

**Dr Ewa Włodarczyk**


Zakład Badań Środowisk Wychowawczych

Wydział Studiów Edukacyjnych

Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu

# Alkoholizm kobiet na przykładzie doświadczeń pracowników Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Poznaniu (filia Wilda)

## Wstęp

 yniki badań oraz zestawienia statystyczne sporządzane przez poszczególne ośrodki pomocy społecznej, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, a także Główny Urząd Statystyczny, wskazują, że kobiety stanowią większą część świadczeniobiorców instytucji pomocy społecznej<sup>1</sup>. Mówi się wręcz o feminizacji ubóstwa<sup>2</sup> i to ubóstwa obejmującego coraz to młodsze generacje kobiet, prowadzącego do ekonomicznego uzależnienia ich od instytucji pomocy społecznej i wypłacanych przezeń zasiłków, stanowiących ich podstawowe źródło utrzymania (to tzw. kategoria uzależnionych od zasiłków – *welfare dependents*)<sup>3</sup>. Zdaniem Jolanty Grotowskiej-Leder, gospodarstwa sfeminizowane (to znaczy takie, w których dorosłymi do-

<sup>1</sup> W Polsce w 2013 roku, w ramach zadań własnych gmin, przyznano świadczenia 1 979 290 osobom z 1 249 900 rodzin. Dane ze sprawozdania Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (Departament Pomocy i Integracji Społecznej) za 2013 rok.

mownikami są wyłącznie kobiety) – w porównaniu do gospodarstw mieszanych i zmaskulinizowanych – charakteryzują się biedą silniej utrwaloną, przeciętnie dłuższym okresem korzystania ze świadczeń pomocy społecznej oraz relatywnie częstszym doświadczaniem biedy chronicznej i permanentnej<sup>4</sup>. Długotrwałe korzystanie z pomocy o charakterze pasywnym może implikować u tych kobiet niekorzystny wpływ na ich postawy wobec własnego ubóstwa i pracy, w tym wzmacnianie ich niesamodzielności i niezaradności, zmniejszenie ich poczucia sprawstwa i utrudnianie trwałego uniezależnienia się od pomocy socjalnej<sup>5</sup>.

Jak zauważa Dobroniega Trawkowska, *powody, dla których kobiety są znacznie częściej klientkami ośrodków pomocy społecznej niż mężczyźni są związane z faktem, iż to one głównie doświadczają biedy, borykają się z niemożliwością zaspokojenia często podstawowych potrzeb osób będących na ich utrzymaniu oraz osób im bliskich, tj. wnuków, rodziców, dorosłych dzieci*<sup>6</sup>. Powszechna jest także praktyka wy-

<sup>2</sup> Zob. np.: W. Warzywoda-Kruszyńska, J. Grotowska-Leder, *Feminizacja łódzkiej biedy*, „Polityka Społeczna”, 1996, nr 8; W. Warzywoda-Kruszyńska, J. Grotowska-Leder, *Feminizacja katowickiej biedy*, [w:] K. Faliszek, E. McLean-Petras, K. Wódz (red.), *Kobiety wobec przemian okresu transformacji*, Wyd. „Śląsk”, Katowice 1997; E. Tarkowska, *Zróżnicowanie biedy: wiek i płeć*, [w:] H. Domański, A. Ostrowska, A. Rychard (red.), *Jak żyją Polacy?*, Wyd. IFiS PAN, Warszawa 2000; E. Tarkowska, *Bieda w Polsce w świetle badań jakościowych – próba podsumowania*, [w:] S. Golinowska, E. Tarkowska, I. Topińska (red.), *Ubóstwo i wykluczenie społeczne. Badania. Metody. Wyniki*, Wyd. IPiSS, Warszawa 2005; P. Paci, *Płeć, ubóstwo i wykluczenie społeczne w krajach postkomunistycznych*, [w:] S. Golinowska, E. Tarkowska, I. Topińska (red.), *Ubóstwo i wykluczenie społeczne. Badania. Metody. Wyniki*, Wyd. IPiSS, Warszawa 2005; E. Nassalska, *Ocena instrumentów stosowanych w walce z ubóstwem w opinii ubogich kobiet w Polsce*, Wyd. Indygo Zair Media, Wrocław 2011; J. Grotowska-Leder, *Rozmieszczenie biednych w województwie łódzkim*, W. Warzywoda-Kruszyńska, J. Grotowska-Leder, J. Krzyszkowski (red.), *Lokalna polityka wobec biedy. Bieda poza granicami wielkiego miasta*, Wyd. Biblioteka, Łódź 2003; J. Blicharz, *Kilka uwag na temat ubóstwa wśród kobiet w Polsce*, [w:] J. Blicharz, L. Klat-Wertelecka, E. Rutkowska-Tomaszewska (red.), *Ubóstwo w Polsce*, E-Wydawnictwo, Wrocław 2014; M. Orłowska, *Siłaczki mimo woli – studium przypadków klientek pomocy społecznej*, [w:] A. Kotlarska-Michalska (red.), *Kobiety w pracy socjalnej*, Wyd. Naukowe UAM, Poznań 2013; M. Zawartka-Czekaj, *Kobiety jako wnioskodawcy i członkowie rodzin w systemie pomocy społecznej na przykładzie centralnych miast województwa śląskiego*, [w:] A. Kotlarska-Michalska (red.), *Kobiety w pracy socjalnej*, Wyd. Naukowe UAM, Poznań 2013.

