

**UCHWAŁA Nr XVI/154/2016**  
**Rady Miejskiej w Policach**  
**z dnia 23 lutego 2016 r.**

**w sprawie realizacji w 2016 roku profilaktycznego programu opieki psychoterapeutycznej ponadpodstawowej i ponadstandardowej kierowanej do osób uzależnionych od alkoholu, osób współuzależnionych i dorosłych dzieci alkoholików mieszkańców gminy Police**

Na podstawie art. 18 ust. 1 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2015 r. poz. 1515 i poz. 1890) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 581, 1240, 1269, 1365, 1569, 1692, 1735, 1830, 1844), Rada Miejska w Policach uchwala, co następuje:

**§ 1.** Przyjmuje się do realizacji w 2016 roku przez gminę Police profilaktyczny program opieki psychoterapeutycznej ponadpodstawowej i ponadstandardowej kierowanej do osób uzależnionych od alkoholu, osób współuzależnionych i dorosłych dzieci alkoholików mieszkańców gminy Police stanowiący załącznik do uchwały.

**§ 2.** Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Przewodniczący Rady**

**Witold Król**

## Uzasadnienie

Projekt uchwały przedstawia Burmistrz Polic.

Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym do zadań własnych gminy należy zaspakajanie zbiorowych potrzeb ludności w zakresie ochrony zdrowia. W myśl art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na gminie ciąży obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w szczególności poprzez opracowywanie, realizację oraz ocenę efektów programów zdrowotnych. Gmina Police realizuje zadanie w zakresie ochrony zdrowia od wielu lat.

Podjęcie uchwały upoważnia Gminę Police do zrealizowania ustawowego obowiązku zwiększenia dostępności pomocy terapeutycznej osobom uzależnionym od alkoholu i dorosłym członkom ich rodzin. Obowiązek ten wynika z zapisu art. 4<sup>1</sup> ust. 1 pkt. 1 i 2 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz uchwały nr XIV/128/2015 Rady Miejskiej w Policach z dnia 22 grudnia 2015 w sprawie przyjęcia Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na 2016 rok.

W budżecie Gminy na 2016 roku przeznaczono na program kwotę **30.000,00 zł.**

Projekt uchwały opracowany przez  
Wydział Organizacyjno-Prawny

**Profilaktyczny program opieki psychoterapeutycznej ponadpodstawowej i ponadstandardowej kierowanej do osób uzależnionych od alkoholu, osób współuzależnionych i dorosłych dzieci alkoholików mieszkańców gminy Police**

1. Program obejmuje następujące zajęcia:
  - praca nad poczuciem własnej wartości – czas trwania 25 godzin,
  - pracę nad poczuciem winy – czas trwania 25 godzin,
  - pracę nad wstydem – czas trwania 25 godzin,
  - jak sobie radzić z lękiem – czas trwania 25 godzin,
  - jak sobie radzić ze stresem – czas trwania 25 godzin,
  - trening asertywnych zachowań – czas trwania 25 godzin,
  - jak sobie radzić ze złością – czas trwania 25 godzin,
2. Czas trwania programu od marca do grudnia 2016 roku.
3. Autorzy programu – Superwizorzy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Superwizorzy Psychoterapii Uzależnień, Psycholodzy, Trenerzy Pierwszego i Drugiego Stopnia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i Certyfikowani Psychoterapeuci Uzależnień Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej - Ośrodka Terapii Uzależnień w Szczecinie, ul. Ostrowska 7.

**I. Opis problemu (wg artykułów zamieszczonych na stronie internetowej Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Warszawie):**

**A. Problem zdrowotny**

**Alkohol i problemy wynikające z jego używania, nadużywania i uzależnienia.**

Według Światowej Organizacji Zdrowia alkohol znajduje się na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji. Większe ryzyko niesie za sobą palenie tytoniu i nadciśnienie tętnicze. Ponad 60 rodzajów chorób i urazów ma związek ze spożywaniem alkoholu.

Alkohol działa szkodliwie na niemal wszystkie tkanki i narządy. Alkohol, a także jego główny metabolit, aldehyd octowy, są bezpośrednio toksyczne dla tkanek. Alkohol i jego metabolity wchodzi w bezpośrednie reakcje z fizjologicznymi substancjami w organizmie. Działanie pośrednie alkoholu polega na silnym wpływie na homeostazę ustroju poprzez działanie na układ вегетatywny, endokryny, odpornościowy, gospodarkę wodno-elektrolitową, wchłanianie niezbędnych składników odżywczych itp.

Alkohol wpływa na osłabienie systemu odpornościowego organizmu. Skutkiem tego jest m.in. zwiększone ryzyko występowania pewnych odmian raka, zwłaszcza przełyku, wątroby, części nosowej gardła, krtani i tchawicy oraz raka sutka u kobiet.

Alkohol wywołuje też niedobory witamin i innych pierwiastków niezbędnych dla prawidłowego funkcjonowania organizmu. Następstwem owych niedoborów są zaburzenia widzenia, zmiany skórne, zapalenie wielonerwowe, zmiany w błonach śluzowych i szpiku kostnym, zaburzenia procesów rozrodczych, szkorbut i inne.

