

Ewa Włodarczyk

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Proces zdrowienia Perspektywa kobiet uzależnionych od alkoholu

The process of healing The female alcohol addict's perspective

ABSTRACT: Person addicted to alcohol is experiencing many destructive consequences of his addiction, on his body and mind. They are associated with its multidimensional enslavement in different forms. The gradual process of liberation from dictatorship of alcohol, full of hard addicted person's work, may result in the construction of its framework for the life of the new form, value and quality. On the basis of own research results, which were studied women dependent on alcohol during therapy or after, it's possible to show their hard way of enslavements and losses generated by dependence on alcohol to seek and create by them a new-sober themselves and their new sober world.

KEYWORDS: Alcohol addiction, women, enslavement, recovery process.

STRESZCZENIE: Człowiek uzależniony od alkoholu doświadcza całego wachlarza destruktywnych konsekwencji tego uzależnienia, dotyczących jego ciała i umysłu. Wiążą się one z jego wielowymiarowym zniewoleniem, przybierającym różnorakie postacie. Stopniowy proces wyzwania się spod dyktatury alkoholu, pełen mozolnej pracy osoby uzależnionej, może zaowocować skonstruowaniem przez nią ram dla życia o nowym kształcie, wartości i jakości. Wspierając się na wynikach badań własnych, w których próbę badawczą stanowiły kobiety uzależnione od alkoholu, uchwycone bądź w trakcie udziału w terapii bądź po jej zakończeniu, odtworzyć można ich niełatwą drogę od zniewoleń i strat generowanych przez uzależnienie od alkoholu do poszukiwania i samookreślenia nowej – trzeźwej siebie i budowania swojego nowego, przeżywanego na trzeźwo świata i życia.

SŁOWA KLUCZOWE: Uzależnienie od alkoholu, kobiety, zniewolenie, proces zdrowienia.

W alkoholowej matni

Pewne wschodnie powiedzenie głosi, że najpierw człowiek sięga po kieliszek, potem kieliszek sięga po butelkę, a potem butelka sięga po człowieka. Istotnie, alkohol potrafi zniewolić, uwięzić, spętać człowieka. W efekcie osoba uzależniona od alkoholu doświadcza wielu destruktywnych konsekwencji tego stanu, dotykających jej ciało i umysł. W dużej mierze wiążą się one ze zniewoleniem, w różnych jego wymiarach i nasileniu. Jakie są jego typowe postaci?

Pierwszą z nich jest zniewolenie ciała. Uzależnienie fizyczne (zwane też fizjologicznym; ang. *physiological dependence*) od środka uzależniającego jest „skutkiem wbudowania substancji chemicznej do fizjologicznych przemian organizmu. Wprowadzany do organizmu systematycznie związek chemiczny (alkohol, nikotyna, tetrahydrokanabidol, opium) obala naturalną, biologiczną barierę odporności na brany środek, pojawia się wzrost tolerancji na brany środek z silną potrzebą zwiększania dawki i częstotliwość jej przyjmowania” (Cekiera 2007, s. 39). Analiza przemian metabolicznych po zażyciu alkoholu (ale także i nikotyny, opioidów, psychostymulantów i środków nasennych) pokazuje, że dochodzi tu do zmian na poziomie komórkowym, tkankowym i narządowym (Madeja 2008, s. 522). Silnym uszkodzeniom ulega mózg: dochodzi zwłaszcza do zmian w korze przedczołowej, odpowiedzialnej za planowanie, myślenie abstrakcyjne, panowanie nad impulsami i popędami oraz zachowania kompulsywne, a także w płacie limbicznym odpowiadającym za najsilniejsze, elementarne popędy (głód, pragnienie, potrzeba więzi i kontaktu seksualnego) (Urschel 2011, s. 29–30). Konsekwencje te oznaczają więc stopniową utratę kontroli nad własnym ciałem i jego reakcjami.

Równoległe z uzależnieniem fizjologicznym rozwija się uzależnienie psychiczne (ang. *psychological dependence*), związane z przymusem przyjmowania alkoholu (czy szerzej: środków psychoaktywnych) dla uzyskania gratyfikacji emocjonalnej. Bywa ono tak mocne, że z czasem przeradza się w silną, natrętną potrzebę spożywania alkoholu (stan charakteryzujący się wzmożoną i trudną do odparcia chęcią wypicia alkoholu czy upicia się, któremu towarzyszy narastające napięcie, niepokój, rozdrażnienie), doprowadza do upośledzenia zdolności kontrolowania picia alkoholu (trudności w unikaniu rozpoczęcia picia, trudności w zakończeniu picia albo problemy z kontrolowaniem jego spożycia do wcześniej założonego poziomu), do postępującego zaniedbywania alternatywnych do picia przyjemności, zachowań i zainteresowań (al-

kohol staje się jedynym celem w życiu) oraz do picia alkoholu pomimo wiedzy pijącego o jego szkodliwości dla jego zdrowia¹.

