

## PRAWNE I EPIDEMIOLOGICZNE ASPEKTY ZOBOWIĄZANIA DO LECZENIA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU W POLSCE

**Dorota Wiszejko**

Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami  
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

### LEGAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF OBLIGATION TO ALCOHOL DEPENDENCE TREATMENT IN POLAND

**ABSTRACT** – The issue of obligation to treatment in alcohol dependence is still the subject of heated discussion among lawyers and therapists. The study was aimed not only at a closer observation of the current debate, but also at exploration of specialists' opinions. An analysis of some epidemiological data obtained from the Ministry of Justice indicates a systematic increase in the number of persons obligated to treatment, as well as a longer and longer delay in carrying out these judicial decisions. Out of 457 questionnaires sent to professionals dealing with the issue of obligation to treatment in their practice 218 were returned from outpatient alcohol treatment facilities, and 49 from inpatient units (the global response rate was 58%). The findings suggest a lack of a consistent attitude toward the obligation to treatment formula in this group of respondents. Although a majority of professionals assessed obligated patients' behavior and motivation level as inferior to these of voluntary patients, nevertheless most respondents were aware of benefits of obligation to treatment. Besides, a small majority (56%) of respondents believed that the institution of obligation to treatment should be maintained, for the good of the patient and protection of his family (the two arguments were given most often). A lack of alternatives and better solutions was also frequently emphasized. It is difficult to draw a clear-cut conclusion in the light of these data. Discrepancies in the professionals' attitudes toward maintenance of obligation to treatment may be explained on the one hand, by their reluctance to further changes in the situation of the national health service transformation, and on the other hand – by their different experiences concerning the obligation to treatment formula. Thus, it remains an open question whether the alcohol dependent should be given the freedom of choice or pushed to treatment.

**Key words:** obligation to treatment, alcohol, specialists' opinions

### WSTĘP

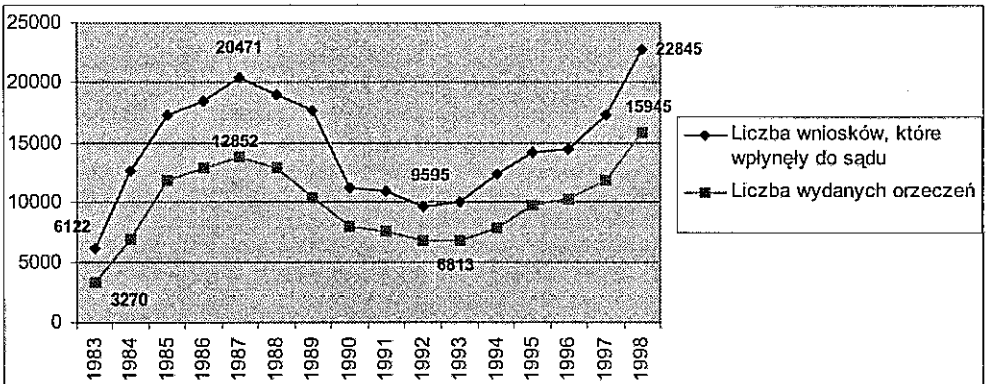
*Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (26 października 1982) stała się od początku swego istnienia tematem żywo dyskutowanym w różnych kręgach, zarówno tych, związanych z praktyką leczniczą w zakresie uzależnień, jak i innych, patrzących na problematykę z perspektywy prawno-etycznej.*

Szczególnie dużo kontrowersji wzbudziły i nadal wzbudzają artykuły ustawy, dotyczące postępowania mającego na celu zobowiązanie do leczenia odwykowego.

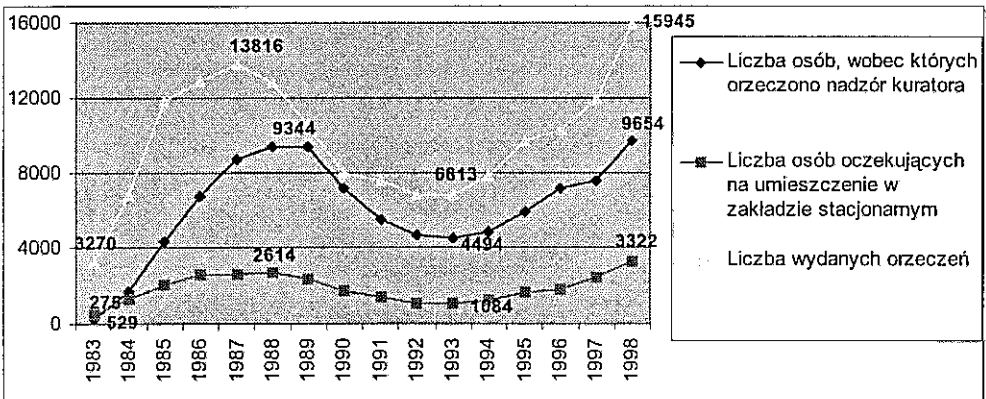
Jak wynika z licznych opracowań, sformułowane przepisy często mijają się z rzeczywistością (13, 7, 14). Powołując się na dane, pochodzące ze źródeł Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (11) można stwierdzić, że wykonywanie orzeczeń o umieszczeniu w zakładzie stacjonarnym napotyka na trudności, sięgające w ekstremalnych przypadkach 10 miesięcy.

Dodatkowych informacji dostarczają dane statystyczne, pochodzące ze sprawozdań Ministerstwa Sprawiedliwości. Dotyczą one: liczby wniosków, które wpłynęły do sądu w danym roku, liczby spraw załatwionych (w tym: orzeczono obowiązek poddania się do leczenia, oddalono) (Ryc. 1), liczbę wniosków, które pozostały na rok następny. Odrębny blok danych dotyczy liczby osób, wobec których wykonywane są orzeczenia o obowiązku poddania się leczeniu oraz liczby kuratorów i liczby osób oczekujących na umieszczenie w zakładzie stacjonarnym (Ryc. 2).

