

Dr Błażej Kmieciak  
Zakład Prawa Medycznego  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

## Przymus leczenia osób uzależnionych od alkoholu: Archaizm prawa, czy też aktualność rozwiązań?

### Wstępne rozważania

W połowie 2013r. miał swoją światową premierę film pt. „*Home run*”. W polskiej wersji językowej wyświetlany był on pt. „*Powrót do rodziny*”. W produkcji tej widzowie mogli zapoznać się z historią młodego mężczyzny, będącego gwiazdą baseball’a. Coraz częstsze spożywanie przez niego alkoholu spowodowało, iż władze drużyny, w której grał przedstawiły mu ultimatum: albo podda się przymusowej terapii, albo też będzie musiał opuścić drużynę. Główny bohater filmu zdecydował się na pierwsze rozwiązanie. Jak się bowiem okazało pod wpływem alkoholu uczestniczył w wypadku, w którym ranny został jego brat. Wskazany film przywoływany jest z racji interesującego sposobu, w jaki jego twórcy pokazali zjawisko uzależnienia oraz sposoby terapii. W produkcji „*Home run*” przymusowa terapia traktowana jest, jako działanie nie tylko narzucone, ale również wyłącznie czasowe. Główny bohater wypierając swój nałóg, jednocześnie całkowicie nie akceptuje faktu przymuszania go do zmiany stylu jego życia. Głębsza refleksja pojawia się dopiero wówczas, gdy dostrzega, iż swoim postępowaniem skrzywdził bliskie mu osoby (Salwowski, 2013)<sup>1</sup>.

Podobne zagadnienia zaprezentowane zostały w filmie pt. „*Lot*” z Denzelem Washingtonem w roli głównej. Tutaj zwrócona została z kolei uwaga na zjawisko swoistej granicy okłamywania siebie oraz innych. Główna postać tego filmu również skierowana zostaje na przymusową terapię. Wcześniej jednak wyznaje ona przed bliskimi, iż zмага się z problemem uzależnienia (Fenster, Weinsten, 2014, s. 83- 86). Co istotne i w pierwszej i w drugiej produkcji filmowej pierwszoplanowe postaci

---

<sup>1</sup> Salwowski M. (2013), *Home Run- recenzja*, „Kultura Dobra”  
źródło: <http://kulturadobra.pl/home-run/> (dostęp 09.09.2017r.)

uświadamiają sobie swoje błędy dopiero w momencie spostrzeżenia, iż w sposób istotny krzywdzą swoją rodzinę (por. Jaworska, 2012, 396- 399)

Powyższe rozważania przedstawione zostały celowo, jako znaczący element wprowadzający w problematykę. Omamiając bowiem *Ustawę o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (dalej: *Ustawa o wychowaniu w trzeźwości*), czy też analizując instytucję przymusowej terapii nie można czynić tego w oderwaniu od rzeczywistości społecznej (Ustawa, 1982). Kluczowa wydaje się również perspektywa indywidualna doświadczana przez osoby uzależnione oraz ich bliskich. Z jednej strony w pierwszej z wymienionych produkcji w sposób wyraźny wskazano, iż przymus leczenia nie posiadał istotnego znaczenia. Bohater filmu bez problemu po mitingach AA zaopatrywał się w środki alkoholowe. Z drugiej jednak perspektywy postać grana przez Damzela Washingtona potrafiła się w pełni przyznać do nałogu w momencie odseparowania od osób pomagających mu w zdobyciu alkoholu.

### **1. Cel oraz metoda pracy**

Wskazane przykłady filmowe prowokują do zadania pytania: Czy przymusowe leczenie osób uzależnionych od alkoholu posiada głębszy sens? Czy może być ono skuteczne, skoro dana osoba – trwając w nałogu - nie wyraża chęci do dokonania zmiany? Czy podobne działania są również etyczne? W trakcie leczenia osób uzależnionych nie stosuje się farmakoterapii. Jest natomiast wdrażany program behawioralny, którego głównym elementem jest wstępne organicznie przywilejów pacjentów: otrzymują je na nowo w momencie dostrzeżenia pozytywnych efektów terapii. Być może jednak izolowanie człowieka w podobnej sytuacji, jest niezbędnym krokiem umożliwiającym wystąpienie u osoby uzależnionej refleksji? Być może jest to również kluczowy czynnik chroniący rodzinę?

Proponowane w tym miejscu rozważania mają na celu zatrzymanie się nad aktualnym znaczeniem instytucji przymusowej terapii osób uzależnionych od alkoholu. W polskim porządku prawnym tego typu działania bez zgody można podejmować wyłącznie - poza nielicznymi wyjątkami - w stosunku do osób uzależnionych od alkoholu (Nesterowicz, 2005, s. 111). Czemu zatem podobna forma działań jest utrzymywana? Czemu zasady takie nie dotyczą, jakże istotnego problemu uzależnienia od substancji psychoaktywnych?

Wskazane powyżej wątpliwości rozpatrywane będą na podstawie analizy przede wszystkim treści *Ustawy wychowaniu w trzeźwości*. W ramach działań mających na celu udzielenie odpowiedzi na postawione pytania, w celach porównawczych ukazane zostaną również zapisy innych polskich aktów prawnych (por. np. Bator, 2008, s. 24- 25; Sułek 2002, s. 105).

Próbując odpowiedzieć na powyższe pytania w sposób szczególnie zwrócona zostanie uwaga na problem paternalizmu medycznego. Tym samym – bazując na refleksji teoretycznej oraz analizie poszczególnych dokumentów – podjęty zostanie problem specyfiki metod terapeutycznych podejmowanych wobec osób uzależnionych od alkoholu. Działania te odnosić się będą przede wszystkim do problemu relacji pomiędzy autonomią pacjenta, a przewidzianym w standardach prawno- człowieka dopuszczeniach podejmowania działań bez zgody człowieka.

## 2. Działania przymusowe

Odnosząc się do problematyki przymusowego leczenia osób uzależnionych od alkoholu należy na wstępie zwrócić uwagę na istniejące w polskim prawie tryby działań w tym zakresie. Nim wskazana zostanie specyfika działań podejmowanych na bazie przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości warto zwrócić uwagę na inne możliwości działania w tym zakresie.