<sup>3</sup> Zob. np. wyniki badań w: M. Potoczna, W. Warzywoda-Kruszyńska, *Kobiety z łódzkich enklaw biedy. Bieda w cyklu życia i międzypokoleniowym przekazie*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2009, s. 138 i n.

<sup>4</sup> J. Grotowska-Leder, *Rozmieszczenie biednych...*, op. cit., s. 61.

<sup>5</sup> E. Nassalska, *Ocena instrumentów stosowanych...*, op. cit., s. 166.

<sup>6</sup> Potwierdza to także I. Reszke; zob. I. Reszke, *Uwarunkowania feminizacji biedy w Polsce*, „Kultura i Społeczeństwo”, 2001, nr 2.

placania świadczeń do rąk kobiet, w sytuacjach, gdy jest to tylko możliwe. W opinii pracowników socjalnych zapobiega to marnotrawieniu środków. Innym powodem jest delegowanie kobiety przez rodzinę do ośrodka, gdyż w odbiorze społecznym to jej wypada prosić<sup>7</sup>. Ponadto kobiety – klientki ośrodków pomocy społecznej – są postrzegane przez pracowników socjalnych jako osoby, które cechuje bezradność i swoista bezczynność albo zdeterminowanie w poszukiwaniu dróg wyjścia (w tym niestety także roszczeniowość w stosunku do instytucji pomocowych)<sup>8</sup>. Również niejednorodny obraz klientek pomocy społecznej wyłania się z wyników innego badania – część z nich postrzegana była przez pracowników socjalnych jako osoby: bierne, podporządkowane, nieśmiałe, zakompleksione, smutne, zaś część jako – niecierpliwe, agresywne, nieuprzejme, aroganckie, roszczeniowe, leniwe<sup>9</sup>. Klienci instytucji pomocy społecznej (nie tylko kobiety) prezentują także inne postawy i zachowania, powodujące że praca z nimi jest wyczerpująca emocjonalnie. Składają się na nie oczekiwania co do – w ich opinii – należytej im – pomocy finansowej; oczekiwania, że opiekujący się nimi pracownicy przejmą odpowiedzialność za ich życiowe sprawy i załatwią je; brak motywacji; bezradność w zajmowaniu się różnymi sprawami; gry i manipulacje (w tym świadome oszukiwanie); agresywna roszczeniowość; okazywanie braku szacunku; otwarta niechęć do kontaktu, wrogość; manifestowanie bólu, wstydu, rozpacz, nienawiści; manifestowanie postaw niechęci, bezwolności, niereformowalności, niepodatności na zmiany, beztroski<sup>10</sup>. Różne natomiast dla obu płci zdają się być postawy kobiet i mężczyzn wobec instytucji wsparcia społecznego. Kobiety swój wizerunek budują

<sup>7</sup> D. Trawkowska, *Kobiety – klientki pomocy społecznej*, [w:] K. Wódz, J. Klimczak-Ziółek (red.), *Restrukturyzacja ekonomiczna a sytuacja kobiet w województwie śląskim*, Wyd. WSB, Dąbrowa Górnicza 2004, s. 24. Identyczne wnioski w: J. Nogaś, *Obraz klientki pomocy społecznej z kieleckiej enklawy biedy*, „Praca Socjalna”, 2001, nr 6 oraz E. Tarkowska, *Zróźnicowanie biedy...*, op. cit., s. 272.

<sup>8</sup> D. Trawkowska, *Kobiety – klientki pomocy...*, op. cit., s. 28.

<sup>9</sup> M. Czechowska-Bieluga, *Pracownicy socjalni o klientkach ośrodków pomocy społecznej*, „Pedagogika Społeczna” 2007, nr 1, s. 71-78.

<sup>10</sup> A. Golczyńska-Grondas, *Specyfika pracy przedstawicieli służb społecznych w obszarach zagrożenia*, [w:] W. Warzywoda-Kruszyńska (red.), *Życie Na marginesie wielkiego miasta*, Instytut Socjologii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1999, s. 168-171; A. Golczyńska-Grondas, *Postawy pracowników instytucji społecznych wobec klientów z enklaw*, [w:] W. Warzywoda-Kruszyńska (red.), *Życie i pracować w enklawach biedy (klimaty łódzkie)*, Przedsiębiorstwo Specjalistyczne Absolwent, Łódź 2001, s. 171.

ją głównie na podstawie relacji z innymi i często na emocjach chcą budować relacje z osobami świadczącymi pomoc. Są nastawione na poprawne interakcje, podkreślają powód relacji pomocy, powtarzają prośby o pomoc, będąc zdania, że samo proszenie o pomoc jest wskaźnikiem skuteczności/zaradności, raczej cenią pomoc długofalową, a głębsze relacje pomocowe dają im szansę na szczegółowe opowiedzenie o problemach<sup>11</sup>.