Bezpośrednio po wejściu w życie *Ustawy o wychowaniu w trzeźwości...* zakres leczenia niedobrowolnego został znacznie ograniczony, aby wzrosnąć ponownie w



Ryc. 1. Dane statystyczne z Ministerstwa Sprawiedliwości.



Ryc. 2. Dane statystyczne z Ministerstwa Sprawiedliwości.

drugiej połowie lat osiemdziesiątych. Liberalizacji życia społecznego w pierwszych latach transformacji towarzyszyła krytyka instytucji zobowiązania i znaczny spadek orzeczeń. Od połowy lat dziewięćdziesiątych nastąpił, jak się wydaje, renesans instytucji zobowiązania.

W latach 1992-1998 liczba osób zobowiązanych do leczenia na mocy ustawy wzrosła ponad dwukrotnie od 6813 w 1992 do 15 945 w 1998. Nie każde orzeczenie było jednak wykonywane od razu. W statystykach sądowych figuruje liczba 27 057, która dotyczy wszystkich orzeczeń realizowanych w 1998 roku. Różnica pomiędzy statystyką wydawanych orzeczeń a ich realizacją wynika z długiego okresu realizacji. Osoba, co do której zostało wydane zobowiązanie do leczenia, często nie pojawia się dobrowolnie w placówce, stąd niezbędna jest interwencja policji. Nie zawsze jednak policja jest w stanie odnaleźć osobę i doprowadzić na wyznaczone miejsce. Sprawa może przeciągać się nawet dwa lata. Po upływie tego okresu orzeczenie traci swą moc, do tego czasu natomiast figuruje jako wykonywana. Wiele spraw nie doczeka się też załatwienia w danym roku i stąd przenoszone są na rok następny. Przykładowo w 1998 roku z 28 603 ok. 30% (7 155) przesunięto na rok następny. Dodatkowych informacji na temat funkcjonowania formuły zobowiązania do leczenia dostarczają statystyki w zakresie instytucji probacji. W 1983 przyznano kuratorów w 275 przypadkach, w 1989 liczba ta wzrosła wielokrotnie, ponieważ odnotowano już 9 335 kuratorów, w 1995 zmniejszyła się, by w 1998 ponownie osiągnąć pułap podobny temu sprzed lat dziewięciu: 9 654. Ministerstwo Sprawiedliwości przedstawia również dane dotyczące liczby pacjentów, którzy oczekiwali na umieszczenie w placówce stacjonarnej. Tuż po wprowadzeniu ustawy, w 1983 liczba ta obejmowała 529 osoby, w 1989 roku 2 415, zaś w 1998 wzrosła do 3 322 osób.

W świetle powyższych danych pojawia się pytanie, czy rzeczywiście formuła zobowiązania do leczenia spełnia zadania, które mieli na uwadze projektodawcy ustawy powołując ją do życia? Instytucja przymusowego leczenia, która powstała w latach 50. była konsekwencją nowej interpretacji zjawiska alkoholizmu jako choroby. Po latach stosowania przymusu zorientowano się, że instytucja przymusowego leczenia nie spełnia swojej podstawowej roli – pacjenci „przymusowi” nie byli „dobrymi pacjentami”, gdyż brakowało im podstawowej motywacji do czynnego uczestniczenia w procesie własnej kuracji. Jako łagodniejszą formę wprowadzono zobowiązanie do leczenia, którym zastąpiono restrykcyjny przymus. Według opinii Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych: „istniejące rozwiązanie prawne dotyczące zobowiązania do leczenia jest nadal pożytecznym choć niedoskonałym instrumentem”. Głównym argumentem przytaczanym przez zwolenników zobowiązania do leczenia jest ochrona rodziny alkoholika. Nadal jednak pozostają nierozwiązane problemy, które budzą opór środowisk lekarskich, chociażby to, jaki status powinny posiadać placówki lecznicze: miejsc terapii dla osób zmotywowanych do jej podjęcia, czy też miejsc tymczasowego pobytu dla tych, którzy niekoniecznie są nią zainteresowani?

Wiedza na temat funkcjonowania instytucji zobowiązania do leczenia, zwłaszcza w nowych warunkach ustrojowych, jest niedostateczna. Dostępne dane sta-

tystyczne dają obraz dosyć pesymistyczny. Opinie ekspertów są zróżnicowane. Z takich też względów niezbędne okazały się badania, które pomogłyby podsumować doświadczenia z ostatnich lat. Poniżej zostały przedstawione wyniki z badania, które zostało przeprowadzone w ubiegłym roku w ramach działań statutowych Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

### Opis badania

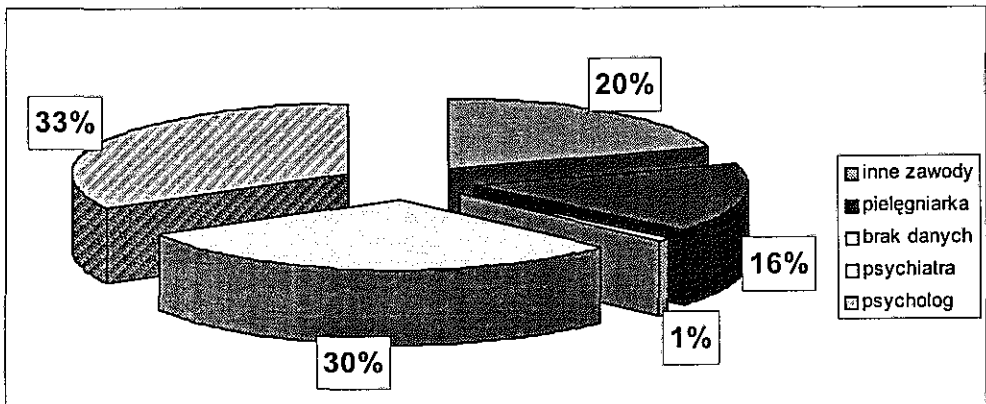
Celem badania było wysondowanie opinii specjalistów na temat instytucji zobowiązania do leczenia.