W pierwszym rzędzie należy zwrócić uwagę na treść *Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego* (Ustawa, 1994). Dokument ten, uchwalony niespełna trzydzieści lat temu, przewiduje tryby działań przymusowych podejmowanych wobec osób doświadczających zaburzeń psychicznych. W ustawie wskazano, iż podobne postępowanie możliwe jest przede wszystkim wobec osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo. Działanie to objęte jest ścisłą kontrolą administracyjną szpitala, prawną - sprawowaną przez sąd opiekuńczy oraz coraz częściej spotykanego w oddziałach Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (por. Kmieciak, 2017, s 136- 156).

W kontekście tym pojawia się możliwość podejmowania działań przymusowych wobec osób uzależnionych od alkoholu, ale w zasadzie wyłącznie w przypadku stanu określanego mianem majaczenia alkoholowego. Jest to bowiem sytuacja, w której pacjent – z racji silnych objawów odstawiennych - doświadcza zaburzeń o psychotycznym charakterze. Mowa w tym miejscu zwłaszcza o tzw. objawach pozytywnych, a więc omamach wzrokowych, słuchowych, bądź

urojeniach. W tej jednak sytuacji dana osoba przyjmowana jest nie jako pacjent uzależniony, ale jako ktoś, kto z racji objawów choroby psychicznej wymaga wsparcia medycznego, gdyż stanowi zagrożenie dla własnego życia, lub życia i zdrowia innych osób (Habrata, 2006, s. 244- 245). Warto w tym miejscu tytułem uzupełnienia nadmienić, iż w amerykańskiej praktyce klinicznej spotkać można zwrot MICA, a więc *Mentally ill chemical Abusir*. Jak wskazują Jacqueline Cohen oraz Stephen Jay Levy (1998, s. 9) zwrot ten oznacza osobę, która cierpi na możliwą do zdiagnozowania chorobę psychiczną, a jednocześnie stwierdza się u niej uzależnienie od alkoholu, lub innych substancji psychoaktywnych.

Przymusowe leczenie w szpitalu psychiatrycznym niejednokrotnie mylone jest z pojęciem ubezwłasnowolnienia. Choć mowa w tym miejscu o dwóch różnych instytucjach prawnych, to jednak stwierdzić warto, iż z całą pewnością odnoszą się one do problemu ograniczenia autonomii danej osoby. Ubezwłasnowolnienie pozbawia bądź też ogranicza zdolność do czynności prawnej danej osoby. Konkretny człowiek pozbawiony zostaje możliwości podejmowania samodzielnych decyzji. Wymagają one akceptacji opiekuna prawnego bądź kuratora wyznaczonego do konkretnego typu spraw. Kodeks Cywilny oraz Kodeks Postępowania Cywilnego przewidują możliwość ubezwłasnowolnienia nie tylko osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo, ale również uzależnionych od alkoholu lub narkotyków. Warunkiem podjęcia podobnych działań jest stwierdzenie przez biegłych (a wcześniej przez specjalistów wystawiających zaświadczenie z poradni leczenia uzależnień), iż dana osoba – w związku z wystąpieniem uzależnienia - nie potrafi podejmować racjonalnych, krytycznych decyzji, a nade wszystko nie umie zaspokajać podstawowych potrzeb życiowych (Andrzejewski, 1999, s. 134- 137).

Obecnie zwraca się jednak uwagę na to, iż odnosząc się do problemu uzależnienia trudno uznać by było to za wystarczające kryterium podjęcia tego typu działań prawnych. Warto także wspomnieć, iż obecna formuła ubezwłasnowolnienia spotyka się z krytyką związaną z potencjalną sprzecznością rozwiązań z Konstytucją RP. Nie można jednak w tym miejscu zapomnieć, iż sam fakt ubezwłasnowolnienia nie prowadzi do anulowania praw człowieka doświadczającego podobnego problemu. Osoba ta może nie wyrazić zgody na leczenie, na które kieruje ją opiekun prawny. Jeśli posiada ona rozeznanie dotyczące własnej sytuacji, wówczas lekarz winien o zgodę na dalsze działania poprosić sąd (Oksztulski, 2016, s. 69-72).

Wątek rozeznania nakazuje wręcz zwrócenie uwagi na problem niepoczytalności. Art. 31 Kodeksu Karnego stanowi, że „Nie popełnia przestępstwa,

kto z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych, nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem”.

W dokumencie tym wskazano, że zasada ta nie odnosi się do osób, które celowo wprowadziły się w stan upojenia alkoholowego (Ustawa, 1997).

W literaturze spotkać jednak można się z opiniami wskazującymi, iż w przypadku osób uzależnionych od alkoholu nie można z całą pewnością uznać, iż ich działanie posiadało charakter autonomiczny. Przykładowo - Anna Lisowska (2017, s. 46) wskazuje, że rozpatrując przestępstwa popełnione przez osobę uzależnioną należy wziąć pod uwagę specyfikę kliniczną podobnego stanu, w którym niejednokrotnie występują imperatywy, nakazujące określone postępowanie. Bez względu jednakże na powyższe spostrzeżenia koniecznym jest, by wskazać, iż polskie przepisy karne przewidują możliwość kierowania do ośrodków terapii uzależnień osób, które popełniły czyn zagrożony pod groźbą kary.

Pozostawiając w tym miejscu z boku dokładniejsze dywagacje prawno-karne należy zwrócić uwagę na treść Art. 96. § 1 Kodeksu Karnego, zgodnie z którym „Skazując sprawcę na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego, sąd może orzec umieszczenie sprawcy w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego, jeżeli zachodzi wysokie prawdopodobieństwo ponownego popełnienia przestępstwa związanego z tym uzależnieniem”(Ustawa, 1997; por. także: Kubiak, 2010, s. 415- 420).