Wiele następstw nadużywania środków psychoaktywnych może dotyczyć zniewolenia i zubożenia w sferze psychiki (Madeja 2008, s. 798; Osiatyński 2005, s. 19; Portnow, Piatnickaja 1977, s. 63 i n.). Owe skutki mogą się przejawiać w niestabilnym progu reaktywności na bodźce w otoczeniu, w kumulacji wewnętrznych napięć wywoływanych deprivacją i frustracją potrzeb, w podwyższonej agresywności motorycznej, w słabej umiejętności samouspokajania. Kolejne cechy to: nietrwałość reakcji, zwłaszcza w dziedzinie motywów i pobudek do działania, a także zmienność reakcji oraz awolacja (znaczne ograniczenie lub brak zdolności do inicjowania i utrzymywania działań celowych, brak zainteresowania czymkolwiek, deficyt aktywności innej niż związanej ze środkiem uzależniającym). Ponadto zaburzona zostaje sfera uczuć i emocji; charakterystyczne są: ubożenie emocjonalności, spłytenie uczuciowości, duża labilność uczuć oraz obniżona umiejętność ich różnicowania i regulowania, łatwość powstawania afektów, częste zmiany nastroju. Zaobserwować można także inne objawy: upośledzenie zdolności oceny i sądów, słabą umiejętność syntetyzowania oraz osłabioną zdolność (lub jej brak) stawiania sobie celów i planowania, niską tolerancję na lęk i obecność wielorakich lęków, zaburzoną samoocenę, brak poczucia własnej wartości. Do tego nierzadko dochodzą: poczucie samotności, izolacji i odrzucenia przez innych, złość, agresja, skłonność do litowania się nad sobą. Nie mogąc sobie poradzić z tym ciężarem, nie znajdując innego sposobu na poradzenie sobie z tym balastem, osoba nadal pije – i koło się zamyka. To kolejna postać zniewolenia człowieka uzależnionego od alkoholu.

Alkoholicy należą do kategorii osób cierpiących na osłabienie zdolności dojrzałego „zdroworozsądkowego” myślenia, uporczywie powtarzających szkodzące im zachowania (Woydyłło 2009, s. 60). Wiąże się to z obniżeniem funkcji poznawczych, z zachwianiem realistycznej oceny sytuacji, z obniżeniem lub utratą zdolności logicznego rozumowania, z deficytami w procesach rozumowania i procesach decyzyjnych, z upośledzeniem zdolności do przewidywania skutków własnego postępowania i adekwatnej oceny faktycznych konsekwencji-spustoszeń, jakie niesie ze sobą alkoholizm; można więc powiedzieć, że chorobą dotknięty jest tu rozsądek (Woydyłło 2004, s. 30–31). Uzależniony człowiek nie jest zdolny wziąć odpowiedzialności za swoje działanie; jego wolność jest częściowo zdeterminowana chorobą alkoholową (Balák 2007, s. 159).

¹ Objawy te to niektóre kryteria diagnostyczne uzależnienia od alkoholu ujęte w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób Psychiczych i Zaburzeń Zachowania ICD-10.

Nadużywanie alkoholu powoduje także wiele zaburzeń poznawczych, w tym obniżenie zdolności w zakresie myślenia abstrakcyjnego, przewidywania i koncentracji uwagi. Ponadto orientacja temporalna osób uzależnionych od alkoholu jest zawężona głównie do przeżywania czasu teraźniejszego; osoba uzależniona żyje głównie teraźniejszością, „tu i teraz”, niechętnie myśli o przeszłości, nie zastanawia się nad przyszłością (Gliedman 1958, za: Cibor 1994, s. 21).

W miarę rozwoju uzależnienia alkoholikowi jest coraz trudniej godzić się z realiami, dlatego coraz szczerzej odgradza się od alarmujących, przykrych sygnałów i coraz solidniejszy, bardziej rozbudowany i kunsztowny mur informacyjny buduje między rzeczywistością a sobą (Dodziuk 1993, s. 15). Ten mur, tworzony przez alkoholika po to, by nie dopuścić do konfrontacji z realiami, zwie się systemem iluzji i zaprzeczeń. Alkoholizm bywa bowiem nazywany „chorobą zaprzeczeń” (ang. *disease of denials*) – jego integralną częścią jest mechanizm, który nieustannie przekonuje chorego o tym, że nie jest on alkoholikiem, mimo istnienia łatwo rozpoznawalnych objawów (Osiatyński 2005, s. 18). „Racjonalizacje, cykliczne przerwy w picciu, nadgorliwość w pracy i potulność w domu w okresach niepicia, manipulowanie ludźmi i faktami, selektywna pamięć i wiele innych mechanizmów samooszukiwania się – wszystko to tworzy niezwykle silną strukturę zaprzeczeń, dzięki którym alkoholik broni się przed myślą, że jest alkoholikiem” (Osiatyński 2005, s. 19).

Silnie wpisany w uzależnienia są kłamstwa. Na początku są świadomą obroną przed wyrzutami sumienia i radzeniem sobie, gdy zanika szacunek dla samego siebie; z czasem stają się maską, która alkohol nakłada temu, kogo uwięził, przy czym ten, kto ją (z)nosi, bardziej udaje wbrew sobie niż że świadomie oszukuje (Besançon 1999, s. 28). Ten specyficzny typ myślenia i logiki nazywa się „myśleniem alkoholowym” (Brown 1992, s. 117–118), które z biegiem czasu funkcjonuje w odniesieniu do wszystkiego, co alkoholik robi.

W uzależnienie od alkoholu (i innych substancji) trwale wpisane są mechanizmy obronne, rozbudowane do imponujących rozmiarów i zaskakujące siłą trwania (Woydyłło, 2004, s. 31; Osiatyński 2005, s. 107). Są to między innymi: zaprzeczanie, pomniejszanie, racjonalizacja, obwinianie innych, przeniesienie i projekcja (opis poniżej za: James i Gilliland 2004, s. 435–436).

Zaprzeczanie to normalny proces adaptacyjny, służący samoobronie, który jednak u alkoholików przybiera postać szeptową i nieadaptacyjną; jest swobodną emocjonalną odmową przyjęcia do wiadomości informacji o sytuacjach, warunkach lub zdarzeniach takich, jakimi są w rzeczywistości; stanowi „jedną z form odruchu obronnego polegającego na rozumowaniu i działaniu nieświadomym i automatycznym, zmierzającym do rozwiązania konfliktu bez dokonania potrzebnych zmian” (Woydyłło 2004, s. 31), oznacza więc negowanie

problemu, przeczenie jego istnieniu poprzez niedostrzeganie jego nawet najbardziej rażących symptomów.

