

Od uwikłania w uzależnienie od alkoholu do ustawicznego zdrowienia

Abstract: The article discusses the issue of recovery from alcoholism perceived as a difficult situation. Overcoming addiction is a process carried out in stages and gradually. It isn't free of difficulties and challenges encountered by addicted to alcohol people who engage in therapy, and include authentic working on ourselves.

Key words: recovery, addiction therapy, difficulties

Człowiek i jego ponadczasowe pragnienie szczęścia a fasadowe szczęście zakłęte w alkoholu

Człowiek od zawsze poszukuje szczęścia, chce go doświadczać, dąży do jego osiągnięcia. W tych poszukiwaniach niekiedy dokonuje niewłaściwych wyborów. Niekiedy zadowala się substytutami. Niekiedy nabiera się na oszukańcze atrapy szczęścia. Niekiedy daje się uwieść jego namiastkom. Taką imitacją, skutecznie od wieków zwodzącą ludzkość jako środek do osiągnięcia szczęścia, jest alkohol. I nierzadko człowiek łatwo nabiera się na ten blichtr, ślepo wierzy obietnicom, nie dostrzegając, że z czasem staje się wiernym, fanatycznie posłusznym niewolnikiem alkoholu, który stopniowo, ale sukcesywnie zawłaszcza jego ciało i umysł. Za korzyści, jakie daje człowiekowi alkohol, ten płaci coraz wyższą cenę, często – dzięki silnemu mechanizmowi samoookłamywania się – nie dostrzegając strat, jakie ponosi, znacznie przewyższających ulotne korzyści. Alkohol najpierw wznosi człowieka na wyżyny (np. daje poczucie własnej atrakcyjności, wyjątkowości, siły, zrelaksowania), a potem bezpardonowo strąca go w przepaść. Człowiek uzależniony od alkoholu staje się jak marionetka sterowana w rękach animatora.

Powszechne jest, że człowiek dąży do uzyskania pozytywnego bilansu emocjonalnego, a pierwsze doświadczenia czy nawet kilka pierwszych doświadczeń z alkoholem (lub inną substancją psychoaktywną) powodują

właśnie zmianę emocji w kierunku pozytywnych i dają możliwość odwrócenia uwagi od problemów, nudy czy marazmu. Zazwyczaj też nie pociągają za sobą jeszcze znacznych kosztów¹. Inicjacja najczęściej bywa ciekawa i przyjemna², niestety jednak moment przejścia od okazjonalnego, jeszcze kontrolowanego spożywania alkoholu, do uzależnienia jest zawsze trudny do uchwycenia³. Niewinny początek może być pierwszym krokiem na równi pochyłej⁴. W miarę jak brnie się w uzależnienie, „uzależnionego wciąga powracająca fala, która wyrzuca go poza obszar bezpiecznego, kontrolowanego używania – pojawia się wewnętrzny przymus, presja”⁵.

W zasadzie to nie substancja uzależnia człowieka, ale efekty wywołane w samopoczuciu człowieka pod wpływem chemicznego działania tej substancji⁶. Uzależnienie dotyka często osób, które nie potrafią żyć w realnym świecie, zmagać się z codziennością i ze swoim losem oraz tych, które szukają bezpieczeństwa i stabilności w powtarzających się zrytualizowanych działaniach, nawet jeśli mają one charakter destrukcyjny; jest więc doświadczeniem, które wyrasta z nawykowej reakcji jednostki na coś, co uważa ona za gratyfikujące, doświadczeniem dającym możliwość szybkiego i efektywnego regulowania samopoczucia potęgującego wrażenie samowystarczalności, siły, kontroli, co jednak jest sztuczne i z czasem powoduje, że kurczą się inne możliwości radzenia sobie, aż całkowicie zanikają i zaczyna dominować uzależnienie jako jedyny sposób radzenia sobie ze światem i samym sobą⁷. To ograniczenie repertuaru możliwych strategii działania osób uzależnionych, ich sztywność i nieefektywność sprowadzają je do poziomu nawykowych, prymitywnych reakcji i doprowadzają do blokowania rozwoju jednostki, a ostatecznie do wyczerpania się zasobów (fizycznych, psychicznych, materialnych) osób uzależnionych⁸.

Ludzie – jak zauważa E. Woydyłło – piją z różnych przyczyn: „Piją, bo są nieszczęśliwi; są nieszczęśliwi, bo piją. Nie przyznają się do tego, bo im wstyd, że są słabi, udają więc, że są silni i mówią, że «sobie poradzą». Spirala choroby nakręca się tymczasem coraz bardziej, aż do momentu, gdy alkoholik nie umie już powiedzieć, co jest przyczyną, a co skutkiem”⁹. Człowiek nie

¹ Za: R. Pomianowski, *Uzależnienia – współczesną wersją „ucieczki od wolności”*, w: *Psychologia rozwiązywania problemów społecznych. Wybrane zagadnienia*, red. J. Miluska, Poznań 1998, s. 269.

² Ibidem, s. 269.

³ Ibidem, s. 263.

⁴ A. Dodziuk, *Trudna nadzieja*, Warszawa 1993, s. 15.

⁵ R. Pomianowski, op. cit., s. 270.

⁶ Ibidem, s. 262.

⁷ Za: ibidem, s. 262.

⁸ Ibidem 1998, s. 264.

⁹ E. Woydyłło, *Wybieram wolność, czyli rzecz o wyzwaniu się z uzależnień*, Warszawa 1991, s. 57.

chce świadomie i dobrowolnie własnego zniszczenia (poza skrajnymi przypadkami), dlaczego więc, mimo kosztów i szkód, używa alkoholu w sposób, który doprowadza do jego degradacji?

Psychobiospołeczny model uzależnienia

Aby zrozumieć proces wychodzenia z uzależnienia alkoholowego, warto najpierw naszkicować istotę uzależnienia i funkcjonowania osób uzależnionych, czemu może posłużyć omówienie sedna psychobiospołecznego modelu uzależnienia¹⁰. Wskazano w nim na istnienie trzech patologicznych mechanizmów tworzących uzależnienie wraz ze zbiorem zjawisk i czynników aktywizujących te mechanizmy, które powstają wskutek intensywnego psychofarmakologicznego działania alkoholu, potęgowanego intra- i interpersonalnymi doświadczeniami, specyficznymi okolicznościami zewnętrznymi – sytuacyjnymi (sytuacjami stresu i podwyższonego ryzyka, zaburzeniami ważnych relacji społecznych oraz negatywnymi konsekwencjami społecznymi szkodliwego picia w przeszłości) oraz wewnętrznymi źródłami (zaburzeniami zdrowia somatycznego i psychicznego, deficytem praktycznych umiejętności życiowych oraz destrukcyjną orientacją życiową). Intensywne i długotrwałe picie pozostawia trwałe ślady w trzech obszarach funkcjonowania psychologicznego: w sferze doświadczania stanów emocjonalnych, w sferze aktywności umysłowej, tworzącej system orientacji poznawczej oraz w centrum osobowości określającym tożsamość i poczucie wartości, i rodzącym decyzje sterujące postępowaniem. W tych trzech obszarach lokują się kluczowe mechanizmy uzależnienia.