W tym miejscu konieczne jest, by w sposób dokładniejszy zaprezentować procedurę leczenia bez zgody osoby uzależnionej od alkoholu. Jak już wspomniano pod koniec października 1982 roku, uchwalona została pierwsza wersja *Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*. Wskazany w tym miejscu akt prawny w sposób dokładny zdefiniował zasady podejmowania przymusowych działań wobec osób uzależnionych od alkoholu. Co jest szczególnie istotne - pierwszym elementem przywołanego aktu prawnego jest preambuła. Składa się na nią jedno zdanie: „Uznając życie obywateli w trzeźwości za niezbędny warunek moralnego i materialnego dobra Narodu, stanowi się, co następuje.” „Trzeźwość” uznana została w tej ustawie, jako istotna wartość, natomiast uzależnienie zdefiniowane zostało jako zagrożenie, nie tylko dla jednostki, ale również dla społeczeństwa (Narodu) (Kubiak, 2010, s. 396).

Przechodząc do zagadnienia przymusowego leczenia osób uzależnionych, trzeba zaprezentować przyjętą w tej ustawie formę działań przymusowych.

W rozdziale 2 *Ustawy o przeciwdziałaniu alkoholizmowi* opisane zostało „Postępowanie w stosunku do osób nadużywających alkoholu”. W pierwszym rzędzie zasadnym jest, by dostrzec, że zgodnie z art. 23 wskazanego dokumentu osoby doświadczające szkody związanej z nadużywaniem alkoholu przez członka rodziny, mają prawo do bezpłatnego wsparcia terapeutycznego. W kolejnym, tj. w art. 24 ustawy tej dodano, 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”.(Ustawa, 1982).

Uzupełnieniem treści wskazanego unormowania jest art. 26 *Ustawy o przeciwdziałaniu alkoholizmowi*. Stanowi on, że „Osoby, o których mowa w art. 24, jeżeli uzależnione są od alkoholu, zobowiązać można do poddania się leczeniu w stacjonarnym lub niestacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego” (Ustawa, 1982). Przywołany w tym miejscu wniosek składa *Gminna Komisja ds. Rozwiązywania Problemów Alkoholowych*<sup>2</sup>.

Polski ustawodawca przewidział w omawianym trybie leczenia dwie możliwości badania przez biegłych. Działanie to ma na celu stwierdzenie, lub wykluczenie istnienia uzależnienia. W pierwszym rzędzie to ww. komisja może kierować daną osobę na badanie przez biegłego: psychiatrę, psychologa, specjalistę terapii uzależnień. Ustawa nie przewiduje możliwości wymuszenia stawienia danej osoby na badaniu. Komisja – co istotne- ma prawo do złożenia wniosku bez posiadania odpowiedniej opinii. W tej sytuacji - jeśli sąd rejonowy uzna za właściwe- podejmuje decyzję o wszczęciu postępowania. Sąd wyznacza biegłego w celu oceny stanu zdrowia danej osoby. Zgodnie z treścią art. 30 ust. 1 omawianej ustawy „W razie nieusprawiedliwionego niestawienia 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.” (Ustawa 1982)

W omawianej w tym miejscu ustawie wprowadzono zakres temporalny podejmowanych działań przymusowych. Zgodnie z art. 34 ust. 1 „*Obowiązek poddania się leczeniu trwa tak długo, jak tego wymaga cel leczenia, nie dłużej jednak niż 2 lata od chwili uprawomocnienia się postanowienia*” (Ustawa, 1982) Jędrzej Bujny (2007, s. 300)

---

<sup>2</sup> Co ciekawe wniosek taki złożyć może również sama osoba uzależniona. W praktyce do omawianych komisji informacje o potencjalnej potrzebie leczenia kierują m.in. organy ds. pomocy społecznej.

*podkreśla, że dwuletni okres jest jedynie górną granicą, podejmowanych działań. Jest to tym samym ostateczny czas pozwalający na poddawanie pacjenta terapii. Nie oznacza to jednak, iż przymus leczenia ma trwać dwa lata. Jak zaznaczono bowiem w art. 34 ust. 4 ustawy antyalkoholowej „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” (Ustawa, 1982).*

### **3. Terapia uzależnienia od alkoholu- uwagi ogólne**

Ukazując w sposób szerszy zagadnienie przymusowego leczenia osób uzależnionych od alkoholu, warto krótko odnieść się do proponowanych obecnie form terapii. W pierwszym rzędzie warto podkreślić pogląd wyrażony przez Dorotę Karkowską (2004, s. 344- 345), która zwróciła uwagę, iż w podobnych postępowaniach w pierwszym rzędzie należy podjąć działania mające na celu przekonanie danej osoby do dobrowolnemu poddaniu się terapii. Jak przypomina ks. Czesław Cekiera (2009) podobne działanie nie należy jednak do prostych. Osoba uzależniona od alkoholu doświadcza nie tylko ściśle określonych objawów psychofizycznych (zapotrzebowanie na wyższe dawki, niepokojące objawy somatyczne w przypadku braku środka, uszkodzenie wątroby oraz dwunastnicy itd. W podobnym stanie dostrzec należy przede wszystkim znaczne zaburzenie zdolności empatycznych. Dana osoba nie posiadając krytycyzmu dotyczącego własnej osoby, jednocześnie coraz trudniej orientuje się, iż swoim postępowaniem sprawia cierpienie bliskim. Cekiera bardzo stanowczo podkreśla, iż alkoholizm jest chorobą. Nie jest to „zaburzenie moralne”, ale konkretne schorzenie wymagające intensywnej psychoterapii oraz resocjalizacji. Zwraca on uwagę, że sukces w terapii zależy od motywacji. Wymaga on jednak zaangażowania pacjenta. Niejednokrotnie terapeuta nie dostrzega podobnej postawy ze strony osoby leczonej, która uaktywnia mechanizmy wyparcia oraz samoouszukawania. Sam proces leczenia podzielić można na dwa dominujące etapy: odwykowy - krótkoterminowy skupiający się na detoksykacji oraz resocjalizacyjno–terapeutyczny, mający na celu wypracowanie utrwalonej zmiany (tamże, s 76- 78).