Alkohol wywołuje znaczące zaburzenia w funkcjonowaniu psychicznym człowieka: bezsensowność, depresję, niepokój, próby samobójcze, zmiany osobowości, amnezję, delirium tremens, psychozę alkoholową, halucynozę alkoholową, otępienie (zespół Korsakowa).

Za: Anderson P., Baumberg B. (2006) *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies (2006). Polskie wydanie: *Alkohol w Europie*, Wyd. Parpamedia, 2007, B. Habrat: „Organizm w niebezpieczeństwie”, PARPA, 1998

Uzależnienie od alkoholu jest chorobą chroniczną, postępującą i potencjalnie śmiertelną. Nie jest możliwe całkowite jej wyleczenie, a jedynie zahamowania narastania jej objawów i szkód zdrowotnych z nią związanych.

W świetle nowoczesnej wiedzy uzależnienie od alkoholu jest chorobą wieloczynnikową, bio-psycho-społeczną, uszkadzającą funkcjonowanie człowieka w sferze somatycznej, psychologicznej, społecznej i duchowej. Model leczenia tego schorzenia musi być dostosowany do takiego sposobu postrzegania tej choroby.

Zasadniczą metodą leczenia uzależnienia w zakładach lecznictwa odwykowego jest psychoterapia uzależnienia, natomiast postępowanie medyczne ma wymiar wspomagający psychoterapię uzależnienia i jest skierowane głównie na leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych oraz farmakologiczne wsparcie psychoterapii.

Programy terapeutyczne, oparte są w większości na: podejściu terapii behawioralno-poznawczej, idei i doświadczeniach Wspólnoty Anonimowych Alkoholików.

Większość programów integruje różne podejścia psychoterapeutyczne, z przewagą behawioralno-poznawczego.

#### **Podstawowe cele psychoterapii to:**

- zachowanie trwałej abstynencji,
- poprawa zdrowia psychicznego i fizycznego,
- nabycie umiejętności potrzebnych do rozwiązywania problemów emocjonalnych i społecznych.

Czas niezbędny do przeprowadzenia skutecznej terapii to 18-24 miesiące. Pierwszy, podstawowy etap psychoterapii uzależnienia od alkoholu w zakładach stacjonarnych i oddziałach dziennych trwa od sześciu do ośmiu tygodni, natomiast w placówkach ambulatoryjnych od czterech do sześciu miesięcy. Cały cykl psychoterapii uzależnienia trwa do dwóch lat i obejmuje do 240 godzin terapii grupowej i do 50 godzin terapii indywidualnej w ciągu roku. Po zakończonej terapii stacjonarnej i w oddziałach dziennych osoby uzależnione, w celu kontynuowania leczenia, kierowane są do dalszej psychoterapii w zakładach ambulatoryjnych oraz do grup samopomocowych Anonimowych Alkoholików i klubów abstynenta.

#### **Alkohol i jego wpływ na członków rodzin.**

Nadużywanie alkoholu przez jednego z członków rodziny destabilizuje funkcjonowanie całego systemu rodzinnego, rodzi poważne problemy, jest przyczyną cierpienia dorosłych i dzieci. Narastanie problemu alkoholowego skłania niepijących członków rodziny do szukania sposobów pozwalających im przetrwać w sytuacji permanentnego stresu, braku poczucia bezpieczeństwa i stabilizacji, niemożności zaspokojenia elementarnych potrzeb psychologicznych, a czasami również biologicznych. Osoba pijąca z biegiem czasu coraz silniej koncentruje się na alkoholu, wycofuje się z pełnienia ról życiowych, przestaje

świadczyć na rzecz rodziny, a czasem nawet interesować się swoimi bliskimi. Wymaga opieki i obsługi.

Konsekwencją życia z partnerem nadużywającym alkoholu może być **współuzależnienie**. Osoba współuzależniona:

- Przejawia silną koncentrację myśli, uczuć i zachowań na zachowaniach alkoholowych osoby pijącej,
  - Szuka usprawiedliwień sytuacji picia, zaprzeczania problemowi,
  - Ukrywa problem picia przed innymi,
  - Przejmuje kontrolę nad piciem osoby bliskiej (ogranicza sytuacje alkoholowe, wylewa alkohol, odmierza ilości, kupuje alkohol, aby pijący nie wychodził z domu itp.),
  - Przejmuje odpowiedzialność za zachowania pijącego partnera, łagodzi konsekwencje picia: kłamie, płaci długi, dba o higienę pijącego, o jego wizerunek itp.,
- Przejmuje za osobę pijącą obowiązki domowe, które ona zaniedbuje.

Współuzależnienie nie jest chorobą - jest zespołem nieprawidłowego przystosowania się do sytuacji problemowej. Koncentrując się na szukaniu sposobu ograniczenia picia partnera, osoba współuzależniona nieświadomie przejmuje odpowiedzialność i kontrolę za jego funkcjonowanie, co w efekcie ułatwia pijącemu dalsze spożywanie alkoholu. U części osób współuzależnionych rozpoznaje się ostrą reakcję na stres, zaburzenia stresowe pourazowe lub zaburzenia adaptacyjne. Współuzależnienie diagnozuje się wyłącznie u osób dorosłych, które formalnie mogą wybrać inną drogę poradzenia sobie z problemem picia partnera. Dzieci nie mają żadnego wyboru. Są skazane na życie w takich warunkach, jakie stwarzają dla nich dorośli.