Pomniejszanie wiąże się z minimalizowaniem ilości i mocy wypijanego alkoholu, konsekwencji swojego picia, powagi sytuacji (np. poprzez przekonywania typu „piję mniej niż inni”). Racjonalizacja dotyczy poszukiwania uzasadnień powodów swojego picia i trwania w nim, które według alkoholika są jego przyczynami i usprawiedliwieniem, a nie dostrzegania tego, że w rzeczywistości są jego skutkiem (np. „alkohol mnie uspokaja, odpręża”).

Obwinianie innych oparte jest na przekonywaniu siebie i innych, że los, świat i ludzie sprzysięgli się przeciwko alkoholikowi i będąc ich ofiarą po prostu musi pić, bo nie może tego znieść (np. „upiłam się, bo tak mnie ta sytuacja zdenerwowała”).

Przeniesienie cechuje się dawaniem upustu swoim negatywnym emocjom i przenoszeniem ich na osoby lub obiekty.

Projekcja związana jest z przypisywaniem własnych motywów innym osobom.

Wskazane tu mechanizmy obronne, skumulowane w swej mocy, powodują, że alkoholik, mimo ewidentnych objawów „idzie w zaparte”, że nie ma problemu z kontrolowaniem swojego picia, tworzy uzasadnienia, które mają przekonać jego samego i otoczenie, że pije przeciętnie. Jeśli przyzna, że faktycznie „trochę” pije, to wynajduje dziesiątki usprawiedliwień dla swojego zachowania, poszukując ich w innych osobach i zewnętrznych okolicznościach, tworząc przekonujące argumenty po wypiciu alkoholu, a i nawet jeszcze przed jego spożyciem. Ten mechanizm zakłamania podtrzymującego złudzenia, że jeszcze się nie utraciło kontroli nad używką i picie nie jest problemem, ma zdumiewającą siłę i trwałość.

Uzależnienie od alkoholu nazywane bywa również chorobą utraty kontroli i woli. Alkoholik nie może bowiem po prostu odzyskać pełnej kontroli nad swoim picciem. Łudzi siebie i innych, że w każdej chwili może przestać, udowadniając to okresowymi przerwami w picciu. Są one jednak tylko rozpaczliwymi próbami kontrolowania nałogu i życia; bez pomocy z zewnątrz, bez świadomej decyzji o podjęciu leczenia, nie skutkują one jednak zmianą jakościową, a co najwyżej odroczeniem w czasie kolejnego zapicia (Kaczmarczyk 2008, s. 193). Te okresy abstynencji są jednak w mniemaniu osoby uzależnionej dowodem panowania nad alkoholem. W rzeczywistości jednak przerwa w jego spożywaniu niczego nie dowodzi; istotą alkoholizmu jest bowiem utrata kontroli. Potwierdzają to sami uzależnieni –sygnalizowali to np. respondenci badani przez I. Kaczmarczyka (2008, s. 187), którzy sygnalizowali, że na różnych etapach swojego życia mieli poczucie zniewolenia, opisując

ten stan jako przymus picia, głód alkoholowy, pragnienie picia za wszelką ceną, bez względu na okoliczności czy obowiązki. W pewnym stadium rozwoju choroby alkoholowej staje się tak, że człowiek nie pije po to, aby czuć się dobrze, ale po to, aby czuć się mniej źle, nie potrafi przy tym już funkcjonować bez alkoholu, więc pije po prostu po to, by w ogóle funkcjonować (Besançon 1999, s. 30, 43).

Efekty zmian psychiki osób uzależnionych od alkoholu można najogólniej nazwać zespołem psychicznego zubożenia, które dotyczy sfery intelektu, emocji, woli, aktywności życiowej i treści osobowości (Portnow, Piatnickaja 1977, s. 94–98). Alkohol, którego rozmiary spożywania wymknęły się spod kontroli pijącego, stopniowo go wyjaławia i degradowuje.

Wydostając się z alkoholowej matni

Im szybciej alkoholikowi złączą dokuczają konsekwencje jego picia, tym szybciej powstaną szczeliny w jego systemie zakłamania, podtrzymującym przekonanie, że „wszystko jest w porządku” (Woydyłło 1991, s. 19). „Jedynie przełamanie zaprzeczenia i przedostanie się przez bastion zakłamania do rozumnego myślenia i realistycznej, a nie nałogowej oceny faktów, może zapoczątkować wyzdrowienie z uzależnienia. Zaledwie zapoczątkować, bo droga do uzyskania zdrowia psychicznego, fizycznego, duchowego i emocjonalnego i społecznego jest długa i najeżona trudnościami” (Woydyłło 2009, s. 21). Jak przekonuje Roman Pomianowski: „wszyscy autorzy są zgodni, że musi zajść 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” (Pomianowski 1998, s. 281–282).

Wyzwalanie się z „alkoholowego labiryntu” musi mieć charakter procesu o swoistej dynamice, cyklu następujących po sobie faz, cechujących się odmiennymi wymaganiami wobec osoby uzależnionej (stawianymi tak sobie samej, jak i przez terapeutów uzależnień), trudnościami i „sukcesami” osoby, która stawia czoła swojemu uzależnieniu. „W początkowym okresie alkoholik

koncentruje się przede wszystkim na utrzymywaniu abstynencji, zdobywaniu wiedzy o sobie i o chorobie oraz na nauce zachowań umożliwiających mu życie jako osoby niepijącej. Później zaczyna odkrywać swoje prawdziwe potrzeby i uczucia, weryfikuje dotychczas uznawane normy i wartości oraz utrwała nowy styl życia bez alkoholu. Następnie zaczyna się stabilizacja potrzeb, norm, wartości i zachowań, której towarzyszy pewne uspokojenie emocjonalne, przeplatane jednak tendencjami do nawrotu choroby, co wcale nie musi wiązać się z przerwaniem abstynencji. Wreszcie przychodzi czas na utrwalenie dotychczasowych osiągnięć i na dalszy duchowy rozwój. W tym okresie alkoholik akceptuje już swoje ograniczenie, w jego postępowaniu dominuje prawda, uczciwość, przyjaźń i co za tym idzie, jego relacje z innymi ludźmi stają się dojrzałe² (Marek 2007, s. 51–52)².