Pierwszym z nich jest mechanizm nałogowego regulowania uczuć, wskazujący na specyficzny system regulacji psychicznej – nałogowe sterowanie uczuciami. Pozytywne dla regulacji uczuć i pewnej homeostazy oddziaływanie alkoholu (powodujące potrzebę panicznego poszukiwania ulgi i szybkiego uspokojenia, uśmierzenia lub złagodzenia przykrych stanów emocjonalnych) wywołuje dążenie do ponawiania odczuwania tego stanu, gdy samopoczucie się pogorszy, za pomocą alkoholu, który z czasem staje się stałym i jedynym narzędziem regulacji stanów psychicznych.

Na kolejnym poziomie – poznawczym – lokuje się mechanizm iluzji i zaprzeczania. Nieadekwatne postrzeganie siebie i otaczającej człowieka rze-

¹⁰ Istota tego modelu i jego opis poniżej, w oparciu o: J. K. Gierowski, Z. Lew-Starowicz, J. Mellibruda, *Psychopatologia zjawisk społecznych*, w: *Psychologia. Podręcznik akademicki*, red. J. Strelau, t. 3, Gdańsk 2007, s. 700–708; komentarz za: R. Pomianowski, *Uzależnienia – współczesną...*, op. cit., s. 270–272; I. Kaczmarczyk, *Wspólnota Anonimowych Alkoholików w Polsce, alkoholowe dni i co to znaczy trzeźwieć*, Warszawa 2008, s. 46–47.

czywistości, spowodowane ścieraniem się negatywnych informacji o szkodach powodowanych piciem z sygnałami wskazującymi na rosnące zapotrzebowanie na pozytywne emocjonalne efekty picia, a następnie uruchomieniem mechanizmu redukcji dysonansu poznawczego, powoduje zniekształcenie odbioru i interpretacji świata. A. Dodziuk nazywa ten mechanizm mechanizmem samozasłaniania oraz wbudowaną pewnego rodzaju zasłoną dymną¹¹. Równie trafnie komentuje to R. Pomianowski: „System orientacyjno-poznawczy osoby uzależnionej zostaje częściowo zablokowany oraz zdominowany przez myślenie magiczno-życzeniowe oparte na wierze, że operacje na słowach, myślach i wyobrażeniach tworzą zmiany w realnym świecie. Odbywa się to całkowicie poza świadomością. (...) Nawet na pozór naiwne usprawiedliwianie się przed samym sobą jest w istocie intelektualną obroną, początkiem uporczywego tłumienia uczuć przez intelekt. Uzależniony uczy się żyć, wsłuchując się w swój coraz bardziej «zakłamany umysł». Intelekt pracujący już obecnie wyłącznie na potrzeby uzależnienia – choroby, a nie swojego właściciela, będzie go ślepo bronić przed zdrowym rozsądkiem, przed przyjęciem pomocy, będzie też do samego końca ukrywał zubożenie życia i nieuchronną ruinę. W końcu uzależniony całkowicie straci kontakt z własnymi uczuciami oraz rzeczywistością. (...) W miarę postępu procesu ten mechanizm obronny będzie działał coraz skuteczniej, zdolność do nieświadomej racjonalizacji zostanie wyćwiczona do perfekcji”¹².

Ostatni to mechanizm rozdwojonego „ja”. W wyniku huśtawki emocjonalnej w uzależnionym człowieku następuje stopniowa dysocjacja osobowości i zaczynają w nim funkcjonować jakby dwie osoby. Doświadczenia alkoholowe doprowadzają do utworzenia się biegunowych wersji „ja”, z jednej strony reprezentujących „pijane” złudzenia o własnych zaletach, osiągnięciach i możliwościach („potężne ja”), z drugiej natomiast negatywne sądy o własnych kłeskach i stratach („upadłe ja”). Utracone zostaje poczucie wpływu na bieg własnego życia, jak i uszkodzona zostaje zdolność do podejmowania decyzji i kierowania swoim postępowaniem. Tworzą się fundamenty destrukcyjnej orientacji życiowej, na bazie doświadczanych negatywnych stanów uczuciowych związanych z poczuciem winy, wstydu, bezsilności, krzywdy, niższości i bezsensu życia.

Mechanizmy te współtworzą system kontrolujący funkcjonowanie osoby uzależnionej, związany z piciem alkoholu, uniemożliwiający sprawowanie skutecznej kontroli nad własnym postępowaniem¹³.

¹¹ A. Dodziuk, *Natógowy człowiek w natógowym społeczeństwie*, w: *Natógowy człowiek*, red. A. Dodziuk, L. Kapler, Warszawa 1999, s. 11.

¹² R. Pomianowski, *op. cit.*, s. 271.

¹³ J. K. Gierowski, Z. Lew-Starowicz, J. Mellibruda, *op. cit.*, s. 705.

Proces wychodzenia z uzależnienia

Pokonywanie uzależnienia ma charakter procesu, dokonuje się stopniowo, etapami. Zwykle inicjuje je jakieś wydarzenie, które sprawia, że osoba uzależniona zaczyna dostrzegać powagę i beznadziejność swojej sytuacji. Często takim impulsem jest utrata czegoś cennego lub kogoś znaczącego. Ów punkt zwrotny może być też rezultatem złożonego wpływu wielu różnych zewnętrznych i wewnętrznych zdarzeń – doświadczeń i przeżyć, z których żadne nie musi być decydujące¹⁴ (choć często po latach alkoholicy potrafią odtworzyć kolejność zdarzeń, które doprowadziły do osiągnięcia wewnętrznej „gotowości”¹⁵). To jednak, co dla tego impulsu wspólne i charakterystyczne, to cechujący go lęk i desperacja z powodu rozpadu starannie zbudowanej logiki¹⁶. Im szybciej alkoholikowi zaczął dokuczać konsekwencje jego picia, tym szybciej powstaną szczeliny w jego systemie zakłamania¹⁷.

Warunkiem rozpoczęcia procesu zdrowienia jest podjęcie abstynencji. Niekiedy początkowo bywa ona wymuszona (przez okoliczności czy skutki nadużywania alkoholu), ale wraz z upływem czasu, dzięki uzyskiwanej pomocy, stopniowo może stawać się stabilniejsza. „Dopóki jednak nie nastąpi zmiana przekonań dotyczących siebie jako osoby uzależnionej i chorej, a w ślad za tym zmiana zachowania, to korzystanie z zewnętrznego źródła oparcia w utrzymywaniu abstynencji powoduje jedynie, że wczesny jej etap znacznie się wydłuża. Zmiana zachowania, a tym samym proces zdrowienia, są pozorne”¹⁸.