Osoby współuzależnione wymagają pomocy i mogą uzyskać poprawę stanu zdrowia psychosomatycznego, jeśli skorzystają z pomocy oferowanej im w placówkach terapii uzależnień, gdzie mają prawo korzystać z bezpłatnej pomocy terapeutycznej i medycznej. Niezależnie bowiem od tego, czy pijący podejmie leczenie odwykowe, czy nie, czy zatrzyma picie, czy będzie pił dalej – osoby współuzależnione mogą poprawić jakość swojego życia i życia swoich dzieci. Trudno jest im to jednak zrobić bez przyjęcia fachowej pomocy z zewnątrz.

Poza profesjonalną terapią współuzależnienia pomocne dla osób mających pijących bliskich mogą być spotkania Wspólnoty Al-Anon, której celem jest wspieranie się osób współuzależnionych w trudnościach wynikających z życia z osobą pijącą i w zmianie swojego funkcjonowania na bardziej satysfakcjonujące.

**Analizując funkcjonowanie rodziny z problemem alkoholowym z łatwością można dostrzec, iż w trudniejszej od partnerów osób pijących sytuacji są ich dzieci, które nie miały żadnego wpływu na funkcjonowanie systemu, w którym się znalazły. Mimo istniejących różnic indywidualnych można określić pewien charakterystyczny zbiór doświadczeń, którym te dzieci musiały sprostać.**

Należą do nich:

- poczucie braku oparcia i odrzucenia,
  - trwanie w chaosie i braku możliwości przewidywania przyszłych zdarzeń,
  - funkcjonowanie w ciągłym poczuciu zagrożenia, napięcia, wraz z doświadczaniem aktów przemocy również seksualnej,
- życie w systemie pozbawionym norm i wartości.

Przetrawianie w świecie przemocy pozbawionym reguł i wartości, bez możliwości uzyskania wsparcia, z koniecznością przejścia obowiązków rodzica lub rodziców, wymaga wręcz natychmiastowego przystosowania się, czego efektem jest wypracowanie mechanizmów obronnych, pozwalających na poradzenie sobie z brutalną rzeczywistością. Warto zwrócić uwagę, iż dziecko w takich okolicznościach żyje w ciągłym stresie, z którym próbuje radzić sobie w pojedynkę, gdyż doświadczany wstyd uniemożliwia mu poszukiwanie pomocy na zewnątrz. Początkowo nadzieją na zmianę tej trudnej sytuacji jest osiągnięcie wieku dorosłego i usamodzielnienie się. W wielu jednak przypadkach problemy nie kończą się w raz z przekroczeniem dorosłości. Osoby, na których dzieciństwo spędzone w rodzinie alkoholowej wywarło piętno, z którym trudno poradzić sobie w kolejnych etapach życia określamy mianem osób z syndromem **Dorosłego Dziecka Alkoholika**.

Efektom doświadczeń wyniesionych z życia w rodzinie z problemem alkoholowym są pewne utrwalone schematy zachowań i reakcji emocjonalnych, które utrudniają osiągnięcie zadowolenia i satysfakcji, a zwłaszcza nawiązywanie bliskich relacji z innymi ludźmi w dorosłym życiu. Powstały na tym tle zespół zaburzeń przystosowania nazywamy syndromem Dorosłego Dziecka Alkoholika.

Do zespołu cech DDA należą:

- Problemy z samooceną, zaburzone poczucie własnej wartości,
- Przeżywanie stanu przewlekłego napięcia emocjonalnego (stałe pogotowie emocjonalne), często silnego lęku przed odrzuceniem,
- Trudności w przeżywaniu przyjemności i nadwrażliwość na cierpienie, poczucie bycia nieszczęśliwym,
- Nieumiejętność odprężenia się, odpoczynku,
- Trudności w rozpoznawaniu uczuć, nierzadko „zamrożenie emocjonalne”, Posiadanie sztywnych, zagrażających schematów myślenia o innych, o sobie, o świecie,
- Wyparcie własnych potrzeb, gotowość do spełniania oczekiwań innych,
- Trudności wchodzenia w bliskie związki z ludźmi,
- Lęk przed nowymi sytuacjami w życiu

Nie wszystkie osoby wzrastające w rodzinie alkoholowej doświadczają nasilonych objawów syndromu DDA. Większość radzi sobie dobrze ze sobą i swoim problemami, a jeśli przeżywają trudności skutecznie rozwiązują je bez pomocy specjalistów. DDA mogą osiągać wiele sukcesów w życiu, zwłaszcza zawodowym. Nasilenie cech DDA może jednak przeszkadzać w codziennym życiu i wówczas wymaga psychoterapii. Oferta pomocy terapeutycznej dla Dorosłych Dzieci Alkoholików jest bardzo ważnym elementem systemu pomocy dla rodzin z problemem alkoholowym.

W znaczeniu medycznym „syndrom DDA” w istocie nie jest zespołem psychopatologicznym, więc nie jest ujmowany (podobnie jak i współzależnienie) w żadnym systemie klasyfikacyjnym.

