

ŁUKASZ KOŁODZIEJ

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9814-9158>

## PROGRAMY REDUKCJI SZKÓD I OGRANICZENIA PICIA ALKOHOLU W DOMACH POMOCY SPOŁECZNEJ JAKO ALTERNATYWA DLA TRADYCYJNYCH ODDZIAŁYWAŃ ABSTYNNENCKICH

### ABSTRAKT

**Wstęp.** Obecnie w Polsce funkcjonuje tylko jeden dom pomocy społecznej (DPS) dla osób uzależnionych od alkoholu, a w dwóch tego typu ośrodkach utworzono wyspecjalizowane w tej kwestii pododdziały, zatem szansę skorzystania z pobytu w DPS dla osób uzależnionych mają nieliczni. Uzależnieni od alkoholu mieszkańcy DPS często mają już za sobą wiele nieudanych prób podjęcia terapii uzależnień, więc prawdopodobieństwo tego, że kolejny pobyt w specjalistycznym ośrodku przyniesie trwałą zmianę, jest niewielkie. Celem artykułu jest spopularyzowanie wiedzy wśród pracowników domów pomocy społecznej na temat programów ograniczenia spożywania alkoholu i redukcji spowodowanych tym szkód.

**Metoda.** W celu przekazania wiedzy na temat tych programów dokonano porównania tradycyjnego celu terapii i profilaktyki uzależnień, jakim jest osiągnięcie długotrwałej abstynencji, z programami redukcji szkód i ograniczenia ilości wypijanego alkoholu.

**Wyniki.** Chociaż pracownicy domów pomocy społecznej realizują już elementy programu redukcji szkód, przykładowo pomijając podawanie leków pijanym mieszkańcom czy doglądając stanu zdrowia odurzonych alkoholem pensjonariuszy, to wciąż jednak brakuje usystematyzowanych działań, mających na celu pełną realizację programów ograniczenia picia oraz szkód zdrowotnych i społecznych spowodowanych problemami alkoholowymi w DPS.

**Wnioski.** Alternatywą dla ograniczonej liczby miejsc dla uzależnionych mieszkańców domów pomocy społecznej w wyspecjalizowanych typach ośrodków może być wdrożenie programów ograniczenia spożywania alkoholu i redukcji szkód wywołanych alkoholem w różnych typach domów pomocy społecznej

na obszarze całego kraju. Ich realizacja może również zwiększyć skuteczność podejmowanych interwencji terapeutycznych wobec uzależnionych od alkoholu mieszkańców DPS.

**Słowa kluczowe:** redukcja szkód spowodowanych piciem alkoholu, ograniczenie picia, alkoholizm, dom pomocy społecznej

## WSTĘP

Domy pomocy społecznej (DPS) są częścią systemu zabezpieczenia społecznego zarówno w Polsce, jak i w większości krajów rozwiniętych (Ribbe i in., 1997), świadcząc całodobowe usługi opiekuńcze na rzecz osób, które – ze względu na podeszły wiek lub stan zdrowia – nie są w stanie mieszkać już dłużej w swoim dotychczasowym miejscu pobytu (Szochnier-Siemińska, 2018). Podstawową rolą DPS jest zatem zapewnienie mieszkańcom godnych warunków życia, czyli przede wszystkim dostępu do ciepłej wody, czystych ubrań i posiłków.

Zespół uzależnienia od alkoholu (ZUA) uważany jest za ciężką i postępującą chorobę ośrodkowego układu nerwowego, która – nieleczona – prowadzi do niepełnosprawności oraz degradacji społecznej, w efekcie czego zyskała ona miano choroby społecznej i środowiskowej (Frąckowiak, Motyka, 2015, s. 314). Ze względu na specyficzne kryteria przyjęcia do DPS, uzależnieni od alkoholu mieszkańcy rekrutują się spośród ludzi głęboko uzależnionych. Często osoby takie mają również za sobą wielokrotne, nieskuteczne, próby podjęcia terapii i abstynencji (Szafranek, 2018, s. 203), a co więcej – po umieszczeniu w DPS nierzadko kontynuują nadmierne spożywanie alkoholu, co sprawia, że tradycyjne oddziaływania, ukierunkowane na utrzymywanie bezwzględnej abstynencji, przeważnie nie przynoszą oczekiwanych efektów (Habrat, 2013).

Alternatywą dla wymogu całkowitej abstynencji od alkoholu są programy ograniczenia picia, a także minimalizowania szkód zdrowotnych i społecznych w wyniku nadmiernej konsumpcji alkoholu (Jakubczyk, Wojnar, 2012; Habrat, 2013). Akceptacja nawrotów w przebiegu zespołu uzależnienia od alkoholu pod pretekstem realizacji programów profilaktyczno-terapeutycznych może jednak budzić wątpliwości etyczne i światopoglądowe.

Niemniej jednak już teraz w wielu DPS wdrażane są różnorodne rozwiązania, mające na celu ograniczenie szkód zdrowotnych i społecznych wywołanych nałogiem. Na mocy §2 ust. 3 i 4 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej, w DPS obowiązkowo opracowywane są Plany Indywidualnego Wsparcia (PIW) dla każdego mieszkańca<sup>1)</sup>, w ramy których niejednokrotnie wpisuje się realizację planu ograniczenia picia. Rekomendowany przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) program ograniczenia picia również zakłada realizację Indywidualnego Planu Ograniczenia Picia<sup>2)</sup>. Tym samym, przynajmniej częściowo, cele terapeutyczne oraz sformułowane zadania w ramach PIW pokrywają się z możliwymi do przeprowadzenia oddziaływaniami specyficznymi dla programów redukcji szkód i ograniczenia picia, opracowanych przez specjalistów terapii uzależnień na zamówienie PARPA.

Personel DPS na co dzień otacza opieką pijanych mieszkańców, przykładowo, nie podając im leków, doglądając ich i na bieżąco monitorując ich stan zdrowia, co wynika głównie z zakresu czynności poszczególnych opiekunów (Jacek, Sarnecka, Miaskowska-Daszkiewicz, 2016). W praktyce w DPS prowadzone są więc oddziaływania mające na celu ograniczenie skutków spożywania alkoholu, ale nie w formie ustrukturyzowanych programów profilaktyczno-terapeutycznych.

Z opisów programu redukcji szkód i ograniczenia picia, zamieszczonych w materiałach edukacyjnych PARPA, wynika, że oddziaływania tego typu powinny być realizowane w podmiotach leczniczych świadczących usługi związane z terapią uzależnień. Zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem DPS nie powinien być miejscem realizacji świadczeń terapeutycznych w zakresie terapii uzależnień<sup>3)</sup>, choć oczywiście wśród mieszkańców DPS można prowadzić programy profilaktyczne.

<sup>1)</sup> Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. 2018, poz. 734).

<sup>2)</sup> <http://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/programy-ograniczania-picia>, dostęp: 08.07.2019.

<sup>3)</sup> Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982, nr 35, poz. 230).

Ewentualne wdrożenie do DPS programu redukcji szkód spowodowanych piciem alkoholu i ograniczenia jego konsumpcji wymagałoby dostosowania tych programów do oddziaływań profilaktycznych, a nie terapeutycznych. W tym celu powinny zostać przeprowadzone badania walidacyjne nad skutecznością oferowanych rozwiązań i ich bezpieczeństwem dla mieszkańców DPS (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2019). Nie powinno się bowiem przenosić rozwiązań terapeutycznych bezpośrednio do obszaru profilaktyki bez dokonania stosownych badań naukowych i analiz.