W badaniu została wykorzystana metoda kwestionariuszowa. Gotowe kwestionariusze kierowane były na adresy placówek: stacjonarnych i ambulatoryjnych. Prócz kwestionariusza w kopercie znajdowało się pismo przewodnie do kierownika placówki, który proszony był o wypełnienie kwestionariusza. W piśmie wytłumaczony był cel badania oraz skrótowy opis problematyki. Zarówno pismo, jak i kwestionariusz zostały zaprojektowane w ten sposób, aby mieściły się na pojedynczej karcie formatu A4.

Przed przystąpieniem do właściwego badania przeprowadzone zostało badanie pilotażowe w czterech placówkach w Polsce: Grodzisk Mazowiecki (placówka ambulatoryjna); Warszawa, ul. Wiejska (placówka ambulatoryjna); Warszawa, ul. Kołaska (placówka stacjonarna) oraz w Starachowicach (placówka ambulatoryjna). Wstępne badanie pilotażowe miało na celu skorygowanie ewentualnych błędów i niejasności, mogących wystąpić w sformułowaniach użytych w ankiecie, jak i również wysondowanie możliwości dostępu do danych statystycznych, będących przedmiotem zainteresowania w niniejszym badaniu.

Kwestionariusze wraz z listem przewodnim, zostały rozesłane do 457 placówek. Liczba ta obejmowała zarówno placówki ambulatoryjne: *poradnie zdrowia psychicznego*, poradnie uzależnień, poradnie odwykowe (w sumie 400 placówek) jak i stacjonarne: oddziały detoksykacyjne, stacjonarne ośrodki, oddziały odwykowe (w sumie 57 placówek). Czas napływania ankiet trwał przeszło miesiąc. Po tym okresie do placówek, które nie odesłały wypełnionych kwestionariuszy, zostały powtórnie wysłane listy z załączonym kwestionariuszem. W odpowiedzi na wystosowane monity napływały kwestionariusze do końca czerwca.

Na 457 kwestionariuszy rozesłanych w pierwszym etapie do placówek odwykowych stacjonarnych i ambulatoryjnych otrzymano 155 zwrotów, w tym 34 z placówek stacjonarnych (zakład, szpital psychiatryczny, szpital ogólny). Wskutek monitów liczba zwrotów niemalże podwoiła się, gdyż ostatecznie do badania posłużyło 267 kwestionariuszy (58% zwrotów): 218 (54%) odpowiedzi z placówek ambulatoryjnych oraz 49 (85%) pochodzących z placówek o charakterze stacjonarnym. W większości respondentami okazali się psycholodzy (33%) i psychiatry (30%). Mimo iż ankieta adresowana była do kierowników placówek, zdarzało się w wielu przypadkach, że wypełniał ją ktoś „w zastępstwie”, o czym może świadczyć wysoki procent pielęgniarek wśród respondentów (Ryc. 3).



Ryc. 3. Zawód respondentów.

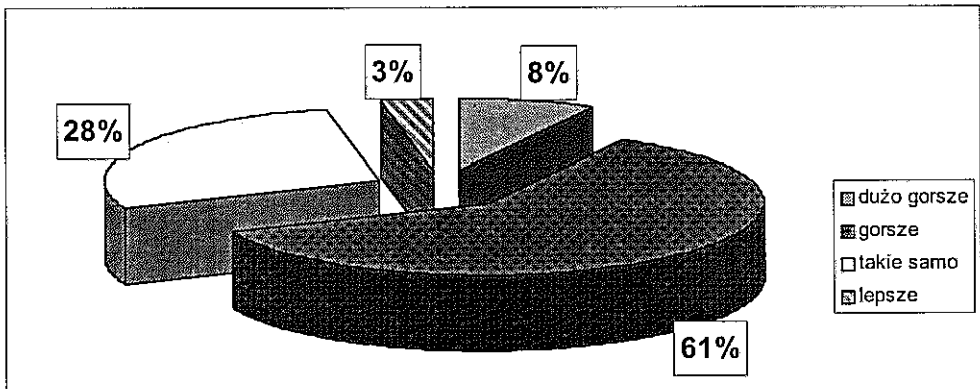
W badanej próbie 64% stanowiły kobiety. Rozpiętość lat pracy w placówce odwykowej wahała się od kilku miesięcy do 42 lat (w jednym przypadku). Ponad 60% respondentów pracuje w lecznictwie odwykowym dłużej niż 10 lat, natomiast 24% wszystkich respondentów może pochwalić się dłuższym, ponad 18-letnim stażem. Średnia wyliczona w próbie wynosi 12 lat stażu pracy w placówce. Można zatem stwierdzić, że większość z osób wypełniających kwestionariusz nie posiada doświadczeń z okresu leczenia przymusowego.