W biografie wielu klientek pomocy społecznej wpisany jest problem alkoholowy, identyfikowany w rodzinach pochodzenia i/lub rodzinach prokreacji. Potwierdzenia, że problem alkoholowy nie rzadko idzie w parze z ubóstwem dostarczają między innymi wyniki badań Małgorzaty Potocznej i Wielisławy Warzywody-Kruszyńskiej. Objęły one trzy pokolenia kobiet, w których stwierdzono, że dzieciństwo, dorastanie, młodość i dorosłość respondentek częstokroć upływały w cieniu problemu alkoholowego<sup>12</sup>. Także wyniki innych badań prowadzonych także w łódzkich enklawach biedy świadczą o tym, że skala problemu alkoholowego na badanym obszarze była ogromna<sup>13</sup>.

Z wyników innego badania przeprowadzonego wśród pracowników instytucji pomocy społecznej, mającego charakter sondażu opinii profesjonalistów, wynika, że aż 87% spośród nich orzekło, iż wzrasta liczba klientów z problemem alkoholowym. Wiąże się z tym większe szkody spowodowane nadużywaniem alkoholu w miejscowości respondenta (zdaniem 74%), zaś w opinii prawie 90% respondentów prawie zawsze nadużywanie alkoholu powiązane jest z przemocą domową<sup>14</sup>.

<sup>11</sup> Ta charakterystyka została stworzona przez M. Oliwę-Ciesielską na podstawie analizowanych pamiętników (mowa tu o „Pamiętnikach bezrobotnych”, opracowanych w 5 tomach przez A. Budzyńskiego), ale jak sama badaczka zastrzega – nie ma ona charakteru uogólniającego. Zob. także: M. Oliwa-Ciesielska, *Kobiety w sytuacji doświadczania pomocy. Na podstawie analizy 'Pamiętników'*, [w:] A. Kotlarska-Michalska (red.), *Kobiety w pracy socjalnej*, Wyd. Naukowe UAM, Poznań 2013.

<sup>12</sup> M. Potoczna, W. Warzywoda-Kruszyńska, *Kobiety z łódzkich enklaw biedy. Bieda w cyklu życia i międzypokoleniowym przekazie*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2009.

<sup>13</sup> W. Warzywoda-Kruszyńska (red.), *Życie i pracować w enklawach biedy* (klimaty łódzkie), Przedsiębiorstwo Specjalistyczne Absolwent, Łódź 2001.

<sup>14</sup> Mowa tu o badaniu wśród 54 uczestników szkolenia na temat problemów alkoholowych; E. Moczuk, *Postrzeżenie problemów alkoholowych przez pracowników pomocy społecznej*, „Problemy Alkoholizmu”, 2000, nr 3, s. 7-10.

Pod pewnymi względami odmienną i niejednorodną grupę stanowią klientki pomocy społecznej, dodatkowo obarczone własnym problemem alkoholowym. Pierwsza z różnic dotyczy tego czy ich uzależnienie jest rozpoznane przez nie same i przez pracownika socjalnego. Następnie ważne jest czy odnajdują w sobie motywację, by podjąć leczenie, a także jakie jest źródło tej motywacji. Również od tego czy są osobami samotnie gospodarującymi czy też mają dzieci zależy plan działania i współdziałania z nimi. Wspólne są im natomiast problemy finansowe, które stają się pierwszą (a niekiedy jedyną) przyczyną, dla której inicjują kontakt z instytucją pomocy społecznej. W zdecydowanej większości są zainteresowane wyłącznie otrzymaniem finansowego wsparcia, a nie jakąkolwiek formą pracy socjalnej z nimi.

### **Uzależnione od alkoholu klientki ośrodków pomocy społecznej – doświadczenia pracowników Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Poznaniu (filia Wilda)**

Z zestawień Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że w 2009 roku z powodu alkoholizmu udzielono pomocy 88 014 rodzinom (w sumie 218 673 osób w rodzinach), w 2010 roku rodzin tych było 89 960 (tj. 206 171 osób), w roku 2011 – 86 660 rodzin (194 035 osób), zaś w 2012 roku – 88 059 rodzin (186 543 osób)<sup>15</sup>. Wśród nich pewną część stanowią kobiety (niestety wspomniane ogólnodostępne statystyki nie obejmują podziału świadczeniobiorców ze względu na ich płeć).

Z danych zgromadzonych przez Sekcję Planowania i Analiz w poznańskim MOPR wynika, że na przestrzeni ostatniej dekady liczba mieszkańców Poznania objętych pomocą społeczną wahała się pomiędzy 22 tys. osób (najniższy wskaźnik w 2008 roku) a 37,8 tys. osób (najwyższy wskaźnik w 2003 roku), obejmując od 4 do 5,5% ogółu mieszkańców Poznania.