W tym miejscu warto dostrzec, iż pomocnym w procesie terapeutycznym działaniem resocjalizacyjnym może być Trening Zastępowania Agresji, a zwłaszcza trening rozwoju moralnego. Ta behawioralno–poznawcza metoda promowana m.in.

w Polsce przez Jacka Morawskiego (2003) odnosi się przede wszystkim do modelu rozwoju moralnego wg Kolberga. Osoba uzależniona traci zdolność do obiektywnej oceny dobra oraz zła. Stąd też z pomocą zdaniem Morawskiego może przyjąć jej właśnie regularne „trenowanie moralności” w trakcie zajęć terapeutycznych. Odbywa się ono po przez rozwiązanie dylematów moralnych (tamże, s. 60- 62). Podobne podejście prezentuje Geoffrey Lowe, który odwołując się do teorii społecznego uczenia się wskazuje, iż najskuteczniejszą formą terapii jest podejmowanie szeroko rozumianych działań psychoedukacyjnych, mających na celu zrekonstruowanie wyuczonych przez jednostkę zachowań szkodzących jej zdrowiu. Dana osoba uczy się rezygnowania z alkoholu, wspartego krytycznym myśleniem, opartym na trenowaniu konkretnych umiejętności społecznych (Lowe, 2001, s. 110-111).

Wskazując na zjawisko, jakim jest uzależnienie warto w tym miejscu zwrócić uwagę, iż opiera się ono przede wszystkim na ukształtowaniu przez jednostkę fałszywego obrazu samego siebie. Monika i Marcin Gajdowie (2012), w swoim integratywnym podejściu zwracają uwagę na budowanie przez jednostkę tzw. „Ja fałszywego”, które charakteryzuje się wytworzeniem licznych zachowań mających na celu zwiększenie poziomu poczucia bezpieczeństwa (tamże, s. 43).

Podobne spostrzeżenie oparte na własnych doświadczeniach chorobowych opisuje Beata Pawlikowska (2016). Ta znana podróżniczka zwraca uwagę, iż w doświadczanych przez siebie uzależnieniach oraz zaburzeniach odżywiania dostrzegła pozytywne zmiany dopiero w momencie, w którym w pełni uświadomiła sobie, iż znajduje się w zafałszowanej rzeczywistości. Narkotyki, alkohol oraz anoreksja miały tworzyć swoistą barierę przed światem, który sprawiał ból. Proces leczenia rozpoczął się zatem od uświadomienia własnego stanu (tamże, s. 156- 157) Tym samym dostrzec należy, iż uzależnienie jest w istocie zjawiskiem odnoszącym się do szczególnego obszaru funkcjonowania człowieka, nie tylko emocjonalnego, ale również duchowego.

Jak zaznaczają w tym aspekcie Marcin Wnuk i Jerzy T. Marcinkowski (2012) „Picie 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” (tamże, s. 52 i 53).



Bogusław Habrat (2006), dokonując analizy współczesnych form terapii uzależnień zwraca uwagę, iż posiada ona charakter eklektyczny. Z jednej zatem strony pacjent bierze udział w działaniach opartych na procedurach edukacyjnych, z zaś drugiej perspektywy podejmowane są behawioralno-poznawcze interwencje terapeutyczne. W trzeciej płaszczyźnie kluczową rolę w działaniach leczniczych odgrywają ruchy samopomocowe, częstokroć oparte na modelu społeczności terapeutycznej. To właśnie w grupie ukazywane są w sposób najszybszy autodestrukcyjne zachowania pacjenta. Na kolejnych etapach jest on uczony rozpoznawania własnych stanów emocjonalnych. Uczy się diagnozowania momentów, które powodować mogą u niego powrót do uzależnienia, jednocześnie jest w grupie cały czas motywowany. Istotnym elementem działań terapeutycznych zdaniem Habrata jest kształtowanie u pacjenta postaw altruistycznych. W kolejnych momentach postępowania terapeutycznego, sam swoją postawą ma wspierać inne osoby (tamże, s. 247).

Warto także zwrócić uwagę na trafną opinię wyrażoną przez Michaela Krausza oraz Volkera Dittmana (2006, s. 7). Ich zdaniem uzależnieni od alkoholu są swoistym społecznym fenomenem. Tutaj kluczem podjęcia działań terapeutycznych jest ukształtowanie u danej osoby motywacji do zmiany.

W tym miejscu pojawia się jednak kluczowy problem, który kilkakrotnie został już zasygnalizowany. Osoba uzależniona od alkoholu najczęściej wypiera wszelkie informacje wskazujące jej, iż doświadcza problemu, który powoduje szkodę dla niej oraz innych osób. Tym samym brak jest na tym etapie obiektywnej chęci do dokonania zmiany. W jaki zatem sposób postąpić z osobą, która trwając w nałogu, powoduje cierpienie innych osób oraz niszczy własne zdrowie?

#### 4. Dyskusja – perspektywa krytyczna

Jak przypomina Justyna Zajdel (2007, s. 43): „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. Leczeniu przymusowemu mogą zostać poddane zarówno osoby małoletnie jak i dorosłe osoby, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od pracy albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny”.

Jędrzej Bujny (2007, s. 299), wskazując na znaczenie możliwości przymusowego leczenia osób uzależnionych od alkoholu jednocześnie podkreśla, że działanie to może być skuteczne przede wszystkim, gdy będzie miało akceptację pacjenta. Sytuacja taka odnosi się w polskiej rzeczywistości do osób uzależnionych od narkotyków. Jak wskazuje Mirosław Nesterowicz (2005) wobec tego typu osób można podejmować działania bez zgody, ale jedynie w przypadku pacjentów niepełnoletnich (tamże, s. 111)<sup>3</sup>.