„Dla wielu uzależnionych alkohol pełni(ł) rolę »szklanego boga«, nie tylko dlatego, że dawał im złudzenie mocy oraz wypełnienia pustki duchowej. Także dlatego, że podporządkowywał sobie świadomość, wolę, myślenie, działanie oraz relacje międzyludzkie. Pod wieloma względami dla czynnego alkoholika alkohol jest swego rodzaju »siłą wyższą«. Siła ta ma jednak destrukcyjny charakter, najsilniej właśnie niszczy wymiar duchowy ludzkiego życia” (Osiałyński 2007, s. 78). Sfera duchowa, która w procesie uzależniania się uleg(a)ła znacznym zaniedbaniom i destrukcji, odbudowuje się jednak dopiero po przywróceniu fizycznej sprawności i zmianie sposobu myślenia (Osiałyński 2007, s. 86).

Często uzależnieni, po zainicjowaniu procesu zdrowienia, zaczynają odczuwać potrzebę odmiennego niż dotąd, bardziej wartościowego życia. Znajduje to wyraz w różnych sferach oraz demonstruje się ich następującymi staraniami i efektami tych wysiłków:

- w sferze poznawczej (np. przywrócenie zdolności prawidłowego zauważania, rozumienia, interpretowania, podejmowania decyzji i planowania, dostrzeganie wartości, własnych przekonań, więcej refleksji w miejsce mechanizmów samooszukiwania się, docenianie tego, co się ma);
- w sferze emocjonalnej (np. pogłębianie świadomości własnych emocji, odczuć i przeżyć, zdolności odczuwania i rozpoznawania ich pełnego wachlarza, próby nazywania swoich emocji, kontrolowania i wyciszenia emocji negatywnych, pielęgnowania emocji pozytywnych);
- w sferze zachowań (w tym przywracanie zdrowych nawyków i zdolności do ich kształtowania);

² To tylko jedna z propozycji wyznaczania i charakteryzowania kolejnych faz zdrowienia. Inne patrz. np. Brown 1992 lub Kapler 1999.

- w sferze społecznej (np. odbudowywanie relacji z innymi, pragnienie nawiązywania głębszych relacji interpersonalnych, większa otwartość i wrażliwość na ludzi, większa dbałość o związki małżeńskie, rodzinne, przyjacielskie) (Tatala 2007, s. 114; Kapler 2008, s. 26).

Trzeźwiejący alkoholicy po pewnym czasie odczuwają także potrzebę posiadania „dojrzałej osobowości” i podejmują wysiłek, by do niej dążyć. Jej komponenty to:

- rozszerzenie własnego „ja”, wychodzenie „poza siebie”, poza granice własnej wąsko zakreślonej aktywności skoncentrowanej na własnych pragnieniach i dążeniach;
- pozytywne nastawienie do innych ludzi (w dwóch aspektach: współczucia – zdolności tolerowania różnic oraz intymności – zdolności okazywania czułości);
- emocjonalne bezpieczeństwo, polegające na tym, że osoba adekwatnie odczuwa siebie i akceptuje w taki sposób, że toleruje sytuacje frustrujące i swoje braki, przeżywa swoje własne stany emocjonalne w sposób, który nie przeszkadza innym oraz wyraża sądy i uczucia dotyczące innych bez obawy, że zdeformuje je własną emocjonalnością;
- realistyczna percepcja otoczenia, związana ze zdolnością rozwiązywania własnych problemów i dążeniem do istotnych i realistycznych celów;
- zdolność do wglądu w siebie, z poczuciem dystansu i humoru;
- posiadanie integrującej filozofii życiowej, która dostarcza orientacji wartościującej, dzięki której życie nabiera znaczenia (Allport 1955, za: Woydyło 2004, s. 60).

Proces zdrowienia osób uzależnionych można rozpatrywać także, za Eweliną Sikorą, w kontekście przemian postaw i rozwoju osobowego. Te dwa aspekty zdrowienia powinny przenikać się i uzupełniać w toku procesu terapeutycznego. „Sama zmiana postawy człowieka uzależnionego (a nawet jego zachowania) nie jest wystarczająca. Aby proces zdrowienia przebiegał prawidłowo, musi być procesem prowadzącym do rozwoju osobowego” (Sikora 2001, s. 16). Tak wyznaczony cel możliwy jest jednak do osiągnięcia tylko przez osoby o dużej determinacji i gotowości do wieloletniej pracy nad sobą.

Na drodze od zniewolenia w uzależnieniu od alkoholu do konstruowania życia o nowej wartości – z perspektywy kobiet będących w procesie terapii

Korzystając z wyników badań własnych, w których próbę badawczą stanowiły kobiety uzależnione od alkoholu, uchwycone bądź w trakcie udzia-

łu w terapii bądź po jej zakończeniu), zarysować można obraz ich drogi od zniewoleń generowanych przez uzależnienie od alkoholu do życia o odmiennym kształcie, wartości i jakości. Ilustrację mogą być ich wypowiedzi pozwalające odtworzyć niełatwą drogę konstruowania przez nie swojego życia o nowej jakości³.