Celem prezentowanego artykułu jest zatem popularyzowanie wiedzy na temat założeń programu redukcji szkód spowodowanych spożyciem alkoholu, a także programu ograniczenia picia. Dokumenty programu mogą być alternatywą dla profilaktyki ukierunkowanej na osiągnięcie bezwzględnej abstynencji wśród mieszkańców różnych typów DPS. Omówiono również, w jaki sposób programy te wpisują się w socjologiczne modele ZUA oraz teoretyczne modele opisujące społeczny kontekst funkcjonowania DPS.

## **UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU JAKO PROBLEM MEDYCZNY I SPOŁECZNY**

Dziesiąta edycja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) wyróżnia dwa odmienne stany chorobowe związane z problemami alkoholowymi (Habrat, 2010). Pierwszym z nich jest tzw. picie szkodliwe, oznaczone symbolem F10.1 (według ICD-10), a w przypadku nasilonych objawów, związanych z upośledzoną kontrolą nad spożywaniem alkoholu, diagnozuje się zespół uzależnienia od alkoholu – F10.2 (zgodnie z ICD-10).

Obecnie brak jest danych epidemiologicznych, obrazujących skalę nasilenia problemów alkoholowych wśród mieszkańców wszystkich typów DPS, a dostępne są jedynie informacje na temat uzależnienia od alkoholu w wybranych tego typu ośrodkach. Wyniki uzyskane w latach 2008–2016, w trakcie wizytacji przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Przeciwdziałania Torturom (KMPT) w DPS w różnych częściach kraju, wskazują, że

około 10% mieszkańców DPS jest uzależnionych od alkoholu (Rzecznik Praw Obywatelskich, 2017), zresztą podobne rezultaty uzyskano w województwie opolskim (Grabusińska, 2010). Kolejne badanie, przeprowadzone przez Departament Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom Urzędu Marszałkowskiego w Poznaniu, ujawniło, że w DPS z terenu województwa wielkopolskiego 557 osób miało problemem alkoholowy, z czego tylko 57 objętych było terapią uzależnienia. W DPS dla osób chorych psychicznie przewlekle oraz chorych somatycznie przewlekle z tego województwa jednostki nadużywające alkoholu stanowiły około 14% ogółu pensjonariuszy (Grygiel, 2015). Niestety, nie prowadzi się również badań na temat rozpowszechnienia problemów alkoholowych wśród mieszkańców DPS z wyszczególnieniem liczby osób z grupy pijących szkodliwie i uzależnionych. Niemniej jednak, na podstawie obserwacji stopnia nasilenia problemów alkoholowych w populacji ogólnej w Polsce można tylko przypuszczać, że mieszkańcy różnych typów DPS w sposób naturalny różnią się pomiędzy sobą stosunkiem do alkoholu. Wśród pensjonariuszy DPS muszą się znajdować zarówno abstynenci, osoby pijące okazjnie, w sposób szkodliwy, jak też ludzie uzależnieni od alkoholu<sup>4</sup>).

Ograniczone informacje na temat skali rozpowszechnienia problemu uzależnienia od alkoholu wśród pensjonariuszy DPS i nikłe zainteresowanie tą tematyką wśród badaczy może skutkować szeregiem niekorzystnych zjawisk społecznych wobec mieszkańców tego typu ośrodków. Chodzi tu głównie o utrudniony dostęp podopiecznych DPS do programów ograniczenia picia i negatywnych skutków nadmiernego spożywania alkoholu. Mieszkańcy DPS stanowią przy tym grupę mniejszościową, na którą projektowane są różnego typu negatywne stereotypy społeczne, związane z ogólnym postrzeganiem osób chorych i zależnych w Polsce, co może nasilać ich izolację społeczną i pogłębiać problemy alkoholowe. Socjologiczne teorie uzależnienia od substancji psychoaktywnej wskazują także na konieczność uwzględnienia czynników społecznych związanych z etiologią ZUA (Świątkiewicz, 2011).

<sup>4</sup> [https://www.mcpcu.krakow.pl/sites/default/files/dps\\_w\\_krakowie\\_2016\\_-\\_j.\\_fudala.pdf](https://www.mcpcu.krakow.pl/sites/default/files/dps_w_krakowie_2016_-_j._fudala.pdf).

Najczęściej ZUA traktowany jest jako przejaw i skutek różnych patologii społecznych. W myśl tej teorii, społeczeństwo można porównać do dobrze funkcjonującego organizmu. Problemy społeczne wywołują ludzie, którzy nie potrafią dostosować swojego zachowania do wymogów stawianych przez zbiorowość. Osoby nieprzystosowane społecznie są więc elementem patologicznym w zdrowej tkance narodu. ZUA wiąże się z różnorodnymi problemami psychicznymi, chorobami, biedą i degradacją społeczną. Osoby uzależnione stają się tym samym elementem patologicznym, który należy leczyć, a jeśli trzeba, to nawet wyeliminować – wszystko w imię dobra narodu (tamże, s. 67). Propagowanie idei zachowywania bezwzględnej abstynencji wpisuje się w model zapobiegania patologiom społecznym. W świetle teorii patologii społecznej, związanej z przebiegiem ZUA, programy redukcji szkód zdrowotnych spowodowanych piciem i ograniczania spożywania alkoholu są niedopuszczalne – chodzi przecież o dobro społeczeństwa, a opisywane programy zakładają podtrzymywanie patologii, jaką jest upijanie się.

Teoria naznaczenia społecznego wskazuje na względny charakter tego, co dane społeczeństwo uważa za zachowanie niedopuszczalne i społecznie szkodliwe. Przykładowo, w społeczeństwie polskim istnieje przyzwolenie na spożywanie alkoholu, podczas gdy przyjmowanie narkotyków uważane jest za przejaw patologii społecznej. Niemniej jednak utrata kontroli nad ilością i częstością wypijanego alkoholu również uznawana jest za przejaw choroby. Ktoś, kto nie potrafi pić alkoholu z umiarem, staje się dewiantem społecznym, czyli kimś, kto odbiega od ogólnie przyjętej normy społecznej, a w efekcie społeczeństwo przypisuje mu chorobę.

Kolejną teorią socjologiczną, przydatną do zrozumienia społecznego kontekstu choroby uzależnienia od alkoholu, jest tzw. konstrukcjonizm kontekstualny. W ramach badań nad uzależnieniem jako chorobą społeczną poszukuje się różnic pomiędzy rzeczywistym rozpowszechnieniem i przejawami uzależnienia od alkoholu w społeczeństwie a tym, co na ten temat sądzą specjaliści i instytucje powoływane do przeciwdziałania skutkom uzależnienia (tamże, s. 67). Okazało się bowiem, że twórcami problemów społecznych mogą być również instytucje powołane do ich rozwiązywania. Wykazano też, że społeczeństwa mają tendencję do obsadzania

w roli dewiantów osoby wywodzące się z grup mniejszościowych, a tym samym spośród obywateli z mniejszą zdolnością obrony swoich praw. Grupę taką mogą stanowić właśnie mieszkańcy DPS. Brak rzetelnych informacji naukowych na temat skali rozpowszechnienia problemów alkoholowych wśród pensjonariuszy DPS może skutkować paniką moralną wśród osób decyzyjnych w zakresie polityki społecznej i przekładać się na zafalszowany bądź negatywny obraz tej grupy w całym społeczeństwie.