Jedną z przesłanek udzielania świadczeń pomocy społecznej jest alkoholizm. Niestety nie istnieją zestawienia statystyczne, które wiarygodnie wskazałyby jak wiele spośród klientek poznańskie-

---

<sup>15</sup> Główny Urząd Statystyczny, Pomoc społeczna – infrastruktura, beneficjenci, świadczenia (edycje z kolejnych lat).

go MOPR dotyczył ten problem (zdiagnozowany, a tym bardziej i ukryty), z pewnością jednak kobiety te ujawniają się (one same, zwykle jednak nie ich problem alkoholowy) w polu działań pracowników socjalnych. Poniższe zestawienie<sup>16</sup> ilustruje więc jedynie dynamikę zmian w zakresie liczby rodzin i osób z tych rodzin, ubiegających się o świadczenia pomocy społecznej w Poznaniu (trzeba jednak mieć na względzie fakt, że w zestawieniach uwzględniane są wszystkie problemy jakie występują w rodzinie, co oznacza, że jedna rodzina mogła korzystać z pomocy z powodu kilku przesłanek, a także to, że zdiagnozowany problem alkoholowy dotyczył kobiet i mężczyzn).

**Tabela 1. Liczba rodzin i liczba osób w rodzinach poznańskich korzystających z przyznanej pomocy z powodu alkoholizmu**

Rok	Liczba rodzin korzystających z różnych świadczeń pomocy społecznej	Liczba osób w rodzinach korzystających z różnych świadczeń pomocy społecznej
2004	831	1 912
2005	874	1 533
2006	992	1 775
2007	789	1 346
2008	588	1 017
2009	587	1 118
2010	619	1 080
2011	602	1 018
2012	620	brak danych
2013	676	brak danych

Źródło: Zestawienia statystyczne MOPR w Poznaniu.

Te impersonalne zestawienia statystyczne kryją w sobie niepowtarzalne historie ludzkie, człowiecze dramaty, z których percepcją i konfrontacją musi sobie poradzić także pracownik socjalny. Pomoc społeczna, w której systemie funkcjonuje na co dzień pracownik socjalny, jest przecież *procesem przebiegającym między dwiema osobami, co powoduje, że na kształt tej relacji wpływają potrzeby, wartości, uczucia, doświadczenia i oczekiwania obu stron, a końcowym efektem procesów dokonujących się między*

<sup>16</sup> Dane zebrane z corocznych sprawozdań z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Poznaniu.

*dzy nimi jest diagnoza problemu wyznaczającego konkretne działania, której celem jest efektywna zmiana w sytuacji wspomagane<sup>17</sup>.*

W celu poznania opinii pracowników socjalnych, dotyczącej problemu alkoholowego klientek pomocy społecznej, przeprowadzono 14 wywiadów eksperckich. Przeprowadzono je z pracownikami socjalnymi (11 kobietami i 3 mężczyznami) zatrudnionymi w poznańskim Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Poznaniu, filia Wilda (stanowiącymi ok. 5% całej grupy pracowników socjalnych zatrudnionych w tym ośrodku). Kryterium doboru pracowników socjalnych do badania była styczność w praktyce zawodowej z kobietami z problemem alkoholowym oraz dobrowolna zgoda na wywiad. W grupie tej znalazło się sześciu pracowników socjalnych, pięciu specjalistów pracy socjalnej (w tym jeden będący jednocześnie specjalistą ds. uzależnień i jeden będący specjalistą ds. przemocy), jeden starszy specjalista pracy socjalnej, jeden specjalista pracy socjalnej z indywidualnym przypadkiem i jednocześnie supervisor oraz jeden pedagog (wcześniej pracownik socjalny). Jeśli chodzi o staż pracy respondentów w obecnym miejscu pracy, to zawierał się on w następujących przedziałach czasowych: od 1 roku do 2,5 roku – 4 osoby, od 4 do 5 lat – 4 osoby, od 18 do 23 lat – 3 osoby, od 34 do 42 lat – 3 osoby. Najkrótszy staż wynosił 16 miesięcy (ale w tym okresie respondentka miała styczność aż z 4 kobietami uzależnionymi od alkoholu), zaś najdłuższy – 42 lata.

Pierwsze pytanie diagnozowało częstość konfrontowania się badanych osób w ich czynności zawodowych z kobietami uzależnionymi od alkoholu. Niektórzy podjęli wysiłek skrupulatnego policzenia takich klientek w ciągu swojej całej dotychczasowej praktyki zawodowej, niektórym się to nie udało. Jeśli chodzi o konkretne wskazania, to odpowiedzi były bardzo zróżnicowane: od 2 do 9 takich kobiet w ostatnim roku oraz od 3 do kilkunastu w całym doświadczeniu zawodowym. Jedna z respondentek zauważyła, że w jej dotychczasowej praktyce zawodowej obserwuje wzrost liczby kobiet z problemem alkoholowym, które na początku jej pracy zawodowej stanowiły tylko sporadyczne przypadki (a może po prostu były