W procesie zdrowienia bolesne jest przyglądanie się na trzeźwo, bez znieczulenia, sobie i swojemu życiu, odsłanianie strat, zniszczeń i wyrządzonych krzywd, sobie i bliskim (Dodziuk 2006, s. 12). W historię uzależnienia od alkoholu kobiet (nie tylko moich respondentek) wpisane są często trudne doświadczenia życiowe, a temu ciężarowi dotkliwych doświadczeń przeważnie towarzyszy poczucie wstydu i winy. Mimo tego duża część badanych (48 na 55) odważnie odpowiedziała na pytanie o najbardziej raniące wspomnienia z okresu picia. Część z tych strat trzy respondentki nazwały dość ogólnie: „popęłnienie wielu złych rzeczy” (Marta 1); „przez alkohol powstało wiele problemów, za które trzeba było ponieść konsekwencje, choć można było tego uniknąć” (Dorota 1); „piętrząca się lawina problemów i niepowodzeń na własne życzenie” (Anna 3). Sporo wypowiedzi wskazywało jednak na konkretne straty. Ich dominująca część dotyczyła relacji z najbliższymi: „kłótnie z dziećmi, rodziną, partnerem” (Hanna 1); „awantury” (Monika); „robienie przykrości rodzicom” (Inga); „lęk i złość matki” (Anna 3), „opuszczenie przez męża” (Lidia 1); „groźby męża dotyczące rozwodu” (Agnieszka); jak również – dobitniej i szczerze – ich krzywdzenia: „stosowanie przemocy fizycznej i psychicznej wobec najbliższych członków rodziny (rodzice, siostra, partner)” (Magda); „sytuacje, w których stawałam się agresywna (fizycznie i psychicznie) i robiłam innym krzywdę” (Alex); „agresja słowna wobec domowników” (Owca); „obrażanie innych” (XXX). W niektórych przypadkach respondentki były świadome, że zawiodły czyjeś zaufanie i wiarę pokładaną w siebie: „picie w okresie, gdy umierała mama” (YYY); „boli mnie to szczególnie dlatego, że mam poczucie winy, że ich krzywdziłam, a oni ciągle dawali mi kolejne szanse” (Magda); „spojrzenie syna, który nawet nic nie musiał mówić” (Dorota 2); „utrata zaufania dzieci, mamy, siostry, pracodawcy” (Hanna 1); „nie byłam dobrą żoną i matką” (Elżbieta); „zawiodłam ludzi, którzy o mnie walczyli, w tym moją terapeutkę, szefa mojej firmy, wykładowców z Charcic” (Hanna 2). Niektóre z respondentek podkreślały straty dotyczące ich macierzyństwa i zaniedbań

³ Mowa tu o badaniach zrealizowanych na terenie Poznania w latach 2013–2015 na próbie 55 kobiet (urodzonych w latach 1946–1989), zdiagnozowanych jako uzależnione od alkoholu, z zastosowaniem doboru celowego respondentek (konieczny udział w terapii lub jej zakończenie).

wobec dzieci: „piłam, gdy byłam potrzebna synowi, gdy miał problemy psychiczne” (YYY); „to, że dzieci widziały jak piję” (Dorota 1); „zaginięcie mojego dziecka podczas mojej nietrzeźwości” (Justyna); „pozostawienie bez opieki córki” (Sandra); „przerwanie ciąży; poczucie żalu i bólu do siebie i męża mam do dzisiaj” (Maria 1); „lęk i złość dzieci” (Anna 3); „nie potrafiłam zająć się własnymi dziećmi” (Katarzyna); „odebranie praw rodzicielskich do młodszego dziecka” (Lidka); „dziecko oddane do rodziny zastępczej i ból z tym związany” (Marta 1); „odebranie dzieci” (Danuta); „mąż zabrał mi syna” (Magdalena); „zabrano mi dziecko” (Kinia). Część badanych kobiet dostrzegała problemy, które były bezpośrednio spowodowane nadużywaniem alkoholu i utratą kontroli nad nim: „umieszczenie w zakładzie karnym” (Anna 1 i Danuta); „izba wytrzeźwień” (Elwira i Kinia); „utrata prawa jazdy na rok, w konsekwencji – utrata bardzo dobrze płatnej pracy, która sprawiała mi ogromną satysfakcję” (Joanna/Pędzel); „długi w bankach i u znajomych” (Hanna 1); „porzucenie pracy” (Gaga); „utrata pracy” (Hanna 1 i Mariola); „straty finansowe” (Mariola); „strata pieniędzy i biżuterii (lombard)” (Hanna 1); „problemy z prawem” (Elwira); „zakończył się mój pierwszy najpoważniejszy związek trwający 11 lat” (Joanna/Pędzel); „pobyt w szpitalach” (VVV); „detoks” (VVV); „próba samobójcza” (Krystyna); „nie poszłam na pogrzeb mojego szwagra” (Dorota 3). Wskazywały także na utratę kontroli nad własnym życiem i postępowaniem: „wiele ważnych decyzji podjęłam w amoku alkoholowym” (Paulina); „wstyd towarzyszący zawsze, gdy wypięłam za dużo i traciłam kontrolę nad tym, co mówię i robię” (Paulina); „ciągłe myślenie, żeby tylko się napić, aby zapomnieć o myślach samobójczych” (Angelika); „zaniedbanie wyglądu, mieszkania, psa” (Hanna 1); „brak rozsądnego myślenia” (Hanna 1); „zapominanie” (Maria 2); „wieczorny przymus picia” (Kinga); „ranki z poczuciem, że znowu coś źle zrobiłam/powiedziałam” (YYY); „gdy zaczynałam tracić kontrolę nad swoim zachowaniem” (AAA); „czułam się strasznie i piłam dalej” (Anna 3). Wspomniano również o utracie kontroli nad własnym ciałem: „upadki w łazience i ze schodów” (Małgorzata); „urywane filmy” (XXX); „wstyd przed synem i synową dotyczące własnej niemocy ciała” (Ewa 1). Część wymienionych strat dotyczyła sfery zdrowia: „narażanie swojego zdrowia i życia” (XXX); „prowadzenie samochodu pod wpływem alkoholu” (Justyna); „silne leki popijane alkoholem” (Asia); „kace” (Marzena 2); „bóle na drugi dzień po ostrzejszym piciu, konieczność klinowania” (Owca); „zaniedbanie i utrata zdrowia (wycieńczenie organizmu)” (Hanna 1); „kac i trzeźwienie” (Marta 4); „złe samopoczucie” (Angelika); „nieprzespane noce i kac na drugi dzień” (AAA); „okropne samopoczucie po przepiciu” (Inga); „pobicie mnie przez męża, a potem przez mojego partnera” (Renata). Wskazane zostały także konsekwencje w sferze emo-