## **WYBRANE TEORIE SOCJOLOGICZNE, OPISUJĄCE FUNKCJONOWANIE DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ**

Pomimo pozornej prostej roli DPS, jaką jest zapewnianie godziwych warunków bytowych osobom niesamodzielnym, działalność tego typu ośrodków można wytłumaczyć za pomocą wielu teorii socjologicznych. DPS jest przede wszystkim instytucją życia społecznego, o czym świadczą takie cechy, jak: posiadanie określonej struktury organizacyjnej, zatrudnianie wykwalifikowanej kadry pracowniczej, działalność w oparciu o ustawy i rozporządzenia oraz realizowanie ściśle zdefiniowanych zadań i celów, dla których DPS są tworzone. Do opisu działania DPS można więc zastosować aparat pojęciowy, powstały w ramach teorii neoinstytucjonalnych. W socjologii pojęcie „instytucja” ma wiele znaczeń, lecz przede wszystkim rozumiane jest jako zbiór zasad społecznych, będących podstawą porządku publicznego (Zbyrad, 2014, s. 11).

Dla przedstawicieli nurtu neoinstytucjonalnego niezwykle ważnym aspektem funkcjonowania instytucji są reguły i normy ich działania (tamże, s. 282). Życie oraz praca w DPS podlegają szczegółowym regulacjom, skodyfikowanym w różnego typu regulaminach, skierowanych zarówno do pracowników, jak i pensjonariuszy. Wynikają one wprost z ustaw i stosowanych rozporządzeń wydawanych przez ministra do spraw zabezpieczenia społecznego. Życie w DPS jest zatem regulowane przez parlamentarzystów, którzy mają wyrażać wolę całego społeczeństwa. Ze względu na specyficzne kryteria przyjęcia do DPS, mieszkańcy tych ośrodków są grupą społeczną szczególnie schorowaną, wymagającą intensywnej opieki i leczenia, a dodatkowo używanie różnego typu używek, w tym alkoholu, pogarsza stan

zdrowia i komplikuje proces farmakoterapii (Uhart, Wand, 2009). Uczynienie DPS miejscem wolnym od używek staje się więc celem oddziaływań korekcyjnych, pożądanym społecznie i wpisującym się ściśle w uregulowany schemat funkcjonowania tego typu instytucji.

Oprócz teorii odwołujących się do neoinstytucjonalizmu, funkcjonowanie DPS można również opisywać, odnosząc się do takich teorii, jak: funkcjonalizm, teoria systemów społecznych i teoria instytucji totalnej Ervinga Goffmana. Według założeń tej ostatniej, instytucję totalną można scharakteryzować jako taką, w której osoby umieszczone jednocześnie śpią, pracują i odpoczywają (tamże, s. 10). Przykładami instytucji totalnych są więc chociażby więzienia, zakony, szpitale, internaty itp. Ze względu na to, że DPS zapewnia świadczenia całodobowe i reguluje wiele aspektów życia codziennego mieszkańców, również on stanowi przykład instytucji totalnej. Goffman uważał instytucje totalne za hybrydy społeczne, łączące elementy społeczności mieszkańców z elementami organizacji formalnych, zatem opis ten bardzo dobrze pasuje do zasad działalności DPS.

W ramach instytucji totalnej funkcjonują dwie podstawowe grupy ludzi: osoby mające ograniczone kontakty ze środowiskiem zewnętrznym pełnią rolę podwładnych, a personel określa się mianem przełożonych. Wzajemne relacje pomiędzy podwładnymi a przełożonymi opierają się na krzywdzących stereotypach (podwładni mają być zatwardziali, zdradzieccy i spiskujący, podczas gdy przełożeni czują się lepsi od swoich podwładnych). Rolą przełożonych jest kontrola zachowania podwładnych (tamże, s. 15). W przypadku pijących mieszkańców DPS przełożeni, czyli personel DPS, mogą wykorzystywać dostęp do alkoholu jako narzędzie sprawowania władzy i kontroli nad podwładnymi.

W ramach teorii funkcjonalizmu społecznego DPS mają odgrywać ważną rolę utylitarną w życiu społecznym – są odpowiedzią na problem konieczności zapewnienia minimum egzystencji osobom znajdującym się w trudnej sytuacji życiowej. Teoria działania społecznego Talcotta Parsonsa kładzie nacisk na takie cechy instytucji, jak: zdolność instytucji do adaptacji, osiągania celów, integracji i utrzymywania wzorów działania. Teoria działania społecznego w kontekście DPS dotyczy tym samym zdolności



tych instytucji do adaptacji do zmieniających się warunków społecznych i ekonomicznych (tamże, s. 13). Odwołując się więc do tej teorii, można przyjąć, że w przypadku upowszechniania się wśród polskich terapeutów uzależnień i decydentów w zakresie polityk społecznych przyjaznego stosunku do omawianych w tym artykule programów przeciwalkoholowych, zostaną one wprowadzone w życie również w DPS.

Do opisu funkcjonowania DPS istotna może być także teoria systemowa Niklasa Luhmanna, odnosząca się do zasad utrzymywania porządku publicznego (tamże, s. 16). W tym ujęciu DPS są miejscem przetrzymywania osób, które mogą stanowić zagrożenie dla innych, np. ze względu na chorobę psychiczną, w tym także uzależnienie od substancji psychoaktywnych. Oprócz tego DPS może też stanowić miejsce odosobnienia dla osób, których sama obecność w przestrzeni publicznej może szkodzić subiektywnemu samopoczuciu innych (np. zapach osoby bezdomnej, widok kogoś ze zniekształconym ciałem, wymuszona rozmowa z kimś zachowującym się dziwnie i ekscentrycznie itp.). W przebiegu ZUA objawy te występują dość często, w efekcie czego DPS jest dobrym miejscem do odizolowania ludzi chorych i uzależnionych od społeczeństwa.

Sednem teorii systemowej Luhmanna jest również selekcja osób poddanych kontroli przez określoną instytucję społeczną. W Polsce, zgodnie z art. 56 ustawy o pomocy społecznej<sup>5)</sup>, wyróżnia się siedem różnych typów DPS, dostosowanych specyficznie do potrzeb określonej grupy mieszkańców: 1) osób w podeszłym wieku; 2) przewlekle chorych somatycznie; 3) psychicznie; 4) dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną; 5) osób z niepełnosprawnością fizyczną; 6) dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną oraz 7) osób uzależnionych od alkoholu. W ramach teorii Luhmanna DPS mają za zadanie uwalniać środowisko społeczne od wyżej wymienionych członków grup społecznych i poddawać ich zachowanie kontroli w instytucjach. Teoria ta, podobnie jak wspomniane wcześniej założenia teoretyczne, dotyczące funkcjonowania DPS, zakłada również zdolność tej instytucji do ewolucji i dostosowywania się do określonych polityk społecznych.

<sup>5)</sup> Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2004, nr 64, poz. 593).