W znaczeniu ogólnym, wynikającym między innymi z praktyki psychoterapeutycznej, klinicznej ale i zapotrzebowania społecznego, istnieje możliwość wyodrębnienia określonej liczby właściwości, cech czy zachowań wzajemnie powiązanych ze sobą, które można określić mianem „syndromem Dorosłego Dziecka Alkoholika”.

Podstawowe źródła syndromu DDA, to:

- a) doznane traumy (ostre i chroniczne),
- b) niezaspokojone potrzeby i zaniedbania rozwojowe,
- c) zakłócona więź w znaczących relacjach (z rodzicami, opiekunami).

## **Etapy pracy terapeutycznej z osobami z syndromem DDA:**

wg opracowania Zespołu Ekspertów Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych ds. Pomagania Osobom z Syndromem Dorosłego Dziecka Alkoholika w składzie:

Agnieszka Litwa – Przewodnicząca Zespołu  
Dorota Jabłońska,  
Marzena Kucińska,  
Grażyna Schirmer – Rychlicka,  
Zofia Sobolewska – Mellibruda,  
Krzysztof Gąsior,  
Rajmund Janowski,

### I. Diagnoza:

- nozologiczna,
- psychologiczna,
- dla celów psychoterapii (zależy od podejścia, w którym pracuje terapeuta).

### **Proponowany schemat procesu diagnozowania:**

- Etap wstępny:
  - Pierwszy kontakt (zebranie podstawowych danych o pacjencie, omówienie kontekstu skierowania, badanie i wzmacnianie motywacji do zmiany),
  - Wstępna diagnoza syndromu DDA,
  - Konsultacja psychologa klinicznego,
  - Konsultacja lekarza psychiatry,
  - Opcjonalnie diagnoza prawna lub/i socjalna (gdy mamy do czynienia z osobą w kryzysie).
- Etap zasadniczy:
  - Diagnoza psychologiczna,
  - Poszerzona diagnoza psychiatryczna (w miarę potrzeb).

### II. Kwalifikowanie do terapii.

Odbywa się w ramach kontaktu indywidualnego:

- Podsumowanie dotychczasowych informacji i omówienie diagnozy, nozologicznej i psychologicznej,
- Przedstawienie pacjentowi oferty terapeutycznej,
- Określenie podstawowego celu terapii,
- Planowanie terapii (formy, zakres i czas trwania),
- Omówienie organizacji terapii.
- Zawarcie kontraktu z pacjentem.

### III. Praca psychoterapeutyczna.

- Terapia indywidualna,
- Terapia grupowa (psychoedukacja, treningi, psychoterapia grupowa);
- W uzupełnieniu oferty możliwa jest też terapia małżeństw i par oraz grupy rozwoju osobistego.

#### IV. Podsumowanie i zakończenie terapii.

##### **B. Epidemiologia (wg Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Warszawie)**

Co ósmy dorosły Polak nie pije w ogóle alkoholu. Kilkanaście procent dorosłych Polaków spożywa alkohol problemowo. Szacuje się, że w grupie tej znajduje się ok. 900 tys. osób uzależnionych oraz ponad 2 mln osób pijących alkohol ryzykownie lub szkodliwie. Większość pijących spożywa alkohol w sposób, który nie powoduje negatywnych konsekwencji dla nich i dla osób z ich otoczenia.

Na każde 10.000 osób populacji, 2 – 4% to osoby uzależnione od alkoholu.

Na każde 10.000 osób populacji, 2 – 4 % to dorosłe osoby dotknięte cierpieniem wynikającym z życia z alkoholem, wśród tych dorosłych osób wymienia się głównie żony i mężów.

Na każde 10.000 osób populacji, 2 – 4% to dzieci, które żyją w rodzinie dotkniętej alkoholizmem rodzica bądź rodziców.

Na każde 10.000 osób populacji, 2 – 4% to dorosłe dzieci alkoholików, które nie potrafią Radzić sobie w dorosłym życiu, a źródłami ich problemów jest w przeszłości wychowywanie się w rodzinie, w której był problem alkoholowy.

##### **C. Populacja Gminy Police dla której będzie realizowany program zdrowotny.**

Gmina Police, leży w województwie zachodniopomorskim, jest zamieszkiwana przez ok. 40.000 mieszkańców.

Uważamy, że w Gminie Police:

- zamieszkuje ok. 1.500 osób uzależnionych od alkoholu,
- zamieszkuje ok. 1.500 osób współuzależnionych,
- zamieszkuje ok. 1.500 osób dorosłych dzieci alkoholików.

Wymienione osoby uzależnione od alkoholu, a więc chore kwalifikują się do psychoterapii uzależnienia od alkoholu, natomiast trudno jest jednoznacznie oszacować ile osób wymaga pomocy psychoterapeutycznej w zakresie poradzenia sobie ze współuzależnieniem czy też „wyjściem z syndromu dda”.

##### **D. Obecna oferta wynikająca z gwarantowanych świadczeń.**

Psychoterapia uzależnienia, współuzależnienia i dorosłego dziecka alkoholika na poziomie podstawowym odbywa się w ramach świadczeń gwarantowanych i finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Świadczenia te ujęte są w:

1. Porada diagnostyczna,
2. Porada terapeutyczna – kolejna,
3. Porada instruktora terapii uzależnień,
4. Sesja psychoterapii indywidualnej,
5. Sesja psychoterapii rodzinnej,
6. Sesja psychoterapii grupowej,
7. Sesja psychoedukacyjnej.