cjonalnej: „nieprawdziwość emocji” (Paulina); „huśtawki nastrojów (od euforii do użalania się nad sobą); irytowanie się z błahych powodów; zwiększony niepokój, lęki, uczucie szarości życia, zagubienie w sobie i rzeczywistości” (Anna 2); „lęki, ból, wstyd” (VVV); „poczucie osamotnienia, braku motywacji do działania, bezradność” (Anna 3); „ogólne rozbitcie; niesmak, niedowartościowanie” (Dora); „kac moralny” (Owca). Wiele kobiet jako stratę wskazało również utratę poczucia wartości samej siebie: „brak szacunku dla samej siebie” (XXX); „wyzwiska męża pod moim adresem” (ZZZ); „stawałam się wulgarna, nawet wobec nieznanym, czyniłam propozycje seksualne” (Alex); „kace moralne po tym jak obiecywałam sobie, że przestanę pić, a potem i tak piłam; wyrzuty sumienia, że zawiodłam siebie i innych” (Dorota 2); „brak szacunku ze strony partnera” (Hanna 1); „poczucie wstydu i poniżenia” (AAA); „nie mogę sobie wybaczyć, że tak długo piłam” (Lidia 2). Wskazywane przez respondentki straty z okresu picia dotyczyły więc trzech aspektów ich ówczesnego funkcjonowania: somatycznego, psychicznego i społecznego. Można uznać je za formę ich emocjonalnego zniewolenia, którego ślady wciąż noszą w sobie.

W innym pytaniu, porządkującym największe straty poniesione w okresie picia, respondentki szacowały ich wielkość i wagę, oceniane z perspektywy czasu. Z zestawienia uzyskanych informacji wynika, że najbardziej dotkliwe konsekwencje, określone jako straty z okresu picia, dotyczyły relacji międzyludzkich: utraty zaufania najbliższych osób (97%), skrzywdzenia własnych rodziców (80%), krzywdzenia dzieci (74%) oraz utraty przyjaciół (70%). Stratami związanymi bezpośrednio z respondentką było najczęściej: brak szacunku do samej siebie (98%), zrujnowanie zdrowia (85%) oraz strata pieniędzy i dobytku (77%). Szczegółowa analiza udzielonych w tym pytaniu odpowiedzi pokazuje, że zdecydowana większość respondentek (aż 98%) wskazała na stratę „brak szacunku dla samej siebie” (nawet jeśli nie zaznaczyła innych strat), przy czym dla 89% była to strata określona jako wielka. Potwierdza to spostrzeżenia wielu terapeutów dotyczące tego, że kobiety uzależnione od alkoholu są bardziej niż mężczyźni narażone na krytyczne oceny otoczenia, same też często myślą o sobie z potępieniem i szybciej niż mężczyźni „przepijają” szacunek do samych siebie.

Destruktywność uzależnienia (nie tylko od alkoholu) pociąga za sobą negatywne konsekwencje, których – ze względu na mechanizmy uzależnienia – zwykle nie dostrzega osoba uzależniona lub wypiera je, a które zaczyna sobie uświadamiać dopiero z perspektywy czasu, po podjęciu terapii. Z odpowiedzi respondentek wyłonił się obraz sfer życia najbardziej zaniedbywanych przez nie w okresie picia. Najwięcej wskazań uzyskały odpowiedzi dotyczące zdrowia (45,5% respondentek stwierdziło, że zaniedbywało je bardzo, a 29%

częściowo) oraz sfery duchowej (31% nie dbało o nią bardzo, a 22% częściowo). Kolejne odpowiedzi wskazywały na zaniedbania wiążące się z innymi ludźmi i z pełnieniem jakiejś roli społecznej: zaniedbywanie relacji z członkami najbliższej rodziny (42% respondentek – w bardzo dużym stopniu, 35% – częściowo), zaniedbywanie obowiązków matki (20% spośród wszystkich respondentek pełniących tę rolę oceniło, że zaniedbywały je bardzo, zaś 35% – częściowo), brak dbałości o dom (znacznej – dotyczyło to 13% i częściowej – 46%), zaniedbywanie obowiązków pracowniczych (w dużym stopniu zarzucało to sobie 7% badanych kobiet, a częściowo – 31%), zaniedbywanie relacji z członkami dalszej rodziny (16% orzekło, że zaniedbywało je bardzo, a 31% częściowo) oraz relacji ze znajomymi (11% oceniło, że zaniedbywało je bardzo, a 36% częściowo). Najmniej wskazań dotyczyło kształcenia się: 13% bardzo zaniedbało tę sferę, a 22% – częściowo. Pojedyncze odpowiedzi dotyczyły takich aspektów jak: zaniedbanie wyglądu, higieny ciała, higieny życia, aktywności fizycznej, zainteresowań i relacji z partnerem.