## **ABSTYNENCJA JAKO TRADYCYJNY CEL TERAPII I PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ W DOMACH POMOCY SPOŁECZNEJ**

Odurzenie alkoholem powoduje nieprzewidywalność zachowania mieszkańca DPS, co wprowadza chaos i dezorganizuje życie tego rodzaju instytucji. Dążenie do przestrzegania abstynencji przez mieszkańców DPS ma więc na celu zabezpieczyć ją przed łamaniem zasad. Uzależnienie jest przejawem choroby, która może być utożsamiona ze złem, trzeźwość zaś to oznaka dobra. Tym samym abstynencja od alkoholu jest dobra, a spożywanie alkoholu to zło, któremu należy przeciwdziałać, niekiedy nawet za wszelką cenę. Etyka chrześcijańska wspiera więc oddziaływania ukierunkowane na propagowanie trzeźwości (Bokun, 2017, s. 1). W społeczeństwach o silnym wpływie religii na życie społeczne może dochodzić zatem do absolutyzacji abstynencji jako jedyne pożądanego celu terapii uzależnienia od alkoholu.

Według polskiego ustawodawcy celem pobytu w DPS dla osób uzależnionych od alkoholu ma być nabycie przez pensjonariuszy umiejętności niezbędnych do utrzymywania abstynencji w dłuższej perspektywie czasu (Szafranek, 2018). Powstrzymanie się od spożywania alkoholu przez mieszkańców DPS jest więc celem nadrzędnym wszelkich oddziaływań terapeutycznych. Zgodnie z tym w polskiej instytucji społecznej, jaką jest DPS, nie powinno być przyzwolenia na zachowania dewiacyjne i skutkujące szerszym się różnymi patologiami społecznymi, np. lenistwa czy nieodpowiedzialności jej pensjonariuszy z powodu nadużywania alkoholu.

W DPS dla osób uzależnionych od alkoholu pomoc mogą uzyskać mieszkańcy wszystkich pozostałych typów DPS z obszaru całego kraju. W Polsce funkcjonuje jednak tylko jeden DPS tego typu – mieści się on w Krakowie<sup>6)</sup>, a finansowany jest ze środków pochodzących z zezwoleń na sprzedaż alkoholu. W dwóch kolejnych przypadkach, w DPS w Pleszewie<sup>7)</sup> i Gorzowie Wielkopolskim<sup>8)</sup>, utworzono pododdziały dla osób uzależnionych od alkoholu w ramach funkcjonujących innych typów DPS. Proble-

---

<sup>6)</sup> <https://www.dps.mcpu.krakow.pl>.

<sup>7)</sup> <http://dpspleszew.pl/>.

<sup>8)</sup> <http://dps-nr2.prv.pl/>.

mem jest więc ograniczona w stosunku do potrzeb liczba dostępnych miejsc dla mieszkańców w DPS dla osób uzależnionych od alkoholu. Decyzją polskich parlamentarzystów pobyt w DPS dla osób uzależnionych jest ograniczony czasowo – ma trwać od 12 do 18 miesięcy<sup>9)</sup>, a w wyjątkowych przypadkach pensjonariusz może ubiegać się o tzw. pobyt postrehabilitacyjny, trwający kolejne 18 miesięcy<sup>10)</sup>. Czas ten służy wzmocnieniu u pensjonariusza zdolności do podtrzymywania abstynencji i szukaniu miejsca w odpowiednim DPS. W świetle społecznych teorii uzależnienia od alkoholu i teoretycznych założeń funkcjonowania DPS można więc uznać, że tego rodzaju ośrodki dla uzależnionych mają być ostatnią szansą, daną osobom uzależnionym na poprawę, a więc na rezygnację z picia alkoholu na rzecz utrzymywania abstynencji.

Zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem o pobyt w DPS dla osób uzależnionych od alkoholu mogą ubiegać się uzależnieni mieszkańcy ze wszystkich typów DPS w Polsce. Kandydaci do umieszczenia w DPS dla osób uzależnionych od alkoholu nie mogą jednak wymagać leczenia szpitalnego, ani spełniać kryteriów przyjęcia do stacjonarnych oddziałów terapii uzależnień. Wcześniejsze, nieskuteczne, próby podjęcia terapii uzależnień nie są jednak przeszkodą w umieszczeniu mieszkańca w DPS dla osób uzależnionych od alkoholu, a kandydat musi tylko wyrazić zgodę na udział w terapii<sup>11)</sup>.

W DPS dla osób uzależnionych od alkoholu w Krakowie kwalifikacji do programu terapeutycznego dokonuje komisja, w skład której wchodzi: terapeuta uzależnień, psycholog, pracownik socjalny, lekarz internista, lekarz psychiatra i pielęgniarka. W opinii dyrektora DPS i terapeutów uzależnień działania komisji kwalifikującej mieszkańców są wystarczające do zagwarantowania poprawnego wyboru pensjonariuszy, aby ci – ze względu na stan swojego zdrowia i cechy osobowości – nie utrudniali prowadzenia pracy terapeutycznej lub terapia nie miałaby dla nich sensu (Rzecznik Praw

<sup>9)</sup> Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. 2018, poz. 734).

<sup>10)</sup> Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 stycznia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. 2017, poz. 224).

<sup>11)</sup> Tamże.

Obywatelskich, 2017). Do DPS dla osób uzależnionych trafiają zatem osoby wyselekcjonowane, które przynajmniej zadeklarowały współpracę z zespołem terapeutycznym nad osiągnięciem abstynencji.

Opisując funkcjonowanie DPS dla osób uzależnionych od alkoholu, należy podkreślić fakt, że ustawodawca zobowiązał władze takiej instytucji do sporządzenia PIW w ciągu dwóch miesięcy od daty przyjęcia mieszkańca<sup>12</sup>). W innych typach domów PIW może być sporządzony do sześciu miesięcy od czasu zamieszkania pensjonariusza w DPS. Kolejną różnicą między PIW realizowanym w DPS dla osób uzależnionych od alkoholu w stosunku do PIW prowadzonych w innych typach DPS jest wymóg koordynowania działań wynikających z PIW przez specjalistę terapii uzależnień, instruktora terapii uzależnień lub osobę przeszkoloną w zakresie terapii uzależnień (§1 ust. 2 rozporządzenia)<sup>13</sup>). Oprócz tego DPS dla osób uzależnionych od alkoholu ma umożliwić mieszkańcom kontakt z psychiatrą i specjalistami terapii uzależnień. DPS dla osób uzależnionych od alkoholu powinien również posiadać wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w wymiarze nie mniejszym niż 0,5 na jednego mieszkańca domu.

Z lektury stron internetowych DPS dla osób uzależnionych od alkoholu w Krakowie i Pleszewie można wywnioskować, że do zadań zespołu terapeutycznego należy bardziej utrwalanie już istniejącej motywacji niż jej wzbudzanie. Powinno się to dokonywać zapewne w macierzystym DPS, zanim mieszkaniac zdecyduje się na pobyt w DPS dla osób uzależnionych. DPS dla osób uzależnionych nie są również prawnie zobligowane do pełnienia funkcji ośrodków referencyjnych dla pozostałych domów pomocy społecznej w zakresie pracy z uzależnionym od alkoholu mieszkańcem DPS. Tym samym cenne doświadczenie zawodowe pracowników DPS dla osób uzależnionych w kontakcie z chorymi mieszkańcami, w tym także przy wzbudzaniu motywacji do leczenia, nie może zostać wykorzystane, przykładowo, do szkolenia pracowników pozostałych typów DPS.