<sup>17</sup> Tok myślenia L. M. Brammera, zebrany w: K. Wenta, *Pomoc społeczna we wzorze obywatela*, [w:] K. Marzec-Holka (red.), *Spółczesność, demokracja, edukacja. Nowe wyzwania w pracy socjalnej*, Wyd. Uczelniane Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2000, s. 138-139.

nieuchwytnie); podobna była inna opinia o nasileniu tego problemu, przynajmniej w rejonie pracy respondentki w ostatnim roku; pojawiło się także spostrzeżenie o generalnym wzroście liczby kobiet świadomych swojego problemu alkoholowego. Zdaniem innej respondentki w poprzednich latach była to raczej stała liczba kobiet. Słusznie zauważano, że wprawdzie można wskazać kilka ewidentnych przypadków kobiet uzależnionych od alkoholu, ale jednocześnie część przypadków jest utajona, ukryta pod maską niezaradności życiowej. Celna była także uwaga, że kobiety uzależnione od alkoholu pojawiają się w polu zainteresowania instytucji pomocy społecznej i jako klientki, i jako członkinie rodzin korzystających z pomocy społecznej. Jedna z respondentek oszacowała, że na przestrzeni ostatnich 5 lat jest to problem dosyć częsty – 1 kobieta na 4 rodziny (w tym niezdiagnozowane).

Na pytanie czy praca z kobietami uzależnionymi od alkoholu – w porównaniu do innych przypadków – jest łatwiejsza czy trudniejsza, jednoznacznie 11 osób odpowiedziało, że trudniejsza, 2 wstrzymały się od oceny; jedna osoba orzekła, że praca ta jest inna, bo problem uzależnienia kobiet jest mniej ewidentny, bardziej ukryty, a raczej częstszy jest problem współuzależnienia.

Badani w wyczerpujący sposób wskazywali co w ich opinii stanowi największą trudność w pracy z tymi kobietami. Wielokrotnie powtarzano, że wynikają one z samego uzależnienia (bez względu na płeć i typ uzależnienia), z cech wpisanych w jego istotę i związanych z istnieniem mechanizmów uzależnienia. Zaliczono do nich: brak identyfikacji z problemem, nie dostrzeganie go, nieuświadomienie jego wagi, zaprzeczanie jego istnieniu, nie konfrontowanie się z jego istnieniem, wypieranie (się) problemu, manipulowanie otoczeniem, kłamstwa, szukanie winy w czynnikach zewnętrznych, opór w podjęciu leczenia. Zdaniem respondentów wskazywane trudności wynikają także ze specyfiki problemu alkoholowego kobiet, a więc: ich picie w samotności, w ukryciu, kamuflowanie i ukrywanie problemu, potęgowane wstydem i funkcjonującym stereotypem społecznym, że kobiety nie powinny być uzależnione, ponieważ społeczne wyobrażenie kobiety przypisuje jej rolę matki, a nie „pijaczki”, co wiąże się z negatywnymi konotacjami ob-

razu kobiety pijącej i jej gorszym postrzeganiem niż pijącego mężczyzny. Oceniono, że jest większe społeczne przyzwolenie na pijących mężczyzn. Kobiety-alkoholiczki są rzadkością i spotykają się z większym potępieniem, dlatego rzadziej niż mężczyźni przyznają się do problemu i towarzyszy im silniejszy (niż u mężczyzn) opór przed przyjściem do poradni leczenia uzależnień.

Stwierdzono także, że w toku realizowania planu działania pomocowego z alkoholiczkami najtrudniejsze są: ich nieobowiązkowość, zapominanie, składanie pustych obietnic, usprawiedliwianie się, niesystematyczność, wypieranie własnego problemu alkoholowego i istniejących problemów rodzinnych, pomimo zawarcia kontraktu – niepodejmowanie terapii, nie radzenie sobie z prostymi sprawami (takimi jak np. utrzymanie porządku w mieszkaniu czy załatwianie spraw w urzędach), obojętność na życie rodzinne i codzienne funkcjonowanie, unikanie konfrontacji z problemami i brak zrozumienia problemów jakie zaistniały w rodzinie. Jako charakterystyczne uznano również: życie w swoim świecie z alkoholem, brak gotowości (do czegokolwiek) oraz niechęć do zmian. W sytuacji, gdy kobiety te starają się o świadczenia, są w stanie się zmobilizować, potem często kontakt się urywa. Zauważono także tendencje tych kobiet do manipulacji i wykorzystywania dzieci dla własnych interesów, zwłaszcza, że w zasadzie we wszystkich przypadkach zachodzi konieczność objęcia dzieci pomocą. Ogólnie oceniono, że jest to trudna współpraca, podejmowana i prowadzona w kontekście braku ewidentnych przesłanek do postawienia diagnozy, w poczuciu niepewności, że w każdej chwili może nastąpić nawrót choroby.