## Wyniki

W kwestionariuszu zawarte były pytania, dotyczące liczby pacjentów zobowiązanych w stosunku do liczby orzeczeń, udziału policji, przebiegu leczenia. Wymienione kategorie pytań odnosiły się do danych za rok 1998. Kilka pytań dotyczyło oceny zachowania pacjentów, ich motywacji oraz efektywności w leczeniu. Na koniec postawione zostało pytanie o utrzymanie obowiązku leczenia w obecnej formie. Na podstawie nadesłanych kwestionariuszy, można szacować, że ogółem w 267 placówkach uczestniczących w badaniu leczonych było 87 686 pacjentów uzależnionych od alkoholu, co stanowi około 50% pacjentów leczonych z powodu zaburzeń związanych z alkoholem (F.10 wg ICD-10) we wszystkich placówkach w 1998. Wśród leczonych w obu typach placówek, podanych w kwestionariuszu było 14 508 zobowiązanych do leczenia. Z tego wynika, że we wszystkich placówkach uczestniczących w badaniu 16,5% ogółu osób leczonych stanowili zobowiązani do leczenia. Respondentów proszono o podanie liczby osób zobowiązanych do leczenia, które zostały doprowadzone do placówki przez policję. Z otrzymanych danych liczbowych wynika, że ogółem doprowadzonych zostało 2 894, co stanowi 20% wszystkich osób zobowiązanych do leczenia w badanej próbie. Dodatkowe pytanie dotyczyło liczby osób, które doprowadzone do placówki przez policję odmówiły leczenia w ogóle. Liczba tych osób w obydwu typach placówek badanej próby wyniosła 901 osób. Respondenci byli proszeni o podanie liczby osób spośród zobowiązanych, które mimo

postanowienia sądowego nie pojawiły się w placówce wcale. Ogólna liczba osób, które nie zgłosiły się w 267 placówkach uczestniczących w badaniu (zarówno stacjonarnych, jak i ambulatoryjnych) w latach 1996-1998 wynosiła 4 424. Kolejne pytanie brzmiało: „Jaki średni okres czasu odnotowywano w Państwa placówce pomiędzy wpłynięciem z sądu postanowienia o zobowiązaniu do leczenia a zgłoszeniem się pacjenta w roku 1998”. Maksymalna liczba dni podawana przez respondentów wynosiła 360 dni (w jednym przypadku), natomiast minimalna 0 dni (w jednym przypadku), co oznacza, że pacjent zgłasza się sam jeszcze przed wpłynięciem orzeczenia z sądu, bądź w tym samym dniu. Średni okres wyliczony na podstawie wszystkich odpowiedzi na to pytanie wynosił 39 dni, czyli ponad miesiąc.

Drugi blok pytań dostarczył opinii personelu na temat zachowania pacjentów zobowiązanych do leczenia w porównaniu z dobrowolnymi, ich zaangażowania w terapię i jej efektywności w stosunku do obydwu grup pacjentów. Oceny dokonywano na siedmiostopniowej skali. Na pytanie: „Czy według Pana/Pani zachowanie pacjentów zobowiązanych do leczenia jest takie samo w porównaniu z innymi pacjentami” większość respondentów odpowiedziało, że jest ono gorsze (Ryc.4). Żaden z respondentów nie określił zachowania pacjentów zobowiązanych do leczenia jako „dużo lepsze”. Podsumowując, większość, bo aż 69% respondentów postrzega zachowanie tychże pacjentów jako gorsze, natomiast tylko 3% określa je jako lepsze i 28% jako takie samo.



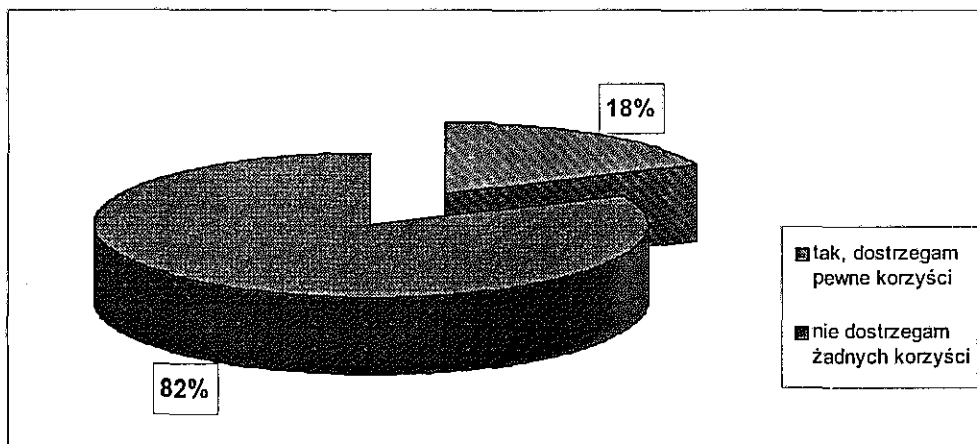
Ryc. 4. Rozkład opinii nt. zachowania pacjentów zobowiązanych w porównaniu z zachowaniem pacjentów dobrowolnych.

W odpowiedzi na pytanie: „Czy dostrzega Pan/Pani w zachowaniu pacjentów zobowiązanych do leczenia jakieś szczególne cechy, odróżniające ich od innych pacjentów?” większość, bo aż 77% respondentów odpowiedziało twierdząco, 21% respondentów odpowiedziało przecząco, w 2% brak było jakiegokolwiek odpowiedzi. Wymieniane przez respondentów cechy odróżniające pacjentów zobowiązanych do leczenia od pacjentów rozpoczynających terapię dobrowolnie są prawie wyłącznie cechami negatywnymi. Głównie wymieniana była większa agresja w stosunku do

personelu ze strony osób zobowiązanych oraz widoczny u nich brak motywacji do leczenia i niechęć do poddania się jakiegokolwiek dyscyplinie. Jedynie w trzech przypadkach respondenci mówili o cechach wyróżniających na korzyść pacjentów zobowiązanych do leczenia (większej motywacji do leczenia).