---

<sup>12</sup>) Tamże.

<sup>13</sup>) Tamże.

Kolejnym obszarem problemowym jest zakres oferowanych oddziaływań wobec uzależnionych od alkoholu mieszkańców DPS. Zgodnie z rozporządzeniem<sup>14)</sup> w DPS dla osób uzależnionych od alkoholu oprócz ogólnych usług opiekuńczo-terapeutycznych powinny być również dostępne zajęcia rehabilitacyjne, ukierunkowane na: 1) prowadzenie indywidualnych oraz grupowych zajęć terapeutycznych przez osobę przeszkoloną w zakresie oddziaływań terapeutyczno-rehabilitacyjnych wobec osób uzależnionych od alkoholu; 2) trening funkcji poznawczych, w tym trening pamięci; 3) trening umiejętności społecznych, służących utrzymywaniu abstynencji lub ograniczaniu spożywania alkoholu; 4) działania motywujące, mające na celu utrzymywanie abstynencji lub ograniczanie spożywania alkoholu.

W tabeli 1 dokonano porównania programów terapeutyczno-rehabilitacyjnych w DPS dla osób uzależnionych od alkoholu. Dostępne informacje na temat realizowanych programów terapeutycznych są jednak zbyt ogólne i nie odwołują się do określonych założeń teoretycznych, wykorzystanych do stworzenia prezentowanych programów terapeutycznych. Pojawia się także kwestia braku przeprowadzenia analizy skuteczności i kosztochłonności prezentowanych programów terapeutycznych. Można więc postawić tezę, że wdrożone programy korekcyjne wobec uzależnionych od alkoholu mieszkańców DPS są raczej społecznym wyobrażeniem na temat tego, jak powinna wyglądać terapia uzależnienia w instytucji społecznej, a nie próbą wypracowania przydatnych i skutecznych metod oddziaływania terapeutycznego. Trzeba jednak zaznaczyć wyraźnie, że problem nieadekwatnego wykorzystania badań naukowych nad skutecznością terapii uzależnienia od alkoholu nie dotyczy tylko DPS, gdyż także ośrodki prowadzące terapię uzależnień w ramach powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego opierają się na jednym nurcie terapii uzależnień, którym jest strategiczno-strukturalna terapia uzależnienia, opracowana przez profesora Jerzego Mellibrudę (Głowik, 2014).

---

<sup>14)</sup> Tamże.

**TABELA 1.** Porównanie dostępnych informacji na temat realizowanych oddziaływań terapeutyczno-rehabilitacyjnych w domach pomocy społecznej dla osób uzależnionych

Nazwa placówki	Opis programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego dla uzależnionych mieszkańców
DPS w Gorzowie Wielkopolskim	Brak opisu
DPS w Pleszewie	<p>Terapia problemów alkoholowych przez:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nabywanie kompetencji w radzeniu sobie z mechanizmami choroby alkoholowej, wspieranie trzeźwości;</li> <li>• wzmacnianie u uczestników poczucia skuteczności;</li> <li>• nabycie przez uczestników umiejętności ważnych dla zachowania abstynencji po opuszczeniu pododdziału;</li> <li>• zajęcia z zastosowaniem alkogogli (demonstracja upośledzenia zmysłów po spożyciu alkoholu w zależności od warunków (dzień/noc) i ilości spożytego alkoholu);</li> <li>• zajęcia z zastosowaniem narkogogli, które symulują skutki używania narkotyków;</li> <li>• relaksację z wykorzystaniem treningu autogennego, elementów muzykoterapii, aromaterapii, świec;</li> <li>• rehabilitację osób z zaburzeniami funkcji poznawczych (program RechaCom);</li> <li>• terapię zajęciową – zajęcia stolarskie, plastyczne, manualne, modelarskie, krawieckie, sportowe, komputerowe, kulinarne, muzykoterapię, biblioterapię, zajęcia teatralne, wędkarskie oraz animaloterapia (hipoterapia, dogoterapia, felinoterapia).</li> </ul>
DPS w Krakowie	<p>Na Program Readaptacji składa się:</p> <p><u>Proces diagnostyczny:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• diagnoza problemów, psychologiczna diagnoza kliniczna, konsultacja lekarska, analiza dokumentacji mieszkańca itp. Rezultatem procesu diagnostycznego jest ustalenie Indywidualnego Programu Readaptacji.</li> </ul> <p><u>Proces terapeutyczny:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zebrania społeczności mieszkańców – odbywają się codziennie od poniedziałku do piątku, celem jest wzmacnianie funkcjonowania w rolach społecznych i podejmowanie odpowiedzialności;</li> <li>• zajęcia terapii grupowej – celem jest przybliżenie problematyki związanej z uzależnieniem i rozpoznanie wzorców funkcjonowania psychospołecznego mieszkańców;</li> <li>• terapia indywidualna – omawianie postępów i pojawiających się trudności mieszkańców, analizowanie stanów emocjonalnych, systemu przekonań, sposobu myślenia itp.;</li> </ul>

Nazwa placówki	Opis programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego dla uzależnionych mieszkańców
DPS w Krakowie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• terapia dnia codziennego – celem jest przygotowanie do większej samodzielności, rozwijanie zaradności życiowej oraz nauka pracy w zespole, umiejętności życia codziennego i prowadzenia gospodarstwa domowego. Ta forma zajęć ma również rozwijać indywidualne zainteresowania mieszkańców i poszerzać ich wiedzę;</li> <li>• terapia zajęciowa – w tym treningi: umiejętności praktycznych i zawodowych; trening z zakresu arteterapii; trening z zakresu nabywania umiejętności interpersonalnych, pobudzania i rozwijania procesów psychoruchowych z zakresu zaradności osobistej i samodzielności, załatwiania spraw w urzędach i instytucjach; trening z zakresu kontaktu z przyrodą, przestrzenią, zwierzętami; trening umiejętności współpracy ze środowiskiem lokalnym;</li> <li>• rehabilitacja neuropsychologiczna – z zastosowaniem specjalistycznego programu RahaCom do rehabilitacji funkcji poznawczych;</li> <li>• rehabilitacja ruchowa.</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne na podstawie treści zaczerpniętych bezpośrednio ze stron internetowych DPS.

Zgodnie z art. 21 Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, jedynie podmioty lecznicze mogą prowadzić legalną terapię uzależnienia, która ma być realizowana w oddziałach stacjonarnych (całodobowych), oddziałach dziennych i w trybie ambulatoryjnym<sup>15)</sup>. Istnieje zatem prawna sprzeczność, dotycząca prowadzenia intensywnych oddziaływań, ukierunkowanych na terapię uzależnienia w DPS. Stan ten rodzi wątpliwości natury etycznej i prawnej – nie można przecież tworzyć iluzji prowadzenia terapii uzależnienia w ośrodkach nieprzewidzianych do tego celu.