Kolejne pytanie dotyczyło tego czy praca z kobietami uzależnionymi od alkoholu wymaga od respondentów szczególnych kompetencji. W części wypowiedzi wskazano, że przydatne są uniwersalne umiejętności i kompetencje w pracy z ludźmi, jakimi powinien odznaczać się pracownik socjalny, szczególnie jednak podkreślano ważność kompetencji przydatnych w pracy motywującej i wspierającej. Za istotne uznano umiejętności prowadzenia rozmowy bez względu na problem, dostosowywanej indywidualnie do sytuacji danego klienta, umiejętności prowadzenia dialogu jak ze wszystkim (z zaznaczeniem jednak, że uzależnieni wzbraniają

się przed ustaleniami w kontrakcie, a jego przestrzeganie stanowi dla nich trudność), umiejętności wzbudzania świadomości problemu. Szczególne umiejętności komunikacyjne przydatne są i w sytuacji, gdy jest podejrzenie co do istnienia problemu alkoholowego, i w kontakcie z osobami, które do tego się już przyznały. Często podkreślano również ważność posiadania umiejętności z katalogu umiejętności motywowania klienta. Potrzebna jest także wiedza psychologiczna, podstawowa wiedza na temat problemu alkoholowego, wiedza specjalistyczna na temat mechanizmów uzależnienia, umiejętności rozpoznania objawów uzależnienia (fizycznych, behawioralnych), znajomość procesu leczenia, elementów prowadzenia terapii, a także znajomość lokalizacji placówek w Poznaniu. Zasygnalizowano również, że sprzyjającymi w pracy z takim osobami (nie tylko kobietami) są: doświadczenie zawodowe, dar słuchania, motywowania, przekonywania i budowania sieci wsparcia, a także oderwanie się od własnych uprzedzeń, negatywnych emocji związanych z odbiorem osób uzależnionych. Swoistą konkluzją może być wypowiedź jednego z respondentów – generalna zasada jest taka – należy pracować intencjonalnie, a nie intuicyjnie.

W związku z tym, że badani posiadali pewne doświadczenie zawodowe, w które wpisany był kontakt z kobietami uzależnionymi od alkoholu, zapytano czy w świetle ich wiedzy i dotychczasowych doświadczeń zawodowych, problemy kobiet uzależnionych od alkoholu są typowe, powtarzalne dla nich (biorąc pod uwagę to, że każda historia życia jest unikatowa). Jedna z badanych zauważyła, że potencjalne klientki trafiają do pracowników socjalnych zwykle w powtarzalnym splocie cech sytuacji życiowej: braku środków finansowych, powiązanego z ubóstwem, bezrobociem i niskim wykształceniem. W wielu przypadkach towarzyszą temu problemy rodzinne, samotne wychowywanie dzieci, problemy opiekuńczo-wychowawcze i zaniedbania dzieci, a nawet ich odbieranie przez sąd. Dodatkowo sytuację życiową komplikują problemy z mieszkaniem, nieplanowane ciążę, jakieś dramatyczne doświadczenia życiowe, brak wsparcia rodziny. Wiele z nich wywodzi się z rodzin, w których występował problem alkoholowy (stając się dzieckiem alkoholika/alkoholików oraz powielając schematy i wzorce z własnego domu ro-

dzinnego) i/lub pozostawały w związku z pijącym partnerem (będąc uzależnionymi i współuzależnionymi), wchodziły w związki z mężczyznami z „bogata historią życia”, w relacje przemocowe. W zasadzie regułą (przynajmniej na początku pracy z nimi) jest zaprzeczenie własnemu uzależnieniu, ukrywanie go, wypieranie ze świadomości, nie przyznawanie się do problemu, szukanie usprawiedliwień dla niepodjęcia leczenia. Większość z nich ma poczucie bycia zmuszoną do podjęcia leczenia (jako warunek uzyskania pomocy z MOPR). Wiele z nich cechuje roszczeniowość w stosunku do wszystkich i o wszystko, prymitywizm myślenia i zachowań oraz manipulowanie innymi. Za wspólny mianownik dla nich można uznać niepowodzenia życiowe, zawodowe, rodzinne.

Ponownie, odwołując się do doświadczeń zawodowych respondentów, zapytano czy w ich praktyce zawodowej zdarzyło się którejs z podopiecznych poradzić sobie z problemem alkoholowym. Jedna z badanych zauważyła, że podopiecznych traci się z pola widzenia, wymykają się spod kontroli, nie ma możliwości monitoringu, więc trudno to ocenić. Inna respondentka nadmieniła, że dokonanie jednoznacznej oceny utrudnia to, iż zdarzają się wzloty i upadki – podejmowanie terapii, ale potem nawrót choroby. Dwie osoby zdecydowanie odpowiedziały, że nie miały takich przypadków, natomiast 10 przypominało sobie taki sukces (ale były to najwyżej 1 lub 2 osoby w całej praktyce zawodowej).