Zatem warunkiem o większej wadze jest to, czy zaszła „istotna zmiana w sposobie postrzegania własnego życia przez uzależnionego, by stał się on gotowy do konfrontacji z własnym nałogiem. Są to często momenty dramatycznego doświadczenia totalnej porażki, zagubienia, poczucia fiaska dotychczasowych prób poradzenia sobie z własnym życiem, przerażającego uczucia bezradności, lęku przed tym, co nastąpi – przed unicestwieniem, ale i eksplozji złości. Reakcją na takie doświadczenie bywa albo paniczna ucieczka w zachowania nałogowe (...), albo kapitulacja. Poddanie się uzależnionego czyni go chwilowo podatnym na przyjęcie pomocy. (...) Nie jest to stan trwały, by został pozytywnie wykorzystany, musi w jego trakcie pojawić się oferta – program odwrócenia dotychczasowego kierunku aktywności – w stronę zdrowienia”¹⁹.

¹⁴ S. Brown, *Leczenie alkoholików. Rozwojowy model powrotu do zdrowia*, przekł. E. Woydyłło, Warszawa 1992, s. 126.

¹⁵ Ibidem, s. 144.

¹⁶ Ibidem, s. 143.

¹⁷ E. Woydyłło, *Wybieram wolność...*, op. cit., s. 19.

¹⁸ I. Kaczmarczyk, op. cit., s. 194.

¹⁹ R. Pomianowski, op. cit., s. 281–282.

Fundamentalne dla zyskania efektywności wychodzenia z uzależnienia jest pragnienie zmiany, wzbudzone w samej osobie uzależnionej. Zewnętrzny przymus bywa często bezskuteczny (choć zdarza się, że w późniejszym okresie terapii zostaje zastępowany motywacją wewnętrzną), ponieważ w tym długim i skomplikowanym procesie konieczny jest świadomy i zaangażowany współudział samego alkoholika. To alkoholik musi przede wszystkim chcieć coś zmienić w swoim życiu, to on powinien mieć wolę zmiany.

Wielu terapeutów uzależnień oraz zwolenników trzeźwienia w grupach Anonimowych Alkoholików stoi na stanowisku, że pierwszym krokiem w kierunku zdrowienia jest swoisty akt kapitulacji, uznanie swojego uzależnienia od alkoholu oraz przyznanie się (niekiedy tylko przed samym sobą, a czasem także przed innymi) do własnej bezsilności wobec alkoholizmu, który okazał się silniejszy niżli sam człowiek i jego wola. Do alkoholika musi trafić prawda, że nie potrafi zatrzymać raz rozpoczętego picia²⁰. Musi „skapitulować, aby zwyciężyć”²¹, paradoksalnie musi w którymś momencie przestać walczyć, by dzięki temu wygrać ze swoją chorobą. Początkiem wyzdrowienia jest więc złamanie struktury zaprzeczeń, rozbicie szczelnego pancerza zakłamania (które fałszowało postrzeganie rzeczywistości i odgradzało od siebie samego i innych), uznanie siebie za alkoholika²². Akceptacja bezsilności wobec alkoholu i uznanie się za alkoholika to, zdaniem S. Brown, fundament trzeźwości²³.

Zaprzestanie picia i zdemaskowanie zakłamania to jednak zaledwie początek drogi²⁴, gdyż jak dodaje W. Osiatyński²⁵ – problemem alkoholika nie jest to, by przestać pić, lecz to jak utrzymać trzeźwość. Abstynencja to więc nie to samo co trzeźwość, ponieważ ta pierwsza to po prostu powstrzymanie się od picia, podczas gdy trzeźwienie jest określonym sposobem życia, uwolnieniem się od nałogowych schematów myślenia, odczuwania i działania, odzyskiwaniem niezafałszowanego kontaktu z rzeczywistością, samym sobą i innymi ludźmi oraz szansą wartościowego, pełnego życia²⁶. Zaprzestanie picia alkoholu, poprzedzone świadomą i dobrowolną decyzją, musi być ciągle

²⁰ W. Osiatyński, *Alkoholizm: grzech czy choroba?*, Warszawa 2005, s. 113.

²¹ Dosłownie taki tytuł podrozdziału odnaleźć można w książce E. Woydyłło, *Wyzdrowieć z uzależnienia*, Warszawa 2004. Znakomicie oddaje on istotę rzeczy.

²² W. Osiatyński, op. cit., s. 21, 108.

²³ Zob. ibidem, s. 113. Jak dalej zauważa S. Brown, jest to tym bardziej trudne, że żyjemy w cywilizacji, w której każdy chce mieć jak najwięcej kontroli, a ludzie bronią się przed uznaniem swojej bezsilności.

²⁴ W. Osiatyński, op. cit., s. 109.

²⁵ Ibidem, s. 91.

²⁶ A. Dodziuk, *Trudna nadzieja...*, op. cit., s.38.

ponawiane i podtrzymywane systematyczną, permanentną pracą nad sobą²⁷. Nie jest bowiem trzeźwieniem, jak podkreśla A. Dodziuk, zaprzestanie picia (odstawienie alkoholu) ani nawet świadoma, intencjonalna abstynencja, jeżeli nie idą z tym w parze zmiany w życiu uczuciowym, sposobie myślenia, sposobie życia, systemie wartości i celach życiowych²⁸.

Podjęcie decyzji o zaprzestaniu lub ograniczeniu picia to skomplikowany proces, który nie jest racjonalną kalkulacją plusów i minusów tej decyzji, ponieważ argumenty mają różny emocjonalny „ciężar” i waznienie ich nie jest proste²⁹. To, czy ludzie w ogóle chcą się zmieniać, zależy od szeregu czynników. E. Wilczak-Rużyczka i K. Czabanowska³⁰ podpowiadają, aby wcześniej zdiagnozować wiedzę osoby (na temat jej problemu, zachowań, ryzyka), siłę jej cierpienia i jego nacisk, poczucie własnej wartości osoby, poczucie kompetencji (zdolności do podjęcia działań w kierunku zmiany), poczucie własnej wydajności oraz poczucie wolności wyboru osoby rozumianej jako wolność decydowania za samego siebie. To, ich zdaniem, pomaga w przypisaniu zachowaniu właściwej ważności oraz zwiększeniu szansy na odniesienie sukcesu, poprzez przekonanie o byciu zdolnym do zmiany samego siebie, a te czynniki współdeterminują gotowość do zmian.

Za jeden z najistotniejszych elementów podjęcia terapii, a następnie jej kontynuowania, uważana jest motywacja do leczenia, odpowiedzialna za uruchomienie, ukierunkowanie, podtrzymanie i zakończenie zachowań³¹, która może być zewnętrzna (gdy działanie wykonywane jest z konieczności, pod wpływem zewnętrznych czynników) lub wewnętrzna (gdy działanie wykonywane jest z własnego wyboru)³². Praca nad motywacją pacjenta, który ma problem ze środkami uzależniającymi, może dotyczyć trzech elementów (co ukazuje podkreśloną wcześniej wielowymiarowość motywacji): 1) motywacji do zmiany jakiegoś problematycznego obszaru życia (choć pacjent niekoniecznie dostrzeże związek swoich problemów ze swoim picciem alkoholu); 2) motywacji do leczenia (która nie zawsze jest motywacją do wzięcia udziału w terapii, a niekiedy tylko do skorzystania z porady lekarza w związku z problemami zdrowotnymi lub psychicznymi mającymi

²⁷ R. Marek OFM, *Motywacje Anonimowych Alkoholików do abstynencji i życia w trzeźwości. Studium socjologiczne na podstawie województwa podkarpackiego*, Rzeszów 2007, s. 13.