Terapia odwykowa kierowana do pełnoletnich osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych musi jednak posiadać dobrowolny charakter. Czy podobne rozróżnienie nie ma zatem niezrozumiałego, wręcz dyskryminującego charakteru? W tym miejscu trudno mówić bowiem o dyskryminacji pozytywnej. Taka ma miejsce w chwili, w której ograniczona zostaje możliwość zakupu alkoholu przez osoby małoletnie (Przybyszewski, 2010, s. 107). W przypadku jednak zarówno uzależnienia od alkoholu, jak i uzależnienia od narkotyków można zaobserwować zbliżone stany psychopatologiczne: zależność fizyczną oraz psychologiczną. W jednym i drugim stanie stwierdzić możemy, 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, s. 11). Sebastian Matyjek w powyższej wypowiedzi kieruje się w stronę terminu „substancja psychoaktywna”, a więc narkotyk. Pojęcie to odniesione może być również do alkoholu. Zarysowany w tym miejscu kontekst zwraca uwagę na podnoszony w literaturze przedmiotu problem stygmatyzacji osób uzależnionych od alkoholu. Trudno bowiem w sposób racjonalny wyjaśnić dlaczego przymus leczenia uzależnień nie odnosi się do osób uzależnionych od narkotyków. Stan ten przecież (tj. narkomania) może również powodować zagrożenie dla życia pacjenta, szkody rodzinne, oraz szeroko rozumiane

---

<sup>3</sup> Na terenie poszczególnych województw wprowadzone zostały odrębne procedury postępowania z nieletnimi sprawcami czynów karalnych znajdujących się pod wpływem alkoholu lub substancji psychoaktywnych.

zob. Zespół monitorujący realizację zadań w zakresie przeciwdziałania zjawiskom patologii społecznej na terenie województwa pomorskiego wspólnie przeciw patologiom - stan prawny na dzień 31 sierpnia 2006 r. Gdańsk, 2006 r., s. 107.

zaburzenie funkcjonowania społecznego. Czemu zatem ustawodawca nie wprowadził przepisów, które pozwalałyby w sytuacjach wyjątkowych na zastosowanie przymusowych działań? Aktualnie brak jest jednoznacznej odpowiedzi na wskazane pytanie.

Przywołana w tym miejscu stygmatyzacja ww. grupy pacjentów oddziałów leczenia uzależnień od alkoholu jest z całą pewnością zjawiskiem zasługującym na uwagę i bez wątpienia powiązana może być z nadal obecną w polskim prawie możliwością leczenia bez zgody osób nadużywających tą substancję..

Zdaniem Łukasza Wieczorka (2015) badając zjawisko alkoholizmu dostrzec można interesujące zjawisko. Z jednej strony stosowanie przymusu terapii jest w pełni społecznie akceptowalne. Z drugiej natomiast perspektywy „Zdaniem terapeutów stygmatyzacja następuje w momencie, kiedy picie jest widoczne i przeszkadza społeczności w „normalnym” funkcjonowaniu” (tamże, s. 108). Proces stygmatyzacji uruchamia nie tyle picie alkoholu, ile raczej pojawienie się w jego efekcie zachowań, które nie są akceptowalne społecznie. Warto jednak dostrzec, że wyniki badań jednoznacznie wskazują na wykluczanie ze społeczeństwa osób z racji na podjętą przez nie terapię. Jak się okazuje podjęcie leczenia nie wymazuje negatywnego sposobu postrzegania danej osoby. Jak zaznacza Wieczorek, nadal pozostaje „stygmat alkoholika”. Co jednak szczególnie niepokojące „osoby, które przed podjęciem terapii nie zostały zdyskredytowane, decydując się na leczenie, zostają niejako „naznaczone”. Utrzymywane do tej pory w tajemnicy uzależnienie zostaje ujawnione po podjęciu terapii. W tym przypadku atrybutem dyskredytującym nie jest samo picie, lecz podjęcie leczenia. Negatywne wyobrażenia o leczeniu przyczyniają się do kreowania i utrzymywania negatywnego wizerunku osoby uzależnionej, która podjęła terapię (tamże, s. 108). Tym samym kontakt z poradnią może stać się stygmatyzujący dla pacjenta oraz, jak się okazuje dla personelu terapeutycznego, który w strukturach placówki ochrony zdrowia traktowany jest gorzej, niż przedstawiciele innych profesji (np. poradnia jako ostatnia dostaje fundusze na konieczny remont). Osoby uzależnione starając się przeciwdziałać podobnemu napiętnowaniu zwracają uwagę, iż niejednokrotnie nie tylko ukrywają przed bliskimi fakt podjęcia terapii, ale przede wszystkim podejmują ją w odległym od miejsca zamieszkania miejscu (tamże, s. 112- 114) Odnosząc się do powyższych zjawisk Zsolt Demetrovics ukazując wraz ze swoim zespołem specyfikę działań terapeutycznych na terenie Węgier zwrócił uwagę na fakt, iż jednym z podstawowych czynników sprzyjających zmniejszeniu się społecznego poziomu

stygmatyzacji uzależnionych jest oddzielenie działań detoksykacyjnych od terapeutycznych. Pierwsze z nich nie powinny mieć miejsca na terenie oddziałów psychiatrycznych, ale w obrębie placówek internistycznych, najwłaściwszych do wsparcia somatycznego (Demetrovics i in. 2007, s. 310). Postulat ten koreluje z uwagami dostrzeganymi w polskich opracowaniach. Jak przypominają Izabela Kupaś, Justyna Pełka Wysiecka oraz Jerzy Samochowiec (2007, s. 87- 96) to właśnie oddziały psychiatryczne postrzegane są przez społeczeństwo przede wszystkim, jako miejsca wystąpienia potencjalnej agresji, choć wyniki analiz wskazują, iż podobne zachowania ze strony pacjentów pojawiają się we wszystkich typach placówek.

Stygmatyzacja związana z wystąpieniem uzależnienia od alkoholu oraz podjęciem terapii stanowi z całą pewnością element zwracający uwagę na nieaktualność obecnych rozwiązań społeczno-prawnych. Kontekst ten dostrzec można również w trakcie analizy regulaminów placówek zajmujących się leczeniem zespołu zależności alkoholowej. Jak podkreśla Piotr Bakula (2010) dokumenty te winny być przede wszystkim wsparciem w powrocie do zdrowia. Są one natomiast ingerującym istotnie w ludzką prywatność elementem codziennego postępowania, które z jednej strony daje realną „władzę” terapeutcie, a z drugiej stawia pacjenta na podległej pozycji. Autor ten zaznacza, że „regulamin powinien odnosić się do ogólnych zachowań, kontrakt terapeutyczny powinien dotyczyć natomiast kwestii leczenia: Kontrakt może zawierać zalecenia, zgodne z procesem terapii, na które pacjent może, choć nie musi się zgodzić. Jego opór traktowany jest jako przejaw manipulacji alkoholowej i w związku z tym pacjent zmuszany jest do bezwzględnej korekty zachowań. Możemy też rozumieć opór jako wyzwanie motywacyjne i wtedy pracować będziemy w kierunku zwiększania motywacji do zmiany, poszerzania rozbieżności” (tamże, s. 28).