W związku z tym, że elementem pracy pracownika socjalnego jest dyrektywa odkrywania i maksymalnej mobilizacji całego wewnętrznego potencjału biopsychicznego jednostki, kolejne pytanie dotyczyło tego w jaki sposób – zdaniem respondentów – można wyzwolić uruchomienie w kobietach uzależnionych od alkoholu ich woli do podjęcia leczenia i generalnie do zmiany swojego życia. Jako punkt przełomowy wskazano: przeżyty „wstrząs” życiowy, tragedię (np. chorobę bliskiej osoby) oraz utratę czegoś cennego w swoim życiu, ale tylko, gdy ma miejsce kumulacja strat (np. utrata mieszkania i jednocześnie ubóstwo). W udzielonych odpowiedziach często pojawiał się wątek dzieci. Odpowiedzi były tutaj dwojakiemu typu, co jest zrozumiałe, biorąc pod uwagę, że udzielano ich na podstawie własnych obserwacji i doświadczeń zawodowych. Część respondentów

była zdania, że posiadanie dzieci staje się pierwszym argumentem, że można żyć inaczej, a perspektywa ich odebrania lub zaistnienie faktu przekazania sprawy do sądu bądź faktyczne odebranie dzieci bywają motywującymi dla kobiet i zdarza się, że podejmują one terapię. Zdecydowana większość respondentów twierdziła natomiast, że wprawdzie rodzina, a zwłaszcza dzieci (uświadomienie krzywdzenia ich lub wyraźna zapowiedź możliwego odebrania ich matce decyzją sądu) może być elementem wyjściowym do rozmowy z nimi, ale przy zaawansowanym uzależnieniu ten argument już nie działa, ponieważ w przypadku kobiet głęboko uzależnionych od alkoholu dzieci nie stanowią dla nich wartości. Często bywa tak, że dzieci są gwarancją otrzymania zasiłku z ośrodka pomocy społecznej, więc troska o nie okazuje się manipulacją, a zagrożenie zabranieniem dzieci nie zawsze działa długotrwale, bo za pierwszymi chęciami zmiany siebie i swojego życia idzie „odpuszczenie sobie” (zwłaszcza, gdy uzależnienie jest już w zaawansowanej fazie). Zasygnalizowano przy tym nieskuteczność zapisów prawa dotyczących dobrowolności leczenia (tj. nawet nakaz sądu do leczenia oceniono jako nieskuteczny), a także pojawianie się dylematów jakich doświadczają pracownicy socjalni dostrzegający interesowne traktowanie dzieci jako karty przetargowej w ręku kobiet starających się o świadczenia pomocy społecznej. Jako kolejny „punkt zaczepienia” w rozmowie motywacyjnej z alkoholiczkami wskazano istnienie szerszej rozumianej rodziny, to znaczy poza dziećmi także wnuków bądź niepijącego męża/partnera, któremu zależy na kobiecie i który ją wspiera. Jedna z respondentek zauważyła, że kobiety te składają deklaracje, które potem okazują się pustymi, ponieważ choć na początku wierzą w zmianę swojego życia i chcą jej, potem wycofują się, właśnie dlatego, że nie mają wsparcia w najbliższych. Kolejne propozycje dotyczyły pozytywnych wzmocnień motywacji w postaci: wskazania przykładów innych alkoholików/alkoholiczek, którym udało się wyrwać z uzależnienia, utrwalenia poczucia, że nie są same z problemem i nie muszą być zamknięte w czterech ścianach, nawiązywania relacji z innymi, szukania wsparcia w otoczeniu, a także pokazania potencjalnych korzyści z trzeźwego życia. Na niektórych mobilizująco działa zgoła odmienny przykład – tych, którzy zapili się na śmierć.

Jedna z badanych stwierdziła, że jej zdaniem samo sygnalizowanie problemu osobie nie przynosi efektów. Inna natomiast podkreśliła, że istotna jest nie tyle siła argumentów, co długotrwałość oddziaływań na osobę. Respondenci byli natomiast jednomyślni w opinii, że finansowe argumenty nie są motywacją i że utrata świadczeń finansowych nie jest pomocna – kobiety wolą się wycofać, zerwać kontrakt i kontakt. Niestety często leczenie podejmowane jest pod specyficznym zewnętrznym przymusem po to, by zyskać zaświadczenie z poradni leczenia uzależnień, będące warunkiem uzyskania pomocy finansowej z MOPR. Dwie osoby nie potrafiły wskazać pola, na którym można poszukiwać argumentów skłaniających owe kobiety do podjęcia leczenia.

W toku realizacji wywiadów baczoną uwagę poświęcano spostrzeżeniom (wyrażanych niejako na uboczu odpowiedzi na zadawane pytania) badanych pracowników socjalnych, zbudowanych na ich wieloletnim doświadczeniu zawodowym. Część z nich można uznać za swoiste postulaty przydatne w toku weryfikacji i optymalizacji istniejącego systemu pomocowego w ogóle w Polsce, w tym zwłaszcza w problemie uzależnienia od alkoholu. Jest to cenna część materiału badawczemu, warta prezentacji.