²⁸ A. Dodziuk, *Trzeźwienie jako droga życiowa*, Warszawa 2006, s. 7–8.

²⁹ J. I. Klingemann, *Horyzonty zmiany zachowania nałogowego w Polsce*, „Prace Katedry Socjologii Norm, Dewiacji i Kontroli Społecznej”, t. XI, Warszawa 2010, s. 134–135.

³⁰ *Jak motywować do zmiany zachowania? Trening motywacyjny dla studentów i profesjonalistów*, red. E. Wilczak-Rużyczka, K. Czabanowska, Kraków 2010, s. 224.

³¹ W. Łukaszewski, D. Doliński, *Mechanizmy leżące u podstaw motywacji*, w: *Psychologia – podręcznik akademicki*, red. J. Strelau, t. II, Gdańsk 2004, s. 450.

³² *Ibidem*, s. 457.

swe źródło w uzależnieniu bądź nadużywaniu substancji uzależniających); 3) motywacji do abstynencji (określającej gotowość, tymczasową lub trwałą, do funkcjonowania bez alkoholu lub innej substancji uzależniającej)³³. Ten klucz do zmiany, jakim jest motywacja, winien być wielowymiarowy, dynamiczny (a nie statyczny jak predyspozycja osoby), podlegający fluktuacjom, możliwy do modyfikacji (zarówno pod wpływem czynników wewnętrznych, jak i czynników środowiskowych, związanych zwłaszcza z interakcjami społecznymi) oraz kształtujący się jako efekt współdziałania osoby i klinicysty³⁴.

Rozwojowy model powrotu do zdrowia według Stephanie Brown

W literaturze przedmiotu (obcojęzycznej i polskiej) odnaleźć można propozycje modeli rozwoju uzależnienia i powrotu do zdrowia. Interesującą jest propozycja S. Brown, która na początku lat 90. XX wieku, na podstawie przeprowadzonych badań³⁵, opracowała rozwojowy model powrotu do zdrowia. Według niej zdrowienie składa się z nakładających się na siebie ciągłych doświadczeń, które wynikają jedne z drugich i wzajemnie się wzmacniają³⁶. Brown odrzuciła przyjmowaną przez niektórych koncepcję zdrowienia jako odwrotności procesu uzależniania się, twierdząc, że wpisane w nie doświadczenia mają inny charakter, przez co zdrowienie staje się czymś więcej niż tylko lustrzanym odbiciem procesu choroby i stanowi zupełnie nową jakość opartą na zmianie tożsamości i wynikającym z niej odmiennym sposobie myślenia³⁷.

Zdaniem S. Brown, w procesie zdrowienia występują równocześnie co najmniej trzy zasadnicze elementy składowe: alkohol wraz z osią koncentracji na nim (behawioralnej i poznawczej, odzwierciedlającej stopień, w jakim alkohol zdominował życie osoby uzależnionej oraz sposób, w jaki interpretuje ona tę dominację)³⁸, stosunki z otoczeniem³⁹ oraz postrzeganie siebie i innych⁴⁰. Przesuwanie się wzdłuż kontinuum charakteryzuje się ciągłą interakcją między osią alkoholu i dwoma pozostałymi komponentami.

³³ W. R. Miller, *Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapii nadużywania substancji, zalecenia do optymalizacji terapii*, przekł. K. Mazurek, Warszawa 2009, s. 7–8.

³⁴ *Ibidem*, s. 29–31.

³⁵ Próba badawcza liczyła 40 kobiet i 40 mężczyzn – niepijących alkoholików, a badano ich za pomocą kwestionariusza ułatwiającego określenie najważniejszych postaw i poglądów tych osób w okresie ich zdrowienia; na podstawie wypowiedzi respondentów dokonano określenia zadań właściwych dla poszczególnych faz zdrowienia. Więcej zob. S. Brown, op. cit.

³⁶ *Ibidem*, s. 43.

³⁷ *Ibidem*, s. 43, 232.

³⁸ *Ibidem*, s. 53–60, 101–102.

³⁹ *Ibidem*, s. 61–65, 99–101.

⁴⁰ *Ibidem*, s. 65–67, 102–103.

Opracowany przez S. Brown model powrotu do zdrowia, oparty na założeniu, że powrót do zdrowia jest wielowymiarowym, złożonym i długofalowym procesem, osadzonym w teorii rozwoju człowieka, obejmuje następujące fazy⁴¹, którym przypisane są określone zadania rozwojowe⁴²:

1. Faza picia

Alkohol jest tu głównym motywatorem działania, zajmuje naczelne miejsce w dążeniach osoby, tak silnie koncentruje uwagę człowieka, że wszystkie inne sprawy i obowiązki schodzą na dalszy plan, pod jego wpływem silnie ubożeje potencjał uczuciowy, poznawczy i społeczny, i spada poziom tych zdolności. Silnie podtrzymywane są zaprzeczenia bycia alkoholikiem i zdolności kontrolowania picia.

Punktem przełomowym jest jakiś punkt zwrotny w życiu osoby, jakieś znaczące wydarzenie. Sięgnięcie dna, kapitulacja w postaci akceptacji utraty kontroli nad piciem alkoholu wyznaczają punkt, od którego zaczyna się przemiana.

2. Faza przejściowa

Wejście w fazę przejściową związane jest z pojawieniem się pierwszych rys w dotychczas niezłomnym systemie pijackiej logiki, racjonalizacji i alkoholicznych zachowań. Od przełamania zaprzeczeń oraz zakwestionowania poglądów i przekonań utrzymywanych w fazie picia zależy zmiana dwóch zasadniczych opinii, czyli zrewidowania systemu przekonań, który dotąd był głównym filarem fazy picia: zamiast „nie jestem alkoholikiem” – „jestem alkoholikiem” oraz zamiast „potrafię kontrolować swoje picie” – „nie potrafię kontrolować swojego picia”. Osoba, zaakceptowawszy fakt utraty kontroli nad swoim piciem i fakt bycia alkoholikiem, zaczyna przełamywać izolację społeczną i poszukiwać pomocy, z czasem doświadczać w kontaktach z innymi alkoholikami poczucia bezpieczeństwa i przynależności oraz ucząc się stopniowo zastępowania picia alkoholu innymi nawykami. W tej fazie (oraz następnej) ciągle skupienie uwagi na alkoholu stanowi swoisty filtr, przez który człowiek odbiera i stare, i nowe informacje, a następnie wprowadza je na stałe do swojej nowej tożsamości osobistej. Od pamięci o alkoholu zależy nabycie oraz utrwalenie behawioralnych i poznawczych elementów zmiany.

⁴¹ Ibidem, s. 48–53, 95–257.

⁴² Ibidem, s. 82–92.

