejszą oraz największą placówką tego typu w Polsce. W Domu Samotnej Matki udziela się wsparcia w zakresach: interwencyjnym, potrzeb bytowych oraz opiekuńczo-wspomagającym. Podstawowym dokumentem określającym zasady i zakres pracy jest Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 8 marca 2005 r. w sprawie domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży. Matki otoczone są pomocą personelu (pedagog, terapeuta, położna, pracownik socjalny, interwent kryzysowy, wychowawca). Mają zagwarantowane podstawowe warunki bytowe oraz anonimowość i dyskrecję. Poprzez pomoc prawną i medyczną, pracę opiekuńczą, wychowawczą i psychoterapeutyczną samotne matki mogą przygotować się do podjęcia trudu wychowania dziecka i samodzielnego życia. Na ile jest to możliwe, podejmowane są próby nawiązania kontaktu z rodziną i środowiskiem. W placówce dla matek oczekujących urodzenia się dziecka prowadzona jest Szkoła Rodzenia. Prowadzone są warsztaty z terapeutą, położną oraz z pracownikiem socjalnym z zakresu usamodzielnienia. Każda z mam ma swój pokój z dostępem do łazienki, kuchni i pralni oraz otrzymuje trzy posiłki dziennie. Efektywne wsparcie matek w trudnej sytuacji życiowej polega na prowadzeniu programów usamodzielnienia. Z każdą z matek zawierany jest kontrakt usamodzielnienia, w którym określa ona zadania do realizacji

w celu zmiany swojej sytuacji. Kobiety są kierowane również do prawnika lub do grupy wsparcia dla ofiar przemocy lub osób współuzależnionych poza Ośrodkiem – na miejscu brakuje personelu w tym zakresie. W Domu Samotnej Matki brakuje środków na zatrudnienie prawnika, terapeuty uzależnień, psychologa. Kolejnym obszarem jest pomoc materialna i emocjonalna w usamodzielnieniu. Obejmuje ona warsztaty dotyczące usamodzielnienia, Grupy Wsparcia dla młodych matek (16–24 lata) oraz trening umiejętności ekonomicznych i zaradnościowych (np. gotowanie). Jest też możliwość bezpłatnego kompletowania mebli czy sprzętu do nowego lokalu. Personel pomaga również przy organizacji przeprowadzki i w urzędzeniu się. Każda z form tej pomocy jest świadczona dla mieszkanek nieodpłatnie, a zadanie to jest finansowane ze środków gminy i dzięki wsparciu darczyńców.

Do głównych powodów skierowania do Domu Samotnej Matki należą: bezdomność, przemoc w rodzinie, wykluczenie finansowe, konflikty w rodzinie, uzależnienia, niepełnosprawność, zerwane relacje z rodziną biologiczną matki, problemy opiekuńczo-wychowawcze i inne sytuacje kryzysowe matek ciężarnych i matek z małymi dziećmi. W trakcie roku DSM podejmuje pracę z około 70 rodzinami rocznie – długość pobytów bywa różna: od kilku dni do 2 lat.

Kobiety zgłaszają się najczęściej do DSM z własnej inicjatywy (43%), są kierowane przez Ośrodki Pomocy Społecznej lub przez sąd. Wśród podopiecznych DSM 66% to kobiety z wykształceniem podstawowym. Wiek mieszkanek przedstawia się następująco: 15–17 lat – 3%, 18–25 lat – 58%, 26–35 lat – 31%, 36–45 lat – 8%. Blisko 90% to kobiety bezrobotne, w tym 70% z nich posiada status osoby bezrobotnej bez prawa do zasiłku, 20% utraciły ten status z powodu nie stawienia się w urzędzie pracy. Pozostałe 10% pracuje lub uczy się. Nie ma szczegółowych informacji o sytuacji kobiet po opuszczeniu DSM. Według dokumentów wypełnianych przy opuszczeniu: 31% nie podaje miejsca przebywania, 18% powraca do rodzin, 5% wyprowadza się do otrzymanych lokali socjalnych, 11% decyduje się na wynajem. Dla 20% kobiet pobyt w Domu Samotnej Matki jest powtórny z zaznaczeniem, że przy pierwszym pobycie nie ukończyły one programu usamodzielnienia.

Analiza danych z corocznych sprawozdań z realizacji zadań DSM oraz doświadczenie w udzielanej pomocy dają obraz grupy adresatów i wskazują na obszary ryzyka i deficyty podopiecznych: niskie wykształcenie; brak zasobów lokalowych; powroty do naturalnych środowisk, z którymi nie jest podejmowana praca; bezrobocie; znaczące braki w znajomości praw obywatelskich, pacjenta, pracownika, konsumenta; utrudniony dostęp do informacji publicznej i obowiązków państwa wobec obywateli oraz wykluczenie finansowe.