Zebrany materiał jakościowy, dotyczący różnicujących cech, udało się pogrupować według kategorii, które wyłoniły się w trakcie analizy materiału: reakcje pacjentów wobec personelu, reakcje pacjentów wobec terapii, stosunek do własnej choroby oraz stosunek do najbliższej rodziny. Szczegółowa kategoryzacja według przedstawionych kryteriów znajduje się w Tabeli 1. W załączonej tabeli znajdują się również liczby oznaczające ilu respondentów użyło tego samego opisu. Z analizy wynika, że osoby wypełniające kwestionariusz najczęściej koncentrowały się na relacjach: pacjent – choroba oraz pacjent – personel. Specjaliści najczęściej akcentowali negatywne zachowanie pacjentów zobowiązanych do leczenia wobec personelu, takie jak: agresja, arogancja, nieufność, niechęć do współpracy. Wymieniali również negatywne postawy tychże pacjentów wobec terapii, podkreślając: brak motywacji do leczenia, duży opór przed zmianą dotychczasowego stylu życia oraz bierność i brak zainteresowania programem terapeutycznym. Wypełniający ankiety często charakteryzowali pacjentów zobowiązanych do leczenia jako posiadających bardziej wyrazisty system zaprzeczeń i iluzji. Rzadko natomiast wypowiadali się na temat negatywnych reakcji pacjentów wobec ich rodzin. Podnoszone nieliczne głosy dotyczyły obarczania rodziny winą za wniesienie sprawy do sądu.

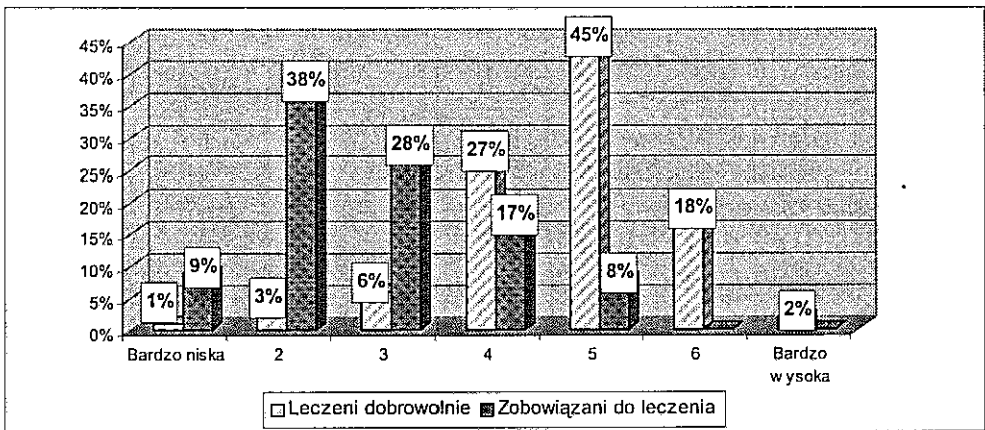
Dodatkowe pytania zamieszczone w kwestionariuszu, dotyczyły opinii personelu na temat aktualnego rozwiązania prawnego, czyli zobowiązania do leczenia. W odpowiedzi na pytanie: „Czy dostrzega Pan/ Pani jakiegokolwiek korzyści, wynikające z funkcjonowania instytucji zobowiązania do leczenia?” 82% respondentów odpowiedziało twierdząco, 18% respondentów odpowiedziało przecząco (Ryc. 5).



Ryc. 5. Rozkład opinii na temat dostrzeganych korzyści wynikających z formuły zobowiązania.

Respondentów proszono w drugiej części pytania, które miało charakter otwarty, o przytoczenie tychże korzyści. W wyniku analizy, podobnie jak w przypadku poprzednim, wypowiedzi respondentów zostały pogrupowane w ramach kategorii: korzyści wynikające dla rodziny, korzyści wynikające dla pacjenta, korzyści wynikające dla społeczeństwa (Tabela 2). Respondenci zdecydowanie skoncentrowali się na dobru pacjenta, jako głównej korzyści wynikającej z zobowiązania. Przede wszystkim podkreślali, że dla niektórych osób jest to jedyna możliwość rozpoznania swojego uzależnienia, forma pierwszego kontaktu oraz szansa utrzymania abstynencji. W drugim zaś rzędzie akcentowano korzyści wynikające dla rodziny, którą za pośrednictwem instytucji zobowiązania można izolować od negatywnych skutków zachowania osoby uzależnionej, bądź oferować jej pomoc. Najslabiej zaś argumentowano wymiar korzyści społecznych.

W innym miejscu respondenci byli proszeni o ocenę porównawczą efektywności leczenia (nabycie przez pacjenta wglądu w problem, długość okresu abstynencji) w przypadku pacjentów przystępujących do leczenia z tytułu zobowiązania oraz pacjentów podejmujących leczenie dobrowolnie. Ocena dokonywana była na siedmiostopniowej skali przedziałowej (Ryc.6). Dokonane obliczenia statystyczne w modelu Test-T ( $p=0,05$ ) wskazały na istotną różnicę pomiędzy oceną efektywności w leczeniu osób zobowiązanych a osób przystępujących dobrowolnie. Wyżej oceniana była