## E. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu.

Jak zostało napisane wyżej, finansowanie świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych będących w posiadaniu Narodowego Funduszu Zdrowia obejmuje tzw. ofertę podstawową dla osób uzależnionych od alkoholu, osób współuzależnionych i dorosłych dzieci alkoholików. Rodzaj świadczeń gwarantowanych ujęte są w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia oraz Zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w przedmiocie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Zespół uzależnienia od alkoholu jest chorobą o specyficznej etiologii, specyficznych przejawach i przebiegu. Choroba ta obejmuje ciało pacjenta, jego psychikę i jego duszę. Osoba ma „chore myślenie, uczucia i zachowania”. Przy tak złożonej jednostce chorobowej postępowanie lecznicze musi być „specjalne”, bowiem musi uwzględniać:

- stan somatyczny,
- stan psychiczny,
- stan „duszy”.

Program podstawowy psychoterapii uzależnienia zapewnia dla pacjentów możliwość zaprzestania picia, nauczenia się rozpoznawania i radzenia sobie z uczuciem głodu alkoholowego, nauczenia się pewnych zachowań konstruktywnego rozwiązywania problemów, radzenia sobie z uczuciami. Umożliwia poznanie psychologicznych mechanizmów uzależnienia i rozpoczęcie pracy nad ich rozbijaniem.

Program podstawowy dla osób współuzależnionych umożliwia pacjentom poznanie psychologicznych mechanizmów choroby alkoholowej, poznanie własnego psychologicznego funkcjonowania ze szczególnym uwzględnieniem „uwikłania się w pułapkę skoncentrowanej tylko na osobę pijącą”.

Program podstawowy dla osób z syndromem dorosłego dziecka alkoholika umożliwia dla pacjentów poznanie mechanizmów uzależnienia, poznanie jak „wygląda” i funkcjonuje rodzina z problemem alkoholowym, utożsamienie się z określoną rolą dziecka w rodzinie alkoholowej, odreagowywanie krzywd i traum doznanych w dzieciństwie.

Programy te są finansowane ze środków publicznych będących w posiadaniu Narodowego Funduszu Zdrowia, z tych świadczeń mogą korzystać wszystkie osoby, bez względu na posiadanie bądź nie ubezpieczenia zdrowotnego.

Złożoność mechanizmów uzależnienia, współuzależnienia i syndromu dorosłego dziecka alkoholika zdecydowanie **wymaga wdrażania zajęć**, nie objętych finansowaniem ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, które dotyczą:

- pracy nad poczuciem własnej wartości
- pracy nad poczuciem winy,
- pracy nad wstydem,
- jak sobie radzić z lękiem,
- jak sobie radzić ze stresem,
- treningu asertywnych zachowań,
- jak sobie radzić ze złością,
- treningu komunikacji małżeńskiej,
- treningu interpersonalny.

Każdy pacjent z obszaru problemów alkoholowych ma deficyty w w/w problemów:

- a) osoba uzależniona od alkoholu – pijąc, zmniejsza się jej poczucie własnej wartości, pije dalej by właśnie podnieść sobie poczucie własnej wartości, pijąc doświadcza silnego poczucia winy i wstydu, doświadczanie wstydu i poczucia winy uniemożliwia alkoholikowi wytrzeźwienie i rozpoczęcia drogi trzeźwienia. Osoba uzależniona nie radzi sobie ze złością, ma trudności w asertywnych zachowaniach, alkoholem redukuje wysoki poziom lęku, nie radzi sobie ze stresem, a alkohol jest traktowany wręcz jako „lekarstwo na stres”, pijąc ma kłopoty rodzinne i interpersonalne.
- b) osoba współuzależniona – mają niskie poczucie własnej wartości, doświadczają nieadekwatnego poczucia winy (myślą, że mąż pije przez te osoby), nadmiarowo wstydzą się, mają zaburzone relacje małżeńskie, interpersonalne, szczególne deficyty są w obszarze asertywnych zachowań, ze szczególnym uwzględnieniem stawiania „granic”, mówienia „nie”, nie radzą sobie z lękiem, stresem i złością.
- c) osoba z syndromem dorosłego dziecka alkoholika – podobnie doświadczają jak osoby współuzależnione.

Realizacja tych zajęć znacząco zwiększa kompetencje osób borykających się z problemami wynikającymi z picia alkoholu i jest uzupełnieniem oferty finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

## **II. Cele programu.**

### **A. Cele główne.**

1. Zapobieganie nawrotom uzależnienia od alkoholu.
2. Poprawę funkcjonowania pacjentów w ważnych obszarach życia społecznego, zdrowotnego, rodzinnego, zawodowego, prawnego.
3. Zwiększenie kompetencji do lepszego rozwiązywania problemów.
4. Zwiększenie radości z życia.

### **B. Cele szczegółowe.**

1. Zwiększenie dostępności pacjentów z obszaru problemów alkoholowych do świadczeń uzupełniających programy podstawowe, tj. do tych, które są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
2. Zatrzymanie uzależnienia od alkoholu.
3. Uwolnienie od przeżytych w przeszłości traumatycznych doświadczeń.
4. Zwiększenie kompetencji do lepszego rozwiązywania problemów.
5. Zwiększenie radości z życia.