3. Wczesna faza powrotu do zdrowia

Okres ten jest bardziej stabilną formą kontynuacji fazy przejściowej, w której istotne jest umocnienie (pod względem behawioralnym i poznawczym) nowej tożsamości jako alkoholika wraz z odpowiadającym jej przekonaniem o utracie kontroli. Alkoholik zaczyna stopniowo wracać do układów rodzinnych, towarzyskich i zawodowych, zmienia światopogląd, rozszerza dotychczasowe horyzonty i swoją świadomość, zaczynając inaczej postrzegać siebie i świat zewnętrzny oraz doświadczając wsparcia ze strony innych. Istotne znaczenie ma tu nowa interpretacja siebie i innych – nowe postawy i wartości dyktują nowe kierunki i odmienny sposób oceny siebie i swoich doświadczeń, choć okres ten cechuje bardziej niż intensywny wgląd w siebie, raczej maksymalne zaangażowanie w konkretne działania, za pomocą których można wypełnić pustkę i wygrodzić stratę.

4. Faza ustawicznego trzeźwienia

Faza ta cechuje się trwałością tożsamości alkoholika lub alkoholiczki i zachowań abstynenckich oraz bardziej wyważoną równowagą psychiczną, a także nasileniem procesu poznawania siebie, zwiększonym zainteresowaniem aspektem duchowym i jego większą rolą w przeżyciach alkoholika. Wiąże się to z przekonaniem alkoholików, znajdujących się w tej fazie zdrowienia, że muszą zmienić znacznie więcej niż tylko same zachowania i te głębsze zmiany stanowią właśnie cel zasadniczej pracy nad sobą podczas ustawicznego powrotu do zdrowia. Niezbędne do utrzymania abstynencji poznawcze i behawioralne środki samokontroli mają teraz źródło wewnętrzne – stanowią część nowej tożsamości osobistej wynikającej z identyfikacji z innymi trzeźwiejącymi alkoholikami oraz reinterpretacji zdarzeń i faktów z własnego życia. Alkoholik nabywa i umacnia swoje umiejętności przebywania wśród ludzi i z ludźmi, odzyskuje zaufanie innych i zaufanie do samego siebie.

Tak nakreślone fazy zdrowienia, jak i złożona dynamika elementów składowych tego procesu, ujmują trzeźwienie jako „trwającą w czasie ciągłość ruchu i zmian”⁴³.

Wyzwania i trudności wpisane w proces zdrowienia z uzależnienia alkoholowego

Ponieważ uzależnienie od alkoholu systematycznie podporządkowywało sobie różne sfery życia człowieka, dlatego powrót do zdrowia również wymaga rozłożonego w czasie uporządkowania ich wszystkich. Przed alkoholi-kiem wchodzącym na drogę trzeźwości stoi szereg zadań:

⁴³ Ibidem, s. 71.

- uwierzyć w możliwość powrotu do zdrowia, odzyskać nadzieję;
- uznać się za alkoholika, przyznać się przed sobą do choroby, do kontroli utraty nad piciem i do konieczności leczenia się (takie uznanie swojej bezsilności jest zasadniczym wyłomem w charakterystycznym dla alkoholizmu systemie iluzji i zaprzeczania);
- poznać naturę nałogu, zdobyć wiedzę o chorobie alkoholowej (edukacja, uzupełnienie ubogiej wiedzy i demaskowanie mitów o alkoholizmie);
- rozliczyć się z okresem picia (na dwóch płaszczyznach: ze sobą, aby uporać się ze wstydem i poczuciem winy oraz z innymi, aby przeprosić i zadośćuczynić skrzywdzonym osobom);
- odzyskać kontakt z własnymi uczuciami (nauczyć się rozpoznawać i nazywać swoje pozytywne i negatywne uczucia, dotąd „pijane”, a później uczyć się okazywać emocje), poznać siebie i zaakceptować takim, jakim się jest (spotkania z innymi alkoholikami i wysłuchanie ich przeżyć daje możliwość przejrzenia się jakby w lustrze; ponadto dzięki akceptowaniu innych niezależnie od ich wad i słabości oraz doświadczaniu akceptacji z ich strony łatwiej przychodzi pogodzenie się z rozmaitymi własnymi cechami i uczuciami);
- skutecznie bronić się przed nawrotami picia (unikając sytuacji, w których obrazy, dźwięki, smaki, zapachy czy stany emocjonalne z okresu picia mogą uruchomić tak silne skojarzenia, że nie uda się utrzymać abstynencji, trenując odmawianie picia, analizując poprzednie wpadki, tworząc listę sygnałów ostrzegawczych i skutecznych sposobów reagowania na nie);
- nauczyć się nowych sposobów postępowania w sytuacjach, które dawniej były rozwiązywane za pomocą alkoholu (szukając ciągle nowych wzorców, pomysłów, sposobów na różne okoliczności życiowe, których alkoholik poprzednio unikał lub przeżywał pod wpływem alkoholu);
- nauczyć się korzystać z systemu wsparcia na co dzień i w sytuacjach kryzysowych (z sieci wzajemnej pomocy stworzonej przez osoby z AA, klubu abstynenta czy poradni, gotowych wspomóc alkoholika w codziennych rozterkach lub gdy zagraża mu zapicie, w jego trakcie i po nim);
- nauczyć się żyć wśród ludzi (w przeciwieństwie do okresu czynnego picia, kiedy relacje alkoholika były nietrwałe, chore lub zniszczone);
- wypracować nowy styl życia (koncentracja przenosi się tu z zadań związanych głównie z utrzymaniem abstynencji na poprawę generalnej jakości życia, czyli m.in. starania o lepsze stosunki z innymi, zmiana pracy, czas na własne pasje i zainteresowania, zmiana sposobu spędzania wolnego czasu);
- odbudować życie duchowe (wiąże się to z potrzebą poczucia sensu życia i celu własnej egzystencji, potrzebą posiadania systemu drogowiskazów

życiowych, które pokazałyby człowiekowi jego miejsce w świecie, zarysowałyby dążenia i punkty odniesienia);

- rozwiązywać wewnętrzne trudności, które doprowadziły do uzależnienia (zwykle podczas psychoterapii, której celem jest świadome i planowe zmienianie traumatycznych zapisów z przeszłości, uwalnianie jej od niszczącego wpływu, aby można było wykorzystywać twórczo własne możliwości dla układania sobie życia bez protezy, jaką wcześniej stanowił alkohol)⁴⁴.

Podążanie każdemu z tych zadań może stanowić komponent sytuacji noszącej znamiona sytuacji trudnej, a więc takiej, która zawiera czynniki zakłócające normalny tok aktywności człowieka, niesie ze sobą zagrożenia dla potrzeb, dążeń i wartości cenionych przez jednostkę, jak i wywołuje u niej stany silnego napięcia psychicznego i przykre przeżycia emocjonalne⁴⁵.