Pożądaną alternatywą dla tworzenia DPS przeznaczonych wyłącznie dla uzależnionych mieszkańców byłoby więc otwarcie oddziałów szpitalnych dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współist-

<sup>15)</sup> Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982, nr 35, poz. 230).

niejącymi zaburzeniami psychicznymi. Pacjenci z podwójną diagnozą często pozostają pod opieką DPS. Przykładem tego jest oddział prowadzony w ramach Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie<sup>16</sup>. Programy redukcji szkód i ograniczenia picia alkoholu prowadzone w miejscu zamieszkania pacjentów leczonych w tych oddziałach, czyli przeważnie w DPS, mogłyby stanowić uzupełnienie oddziaływań terapeutycznych, realizowanych w ramach terapii uzależnień w podmiotach leczniczych. W ten sposób można by osiągnąć efekt synergii pomiędzy terapią uzależnienia a programami profilaktycznymi.

## **ZAŁOŻENIA PROGRAMU REDUKCJI SZKÓD SPOWODOWANYCH SPOŻYWANIEM ALKOHOLU**

Na podstawie obecnej wiedzy o pracy terapeutycznej z osobami nadużywającymi alkoholu abstynencja nie powinna być jedynym rodzajem oferowanych oddziaływań korekcyjnych (Jakubczyk, Wojnar, 2012). Program redukcji szkód spowodowanych spożywaniem alkoholu zakłada możliwość konsumpcji alkoholu, przy jednoczesnym dążeniu do ograniczania negatywnych tego konsekwencji (tamże).

Zgodnie z teorią zmiany w funkcjonowaniu DPS, sformułowaną przez wybitną badaczkę tej tematyki, Teresę Zbyrad (2014, s. 19), zmiany w DPS wymuszone są przez cztery czynniki: demokratyzację, dezinstytucjonalizację, profesjonalizację i globalizację. Faktem jest, że programy ograniczenia szkód zdrowotnych, spowodowanych spożywaniem alkoholu, a także ograniczenia jego spożycia są rekomendowane m.in. przez Światową Organizację Zdrowia<sup>17</sup>) i inne międzynarodowe towarzystwa naukowe<sup>18</sup>). Postępująca w latach 90. XX wieku demokratyzacja życia społecznego w Polsce wzmocniła pozycję mieszkańców DPS (tamże, s. 195). Niemniej jednak, biorąc pod uwagę obecne wyhamowanie przemian społecznych w Polsce, wdrożenie programów profilaktycznych redukcji szkód i ograniczenia picia

---

<sup>16</sup>) <https://babinski.pl/>.

<sup>17</sup>) [https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/gsrhua/en/](https://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/en/).

<sup>18</sup>) <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index60521EN.html>.



alkoholu przez mieszkańców DPS raczej nie będzie możliwe w dającym się przewidzieć czasie.

Obecnie można tylko pisać na temat teoretycznych aspektów programów profilaktycznych, będących w opozycji do przekonań polskiego społeczeństwa w kwestii najlepszych rozwiązań wobec uzależnionych mieszkańców DPS. Zgodnie więc z definicją podaną w materiałach edukacyjnych PARPA program ograniczenia picia obejmuje: „oddziaływania indywidualne i/ lub grupowe, których celem jest ograniczenie szkód zdrowotnych, psychologicznych i społecznych wynikających ze spożywania alkoholu oraz poprawa zdrowia i funkcjonowania psychospołecznego osoby uzależnionej”<sup>19)</sup>. Istnieje kilka równorzędnych celów programu redukcji szkód spowodowanych spożywaniem alkoholu: 1) poprawa stanu zdrowia i funkcjonowania psychospołecznego osób uzależnionych; 2) wzmocnienie zachowań nakierowanych na poprawę wzoru picia (zmniejszenie ilości i częstości spożywania alkoholu); 3) zwiększenie kompetencji życiowych pozwalających na zabezpieczenie podstawowych potrzeb; 4) przeciwdziałanie procesowi wykluczenia społecznego<sup>20)</sup>.

W leczeniu uzależnienia od alkoholu kwalifikacja pacjenta do programu redukcji szkód spowodowanych jego spożyciem dokonuje się na podstawie oceny stanu zdrowia kandydata wraz z postawieniem diagnozy nozologicznej zespołu uzależnienia od alkoholu. Następnie wykonywana jest analiza funkcjonowania psychospołecznego z uwzględnieniem wzoru picia osoby kwalifikowanej do programu, oceny stopnia nasilenia objawów uzależnienia z zastosowaniem skal diagnostycznych (np. Skala Rozwoju Uzależnienia od Alkoholu, w skrócie SRUA, Skali Uzależnienia od Alkoholu SUA, Kryteria związane z piciem alkoholu według 5. edycji Diagnostycznego i Statystycznego Podręcznika Zaburzeń Psychiczych DSM-5), a także analizy dotychczasowego leczenia pacjenta. Do programów redukcji szkód spowodowanych spożywaniem alkoholu kwalifikują się bowiem osoby podejmujące wiele razy nieskuteczne próby terapii uzależnień, ukierunkowanej na osiągnięcie długotrwałej abstynencji. Kolejną grupą docelo-

<sup>19)</sup> <http://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/programy-redukcji-szkod>.

<sup>20)</sup> Tamże.

wą są osoby, które – ze względu na stan zdrowia i rozwój intelektualny – nie kwalifikują się do tradycyjnych programów terapeutycznych, ukierunkowanych na utrzymywanie abstynencji. Wielu mieszkańców DPS zalicza się właśnie do tych dwóch grup docelowych programu ograniczenia szkód spowodowanych spożywaniem alkoholu. Realizacja programów ograniczenia picia w DPS może być tym samym szczególnie przydatna i pożyteczna.

W trakcie realizacji programów redukcji szkód wynikających z picia alkoholu dużą wagę przywiązuje się do zmiany wzorca spożywania alkoholu z bardzo szkodliwego na bardziej bezpieczny. W tym celu pracuje się z pacjentem nad takimi obszarami życia i kompetencjami psychologicznymi, jak te wymienione w tabeli 2, w której zestawiono najważniejsze elementy programu redukcji szkód spowodowanych pićm alkoholu.

**TABELA 2.** Najważniejsze elementy programu redukcji szkód spowodowanych spożywaniem alkoholu wg. rekomendacji Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Polsce

- sesje indywidualne, optymalnie 2 razy w tygodniu do 2 godzin;
- analiza aktualnej sytuacji życiowej i samopoczucia w okresie między spotkaniami;
- praca w kierunku redukowania zagrożeń zdrowotnych i poprawy stanu zdrowia;
- praca w kierunku redukowania problemów społecznych, bytowych i prawnych;
- określenie celów osobistych związanych z poprawą sytuacji życiowej;
- zaplanowanie sposobów wprowadzania zmian oraz omawianie sposobów realizacji celów;
- elementy treningu umiejętności życiowych;
- umiejętności komunikacyjne;
- samoopieka (np. umiejętność znalezienia pomocy, nauka zasad zdrowego odżywiania, zasad higieny, przestrzegania zaleceń lekarskich)
- budowanie własnego systemu wsparcia poprzez:
  - ułatwienie kontaktu ze środowiskami samopomocowymi (np. Kluby Abstynentów, grupy AA),
  - wspieranie alternatywnych sposobów spędzania wolnego czasu,
  - praca nad zbudowaniem indywidualnego systemu zachęt i wzmocnień;
- omawianie możliwości poprawy wzoru picia:
  - analiza oczekiwań, potrzeb i motywacji pacjenta związanych ze zmianą wzoru picia,
  - analiza okresów abstynencji, (powody podejmowania abstynencji, użyteczne sposoby i strategie, trudności i sukcesy);
- wzmacnianie zasobów i samoskuteczności we wdrażaniu zachowań konstruktywnych;

- radzenie sobie z głodem alkoholowym i objawami zespołu abstynencyjnego;
- ustalenie strategii zmiany wzoru picia, np. zamiana alkoholi niekonsumpcyjnych na konsumpcyjne, mocniejszych na słabsze, zmniejszenie ilości i częstości spożywanego alkoholu.