Część uwag dotyczyła codzienności zawodowej pracowników socjalnych, związanej bezpośrednio i pośrednio z pracą z klientem uzależnionym od alkoholu. Dwukrotnie pojawiła się sugestia, aby wyspecjalizować grupy pracowników socjalnych według problemów klientów i utworzyć sekcje przeszkolone w jakimś węższym zakresie, np. problemu alkoholowego. Zgłaszano też potrzebę szkoleń uczących jak pracować, żeby nie szkodzić sobie i klientowi oraz specjalistycznych szkoleń dla pracowników socjalnych z elementów diagnozy i terapii uzależnień oraz umiejętności motywowania i kierowania na terapię (zauważono też, że takie szkolenia mogą być okazją do nawiązywania kontaktów). Jako bariery dla efektywnej pracy pracowników socjalnych wskazano ograniczenia czasowe w związku z pełnieniem obowiązków zawodowych i ograniczenia wynikające z ustawy o ochronie danych osobowych (potrzebna jest zgoda klienta, by terapeuta udzielił informacji o nim pracownikowi socjalnemu). Stwierdzono, że zbyt rzadki kontakt z klientami, brak cza-

su i przeciążenie obowiązkami utrudnia solidne wejście w dane środowisko, dogłębne zrozumienie sytuacji, przeprowadzenie rzetelnej diagnozy i skuteczne rozwiązanie problemu, zwłaszcza, że najefektywniejsze byłoby rozwiązywanie nie tyle problemu alkoholowego, ale jego przyczyn. Za dobre rozwiązanie uznano zatrudnienie w każdej filii MOPR specjalistów ds. uzależnień, pracujących stacjonarnie i z możliwością wyjścia razem z nim w teren, na wywiady. Stanowiliby oni źródło informacji i wsparcia (informacyjnego i emocjonalnego), a także odciążenie pracowników socjalnych w sprawach związanych z uzależnieniem alkoholowym klientów. Pojawiła się również podpowiedź, by intensywniej rozpowszechniać informacje o ofercie pomocowej – dla pracowników socjalnych i dla służby zdrowia. Zwrócono też uwagę na brak chęci współpracy ze strony terapeutów oraz brak odpowiedzi ze strony Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (warto, aby MKR-PA wysyłała w rejon decyzje o danym kliencie), a także obojętność lekarzy pierwszego kontaktu.

Część uwag odnosiła się do kwestii przymusowego leczenia. Zaznaczono, że nie ma przymusu leczenia, a czasami bez tego w ogóle nic nie można zrobić. Nadmieniono też, że terapia pod przymusem bywa „wyrzuceniem pieniędzy publicznych” i jest „sztuką dla sztuki”, ale autentycznie bywa też punktem wyjścia dla zmiany swojego życia.

Kolejna grupa uwag związana była ze współpracą pomiędzy służbami społecznymi, które na co dzień stykają się z osobami uzależnionymi od alkoholu. Wyrażono opinię, że w Polsce mamy do czynienia z powielaniem działań przez różne podmioty, brakiem kompetencji, przygotowania merytorycznego i chęci, a struktura organizacyjna instytucji odbiera kreatywność w podejmowaniu nowych działań. Formalne porozumienia nie są tak efektywne jak kontakty na niższych szczeblach – osób pracujących bezpośrednio z klientem. Ponadto narzucane działania zwykle nie są efektywne. Współpraca byłaby sukcesem, gdyby były jej widoczne efekty. Pojawiła się też interesująca sugestia, by stworzyć centra pomocy rodzinie, gdzie w jednym miejscu udzielana byłaby całościowa, komplementarna pomoc.

Podsumowując, trzeba tu zaznaczyć, że kobiecy alkoholizm ma nieco inną specyfikę niż alkoholizm mężczyzn, zarówno pod względem biologicznym, jak psychologicznym oraz społecznym. Ponadto kobiety uzależnione od alkoholu będące klientkami ośrodków pomocy społecznej stanowią specyficzną kategorię, odmienną pod pewnymi względami od kobiet z tym samym problemem, ale znajdujących się w diametralnie innej sytuacji życiowej. Także wielu praktyków jest zdania, że kobiety uzależnione od alkoholu stanowią odmienną niż męska – pod pewnymi względami – grupę adresatów kierowanej pomocy, udzielanej przez rozmaite służby społeczne. Zaprezentowany powyżej materiał badawczy potwierdza te opinie, a jego analiza może być zaczątkiem szerszej dyskusji o obecności kobiet uwikłanych w alkoholizm w polu zainteresowania i działania pracowników socjalnych.

## Summary

---

### **Women addicted to alcohol as a client social assistance centers – example of experience employees in Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie in Poznan (branch Wilda)**

Women with their own alcohol problem (undiagnosed or identified) revealed in the activities of different social services. Social workers (among others) contact with these women in their professional. The article is a presentation of selected results of expert interviews with social workers of Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie in Poznan (as part of a bigger research project on the social problem of alcohol women) that showed their opinions about the problem of alcoholic women, its manifestations and the presence of these women in their professional work.