W procesie zdrowienia wyróżnić można wielorakie jego aspekty: somatyczny, psychiczny, społeczny i noetyczny⁴⁶. Do pełnego, faktycznego zdrowienia potrzeba uwzględnienia ich wszystkich, a zatem winno ono obejmować: 1) przezwyciężenie somatycznych skutków choroby, czyli regenerację organizmu (początkowo dotyczy to ustępowania objawów abstynencyjnych i skutków długotrwałego nadużywania alkoholu, a z czasem także funkcji poszczególnych układów i narządów); 2) nabywanie umiejętności życia wolnego od mechanizmów typowych dla choroby alkoholowej: nałogowego regulowania uczuć, fałszowania obrazu rzeczywistości, stosowania mechanizmów obronnych, kreowania nieprawdziwego obrazu samego siebie; 3) poprawę funkcjonowania trzeźwiejącego alkoholika w pełnionych przez niego rolach społecznych, poprawę jakości relacji i więzi społecznych; 4) przezwyciężanie frustracji egzystencjalnej, dostrzeganie sensu w swoich poczynaniach, sensu samego istnienia, większą samoświadomość w hierarchii własnych wartości, zdolność bezinteresownego działania dla innych. Powyższe wyróżnienie poszczególnych aspektów procesu zdrowienia ma jedynie charakter poznawczy, w człowieku bowiem te poszczególne sfery przenikają się, są nierozdzielalną całością i nie się ich oddzielić bez naruszenia integralności osoby ludzkiej (choć badanie wskaźników jednego aspektu zdrowienia dostarcza informacji o jakości procesu zdrowienia jako całości i choć nie zawsze efektywna praca w każdym z tych obszarów dokonuje się z porównywalnymi postęпами w tych dziedzinach).

⁴⁴ A. Dodziuk, *Trudna nadzieja...*, op. cit., s.28–38.

⁴⁵ Za: P. Tyrała (oprac.), *Sytuacja kryzysowa*, w: *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*, red. D. Lalak, T. Pilch, Warszawa 1999, s. 292.

⁴⁶ Opis za: P. Szczukiewicz, *Poczucie sensu życia u osób zaangażowanych w procesie zdrowienia z choroby alkoholowej*, w: *Drogi rozwoju. Od uzależnienia do wolności*, red. M. Tatala, J. Karczewski OFMCap, Zakroczym 2007, s. 121–122.

Osoba uzależniona nie jest świadoma rozmiarów swojego problemu ani rozmiarów pracy, jaką ją czeka w związku z leczeniem. Znakomitego porównania użył B. T. Woronowicz⁴⁷: tak jak żeglarz płynący w stronę Antarktydy dostrzega jedynie wystający ponad powierzchnię niewielki fragment ogromnej bryły lodu, tak podobnie osoba uzależniona dostrzega jedynie niewielką część swojego problemu alkoholowego, nie przeczuwając, co jeszcze kryje się pod wodą czy we mgle. Ten brak świadomości może stać się sojusznikiem w procesie borykania się z własnym problemem alkoholowym, konfrontacja na początku drogi zdrowienia z ogromem wyzwań i wysiłkiem koniecznym do sprostania im mogłaby bowiem okazać się silnie demotywuującą.

Jak zauważa W. R. Miller⁴⁸, niepewność towarzyszy wszystkim ważnym życiowym decyzjom i obecna jest także w sytuacji podejmowania i kontynuowania terapii. Ambiwalentne nastawienia zdają się być tu wręcz centralnym zjawiskiem. Ujawniające się oporu nie należy rozumieć wyłącznie jako zupełnego braku motywacji, lecz jako trwanie w ambiwalencji, niepewności oraz rozdarciu pomiędzy przyjemnymi i nieprzyjemnymi skutkami uzależnienia, które wynikają również z wymogu rezygnacji ze środka uzależniającego i związanego z tym alternatywnego stylu życia. W czym ten opór ma swoje źródła? Powody mogą być różne⁴⁹. Wiele osób boi się stygmatyzacji społecznej. Wiele uważa, że ich problem nie jest wystarczająco duży lub dokuczliwy. Część jest przekonana, że sama sobie poradzi z uzależnieniem i nie potrzebuje wsparcia innych. Wiele odczuwa lęk przed mówieniem o sobie i swoich problemach na forum grupy terapeutycznej. Niektórzy od początku mają negatywny stosunek do leczenia, wynikający z braku wiedzy o tym, czym ono jest i jak przebiega. Niektórym dotarcie do specjalistów utrudniają inne przyczyny, jak np. odległość od miejsca zamieszkania lub pracy.

Jedną z trudności, jakie pojawiają się na początku etapu zdrowienia, wydaje się przebicie przez wyjątkowo mocny, z pozoru spójny i logiczny dla alkoholika (ale i też nieraz dla osób bliskich alkoholikowi), mur mechanizmów obronnych. Silnie wpisanymi w uzależnienia są kłamstwa, które na początku są świadomą obroną przed wyrzutami sumienia i radzeniem sobie, gdy zanika szacunek dla samego siebie, zaś z czasem stają się maską, którą alkohol nakłada temu, kogo uwięził, przy czym ten, kto ją (z)nosi, bardziej udaje wbrew sobie, niż świadomie oszukuje⁵⁰. Ten specyficzny typ myślenia i logiki nazywany jest „myśleniem alkoholowym”⁵¹, który z biegiem czasu

⁴⁷ B. T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Warszawa 2008, s. 158.

⁴⁸ W. R. Miller, *op. cit.*, s. 7.

⁴⁹ Wskazuje na nie np. B. T. Woronowicz w: *op. cit.*, s. 160.

⁵⁰ F. Besançon, *Więzienie, które można otworzyć. Porozumienie z osobą uzależnioną od alkoholu*, przekł. M. Stark, A. Mateusiak, Poznań 1999, s. 28.

⁵¹ Za: S. Brown, *op. cit.*, s. 117-118.

funkcjonuje w odniesieniu do wszystkich poczynań alkoholika. Uwolnienie się od jego dominującego wpływu stanowi spore wyzwanie dla osób trzeźwiejących (oraz dla ich terapeutów).

Po tzw. miesiącu miodowym, za który uważa się pierwszy okres po zaprzestaniu picia, początkowo euforyczny, bo buduje się wówczas nadzieja, że można żyć inaczej niż dotychczas i odkrywają się inne niż dotąd wartości⁵², mogą przyjść frustracje i rozczarowanie. Zaprzestanie picia nie zmienia automatycznie schematów działania, okoliczności, zależności i kontaktów interpersonalnych, które ukształtowało picie we wcześniejszym okresie życia; nierzadko więc część osób dotyka załamanie motywacji do abstynencji i zdrowienia, szybko tracą zapał do zmiany i nie radząc sobie z głodem alkoholowym i pokusą powrotu do picia, tęskniąc za nim, wracają do starego, łatwego życia⁵³.

W większości osoby na tym etapie zdrowienia nie potrafią poradzić sobie z żalem po stracie alkoholu, który był dotąd nieodłącznym ich towarzyszem, zajmującym centralne miejsce w myślach i uczuciach, rozwiązującym problemy bez wysiłku i od razu (nieważne, że pozornie)⁵⁴. Trudności z odkrywaniem i odczytywaniem tych i innych własnych emocji⁵⁵ dotyczą w zasadzie każdego alkoholika, który podjął trud zdrowienia.