Źródło: opracowanie własne, na podstawie materiałów PARPA.

## **PROGRAM OGRANICZENIA SPOŻYWANIA ALKOHOLU W DOMACH POMOCY SPOŁECZNEJ**

Programy redukcji szkód spowodowanych spożywaniem dużej ilości alkoholu skierowane są głównie do osób głęboko uzależnionych lub zbyt chorych, aby mogły utrzymywać abstynencję w dłuższej perspektywie czasu. Dla osób pijących alkohol w sposób ryzykowny, szkodliwy lub uzależnionych, ale nieakceptujących abstynencji mogą służyć pomocą programy ukierunkowane na ograniczenie ilości spożywanego alkoholu<sup>21)</sup>.

Podobnie jak w przypadku programu ograniczenia szkód wywołanych spożywaniem alkoholu, również programy ograniczenia ilości wypijanego alkoholu zostały zdefiniowane w materiałach edukacyjnych PARPA. Definicja programu ograniczenia picia brzmi: „Oddziaływania indywidualne lub/i grupowe nakierowane na wypracowanie zdyscyplinowanego wzoru konsumpcji alkoholu, zgodnego z ustalonym wspólnie z terapeutą planem picia, zawierającym zestaw zasad dotyczących używania alkoholu (ilość, częstość, kontekst, czas i miejsce)<sup>22)</sup>”.

Celami ogólnymi tego typu programów są: 1) poprawa stanu funkcjonowania społecznego; 2) zmiana postawy pacjenta wobec alkoholu; 3) zmniejszenie ilości i częstości spożywania alkoholu. Zgodnie z wytycznymi PARPA, podobnie jak w przypadku programów ograniczenia szkód zdrowotnych spowodowanych spożywaniem alkoholu, przyjęcie do programu zmniejszenia ilości wypijanego alkoholu powinno być poprzedzone postawieniem różnicowej diagnozy lekarskiej. Kolejnym krokiem powinna być analiza funkcjonowania psychospołecznego mieszkańca z uwzględnieniem wzoru picia. Powinna zostać też przeprowadzona oce-

<sup>21)</sup> <http://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/programy-ograniczania-picia>.

<sup>22)</sup> <http://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/programy-redukcji-szkod>.

na stopnia nasilenia objawów uzależnienia od alkoholu z zastosowaniem różnych skal diagnostycznych (np. SRUA, SUA, DSM-5) i analiza dotychczasowego leczenia<sup>23)</sup>.

Programy ograniczenia picia opierają się na dwóch podstawowych filarach: rozpoznaniu aktualnego wzorca picia alkoholu oraz opracowaniu i wdrożeniu Indywidualnego Programu Ograniczenia Picia Alkoholu. W tabeli 3 wymieniono części składowe takiego planu, które powinny zostać uwzględnione w trakcie jego opracowywania. Plan wsparcia powinien zostać również uzupełniony o takie elementy, jak ciągle monitorowanie sytuacji związanych z piciem i zmianą wzorca picia, a także wzmacnianie samoskuteczności w radzeniu sobie z pokusami sięgnięcia po alkohol. Dokonuje się tego przede wszystkim poprzez: naukę beneficjenta programu samoobserwacji, rejestrowania i analizy sytuacji związanych z piciem, w tym także naukę analizy sukcesów i porażek. Uczestnik/uczestniczka programu powinien/powinna także nauczyć się zdrowego, wolnego od używek sposobu nagradzania się za sukcesy w rezygnacji z alkoholu<sup>24)</sup>.

Równie ważne jest zapobieganie powrotom do destrukcyjnego wzoru picia. Cel ten realizuje się głównie poprzez analizę sytuacji ryzykownych, w których najczęściej dochodzi do sięgania po używkę. Konieczne jest stworzenie i wdrożenie strategii radzenia sobie z ewentualnym niepowodzeniem w realizacji planu ograniczenia picia. Uczestnik programu powinien być też uczony, w jaki sposób można spędzać czas wolny, bez konieczności sięgania po alkohol i inne używki<sup>25)</sup>.

Ostatnim elementem programu powinna być praca ukierunkowana na podtrzymywanie i utrwalanie ewentualnych pozytywnych zmian we wzorcu spożywania alkoholu. W leczeniu uzależnień sugeruje się, aby ten etap wsparcia uczestników obejmował takie oddziaływania, jak: opracowanie planu postępowania po zakończeniu programu oraz omówienie zasad kontynuowania kontaktów z placówką terapii uzależnień po zakończeniu udziału w programie<sup>26)</sup>. W przypadku pijących alkohol mieszkańców DPS

---

<sup>23)</sup> Tamże.

<sup>24)</sup> <http://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/programy-ograniczania-picia>.

<sup>25)</sup> Tamże.

<sup>26)</sup> Tamże.

być może nigdy nie uda się wypracować trwałych zmian we wzorcu picia. Praca w programie ograniczenia ilości wypijanego alkoholu przez mieszkańców DPS powinna zatem koncentrować się bardziej na nieustannym budowaniu motywacji do dalszej realizacji celów programu niż na osiągnięciu założeń programu w określonym przedziale czasu i formalnym jego zakończeniu.

**TABELA 3.** Elementy Indywidualnego Planu Ograniczenia Picia wg rekomendacji Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Polsce

- sesje dwa razy w tygodniu, do 1–2 godziny na sesję;
- ustalenie we współpracy z pacjentem ilości spożywanego alkoholu (maksymalna liczba porcji standardowych alkoholu wypijanych jednorazowo, w ciągu jednego dnia, w ciągu tygodnia, okazjonalnie, ustalenie wyjątków od przyjętych ograniczeń np. Sylwester itp.);
- uzgodnienie z pacjentem częstości spożywanego alkoholu (określenie maksymalnej liczby dni picia w tygodniu z zachowaniem przynajmniej dwóch dni abstynencji w tygodniu);
- ustalenie tzw. „granic nie do przekroczenia” w odniesieniu do ilości i częstości spożywania alkoholu;
- uzgodnienie z pacjentem wyboru spożywanego alkoholu (preferowane napoje alkoholowe niskoprocentowe);
- określenie wraz z pacjentem tempa picia (np. opóźnienie momentu wypijania pierwszej porcji, picie powoli, małymi łykami, niedopijanie do końca porcji alkoholu, picie napojów bezalkoholowych pomiędzy napojami alkoholowymi);
- określenie z pacjentem zasad dotyczących czasu i miejsca picia alkoholu (np. nie rano, nie na czczo, nie w miejscu w którym osoba dotychczas piła alkohol) oraz zasad innych okoliczności picia (np. unikanie picia w samotności, w towarzystwie osób pijących dużo);
- ustalenie z pacjentem okoliczności wymagających zachowania bezwzględnej abstynencji (np. prowadzenie pojazdu, opieka na dzieckiem itp.);
- identyfikacja wraz z pacjentem sytuacji wysokiego ryzyka sięgnięcia po alkohol (złamania planu picia) i towarzyszących im stanów psychicznych;
- omówienie i uczenie się konkretnych technik behawioralnych i poznawczych zwiększających prawdopodobieństwo powstrzymania się od napięcia się alkoholu („zatrzymaj się i pomyśl”);
- włączenie farmakoterapii w przypadku części pacjentów (nauka przyjmowania leków prowadzona przez lekarza psychiatrę oraz uwzględnienie i omówienie zaleceń lekarskich w planie picia).