### **C. Oczekiwane efekty.**

Podstawowymi naszymi oczekiwaniami jest następująca, poprawa funkcjonowania naszych pacjentów:

- osoby uzależnione od alkoholu powinny utrzymywać abstynencję i wprowadzać jakościowe np. zacząć dbać o zdrowie somatyczne, poprawiać relacje z rodzinami, podejmować pracę zarobkową, spłacać zaciągnięte długi, itp.

- osoby współuzależnione – powolne wychodzenie z pułapki współuzależnienia poprzez stawianie granic, dbanie o własne potrzeby, „przerywanie kręcenia się wokół osoby pijącej”, uwalnianie się od myślenia typu: „on pije przeze mnie”.

- osoby z syndromem dorosłego dziecka alkoholika – poprawa myślenia o sobie, nowa jakość relacji społecznych, zmniejszanie się poziomu lęku oraz w poniższych sferach:

**(poczucie własnej wartości)**

1. Zwiększenie poczucia własnej wartości.
2. Poznanie swoich mocnych stron.
3. „Uruchomienie mocy tkwiących w pacjencie”.

**(poczucie winy)**

1. Zrozumienie czym jest poczucie winy, źródła poczucia winy.
2. Wyraźne oddzielenie poczucia winy od poczucia wstydu.
3. Zmniejszenie nieadekwatnego poczucia winy.
4. Uświadomienie, przeżycie tych zachowań, za które pacjent czuje się winny.

**(poczucie wstydu)**

1. Zrozumienie czym jest poczucie wstydu, źródła poczucia wstydu.
2. Praca nad krytykiem wewnętrznym.
3. Odreagowywanie tych sytuacji, za które czują wstyd.

**(jak sobie radzić z lękiem)**

1. Uświadomienie sobie czym jest lęk, źródła lęku, lęk destrukcyjny, konstruktywny.
2. Poznanie struktury lęku, somatyzacja lęku.
3. Nauka radzenia sobie z lękiem.

**(jak sobie radzić ze stresem)**

1. Uświadomienie sobie czym jest stres, źródła stresu, stres destrukcyjny, konstruktywny.
2. Poznanie struktury stresu.
3. Nauka radzenia sobie ze stresem – np. techniki wizualizacji, oddechowe.

**(trening asertywnych zachowań)**

1. Poznanie czym jest asertywność.
2. Uświadomienie sobie własnych praw.
3. Nauka stawiania granic.
4. Ćwiczenie zachowań asertywnych.

**(jak sobie radzić ze złością)**

1. Poznanie czym jest uczucie złości, do czego potrzebujemy złość,
2. Uświadomienie sobie sposobów w jakich wyrażam złość.
3. Nauka konstruktywnego wyrażania złości i gniewu.

**(trening komunikacji małżeńskiej)**

1. Poznanie małżonków jak się komunikują ze sobą.
2. Poznanie źródeł zaburzonej komunikacji.
3. Umożliwienie małżonkom ujawnienie skrywanych urazów, pretensji.
4. Pomoc w konstruktywnej komunikacji małżeńskiej.

**(trening interpersonalny)**

1. Poznanie jakie mam relacje z innymi ludźmi.
2. Czego dowiaduje się o sobie w relacji z drugim człowiekiem.
3. Poprawa relacji z innymi ludźmi.

### **III. Adresaci programu.**

#### **A. Dla jakiej populacji skierowane są w/w programy:**

Na podstawie danych przekazanych przez placówki leczenia odwykowego, średnio w roku leczonych z Gminy Police jest:

- 150 osób uzależnionych od alkoholu,
- 250 osób współuzależnionych,
- 150 osób z syndromem dorosłego dziecka alkoholika.

#### **B. Tryb zapraszania do programu:**

Rekrutacją osób do udziału w poszczególnych zajęciach programowych zajmą się psychoterapeuci uzależnień, z tej placówki odwykowej, która wygra konkurs ofert. Rekrutację też prowadzić będzie: Ośrodek Pomocy Społecznej w Policach, Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Klub Abstynenta, środowiska Anonimowych Alkoholików.

### **IV. Organizacja programu**

#### **A. Części składowe, etapy i działania organizacyjne.**

Psychoterapeuta wyznaczony do prowadzenia odpowiednich zajęć (z listy nazw programów ujętych w niniejszym opracowaniu) ustala termin zajęć i przygotowuje listę osób do zajęć.

**Zajęcia psychoterapeutyczne trwają 25 godzin. Są to tylko zajęcia grupowe, skład grupy może liczyć nie mniej jak 6 a nie więcej jak 12 osób.**

Oczywiście przewidywane są przerwy, tak by uczestnicy zajęć mogli odpocząć. Na początku zawsze jest poznanie się uczestników, przedstawienie tematu zajęć oraz wspólne ustalenie zasad jakie będą obowiązywać na całych zajęciach – zostaje zawiązany „kontrakt” terapeutyczny. Zajęcia psychoterapeutyczne za wyjątkiem – treningu interpersonalnego - mają swoją strukturę, a więc następujące po sobie części składowe zajęć. Psychoterapeuta prowadzący zajęcia musi być przygotowany do zajęć, jednym z lepszych sposobów jest posiadanie konspektu zajęć. (Dobrze widzianym elementem przygotowania psychoterapeuty do zajęć jest jego wcześniejszy własny udział).