Dawnej alkohol stwarzał pewne ramy postępowania, był w pewnym sensie sposobem życia; w sytuacji jego braku trzeba ten sposób życia skonstruować od nowa, co jest tym trudniejsze, że trzeźwiejącemu alkoholikowi brakuje wielu umiejętności, strategii i nawyków potrzebnych do życia na trzeźwo⁵⁶.

Zdrowiejący alkoholicy często na początku wpadają w pułapkę stawiania sobie nierealistycznych celów, chcąc jednocześnie wkładać maksymalny wysiłek w terapię, zmaganie się ze zdrowieniem i rozwiązywanie problemów, które są skutkiem picia, jak też nierzadko borykają się z niecierpliwością w oczekiwaniu postępów w zdrowieniu i chęcią zdynamizowania, przyspieszenia tego procesu, co okazuje się być działaniami często ponad ich siły⁵⁷. Tymczasem rezygnacja z mechanizmu iluzji i zaprzeczania oznacza konieczność znoszenia rzeczywistości taką, jaka ona jest, bez upiększeń i zatuszowań, co pociąga za sobą – w konsekwencji zdania sobie sprawy z ogromu wyrządzonych zniszczeń i krzywd – konieczność zaakceptowania tego, jak

⁵² A. Dodziuk, *Trzeźwienie jako...*, op. cit., s. 9-11.

⁵³ I. Kaczmarczyk, op. cit., s. 196; L. Kapler, *Poradnik lidera działań trzeźwościowych*, Warszawa 2008, s. 35.

⁵⁴ A. Dodziuk, *Trzeźwienie jako...*, op. cit., s. 12.

⁵⁵ Ibidem, s. 13.

⁵⁶ Ibidem, s. 12-13.

⁵⁷ Za: L. Kapler, op. cit., s. 35.

stopniowy i powolny jest proces odbudowy, zadośćuczynienia, uzyskiwania przebaczenia i zdobywania na nowo zaufania⁵⁸.

Zdrowiejący alkoholik wcześniej czy później musi stawić czoła poczuciu wstydu i winy. Rozpoznanie tych stanów, rozróżnienie ich, osobna konfrontacja z każdym z nich i terapia są nieodzowne w procesie trzeźwienia alkoholika, ponieważ nieprzepracowanie tego utrudnia lub wręcz uniemożliwia autentyczną dalszą pracę nad sobą i swoim uzależnieniem.

Przed osobą trzeźwiejącą, będącą częścią jakiegoś systemu rodzinnego, staje szereg wyzwań i konieczność dokonania zmian w sferze rodzinnej (zadośćuczynienie i inne sposoby odbudowywania więzi, ponowne wchodzenie w rolę małżeńską i rodzicielską, odpowiedzialność finansowa za rodzinę)⁵⁹. Tymczasem dodatkowo w relacjach z bliskimi kumulują się negatywne emocje, poczucie winy, złości, zagrożenia, bezradności, które wpisują się w codzienność rodzinną trzeźwiejącego alkoholika, wywołując napięcia i konflikty⁶⁰.

Newralgicznym okresem jest czas, gdy ustaje pierwszy entuzjazm. Osoba niby żyje normalnie, zmieniła tryb życia, powróciła do obowiązków zawodowych, więcej czasu poświęca rodzinie itp., ale z czasem mogą znowu doskwierać małe niepowodzenia i frustracje codziennego życia; wtedy staje „w obliczu najważniejszego wyboru, bez porównania ważniejszego niż decyzja o zaprzestaniu picia. Teraz będzie wybierać między powrotem do picia a rozpoczęciem pracy nad zmianą siebie samego”⁶¹.

Z procesem zdrowienia wiążą się „martwe punkty”, czyli przejścia pomiędzy poszczególnymi etapami⁶², w których alkoholicy są szczególnie zagrożeni „wpadkami” (czyli pojedynczymi złamaniami abstynencji przez osobę) i nawrotami (czyli powrotem do wcześniejszego sposobu picia)⁶³, a podatność ta wzrasta zwłaszcza wtedy, gdy nie została rozpoznana sytuacja wysokiego ryzyka oraz pacjent ma osłabione poczucie własnej skuteczności i wewnętrznej atrybucji⁶⁴.

Obraz trudności i wyzwań wpisanych w proces zdrowienia z uzależnienia alkoholowego dopełniają wyniki badań własnych⁶⁵. Jakie obawy towa-

⁵⁸ A. Dodziuk, *Trzeźwienie jako...*, op. cit., s. 17-18.

⁵⁹ Ibidem, s. 13.

⁶⁰ Ibidem, s. 12.

⁶¹ W. Osiatyński, op. cit., s. 15.

⁶² A. Dodziuk, *Trzeźwienie jako...*, op. cit., s. 28-29.

⁶³ Więcej zob. np. E. Woydyłło, *Wyzdrowieć z...*, op. cit., s. 42-53; J. Chodkiewicz, *Odbić się od dna? Rola jakości życia w przebiegu i efektach terapii osób uzależnionych od alkoholu*, Łódź 2012, s. 52-57.

⁶⁴ J. Chodkiewicz, op. cit., s. 55.

⁶⁵ Mowa tu o badaniu, w którym próbę badawczą stanowiły kobiety uzależnione od alkoholu, będące w procesie wychodzenia z uzależnienia. Poniżej przytoczone cytaty ich wypowiedzi stanowią zaledwie fragment uzyskanych wyników.