Źródło: opracowanie własne, na podstawie materiałów PARPA.

## PODSUMOWANIE

Przedstawione w artykule informacje na temat możliwego wdrożenia programów minimalizowania szkód związanych z nadużywaniem alkoholu i ograniczenia jego spożycia przez mieszkańców domów pomocy społecznej miały na celu jedynie wskazać na możliwość wprowadzenia konkretnych rozwiązań w obszarze przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu wśród pensjonariuszy tego typu ośrodków w Polsce. Ważne jest bowiem propagowanie wiedzy na temat skutecznych metod terapii i profilaktyki uzależnień wśród polskich pracowników pomocy społecznej, nawet pomimo braku realnych szans na ich wdrożenie w życie.

## BIBLIOGRAFIA

- Bokun, J. (2017). Trzeźwość i abstynencja w nauczaniu kościoła. *Studia Gdańskie*, *XL*, 89–102.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2019). *European Prevention Curriculum: a handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Frąckowiak, M., Motyka, M. (2015). Charakterystyka problemów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu. *Hygeia Public Health*, *50*(2), 314–322.
- Głowik, T. (2014). Pacjenci mają różny numer butów, czyli o pułapkach integracyjnej psychoterapii uzależnień (podejście strategiczno-strukturalne). *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, *3*, 6–13.
- Grabusińska, Z. (2010). *Problematyka osób uzależnionych od alkoholu zamieszkujących domy pomocy społecznej*. Opole: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu.
- Grygiel, G. (2015). Przeciwdziałanie negatywnym skutkom uzależnienia od alkoholu mieszkańców domów pomocy społecznej. *Praca Socjalna*, *4*, 137–158.
- Habrat, B. (2010). Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Systemy diagnostyczne, klasyfikacje, terminologia. *Akademia Psychiatrii*, *7*(2), 75–81.
- Habrat, B. (2013). Poszerzenie celów i strategii w leczeniu uzależnienia od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, *26*(1), 27–36.
- Jacek, A., Sarnecka, E., Miaskowska-Daszkiewicz, K. (2016). *Domy Pomocy Społecznej: organizacja i funkcjonowanie*. Warszawa: Difin.
- Jakubczyk, A., Wojnar, M. (2012). Całkowita abstynencja czy redukcja szkód – różne strategie terapii uzależnienia od alkoholu w świetle badań i międzynarodowych zaleceń. *Psychiatria Polska*, *XLVI*(3), 373–386.

- Ribbe, M.W., Ljunggren, G., Steel, K., Topinková, E., Hawes, C., Ikegami, N., Henrard, J.C., Jónnson, P.V. (1997). Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings. *Age and Aging*, 26(2), 3–12.
- Rzecznik Praw Obywatelskich. (2017). „Prawa Mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?” Raport z działalności RPO Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur. Warszawa.
- Szafranek, A. (2018). Problem nadużywania alkoholu przez osoby starsze zamieszkujące domy pomocy społecznej – aspekty prawno-społeczne i wyzwania dla edukacji. *Pedagogika Społeczna*, 69(3), 203–219.
- Szochner-Sieminińska, M. (2018). *Placówki dzienne i całodobowe w systemie pomocy społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
- Świątkiewicz, G. (2011). Socjologia uzależnień – krótki przegląd najważniejszych teorii socjologii problemów społecznych. *Psychiatria po Dyplomie*, 8(4), 67–70.
- Uhart, M., Wand, G.S. (2009). Stress, alcohol and drug interactions: an update on human research. *Addiction Biology*, 14(1), 43–64.
- Wesley, L.T., Stewart, D., Childress, D. (2012). Drug interactions between Common Illicit Drugs and Prescribed Therapies. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38, 334–343.
- Zbyrad, T. (2014). *Od instytucji totalnej ku demokratycznej? Domy pomocy społecznej w Polsce*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe UP.

### Akty prawne

- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2004, nr 64, poz. 593).
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982, nr 35, poz. 230).
- Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 stycznia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. 2017, poz. 224).
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. 2012, poz. 734).

### Źródła internetowe

- <http://dpspleszew.pl/>, dostęp: 08.07.2019.
- <http://dps-nr2.prv.pl/>, dostęp: 08.07.2019.
- <https://babinski.pl/>, dostęp: 08.07.2019.
- <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index60521EN.html>, dostęp: 08.07.2019.
- <http://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/programy-ograniczania-picia>, dostęp: 08.07.2019.
- <http://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/programy-redukcji-szkod>, dostęp: 08.07.2019.
- <https://www.dps.mcpcu.krakow.pl/>, dostęp: 08.07.2019.

[https://www.mcpc.krakow.pl/sites/default/files/dps\\_w\\_krakowie\\_2016\\_-\\_j.\\_fu-dala.pdf](https://www.mcpc.krakow.pl/sites/default/files/dps_w_krakowie_2016_-_j._fu-dala.pdf), dostęp: 08.07.2019.

[https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/gsrhua/en/](https://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/en/), dostęp: 08.07.2019.

## DAMAGE REDUCTION AND ALCOHOL DRINKING REDUCTION PROGRAMS IN SOCIAL WELFARE HOMES AS AN ALTERNATIVE TO TRADITIONAL ABSTINENCE INTERVENTIONS

### ABSTRACT

**Introduction.** At present, there is only one social welfare home (DPS) in Poland for alcohol addicts, and two units of this type have wards specializing in alcohol addiction, so few have a chance to stay in a DPS. Alcohol addicted residents of DPS often have had many unsuccessful attempts to take addiction therapy, so the likelihood that another stay in a specialized center will bring a permanent change in stopping alcohol consumption is low. The purpose of the article is to popularise knowledge among social welfare homes workers about the programs of reducing alcohol consumption and reducing the caused damage.

**Method.** In order to provide knowledge about these programs, the traditional goal of addiction therapy and prevention, which is to achieve long-term abstinence, has been compared with damage reduction and alcohol consumption programs.

**Results.** Although employees of social welfare homes are already implementing elements of the damage reduction program, for example by skipping the administration of drugs to drunk residents or looking after the health status of alcohol intoxicated residents, there is still a lack of systematic actions aimed at the full implementation of programs to reduce drinking and health and social damage caused by alcohol problems in DPS.

**Conclusions.** An alternative to the limited number of places for addicted residents of social welfare homes in specialized types of centers may be the implementation of programs to reduce alcohol consumption and reduction of alcohol-related damage in various types of social welfare homes throughout the country. Their implementation may also increase the effectiveness of therapeutic interventions against alcohol addicted residents of DPS.

**Keywords:** damage reduction, reduced alcohol consumption, alcohol addiction, social welfare home