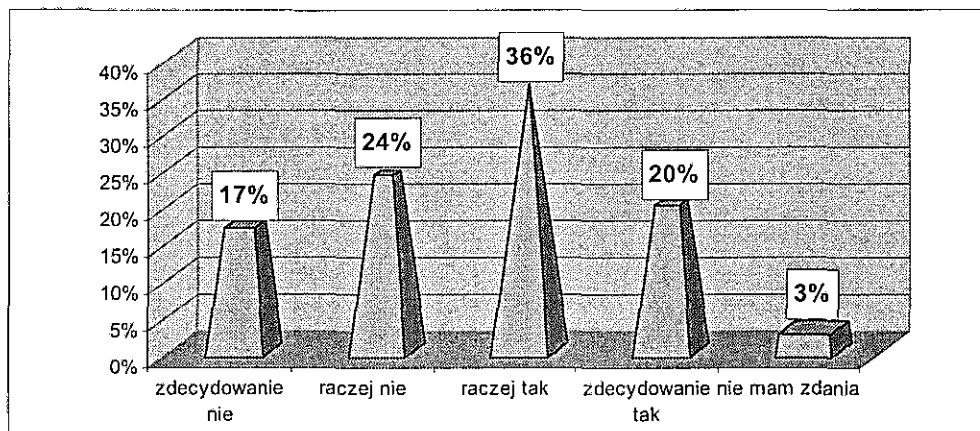


Ryc. 6. Rozkład opinii nt. efektywności leczenia.

przez respondentów efektywność w leczeniu osób dobrowolnie przystępujących do terapii ( $s=4,7$ ), niż miało to miejsce w przypadku osób zobowiązanych ( $s=2,8$ ).

Kolejne pytanie było podobnie skonstruowane do poprzedniego i dotyczyło oceny poziomu zaangażowania w leczenie, zarówno pacjentów zobowiązanych jak i dobrowolnych. Analiza statystyczna przeprowadzona podobnie jak poprzednio w modelu Test-T ( $p=0,05$ ) wykazała, że różnica w ocenie zaangażowania obu grup jest istotna statystycznie. Zaangażowanie w proces leczenia był zdecydowanie wyżej oceniany





Ryc. 7. Rozkład opinii nt. podtrzymania formuły zobowiązania do leczenia w aktualnej formie.

TABELA 1

Reakcje pacjenta wobec personelu (115)	Reakcje pacjenta wobec terapii (151)	Reakcje pacjenta w stosunku do własnej choroby (70)	Reakcje pacjenta w stosunku do rodziny (13)
Agresja 59	Brak motywacji do leczenia 65	Wyraźniejsze systemy zaprzeczeń i iluzji 38	Obarczanie rodziny winą za przedłożenie podania o leczenie 7
Niechęć do współpracy 10	Duży opór przed zmianą 30	Brak krytycyzmu w stosunku do własnej choroby 23	Obwinianie rodziny za własną chorobę 5
Wulgarnie odnoszenie się do personelu (słownictwo) 8	Bierność i brak zaangażowania. 15	Bagatelizowanie, pomniejszanie problemu uzależnienia 7	Zrywanie kontaktu z rodziną 1
Poczucie doświadczanej krzywdy 7	Lekceważenie kontraktu terapeut. 8	Silne mechanizmy racjonalizacji własnego picia 2	
Arogancja 6	Rezygnowanie z zajęć terapeut. 6		
Podejmowanie prób manipulacji 6	Samowolne oddalanie się 6		
Nieufność 6	Picie między sesjami 6		
Postawa roszczeniowa 5	Nieregularne uczęszczanie na zajęcia 5		
Traktowanie personelu jak egzekutorów wyroku sądowego 4	Strach przed leczeniem zamkniętym 4		
Lekceważenie zaleceń personelu 2	Skoncentrowanie na doraźnych rozwiązaniach 3		
Złośliwość 2	Odmowy wykonywania prac 3		

TABELA 2

Korzyści wynikające dla rodziny (74)	Korzyści wynikające dla pacjenta (159)	Korzyści wynikające dla społeczeństwa (23)
Pomoc rodzinie 45	Zobowiązanie stanowi niekiedy jedyną możliwość kontaktu pacjenta z placówką odwykową,	Zmniejszenie poczucia bezkarności u osób nadużywających alkoholu 9
Izolacja osoby uzależnionej od rodziny chociaż na jakiś czas i ograniczenie przemocy fizycznej 12	Możliwość utrzymania abstynencji 45	Zapobiega dalszej demoralizacji otoczenia, 3
Sanacja rodziny 10	Pacjenci podejmujący terapię mają możliwość rozpoznania swojego uzależnienia 39	Złagodzenie skutków społecznych 3
Rodzinę można wprowadzić do terapii 7	Wielu z pacjentów podejmuje dalsze leczenie w formie „after care” 12	Zwiększenie poczucia bezpieczeństwa otoczenia, 3
	Pacjent otrzymuje informacje o możliwości dalszego leczenia oraz własnej sytuacji chorobowej 7	Eliminacja negatywnych zachowań z życia społecznego 2
	Trudny początek, ale zawsze jakiś początek 5	Zwiększenie presji społecznej w stosunku do osób pijących 2
	Zmusza do refleksji nad swoim pićciem 3	W małych miejscowościach jest to bardzo nagłośnione, dlatego też dużo więcej osób zgłasza się dobrowolnie 1

TABELA 3

## Rozwiązania alternatywne, sugestie

Wprowadzenie sankcji karnych w stosunku do osób zobowiązanych do leczenia, które nie podjęły leczenia, lub nie stawiły się w placówce	22
Zaostrzenie restrykcji karnych wobec osób, które pod wpływem alkoholu dopuścili się przestępstwa	16
Ustanowienie dla każdej osoby zobowiązanej do leczenia kuratora, który byłby odpowiedzialny za współpracę z placówką	13
Otoczenie opieką rodziny osoby uzależnionej, wciągnięcie jej w specjalny program terapeutyczny oraz wprowadzenie zakazu zbliżania się tej osoby do rodziny (na czas trwania zobowiązania).	12
Szkolenie dla pokuratorów, policji i osób zaangażowanych w proces zobowiązania	9
Stworzenie specjalnych ośrodków dla osób, co do których zostało podjęte orzeczenie sądowe, z odpowiednim programem terapeutycznym, głównie bazującym na motywowaniu do leczenia.	9
Powołanie specjalnych „grup interwencyjnych”, które mogłyby reagować natychmiastowo na problem w rodzinie (realizacja zobowiązania trwa nieraz 3-4 miesiące).	9
Leczenie pacjentów zobowiązanych najpierw na oddziale zamkniętym a dopiero później kontynuowanie terapii w oddziale dziennym	7
Wzmocnienie działań profilaktycznych	6
Pacjent powinien być zobligowany do odpracowania kosztów (prace publiczne) za całą procedurę orzekania o zobowiązaniu do leczenia	5
Sprawą powinna zajmować się KRPA a nie sąd	3
Leczenie próbne	2

w przypadku osób przystępujących do leczenia dobrowolnie ( $s=4,9$ ), aniżeli osób zobowiązanych ( $s=2,9$ ).