P. Bakula dodaje, że analizowane przez niego regulaminy opierały się wyłącznie na nakazie lub zakazie (nawet związanym z godziną mycia się pacjenta). Tym samym postawiony zostaje wniosek wskazujący na paternalistyczny charakter koncepcji regulaminów terapeutycznych, sprzecznych z ideą leczenia opartego na społeczności (Bakula, 2012, s. 28; por. także: Ciechanowski, Chmielewska, Czyż, 2010, s. 28).

Wskazana perspektywa zwraca uwagę na istotne zjawisko. Piotr Bakula (2010, 2012) dostrzegł w swoich analizach, iż pacjent na określone zasady terapii może się nie zgodzić. Jeśli jednak kierowany jest on przez sąd wówczas sytuacja wygląda

zupełnie inaczej. Może on nie przyjmować zaproponowanej przez terapeutę koncepcji jego powrotu do zdrowia. Może nie chcieć dokładnie opisywać relacji rodzinnych. Podjąć może swoisty bunt czytając treści zakazane w oddziale, może nie przestrzegać zasad społeczności itd. Podobne zachowanie wynikać może z frustracji związanej z brakiem akceptacji rozstrzygnięcia sądowego. Nie ma on jednak możliwości całkowitego zanegowania zasad regulaminu. Oznacza to, iż ma obowiązek podjąć np. działania w postaci np.: współudziału w czynnościach porządkowych, winien respektować zasady kontaktu pomiędzy pacjentami, nie może mieć telefonu komórkowego itd. Łamanie podobnych zasad skutkować będzie automatycznym wydłużeniem procesu terapii. Stąd też najczęściej pacjent przyjąć może postawę oportunistyczną, dążącą do jak najszybszego opuszczenia oddziału. Nie będzie to jednak stan spodziewany przez terapeutę. Pacjent podejmie leczenie nie z racji doświadczanego pragnienia, ale z powodu chęci szybkiego opuszczenia miejsca, w którym znalazł się bez swojej zgody (por. Kmiecik 2010, s. 278- 280).

## 5. Dyskusja – perspektywa pozytywna

Jednak w tych analizach konieczne jest dostrzeżenie innego obszaru. Marcin Stradowski (2015) w swojej analizie wielowymiarowej terapii osób uzależnionych od alkoholu przedstawił kilka lat temu swoisty model idealny terapii. Opiera się ona przede wszystkim na: zgodzie zainteresowanego (tj. uzależnionego), wsparciu ze strony rodziny, przyjaźni terapeuty z pacjentem oraz ich regularnej pracy. (tamże, s. 287). Jak jednak wspomniano podobne ujęcie ukazuje nam *de facto* sytuację bezkonfliktową. Mamy tutaj bowiem do czynienia z osobą, która pragnie się leczyć, ma ponadto świadomość, iż może krzywdzić zarówno siebie, jak i innych. W przypadku jednak uzależnienia, częstokroć podobnych postaw jednostki nie daje się zaobserwować. Pokazuje to zaproponowany we wrześniu 2017 r. przez Rzecznika Praw Dziecka postulat zmiany polskiego prawa rodzinnego. Pełniący wskazany urząd Marek Michalak skierował do Prezydenta RP Andrzeja Dudy pismo stanowiące wniosek dotyczący istotnej modyfikacji przepisów Kodeksu Rodzinno-Opiekuńczego. Jego celem ma być przede wszystkim ochrona dzieci nienarodzonych, narażonych na pojawienie się u nich Alkoholowego Zespołu Płodowego - FAS. Rzecznik postuluje stworzenie mechanizmu pozwalającego na przymusowe poddanie terapii kobietę znajdującą się w ciąży, w sytuacji, w której nadużywa ona alkohol lub też inne substancje psychoaktywne. Jak wskazano w

oficjalnym komunikacie „*badania potwierdzają, że kobieta, która pije alkohol w ciąży naraża swoje dziecko na wystąpienie u niego nieodwracalnych uszkodzeń. Nie ma dawki alkoholu, która nie powoduje ryzyka wyrządzenia szkody dziecku, dlatego wystąpiłem do Prezydenta RP z prośbą o wniesienie inicjatywy ustawodawczej, która pomogłaby ten problem uregulować*”.(Serwis BRPD, online). Michalak w propozycji kodeksowej noweli zaproponował wprowadzenie mechanizmu pozwalającego na szybkie podjęcie przymusowych działań w stosunku do uzależnionej kobiety w ciąży. Podobnie, jak w ustawie o przeciwdziałaniu alkoholizmowi w propozycji tej wprowadzono sądowe gwarancje poszanowania praw zarówno kobiety spodziewającej się dziecka, jak i samego dziecka poczętego. Kluczowe jest jednak w tym miejscu zwrócenie uwagi, iż osoba uzależniona niejednokrotnie znajduje się w stanie, w którym to nie może podjąć racjonalnej decyzji dotyczącej rozpoczęcia terapii. Jak już wskazano częstokroć neguje ona zasadność tego typu interwencji. Zaproponowana przez Rzecznika inicjatywa pokazuje, iż przymusowe leczenie osób uzależnionych posiada charakter z jednej strony interwencji ratunkowej, a z drugiej jest postępowaniem w stanie wyższej konieczności. Nie ulega bowiem wątpliwości, iż ograniczenie wolności stanowi istotną formę ingerencji w prawa człowieka. Inicjatywa Marka Michalaka w sposób wyraźny wskazała, iż w sytuacji tej, jako wyższe dobro należy traktować zdrowie i życie dziecka poczętego, którego krzywdzi postępowanie uzależnionej matki (Projekt, 2017).