Zasobami najczęściej są siły matek, które są wyłaniane po uzyskaniu bezpiecznych warunków lokalowych (ustaje lęk przed zagrożeniem utraty miejsca pobytu) oraz życiowych (zapewnienie podstawowych potrzeb – miejsce do spania, łazienka, ciepłe i urozmaicone posiłki, środki higieniczne dla siebie i dziecka, leki). Te warunki w połączeniu ze wsparciem emocjonalnym i informacyjnym dają poprawę i stabilizację sytuacji klientki. W tych okolicznościach ujawniają się umiejętności zaradnościowe klientek, talent, a przede wszystkim nadzieja matki na zmianę swojej sytuacji i poprawne relacji macierzyńskiej oraz wzrost poczucia własnej wartości poprzez nabycie/odzyskanie decyzyjności.

Wsparcie społeczne to przede wszystkim pomoc dostępna dla jednostek lub grupy w sytuacjach trudnych, stresowych czy przełomowych. Wsparcie społeczne człowiek otrzymuje ustawicznie w życiu codziennym, w czasie ciągłych interakcji z innymi ludźmi, zaś zapotrzebowanie na nie wzrasta w sytuacjach trudnych. W interakcji konieczna jest spójność między potrzebami biorcy a rodzajem udzielanego wsparcia. Celem tej interakcji jest zbliżenie do rozwiązywania problemu. Celem interakcji wspierającej jest również ogólne podtrzymanie, zmniejszenie stresu, opanowanie kryzysu przez towarzyszenie, tworzenie poczucia przynależności, bezpieczeństwa i nadziei. Oferowana pomoc powinna być dostosowana do potrzeb, trafna jakościowo i ilościowo. Nietrafna pomoc otoczenia może przetrwać się w obciążenie. Ważna jest zasada pomocy polegająca na dostarczaniu takiego wsparcia, aby człowiek umiał sobie sam pomóc. Kluczowe dla udzielanego wsparcia jest rozumienie jego potrzeby i rozumienie sytuacji kryzysowej przez podopiecznego oraz aktywne podejmowanie działań i zasada prawdomówności, regularnego kontaktu i systematyczności.

Przy realizacji Planów Usamodzielnienia potrzebne jest powtórzenie warunków osiągnięcia celu, a mianowicie: niezbędnym warunkiem realizacji tych zadań jest otwarcie się na działania pomocowe (czyli gotowość przyjęcia pomocy), wytrwałość w dążeniu do celu, a co najważniejsze – motywacja do działania, której fundamentem powinna być wizja samodzielnego i szczęśliwego życia rodzinnego i społecznego.

W pracy w DSM przyjmuje jako wskazówkę do działania zdanie Bila Draytona: „Nie trzeba ludziom dawać ryby ani nawet wędki – trzeba zrewolucjonizować system rybołówstwa”. Personel w pracy z matką modeluje sytuacje odzyskania przez nią kontroli nad własnym życiem – poprzez odzyskanie sprawstwa, brania odpowiedzialności za własne decyzje oraz nabycie niezależności emocjonalnej – obserwuje się, że nauka tych kompetencji jest nowa dla matek.

W dokumencie programowym *Program wychodzenia z kryzysu dla kobiet w ciąży i rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym w Domu Samotnej Matki im. Stanisławy Leszczyńskiej w Łodzi* jako jeden z obszarów działania omówiono *Motywowanie i pomoc w podjęciu leczenia (terapii) w przypadku uzależnień i/lub problemów psychicznych*. Podopieczni, których funkcjonowanie może wskazywać na uzależnienie, motywowani są do kontaktu z instytucjami zajmującymi się leczeniem uzależnień w celu konsultacji. Udzielane są porady i informacje dotyczące ofert pomocowych placówek terapeutycznych. W DSM w Łodzi każda matka podpisuje zgodę na badania alkomatem i wykonanie testów z moczu na obecność narkotyków. W regulaminie placówki jest zapis o zakazie spożywania i posiadania środków psychoaktywnych. Wyzwaniem w pracy jest sytuacja, kiedy kobieta ciężarna spożywa środki (narkotyki, alkohol, dopalacze) i nie identyfikuje się z problemem. Przyjęta jest *Procedura postępowania w przypadku naruszenia regulaminu w związku z zażyciem lub posiadaniem używek*. W sytuacjach, kiedy mieszkanka łamie regulamin w punkcie dotyczącym zakazu spożywania alkoholu, jest z nią prowadzona praca w kierunku obowiązkowej konsultacji u terapeuty uzależnień i podjęcia terapii. Taka terapia jest prowadzona poza Ośrodkiem i matka na nią dochodzi. DSM stara się zapewnić opiekę wolontariusza nad dzieckiem matki uzależnionej na czas trwania terapii. Matka jest informowana

o warunkowym pobycie i ewentualnie proponuje się przejście do ośrodka specjalistycznego, w którym można przebywać z dzieckiem. Od 2018 r. w związku ze zwiększeniem się liczby takich sytuacji w DSM zatrudniono lekarza psychiatrę.