W odpowiedzi na pytanie o to, czy należy utrzymać obowiązek leczenia w obecnej formie 17% respondentów odpowiedziało, że zdecydowanie nie, 24% – raczej nie, 36% – raczej tak, 20% – zdecydowanie tak, 3% – nie mam zdania. W takiej sytuacji analiza jest nieco konfuzyjna, ponieważ po prostym zsumowaniu przysłowiowych za i przeciw, otrzymujemy obraz zróżnicowany dwubiegunowo. 56% respondentów opowiada się za podtrzymaniem, natomiast 41% przeciwko, co przy tak homogenicznej grupie respondentów można interpretować jako niejasne stanowisko (Ryc.7).

W celu skonkretyzowania swojego stanowiska, respondenci byli proszeni o wymienienie ewentualnych alternatyw dla aktualnej instytucji zobowiązania. W Tabeli nr 3 przedstawione są propozycje możliwych rozwiązań oraz sugestie, dotyczące usprawnienia procesu zobowiązywania do leczenia. Okazało się, że specjaliści głównie niezadowoleni są z braku jakichkolwiek restrykcji w stosunku do osób, które będąc zobowiązane do leczenia uchylają się od decyzji wydanej przez sąd. Propozycją respondentów jest również zaostrzenie restrykcji karnych w stosunku do osób, które pod wpływem alkoholu dopuszczają się przestępstw. Inna sugestia dotyczyła zaś zwiększenia liczby kuratorów przyznawanych dla osób zobowiązanych do leczenia. Mniej popularne wśród respondentów rozwiązania dotyczyły: treningów i szkoleń dla prokuratorów, policji oraz pozostałych osób zaangażowanych w proces zobowiązywania; tworzenia krótkoterminowych grup interwencyjnych; kierowania osób zobowiązanych do leczenia zawsze na początku do oddziału zamkniętego, później natomiast kontynuowanie terapii w trybie ambulatoryjnym. Podkreślano również potrzebę wprowadzania rodziny do terapii oraz otoczenie jej specjalną opieką.

Z dodatkowo wykonanych obliczeń wynika, że wykonywany zawód nie wpływa na opinię respondentów w zakresie: podtrzymania zobowiązania do leczenia, korzyści z niego wynikających oraz oceny zachowania pacjentów zobowiązanych do leczenia. Większość w poszczególnych grupach zawodowych dostrzegła korzyści wynikające z takiego rozwiązania, przy jednoczesnej ocenie zachowania pacjentów zobowiązanych do leczenia jako gorsze. Ocena dokonywana na wymienionych trzech wymiarach nie różniła się również zasadniczo pomiędzy mężczyznami a kobietami. Bardziej wnikliwa analiza sugeruje jednak, że to głównie kobiety opowiadały się podtrzymaniem instytucji zobowiązania do leczenia (w 62%).

## PODSUMOWANIE

Formuła zobowiązania do leczenia jest kwestią dyskusyjną zarówno z punktu widzenia etycznego, jak i praktycznego. Odstąpienie od leczenia przymusowego, pozwoliło na odżegnanie się od dylematów moralnych. Wprowadzenie zobowiązania do leczenia nie rozwiązało jednak problemów natury praktycznej. Obserwuje się wiele trudności w procesie zobowiązywania do leczenia zarówno na poziomie administracyjnym, jak i lecznictwa. Liczba wydawanych orzeczeń w tej sprawie wciąż wzrasta, rośnie również liczba oczekujących na umieszczenie w ośrodkach leczniczych. Sąd

przedstawia się jako „straszak” i wykonawcę ustaleń, które podejmowane są przez biegłych (biegły, czyli lekarz, lub psycholog proponuje czas i rodzaj leczenia). Ponadto sąd nie dysponuje żadnymi instrumentami, którymi mógłby egzekwować swoje decyzje, prócz policji, która w cały ten proces wkracza bardzo niechętnie. Zaniebdana okazuje się instytucja probacji. Mimo że rośnie liczba przyznawanych kuratorów, wciąż jest ona niezadowolająca. Brakuje też dokładnych wytycznych mówiących o warunkach, w jakich powinien być przyznany kurator.

Z prezentowanego badania wynika, że specjaliści mający styczność z problemem w swojej codziennej pracy nie zajmują jednolitego stanowiska co do rozwiązania tej kwestii. Mimo że leczenie osób zobowiązanych oceniają jako mniej efektywne a motywację pacjentów jako niższą w porównaniu z pacjentami przystępującymi do leczenia dobrowolnie, większość z nich (jakkolwiek nieznaczna) skłania się do podtrzymania aktualnej formuły. Można przypuszczać, że na taki obraz składa się wiele różnych czynników, które niekoniecznie zostały jasno wyartykułowane w badaniu. Jedną z hipotez może być powszechna inercja i przyzwyczajenie do raz wprowadzonego porządku. Z innej perspektywy można doszukiwać się w prezentowanych postawach obaw przed radykalnymi zmianami w systemie leczenia odwykowego, które mogłyby nastąpić wskutek zniesienia instytucji zobowiązania do leczenia.