Wskazany schemat interpretacyjny pasuje do ogólnej dyskusji dotyczącej zasadności podejmowania działań przymusowych wobec osób uzależnionych. Nikt bowiem nie kwestionuje paternalistycznego charakteru podobnych interwencji. W tym jednak miejscu, zgadzając się ze Stanisławem Dąbrowskim (1995) warto zwrócić uwagę, że mamy tu do czynienia z tzw. paternalizmem miękkim. Kluczowe w podobnym działaniu jest dobro osoby doświadczającej określonej choroby. Osoba ta znajduje się ponadto w stanie, w którym to nie może pokierować swoim postępowaniem (tamże, s. 59).

W odniesieniu jednak do terapii uzależnień warto zwrócić uwagę na jeszcze jedno zjawisko. Dorota Karkowska (2004, s. 345) wskazuje, że tego typu interwencje mają na celu przede wszystkim ochronę dóbr osoby doświadczającej nałogu. Stwierdzić jednak trzeba, iż zwłaszcza w odniesieniu do uzależnienia od alkoholu pojawia się inna, równie istotna perspektywa. Mowa bowiem o przywoływanym również w treści ustawy o wychowaniu w trzeźwości dobru rodziny zmagającej się z tego typu problemem. To właśnie zdrowie (czasem nawet życie) osoby nałogowo

spożywającej alkohol oraz dobro jej rodziny (w tym zwłaszcza dzieci) postawione musi zostać niejednokrotnie wyżej niż prawo do wolności jednostki. Jest to z całą pewnością działanie paternalistyczne. Odnosi się ono jednak do pojęcia godności człowieka, godności, którą nałóg niszczy.

### Podsumowanie

Na początku czerwca 2016 roku Najwyższa Izba Kontroli opublikowała raport dotyczący przymusowego kierowania osób uzależnionych od alkoholu na leczenie. Jak czytamy w opublikowanym stanowisku „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 dodają ponadto, że „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 alkoholu” (Serwis NIK, online oraz Dokument, 2017).

Podobne obserwacje oraz wyrażone powyżej stanowiska dotyczące przymusowego leczenia osób uzależnionych od alkoholu wskazują na nietrafność obecnych rozwiązań prawnych. Na gruncie etycznej refleksji podobne stanowisko prezentuje Maria Nowacka (2010). Odnosząc się do problemu promocji zdrowia zwróciła uwagę, że „Pełny dobrostan psychofizyczny to ideał, a nie realny stan, który można osiągnąć. Dlatego zamiast usiłować do niego dojść drogą całościowych i zazwyczaj przymusowych regulacji, należy polepszać stan aktualny przez rozwiązywanie konkretnych problemów, gdyż tylko tak mamy szansę podnosić poziom zdrowia poszczególnych społeczności (tamże, s. 148). „Wszelkie działania noszące znamiona przymusu w dłuższej perspektywie czasowej okażą się bezskuteczne, a co gorsza – w końcu doprowadzą do jakichś tragicznych konsekwencji, gdyż tak kończą się wszelkie próby wprowadzenia w życie utopii” (tamże, s. 149). Uwagi te nie są pozbawione racji. W tym miejscu pomijana jest

niestety jednak istotna perspektywa. Wskazana przez NIK niewydolność polskiego systemu leczenia uzależnień wymaga z całą pewnością zmian systemowych. Nie można jednak zgodzić się ze stwierdzeniem wskazującym, iż konieczne jest zlikwidowanie możliwości podjęcia działań przymusowych wobec osoby nałogowo spożywającej alkohol. Nie jest też zrozumiałym czemu na terenie Polski tylko ten typ zależności można leczyć bez zgody pacjenta. W XXI w. równie istotnym (także rodzinnie) problemem jest uzależnienie od narkotyków i innych substancji psychoaktywnych. Istnienie w prawie przepisów pozwalających na podjęcie wobec osób chorych działań przymusowych nie godzi w ideę praw człowieka, jest w pełni zgodne z przepisami m.in. Konstytucji RP oraz Europejskiej Konwencji Praw Człowieka (Konstytucja, 1997; Konwencja, 1950). Niejednokrotnie to detoksykacja jest pierwszym krokiem w działaniach terapeutycznych, które następnie dana jednostka podejmuje za własną zgodą. W Polsce konieczne jest na nowo podjęcie dyskusji dotyczącej filozofii działań przymusowych wobec wszystkich grup osób uzależnionych. Równie istotne jest nieustanne podkreślanie, że w podobnych przypadkach mamy do czynienia z osobą chorą, która wymaga pomocy. Trzeba jednak pamiętać, że czasem choroba uniemożliwia obiektywne spojrzenie pacjenta na sytuację, w której sam się znajduje. W momencie tym niezbędne jest niejednokrotnie działanie przymusowe, które jednak zawsze musi być podejmowane z szacunkiem dla osoby uzależnionej.

### **Bibliografia:**

- Andrzejewski M. (1999), *Prawna ochrona rodziny*, Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
- Bujny J. (2007), *Prawa pacjenta – między autonomią a paternalizmem*, Warszawa: Wydawnictwo C. H. Beck.
- Bakula P. (2012), Regulaminy ośrodków, a prawa człowieka, *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, nr 5, s. 28- 31.
- Bator A. (2008), *Wprowadzenie do nauk prawnych. Leksykon tematyczny*, Warszawa: LexisNexis.
- Ciechanowski J., Chmielewska B., Czyż E. (2010), *Monitoring przestrzegania praw pacjentów i dostępu do stacjonarnego leczenia uzależnień od narkotyków*, Warszawa: Helsińska Fundacja Praw Człowieka.
- Cekiera Cz. (2009), Alkoholizm, w: *Encyklopedia bioetyki*, A. Muszala (red.), (s. 73- 79), Radom: Wydawnictwo Polwen.