Kompatybilne z tym pytaniem było kolejne, dotyczące tego, co obecnie jest dla respondentek priorytetem jeśli chodzi o sfery, na których zrekonstruowaniu najbardziej im zależało w obecnej fazie ich życia. Badane najczęściej zaznaczały, że chciałyby przede wszystkim zadbać o zdrowie (44 wskazania). Można przypuszczać, że spowodowane jest to tym, że przewlekłe spożywanie i długotrwałe nadużywanie alkoholu wywołuje szereg zaburzeń i trwałych uszkodzeń, jak i tym, że respondentki w większości mieściły się w przedziale wiekowym od 50 do 70 lat. W dużej mierze planowały też odbudować relacje ze swoimi dziećmi, z mężem/partnerem życiowym oraz poszukać nową pracę (identyczna liczba 24 wskazań dla każdej z tych odpowiedzi). Zamierzały również odbudować relacje z przyjaciółmi (21 wskazań), rodzicami (19 wskazań) i znajomymi (17 wskazań). Kilka z nich wskazało: kontynuowanie nauki (9 wskazań) oraz odbudowanie relacji z wnukami (7 wskazań) i sąsiadami (7 wskazań). W odpowiedziach pojawiły się także zamiary respondentek, takie jak: „uwierzyć w siebie, pokochać siebie, zadośćuczynić tym, których skrzywdziłam”; „odzyskać szacunek do samej siebie” i „zawalczyć o samą siebie, znaleźć nowego partnera”.

Zdrowiejący alkoholicy na początku tej drogi często wpadają w pułapkę stawiania sobie nierealistycznych celów, chcąc jednocześnie włożyć maksymalny wysiłek w terapię, zmaganie się ze zdrowieniem i rozwiązywanie problemów, które są skutkiem picia (Kapler 2008, s. 35). Respondentkom zostało więc postawione pytanie czy mają nadzieję, że naprawienie bądź odzyskanie tego, co straciły w okresie picia jest możliwe, realne. Najbardziej prawdopodobne wydawało im się zadbanie o własne zdrowie i odbudowanie relacji z dzieć-

mi, a następnie (w kolejności liczby wskazań): odbudowanie relacji z mężem/partnerem, rodzicami, znajomymi i przyjaciółmi oraz znalezienie nowej pracy.

Interesujące były ich konstatacje na temat tego, co subiektywnie uważały za największą korzyść z zerwania przez nie z alkoholem. Wyszczególniane przez nie stany dotyczyły poprawy ich kondycji w trzech sferach: psyche, soma i polis.

W sferze psychologicznej wskazano: „spokój” (ZZZ, Maria 2, Hanna 2, Lidia 2 i Monika); „spokój wewnętrzny” (Dora i Kinga); „zmiana myślenia” (Anna 2); „trzeźwe myślenie” (XXX, ZZZ, Dorota 3 i Małgorzata); „racjonalne myślenie” (Hanna 1); „odzyskanie poczucia godności” (Justyna); „większy szacunek do siebie samej” (Paulina, Justyna i Anna 3); „poczucie własnej wartości” (Dora); „zadowolenie z siebie samej” (ZZZ); „odzyskanie radości życia” (Asia, Alex i Dorota 1); „odzyskanie pogody ducha” (Dora); „wiara w samą siebie i w to, że będzie dobrze” (Dorota 2); „lepsze samopoczucie” (Hanna 1, Danuta, Elżbieta, AAA, Lidia 2, Elwira, Dorota 2, Owca, Ewa 2 i Marta 2); „brak lęku” (Hanna 2); „chęci do życia” (Renata i Inga); „to, że mogę wyjść z domu i nikt się z mną nie ogląda i nie mówi, że to idzie ta alkoholiczka; to, że mogę spokojnie spojrzeć sobie w twarz” (Maria 1). Wiele spośród respondentek cieszyło się z ustabilizowania się ich życia i przejmowania nad nim na nowo kontroli: „stabilizacja” (Magda); „życie pod kontrolą, uporządkowane” (ZZZ); „możliwość kontroli nad własnym życiem” (AAA); „załatwianie »małymi kroczkami« różnych spraw (drobnych i ważnych)” (Anna 3); „radzenie sobie z problemami” (Elwira); „dawanie sobie rady ze wszystkim” (Maria 2); „regulowanie świadczeń w terminie” (Dorota 1); „sprawy materialne” (Maria 1); „pieniądze” (Marta 2); „praca” (Beata, Magda i Dorota 3); „nowe mieszkanie” (Magdalena). Wiele z nich także dostrzegło, że ich życie, wypełnione nowymi aktywnościami i nowym spojrzeniem na codzienność, nabiera innej jakości: „możliwość robienia rzeczy, na które wcześniej nie było czasu, bieganie” (Paulina); „cieszenie się życiem, bo bez alkoholu wszystko jest piękne i mniej problemów” (Maria 1); „nowe życie” (Marzena 2); „mogę zacząć nowe, nawet lepsze życie” (Angelika); „zmiana sposobu patrzenia na to, co mnie otacza” (Maria 1); „czerpanie radości z trzeźwego życia, dostrzeganie piękna otaczającego świata” (Anna 3); „spojrzenie inaczej na świat” (Lidka); „poczucie, że jestem wolna” (Sandra); „powrót do wiary i duchowości” (Owca); „powrót do Boga” (Maria 4); „sprawy duchowe” (Maria 1); „powrót do zainteresowań” (Owca); „praca nad sobą, ogólny rozwój” (Joanna/Pędzel); „rozwój osobisty” (XXX); „dbałość o dom i dzieci” (Marta 1); „patrzenie w przyszłość” (Dorota 3); „wolność życiowych wyborów” (Kinga); „zaczynam »normalnie«, funkcjonować, zaczynam układać sobie życie, planować i realizować plany, czuję,

że to wszystko do czegoś zmierza, życie nie jest takie bezcelowe, potrafię cieszyć się drobiazgami” (Alex).