Specjaliści postulują pewne zmiany, mające na celu raczej ulepszenie dotychczasowej formuły, aniżeli jej anulowanie. Sporadycznie pojawiły się nawet głosy za wprowadzeniem, a raczej przywróceniem restrykcji wobec osób, które nie pojawiają się w placówce leczniczej mimo nakazu sądowego, bądź uchylają się od udziału w zajęciach terapeutycznych, co wskazywałoby na nutę nostalgii za poprzednim rozwiązaniem.

Debata na temat trybu leczenia osób uzależnionych od alkoholu nie znajduje swojego końca, brakuje też jasnych i jednolitych opinii specjalistów w tym względzie. Formuła zobowiązania do leczenia wydaje się pod wieloma względami nie najlepszym rozwiązaniem, trudno jednak to zmienić, nie mając jasnego obrazu alternatywy ani zdecydowanego stanowiska specjalistów.

## STRESZCZENIE

Kwestia zobowiązania do leczenia osób uzależnionych od alkoholu pobudza do dyskusji zarówno prawników, jak i specjalistów – terapeutów. W celu bliższego przyjrzenia się tej debacie zostało przeprowadzone badanie. Poddano analizie dane epidemiologiczne, pochodzące z Ministerstwa Sprawiedliwości, które mówią o ciągłym wzroście liczby orzeczeń o zobowiązaniu do leczenia oraz o przedłużającym się czasie ich realizacji. Przeprowadzono również badanie, które miało na celu poznanie opinii specjalistów zajmujących się tym problemem w swojej codziennej pracy.

Zostało rozesłanych 457 kwestionariuszy, z czego otrzymano 218 zwrotów z placówek ambulatoryjnych i 49 zwrotów z placówek stacjonarnych, w sumie otrzymano 58% odpowiedzi na wysłane kwestionariusze. Otrzymane wyniki z badania sugerują brak jednolitego stanowiska wśród respondentów na temat formuły zobowiązania.

Pomimo że większość specjalistów oceniała zachowanie pacjentów zobowiązanych jako „gorsze” a ich samych jako mniej zmotywowanych, to równocześnie dostrzegali oni korzyści wynikające z takiej formy leczenia. Ponadto respondenci zgłaszali, aczkolwiek w niewielkiej większości, bo obejmującej 56% ogółu badanych, chęć podtrzymania instytucji zobowiązania do leczenia. Często przytaczanym przez nich argumentem było dobro pacjenta oraz sanacja rodziny, ale też brak lepszych rozwiązań i ewentualnej alternatywy.

W powyższej sytuacji stawianie jakiegokolwiek tezy nasuwa pewną trudność. Hipotezą, tłumaczącą niezgodność w opinii co do podtrzymania zobowiązania, może być natomiast obawa ze strony specjalistów przed kolejnymi zmianami w ogólnym kontekście zmian zachodzących w służbie zdrowia. Wpływać na to może również odmiennosc doświadczeń respondentów w stosunku do formuły zobowiązania, co dodatkowo utrudnia zajęcie spójnego stanowiska wobec tej sprawy.

**Słowa kluczowe:** zobowiązanie do leczenia, alkohol, opinie specjalistów.

#### PIŚMIENNICTWO:

1. *Alkohol 1993 – Teksty ustaw, objaśnienia*. Wydawnictwo IOGT OMNIPRESS; Warszawa, 1993.
2. Chećko Aleksander: *Zarys podstaw prawnych polityki przeciwalkoholowej w latach 1959-1982*. Wydawnictwo Prawnicze, 1984.
3. Dąbrowski Stanisław, Piotrowski Andrzej: *Przymusowe leczenie*. „Problemy alkoholizmu”, 1979 nr 2 (281).
4. Frankowski Stanisław: *Criminal Law Aspects of Alcoholism in Poland*. Wydawnictwo Prawnicze; Warszawa, 1978.
5. Griffith Edwards: *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford University Press, 1994.
6. Krych Zygmunt: *Studium porównawcze czynników psychosocjalnych u alkoholików leczonych dobrowolnie i przymusowo*. Praca na stopień doktora nauk medycznych. Lubliniec, 1978.
7. Łęczycka Krystyna: *Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi a jej wykonanie* w: Materiały VIII Krajowej Konferencji Sekcji Psychiatrii Sądowej PTP „Uzależnienie od środków odurzających a orzecznictwo sądowe psychiatryczno-psychologiczne”.
8. *Materiały do programu przeciwdziałania alkoholizmowi*. Instytut Psychoneurologiczny; Warszawa, 1982.
9. „Materiały VIII Krajowej Konferencji Sekcji Psychiatrii Sądowej PTP” *Uzależnienie od środków odurzających a orzecznictwo sądowe psychiatryczno-psychologiczne.*; Warszawa, 1990.
10. Morawski Jacek: *Zwalczanie alkoholizmu-zbiór ważniejszych przepisów prawnych*. Społeczny Komitet Przeciwalkoholowy; W-wa 1977.
11. PARPA *Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w 1997 roku w: Alkohol a zdrowie*, W-wa 1998.
12. *Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz przepisy wykonawcze*. Wydawnictwo Prawnicze; W-wa 1983.

13. Świątkiewicz G., Moskalewicz J.: *Deviants in a deviant institution: a case study of Polish alcohol treatment hospital. Contemporary Drug Problems.*
14. Wald I., Moskalewicz J.: *From compulsory treatment to the obligation to undertake treatment: conceptual evolution in Poland.* w: *Contemporary drug problems*; 1987.