rzyszyły respondentkom na początku ich drogi zdrowienia, sprawiając, że podjęcie i kontynuowanie terapii było dla nich sytuacją trudną? Najczęściej wskazywały na obawy dotyczące leczenia i tego, że okaże się ono ponad ich siły i nie podolają mu: „że nie dam rady” (Lidia 1, Marzena 1, Dorota 2, Marta 2, Tatiana i Ewa 2); „że nie dam rady, że okażę się zbyt słaba i ulegnę pokusie, że pojawi się jakiś problem, z którym nie będę mogła sobie poradzić, który mnie przerośnie i wtedy sięgnę po alkohol” (Alex); „że nie wytrzymam w trzeźwości i sięgnę po alkohol” (Magdalena); „samej terapii” (Dorota 3); „skomplikowanych pytań” (Kinia); „spotkań z ludźmi na terapii grupowej” (Elżbieta), jak również, że okaże się ono mało skuteczne: „tego, że nikt nie jest w stanie mnie przekonać, żebym przestała pić, bo nie czułam się ani chora, ani uzależniona” (Maria 1); „że mogę sięgnąć po alkohol” (ZZZ) i że powrócą do picia: „że będę miała nawrót choroby” (Elwira); „nawrotu, tego, że wróci do mnie chęć picia” (Dorota 2); „że sięgnę po kieliszek” (Gaga); „powrotu do picia” (Kinga, Owca i Katarzyna); „że po powrocie z oddziału zamkniętego sięgnę po alkohol” (Maria 5); „że nie wytrzymam bez alkoholu” (AAA); „że gdy w końcu uda mi się choć trochę zwalczyć nałóg, to stracę silną wolę i wrócę do alkoholu; nie miałam wiary w siebie” (Angelika); „żeby nikt mnie nie zdenerwował, bo wtedy mogłyby mi przyjść [do głowy] myśli, żeby wypić” (Inga). Ale obawy budziła też u niektórych kobiet konfrontacja z własnym uzależnieniem: „prawdy, że jednak jest ze mną źle” (Dorota 2); „samej choroby alkoholowej” (XXX); „stwierdzenia, że jestem alkoholiczką” (Joanna/Pędzel); „bałam się rozmów o piciu” (Lidka). Inne obawy wiązały się z własną osobą: „bałam się samotności” (Maria 3); „bałam się wstydu” (Marzena 2); „nie wiedziałam, jak to będzie” (Beata), jak również z reakcjami innych osób (członków rodziny, znajomych, obcych): „otoczenia, zwłaszcza osób pijących; opinii innych, że będą na mnie patrzeć jak na trędowatą” (Ewa 1); „wstydziałam się swojej sytuacji i że ktoś będzie mnie oceniał” (YYY); „opinii innych znajomych, ludzi, żeby się wyśmiewali, że byłam na detoksie” (Marta 1); „otoczenia” (Anna 1); „ludzi” (VVV); „że ludzie będą mnie źle postrzegać” (Dora); „że spotkam znajomą osobę” (Mariola); „utrąty rodziny” (Lidia 2); „że mąż odejdzie” (Agnieszka); „męża i jego zaczepki” (Hanna 2). Niektóre z respondentek wspominały obawy związane z codziennością: „bałam się objawów abstynencyjnych” (Asia); „bałam się otaczających ludzi pijących” (Ewa 1); „świadomość, że moje życie uległo radykalnym zmianom; cały mój rytm dnia został zaburzony (piłam wieczorami); bałam się wszystkich doznań, które były dla mnie nowe, zwyczajnej codzienności, bezsenności” (Paulina); „że bez alkoholu nie poradzę sobie” (Owca); „bałam się najpierw o zdrowie, a potem, czy poradzę sobie z nałogiem” (Hanna 1). Lęki innych respondentek wiązały się z przyszłością: „tego, że się nie odnajdę w trzeźwym życiu” (Ewa 1); „czy poradzę sobie z otaczającym światem

i czy potrafię żyć w abstynencji” (Krystyna); „że nie będę mogła do końca życia wypić lampki wina” (Anna 3); „rozwiązywać problemy, pozałatwiać kilkuletnie zaniedbania” (Dorota 1); „tego, że umrę jak mój brat (z powodu alkoholu)” (Hanna 1); „że nie dostanę pomocy z MOPR-u” (Sandra). Zdarzyły się też odpowiedzi skrajne: „bałam się wszystkiego” (Maria 4) i „nie bałam się niczego” (Małgorzata, Monika i Justyna).

Ogrom pracy, jaki wiąże się z procesem trzeźwienia, W. Osiatyński przyrównał do rozplątywania węzła, „na który składają się różnorodne problemy: skutki pijaństwa i związane z tym poczucie winy, zakłamanie i fałszywy obraz świata, niedojrzałość i nieumiejętność radzenia sobie z życiem, a niekiedy także dramatyczne przeżycia z dzieciństwa i młodości, które spowodowały niezwykłą wrażliwość, lęk czy poczucie odrzucenia u późniejszego alkoholika. Po rozplątaniu węzła trzeba jeszcze uczyć się tych wszystkich umiejętności życiowych, których alkoholik nie nabył w młodości lub które utracił w latach aktywnego alkoholizmu”⁶⁶. Niezwykle to trudne, czasochłonne i wyczerpujące, lecz z drugiej strony potencjalnie niebywale cenne i satysfakcjonujące.

Bibliografia

- Besançon F., *Więzienie, które można otworzyć. Porozumienie z osobą uzależnioną od alkoholu*, przekł. M. Stark, A. Mateusiak, Poznań 1999.
- Brown S., *Leczenie alkoholików. Rozwojowy model powrotu do zdrowia*, przekł. E. Woydyłło, Warszawa 1992.
- Chodkiewicz J., *Odbić się od dna? Rola jakości życia w przebiegu i efektach terapii osób uzależnionych od alkoholu*, Łódź 2012.
- Dodziuk A., *Nałogowy człowiek w nałogowym społeczeństwie*, w: *Nałogowy człowiek*, A. Dodziuk, L. Kapler, Warszawa 1999.
- Dodziuk A., *Trudna nadzieja*, Warszawa 1993.
- Dodziuk A., *Trzeźwienie jako droga życiowa*, Warszawa 2006.
- Gierowski J. K., Lew-Starowicz Ż., Mellibruda J., *Psychopatologia zjawisk społecznych*, w: *Psychologia. Podręcznik akademicki*, red. J. Strelau, t. 3, Gdańsk 2007.
- Jak motywować do zmiany zachowania? Trening motywacyjny dla studentów i profesjonalistów*, red. Wilczak-Rużyczka E., Czabanowska K., Kraków 2010.
- Kaczmarczyk I., *Wspólnota Anonimowych Alkoholików w Polsce, alkoholowe dni i co to znaczy trzeźwieć*, Warszawa 2008.
- Kapler L., *Poradnik lidera działań trzeźwościowych*, Warszawa 2008.
- Klingemann J. I., *Horyzonty zmiany zachowania nałogowego w Polsce*, „Prace Katedry Socjologii Norm, Dewiacji i Kontroli Społecznej”, t. XI, Warszawa 2010.
- Łukaszewski W., Doliński D., *Mechanizmy leżące u podstaw motywacji*, w: *Psychologia. Podręcznik akademicki*, red. J. Strelau, t. II, Gdańsk 2004.
- Marek R. OFM, *Motywacje Anonimowych Alkoholików do abstynencji i życia w trzeźwości. Studium socjologiczne na podstawie województwa podkarpackiego*, Rzeszów 2007.

⁶⁶ W. Osiatyński, *Alkoholizm: i grzech...*, op. cit., s. 18–19.

- Miller W. R., *Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapii nadużywania substancji, zalecenia do optymalizacji terapii*, przekł. K. Mazurek, Warszawa 2009.
- Osiatyński W., *Alkoholizm: grzech czy choroba?*, Warszawa 2005.
- Pomianowski R., *Uzależnienia – współczesną wersją „ucieczki od wolności”*, w: *Psychologia rozwiązywania problemów społecznych. Wybrane zagadnienia*, red. J. Miluska, Poznań 1998.
- Szczukiewicz P., *Poczucie sensu życia u osób zaawansowanych w procesie zdrowienia z choroby alkoholowej*, w: *Drogi rozwoju. Od uzależnienia do wolności*, red. M. Tatala, J. Karczewski OFMCap, Zakroczym 2007.
- Tyrała P. (oprac.), *Sytuacja kryzysowa*, w: *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*, red. D. Lalak, T. Pilch, Warszawa 1999.
- Woronowicz B. T., *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Warszawa 2008.
- Woydyło E., *Rak duszy. O alkoholizmie*, Kraków 2009.
- Woydyło E., *Wybieram wolność, czyli rzecz o wyzwaniu się z uzależnień*, Warszawa 1991.
- Woydyło E., *Wyzdrowieć z uzależnienia*, Warszawa 2004.