Problem uzależnienia od alkoholu pojawia się wśród matek w DSM dwójako:

1. Matki współuzależnione – izolujące się od środowiska uzależnionego od alkoholu (rodzice, partnerzy, rodzeństwo, dziadkowie):

- współuzależnienie jawne – matki, które uciekają z powodu uzależnienia członków rodziny z wyboru własnego (współuzależnienie jawne uświadomione) lub na wniosek służb pomocowych (współuzależnienie nieuświadomione);

- współuzależnienie ukryte – matki izolujące się przed przemocą, ale zaprzeczające problemowi uzależnienia. Problem uzależnienia od alkoholu sprawcy jest niezdiagnozowany i nieuświadomiony „On bił tylko mnie – dzieciom nigdy nic nie zrobił”, „jak miał pracę, to nie pił”, „on nie potrzebuje terapii, bo tak dużo nie pije”, „czasami sobie wypił”.

2. Matki uzależnione:

- uzależnienie jawne (jawi się tu jako zagrożenie utraty dzieci – poprzez ich umieszczenie w formie pieczy zastępczej). Często uzależnienie nie jest uświadomione i matka nie utożsamia się z problemem. To matki, którym służby pomocowe (kuratorzy rodzinni, asystenci rodziny, dzielnicowi, pracownicy socjalni) stawiają warunek – „Nie może Pani tu zostać – musi iść Pani do Ośrodka”. To kobiety, które mają „ostatnią szansę, żeby się ogarnąć” – jak same mówią. W tej grupie matek są kobiety, które przeszły terapię dla uzależnionych.

- uzależnienie ukryte – matki przyjmowane z innego powodu niż uzależnienie, najczęściej bezdomność lub niska zaradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych, ale w trakcie pracy i diagnozy klientki zostaje wyłoniiony problem uzależnienia od alkoholu.

Omawiając temat uzależnień wśród matek, warto zaznaczyć problem świadomości dotyczącej FASD wśród kobiet ciężarnych i matek. Mimo prowadzonych działań edukacyjnych zauważa się, że wciąż powielane są stereotypy na temat picia w okresie ciąży. Wiedza o zjawisku jest mała, a lekarze prowadzący ciążę bardzo rzadko uświadamiają w tym zakresie. Ponadto klientki często zaniedbują opiekę zdrowotną w czasie ciąży.

Dla zobrazowania problemu przedstawia się historie:

Historia 1: *Przyjęto matkę, która urodziła dziecko pod wpływem alkoholu. Matkę przyjęto ze starszym dzieckiem, a noworodka umieszczono ze szpitala w Domu Dziecka. Na pytanie: Czy piła w ciąży? Odpowiadała, że nie. Zaznaczała, że jej matka jest alkoholiką. Sama była związana z alkoholikiem i sprawcą przemocy. W wywiadzie okazało się, że spożywała alkohol w postaci piwa, ale zaprzeczała, że piła w ciąży, bo w jej rozumieniu „picie to upijanie się, tracenie kontroli nad sobą”. Proszona o podanie różnic tych stanów mówiła: „Ja nie powiedziałam, że piłam, bo picie to jest tak jak moja matka, że pije trzy piwa i wódkę, a ja piłam tylko piwo i to na wieczór jak dziecko (starsze) już spało”. W dokumentacjach medycznych brakuje pytania dotyczącego używania alkoholu. Klientka twierdzi, że w szpitalu położniczym nie rozmawiano z nią o uzależnieniu, nie udzielono pomocy psychologicznej, po porodzie poinformowano ją o tym, że „dziecko nie*

wyjdzie z nią", nie przekazano postanowienia sądu. Klientka trafiła kilka dni po porodzie w poczuciu dużego wstydu, reprezentując myśli rezygnacyjne, wymagała szybkiej pomocy psychiatrycznej. W trakcie pobytu była hospitalizowana psychiatrycznie. Została osądzona jako „pijana matka”. Matka podczas sesji socjalnych wypowiada się: „Napiałam się, bo nie wiedziałam już, jak mam żyć, nie wiedziałam, co mam zrobić, byłam skończona”. Zgłasza zaskoczenie na brak ocen w pracy z nią. Podjęła pracę, uregulowała swoją sytuację życiową, podjęła terapię indywidualną. Podczas kilku miesięcy pobytu nigdy nie złamała regulaminu.