- Cohen J. oraz Levy S.J. (1998), *Chorzy psychicznie nadużywający substancji psychoaktywnych*, Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Dąbrowski S.(1995), *Prawa chorych psychicznie i przesłanki przymusowej hospitalizacji*, (w:) *Psychiatria i etyka*, M. Siwiak-Kobayashi, S. Leder (red.), (s. 53- 60), Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.
- Dokument (2016): *Przymusowe kierowanie osób uzależnionych od alkoholu na leczenie odwykowe*, Warszawa.
- Demetrovics Z. i In. (2007), Wiedza i postawy psychiatrów wobec osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz sposoby ich leczenia na Węgrzech, *Alkoholizm i Narkomania*, tom 20, nr 3, s. 303-312.
- Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności* sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950r., zmieniona następnie Protokołami 3,5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2 (Dz. U. Nr 61, poz. 284)
- Ferster J., Weiser P. (2014), "I've Got the Pilot": An Interpretation of Flight, a Film by John Gatins, Writer, and Robert Zemeckis, Director, *Advances in Literary Study*, no 2, s. 83-86.
- Gajda M., Gajda M. (2012), *Rozwój*, Goleniów: Wydawnictwo pro Homine.
- Habrat B. (2006), *Zaburzenia psychiczne spowodowane przyjmowaniem substancji psychoaktywnych*, w:, *psychiatria- podręcznik dla studentów medycyny*, (w:) *Psychiatria - podręcznik dla studentów medycyny*", A. Bilikiewicz (red.), ( s. 238-269), Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Jaworska A. (2012), *Leksykon resocjalizacji*, Kraków; Wydawnictwo Impuls.
- Karkowska D. (2004), *Prawa pacjenta*, Warszawa: Wydawnictwo ABC.
- Kmieciak B. (2010), *Poszanowanie praw małoletniego pacjenta w szpitalu psychiatrycznym a doświadczenie choroby psychicznej*, (w:) *Doświadczenie choroby w perspektywie nauk humanistycznych, społecznych i medycznych*, B. Płonka-Syroka, M. Skrzypek (red.), (s. 263- 287), Wrocław: Wydawnictwo. Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich.
- Kmieciak B. (2017), *Prawa człowieka chorego psychicznie: dylematy, pytania i wyzwania*, (w:) *Naznaczeni wykluczani dyskryminowani w badaniach naukowych i praktyce wychowawczej, ujęcie interdyscyplinarne*, P. Dzieduszycki (red.), (s. 136- 156), Wyższa Szkoła Biznesu i Nauk o Zdrowiu.
- Krausz M., Dittman, V. (2005), *Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych*, (w:) *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny*

- psychosomatycznej*, H.J. Freyberger, W. Schneider, R. D. Steglitz (red.), (s. 71-88), Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kupisz I., Pełk-Wysiecka J. Samochowiec J. (2007), Przymus bezpośredni- realizacja założeń ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wobec pacjenta zachowującego się agresywnie w wybranych placówkach ochrony zdrowia w województwie zachodniopomorskim, *Psychiatria*, nr 3, s. 87- 96.
- Kubiak R. (2010), *Prawo medyczne*, Warszawa: Wydawnictwo C. H. Beck.
- Morawski J. (2003), *Trening zastępowania agresji. Materiały szkoleniowe*, Warszawa: Instytut Amity.
- Nowacka M., (2013), *Promocja zdrowia jako czynnik medykalizacji społecznej uwagi w odniesieniu do Karty Ottawskiej*, (w:) *Etyka w medycynie - wczoraj i dziś. Wybrane zagadnienia*, K. Basińska, J. Halasz (red.), (s. 133- 149), Kraków: Wydawnictwo Impuls.
- Lowe G. (2001), *Uzależnienie od Alkoholu i narkotyków psychopatologia*, w: *Psychopatologia*, A.A. Lazars, A. M. Locelam (red.), (s. 102- 125), Warszawa: Wydawnictwo Zysk i S- ka.
- Lisowska A. (2017), *Domniemanie poczytalności – krytyka reguły stosowanej w polskiej procedurze karnej*, *Folia Iuridica*, nr 79, s. 39- 52.
- Nesterowicz M. (2005), *Prawo medyczne*, Wydawnictwo Dom Organizatora.
- Oksztulski M. (2016), *Prawo pacjenta autystycznego do składania oświadczeń woli, w tym wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych*, (w:) *Prawa pacjenta*, U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska (red.), (s. 67- 77), Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Pawlikowska B. (2016), *Narkotyk, anoreksja i inne sekrety*. Edipresse Polska, Warszawa.
- Przybyszewski K. (2010), *Prawa człowieka w kontekstach kulturowych*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Instytutu Filozofii.
- Projekt (2017), *Projekt Nowelizacji Kodeksu Rodzinno-Opiekuńczego*, Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Dziecka.
- Salwowski M. (2013), *Home Run - recenzja*, „Kultura Dobra”,  
źródło: <http://kulturadobra.pl/home-run/> (dostęp 09.09.2017r.)
- Stradowski M. (2015), Wielowymiarowa terapia osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków jako wychowanie do wolności i odpowiedzialności, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 1(21), s. 278- 295.
- Serwis Biura Rzecznika Praw Dziecka, [www.brpd.gov.pl](http://www.brpd.gov.pl) (dostęp 09.09.2017r.)

- Serwis Najwyższej Izby Kontroli, [www.nik.gov.pl](http://www.nik.gov.pl) (dostęp 09.09.2017r.)
- Sułek A. (2002), *Ogród metodologii socjologicznej*, Wydawnictwo, Scholar, Warszawa.
- Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997r. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej* (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. (Dz.U. 1982 nr 35 poz. 230)
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. 1997 nr 88 poz. 553)
- Wnuk M. Marcinkowski J. T. (2012), Alkoholizm – przegląd koncepcji oraz metod leczenia, *Hygeia Public Health*, nr 57, s. 49–55.
- Wieczorek Ł. (2015), Stygmatyzacja osób uzależnionych od alkoholu oraz systemu leczenia uzależnień w Warszawie i w społeczności lokalnej, *Alcoholism and Drug Addiction*, nr 28, s. 103–117.
- Zajdel J.(2007) *Prawo w medycynie – podręcznik dla lekarzy*, Łódź: Wydawnictwo Progress.