Trening interpersonalny może być prowadzony: po pierwsze dyrektywnie, po drugie może być prowadzony we połowie nie dyrektywnie i w połowie dyrektywnie, oraz po trzecie może być prowadzony nie dyrektywnie. Wybór stylu prowadzenia zależy od danego psychoterapeuty.

#### **B. Planowane interwencje.**

Podczas trwania zajęć ich uczestnicy ujawniają szereg ważnych osobistych i poruszających kwestii, zadaniem prowadzącego zajęcia jest podejmowanie takich interwencji terapeutycznych, które pozwolą uczestnikowi na ich pełne wyrażenie. Techniki i metody jakie zastosuje psychoterapeuta, zależą od tego w jakiej konwencji i szkole psychoterapii prezentuje. Mogą to być techniki szkoły behawioralno-poznawczej, psychodynamicznej, Gestalt, skoncentrowanej na kliencie czy też różnych szkół w podejściu eklektycznym. W całym procesie psychoterapii problemów wynikających z uzależnienia od alkoholu terapeuta wypełnia:

## **Podstawowe funkcje terapeuty uzależnień**

1. Nawiązywanie wstępnego kontaktu i uzyskiwanie orientacji, rozpoczynanie rozmowy, organizacja warunków technicznych i lokalowych, radzenie sobie z trudnymi pacjentami, udzielanie informacji o terapii i chorobie, zdobywanie informacji o ofercie potrzebnych do decyzji dla pacjenta.
2. Przyjmowanie pacjenta do programu i zawieranie kontraktu; procedury włączenia pacjenta do programu terapii ; procedury administracyjne, badania wstępne, lekarskie, ustalanie wstępnej oferty dla pacjenta, przedstawienie jej i umawianie się z pacjentem w sprawie jego uczestnictwa w pracy terapeutycznej, przedstawianie pacjentowi: ogólnego zarysu i celów programu, zasad obowiązujących w trakcie realizacji programu i charakteru wykroczeń, które mogą doprowadzić do interwencji dyscyplinarnej; praw i obowiązków pacjenta.
3. Analiza diagnostyczna; procedury zbierania i porządkowania danych o pacjencie i jego życiu, w celu określenia jego aktualnego stanu, najważniejszych problemów i zadań terapeutycznych oraz wyników dalszej pracy.
4. Planowanie terapii; określanie podstawowych problemów i celów terapeutycznych do osiągnięcia przez pacjentów oraz zadań, które powinni realizować w czasie terapii, omawianie przypadku z innymi terapeutami, aktualizacja planu terapii stosownie do jej przebiegu.
5. Pomoc psychologiczna - indywidualna i grupowa ; posługiwanie się podstawowymi metodami pomocy psychologicznej, indywidualną rozmową psychologiczną, stosowanie zajęć i rozmów grupowych służących samopoznaniu pacjentów, wyrażaniu uczuć, badaniu postaw, uczuć, sposobów myślenia i postępowania oraz podejmowaniu decyzji.
6. Opieka nad przebiegiem terapii i zdrowienia ; opieka nad przebiegiem postępowania terapeutycznego, korzystanie z zasobów innych instytucji i służb w celu lepszego rozwiązywania przez pacjenta jego problemów, przygotowanie dalszej drogi pacjenta po opuszczeniu placówki.
7. Interwencja kryzysowa; postępowanie i sposoby reagowania wobec pacjenta w wypadku ostrego kryzysu emocjonalnego, społecznego lub fizycznego.
8. Edukacja; dostarczanie pacjentom informacji i wiedzy oraz okazji do uczenia się umiejętności pomocnych w terapii ; edukacja innych grup odbiorców (profilaktyka problemów alkoholowych i edukacja osób z wybranych profesji).
9. Prowadzenie dokumentacji i ocena przebiegu i efektów terapii dokumentowanie diagnozy i przebiegu terapii oraz jej efektów.
10. Konsultacje i skierowanie pacjenta do innych specjalistów i instytucji rozpoznawanie potrzeb i problemów pacjenta wymagających udziału innych specjalistów i instytucji, nawiązywanie odpowiednich kontaktów i ułatwianie pacjentowi korzystania z innych systemów wsparcia i zasobów.

11. Stosowanie i opracowywanie procedur terapeutycznych. świadome i trafne posługiwanie się ćwiczeniami i scenariuszami zajęć oraz technikami terapeutycznymi niezbędnymi do realizacji zadań terapeutycznych.

### **C. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników.**

Do poszczególnych zajęć kwalifikowani są uczestnicy, którzy ukończyli programy podstawowe dla osób uzależnionych, dla osób współuzależnionych i dorosłych dzieci alkoholików. Staramy się by zajęciami początkowymi były zajęcia poświęcone pracy nad poczuciem własnej wartości. Bierzymy też pod uwagę, z którego obszaru wynikają trudności i cierpienie pacjenta. Po rozeznaniu następuje kwalifikacja do danych zajęć.