Komentarz 1: Społeczeństwo ma tendencje do oceniania pijących ciężarnych, które pojawiają się w doniesieniach medialnych. Wyłania się obraz pijącej matki jako tej, która nie szuka pomocy, zaniedbuje siebie i ciążę, nie widzi dla siebie wyjścia, nie ma wsparcia w rodzinie, ma poczucie winy, czuje się bezradna, wstydzi się i nie wierzy w możliwość życiowej zmiany. Obserwuje się, że istnieją matki zmagające się z chorobą alkoholową, z samotnością, ubóstwem i odrzuceniem, którym należy pomóc.

Historia 2: Kobieta 25 lat, przyjęta w szóstym miesiącu ciąży. Została przyjęta interwencyjnie, o 6 rano zgłosiła się do placówki – była zaniedbana, głodna, przeziębiona i brudna. W czasie przyjęcia nie potrafiła odpowiadać na pytania, płaczliwa, załęknioma. Klientka nie stosuje się do regulaminu – nie wraca na ustalone godziny, a czasem na noc. Klientka była widziana przez świadków w sklepie z alkoholem. Klientka bez dochodu – kradnie rzeczy z placówki, aby zastawić je w lombardzie i mieć pieniądze na alkohol. Logiczny kontakt z klientką jest bardzo słaby. Jej umiejętności zaradnościowe są na niskim poziomie. Nie potrafi zadbać o siebie i ciążę. Klientka zaprzecza problemowi uzależnienia. Badania alkomatem wykazują obecność alkoholu. Praca nad motywacją jej do poddania się dobrowolnemu leczeniu nie ma szans na powodzenie, ponieważ nie zachodzą podstawowe warunki pracy nad motywacją (zasoby, relacje, korzystanie ze wsparcia). Jest to piąta ciąża klientki. Przebywała u nas kilka lat wcześniej. Toczą się sprawy dotyczące władzy rodzicielskiej. Nad żadnym z pięciorga dzieci nie sprawuje opieki. Klientka łamie regulamin notorycznie, nie wraca na noc, kradnie, przychodzi pod wpływem środków odurzających, obraża pracowników, wyzywa ich i grozi im. Otrzymane rzeczy, np. środki higieny, sprzedaje. Łamaniu regulaminu przyglądają się pozostałe mieszkanki. Pracownicy i dyrekcja odczuwają utratę autorytetu. W zespole pojawiają się różne sposoby rozwiązań. Klientka nie ma żadnych dokumentów (zniszczony dowód) oprócz książeczki ciąży.

Komentarz 2: Praca z ciężarną klientką uzależnioną i nie identyfikującą się z problemem uzależnieniem rodzi wiele etycznych dylematów. Wydalenie jej z ośrodka za łamanie regulaminu jest zagrożeniem dla jej nienarodzonego dziecka.

Praca z matką w kryzysie to szansa na danie jej możliwości rozwoju i uświadomienia wieloletnich zaniedbań środowiskowych rodzinnych i systemowych. Problem alkoholowy jest jednym z kontekstów jej historii. Na poznanie tej historii

trzeba czasu, otwartości i szacunku. Funkcjonowanie ośrodka jako całodobowej placówki sprzyja nawiązaniu relacji. Społeczeństwo powinno uznać, że matki i ciężarne uzależnione są i powinno pamiętać, że matki, które wygrały swoje macierzyństwo i walkę z uzależnieniem, również istnieją.

Rekomenduje się wystrzeganie działań nieskutecznych, np. działanie od kryzysu do kryzysu, nieskoordynowanej pomocy – „każdy robi swoje”, kontroli zamiast współpracy, wyręczania zamiast wsparcia na rzecz pracy nad relacją, zasobami i udzielaniem wsparcia w kierunku usamodzielnienia. Praca z ciężarną i matką oraz udzielenie jej efektywnego wsparcia wymaga analizy jej sytuacji prawnej i społecznej, odkrywania zasobów, relacji, nauki kompetencji oraz pracy nad motywacją do osiągnięcia odbojności i samodzielności poprzez wzrost poczucia własnej wartości. System pomocowy powinien objąć szczególnymi działaniami edukacyjnymi, profilaktycznymi i pomocowymi kobiety ciężarne i matki uzależnione i zagrożone uzależnieniem.

Abstract

This article records the observations and reflection on the practice of social work carried out in the Single Mother's Home in Łódź, based on internal program documents.

Keywords: home of a single mother, motherhood, support