### **D. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu.**

Zajęcia programowe mają być tak zaplanowane by nie stwarzały uczestnikom trudności w ich dostępie. Dlatego czas zajęć odbywa się po godzinach pracy i w dniach wolnych od pracy. Terminy zajęć podawane są ze znacznym wyprzedzeniem, tak by osoby kwalifikowane mogły się do nich przygotować.

### **E. Kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu.**

Zajęcia programowe powinny odbywać się w przestronnych salach terapeutycznych, wyposażonych w tablice do pisania, wygodne fotele. Uczestnicy muszą mieć dostęp do toalet i mieć możliwość przygotowania ciepłego napoju, czy też przygotowania i spożycia posiłków. Przygotowane materiały powinny być przejrzyste i zrozumiałe dla każdego uczestnika.

Kadra prowadząca zajęcia musi mieć kompetencje potwierdzone stosownymi certyfikatami bądź rekomendacjami. Certyfikaty dla psychoterapeutów uzależnień wydaje Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, rekomendacje wydaje Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

### **V. Koszty programu.**

Poszczególne zajęcia programowe ujęte w niniejszym opracowaniu trwają 25 godzin każde, z grupą liczącą nie mniej jak 6 i nie więcej jak 12 osób.

Koszt 1 godziny oszacowano na 100,00 zł brutto.

Koszt jednego zajęcia – 25 godzin zajęć x 100,00 zł brutto = 2.500,00 zł.  
Przewiduje się realizację 2 zajęcia programowe każdego miesiąca.

#### **Całkowite roczne koszty wyniosą:**

12 programowych zajęć w roku x 2.500,00 zł brutto = 30.000,00 zł brutto.

Całkowite koszty poniesie Urząd Miejski w Policach, woj. zachodniopomorskie.

### **VI. Monitorowanie i ewaluacja**

Ewaluację zajęć programowych będzie przeprowadzana wrywkowo po zakończonych zajęciach poprzez anonimowe ankiety, które stanowią załączniki 1 i 2 do niniejszego opracowania.

**Załącznik nr 1  
dla osób współzależnych i dda**

**Szanowna Pani /Szanowny Panie !**

Przeprowadzamy badanie zadowolenia z Waszego uczestnictwa w programie o nazwie:

.....  
.....

Celem badania jest uzyskanie informacji zwrotnych, które będą użyteczne do zbadania efektywności naszych programów. Zwracamy się z prośbą o wypełnienie ankiety. Ankieta jest anonimowa.

Proszę określić w skali od 0 do 5 stopień w jakim udział w TYM PROGRAMIE zwiększył Pana/ Pani chęć do pracy nad sobą, do własnego rozwoju?

Proszę określić w skali od 0 do 5 stopień, w jakim ma Pan/ Pani poczucie, że nabył, zwiększył bądź umocnił na zjeździe, poniższe umiejętności:

Zdolność rozpoznawania i ochrony własnych granic.

Zdolność do troszczenia się o siebie i opiekowania się sobą.

Zdolność do budowania pozytywnego obrazu siebie, wzmacniania się.

Zdolność do spokojnego, rzeczowego przypatrywania się swojej sytuacji życiowej, swoim problemom.

Zdolność do uspokajania siebie w momencie stresu poprzez własne zdrowe sposoby redukcji napięcia czy szukanie wsparcia.

Zdolność do budowania i utrzymywania satysfakcjonujących relacji międzyludzkich.

Co Panu/Pani podobało się w Programie?

.....

Co się Panu/Pani nie podobało? Czego zabrakło?

.....

Data wypełnienia: .....

**DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY.**

**Załącznik nr 2  
dla osób uzależnionej**

**Szanowna Pani /Szanowny Panie !**

Przeprowadzamy badanie zadowolenia z Waszego uczestnictwa w programie o nazwie:

.....  
Celem badania jest uzyskanie informacji zwrotnych, które będą użyteczne do zbadania efektywności naszych programów. Zwracamy się z prośbą o wypełnienie ankiety. Ankieta jest anonimowa.

1. Proszę określić w skali **od 0 do 5** stopień w jakim udział w TYM PROGRAMIE zwiększył Pana/ Pani chęć do pracy nad sobą, do własnego rozwoju?

2. Proszę określić w skali **od 0 do 5** stopień, w jakim ma Pan/ Pani poczucie, że nabył, zwiększył bądź umocnił, poniższe umiejętności:

• Zdolność do rozpoznawania i radzenia sobie z **głodem alkoholowym**.

• Zdolność do rozpoznawania i zatrzymywania myśli, przekonań i zachowań które prowadzą do **nawrotu i picia**.

• Zdolność do budowania pozytywnego obrazu siebie, wzmacniania się.

• Zdolność do spokojnego, rzeczowego przypatrywania się swojej sytuacji życiowej, swoim problemom.

• Zdolność do uspokajania siebie w momencie stresu poprzez własne zdrowe sposoby redukcji napięcia czy szukanie wsparcia.

• Zdolność do budowania i utrzymywania satysfakcjonujących relacji międzyludzkich.

3. Co Panu/i podobało się na Zjeździe dla Absolwentów?

.....  
.....

4. Co się Panu/i nie podobało na Zjeździe dla Absolwentów? Czego zabrakło?

.....  
.....

Data wypełnienia: .....

DZIĘKUJEMY ZA  
WYPEŁNIENIE ANKIETY.