Kilkakrotnie zaznaczono, że korzyścią z zerwania z alkoholem była „poprawa zdrowia fizycznego” (Anna 1, Asia, Maria 1, Krystyna, Monika, Hanna 1, Elżbieta, AAA, Mariola i Maria 4) oraz „poprawa wyglądu” (Owca i Hanna 1).

Respondentki zauważały również, że na ich abstynencji i zmianie życia zyskały nie tylko one, ale także relacje z osobami z ich otoczenia: „jestem bliżej siebie i bliżej innych” (VVV); „otoczenie lepiej na mnie reaguje i lepiej mnie odbiera” (Alex); „budowanie zdrowych relacji z ludźmi” (XXX); „odbudowanie więzi rodzinnych” (Dorota 2); „odbudowa relacji z najbliższymi” (Katarzyna, Tatiana i Owca); „więcej czasu dla siebie i rodziny” (Anna 2); „odzyskanie zaufania dzieci i znajomych” (Krystyna); „polepszenie stosunków w domu, więcej zaufania” (ZZZ); „szacunek dzieci, rodziny i partnera, ich miłość” (Hanna 1); „odzyskanie rodziny” (Magdalena); „poprawa stosunków i relacji między mężem i dziećmi” (Elżbieta i Maria 5); „poprawa stosunków z rodzicami” (Magda); „zgoda z rodzicami” (Marta 1); „odbudowywanie więzi z dziećmi i mamą” (Anna 3); „radość w domu” (Dorota 1); „małżeństwo, dziecko” (Agnieszka); „relacje z dzieckiem/dziećmi” (Elwira i Kinga); „radość z wnuka i prawnuka” (Maria 1); „radość dzieci” (Ewa 2); „wspólnie spędzane święta, wyjazdy na wakacje” (Marta 1 i Dorota 1); „pomaganie córce rozmową (bo ma kłopoty)” (Maria 2).

Niektóre z respondentek wymieniały pojedyncze korzyści, dotyczące tylko jednej sfery (można przypuszczać, że mające dla nich największe znaczenie), inne spostrzegały je szerzej i wieloaspektowo, jak na przykład w tej rozbudowanej wypowiedzi: „odzyskanie własnej godności, odzyskanie zaufania najbliższych, radość z życia, odzyskanie pogody ducha i wiary w siebie, przyjaźń osób niepijących, szczerych i bardzo wspierających, bez których czasami nie dałabym rady, pozbycie się wstydu, odwaga mówienia prawdy, w tym tego, że jestem uzależniona od alkoholu” (Ewa 1).

Z uzyskanych odpowiedzi na kolejne pytanie sondujące co obecnie sprawia respondentkom największą radość na co dzień i co zastępuje im alkohol wynika, że spore znaczenie dla respondentek miały ich relacje z innymi ludźmi i „bycie dla innych” (osób z grona rodzinnego i pozarodzinnego): „kontakt z najbliższymi” (Dorota 2); „relacje z rodziną” (Tatiana i ZZZ); „dobre relacje z mężem i dziećmi” (Elżbieta); „miłość dzieci, rodziny” (Hanna 1); „czas spędzony z rodziną, a szczególnie z dziećmi” (AAA); „relacja z córką” (Agnieszka); „rozmowy z dziećmi” (Małgorzata i Justyna); „rozmowy i relaks z partnerem” (Anna 3); „kontakt z przyjacielem” (Maria 2); „opieka nad chórą mamą” (Ewa 1); „dbanie o moją mamę” (Dorota 3); „wnuczęta” (Monika,

Lidia 2, Ewa 1 i Elwira); „przyjaciele” (Ewa 1); „rozmowy z koleżanką” (Anna 2); „spotykanie się z dzieckiem i ludźmi z pracy” (Kinia); „dobre relacje z rodziną i przyjaciółmi” (XXX); „spotkania z innymi trzeźwiejącymi alkoholikami” (Anna 3); „możliwość dzielenia się sobą, wspierania innych” (VVV) oraz „pomaganie innym” (Dorota 3). Radość sprawiało im także realizowanie się w roli zawodowej: „praca” (Agnieszka i Tatiana); „osiągnięcia zawodowe” (Kinga); „praca bez obaw” (Ewa 1); jak i codzienne czynności, przeżywane na trzeźwo, w których znajdowały przyjemność: „odpowiedzialne zajmowanie się domem” (Ewa 1); „zadbanie o mieszkanie” (Hanna 1); „dbanie o dom” (Dorota 3); „zajmowanie się domem jak dawniej” (Dora); „zajmowanie się psami” (Monika i Hanna 1) i „szukanie pracy” (Magda). Wielokrotnie respondentki zaznaczały, że wreszcie mają czas dla siebie na: „rozwój osobisty” (Kinga); „rozwój” (Gaga); „życie duchowe” (YYY); „myślenie o sobie” (Magda); „medytacje i modlitwę” (Maria 1); „dbanie o wygląd” (Anna 3, Hanna 1); „dbanie o siebie i interesowanie się modą” (Paulina) jak i na „realizowanie zainteresowań i hobby” (YYY i Tatiana); „gotowanie i pieczenie” (Inga i Elżbieta); „dobre filmy i komputer” (Małgorzata); „kino” (Ewa 1); „oglądanie ciekawych filmów” (AAA); „czytanie” (XXX, Maria 1, AAA, Dorota 3, Ewa 1, Elżbieta i Owca); „malowanie, szycie” (Krystyna); „krzyżówki” (Maria 2, Beata i Elżbieta); „słuchanie muzyki i oglądanie telewizji” (Elżbieta); „wyjazdy” (Ewa 1).

Spora część respondentek swój czas zapełniała zajęciami związanymi z wysiłkiem fizycznym, a były to: „praca w ogrodzie” (Justyna, Magdalena, Dorota 3, Maria 1 i Krystyna); „spacery” (Ewa 1, Anna 2, Maria 1, Anna 3, Owca, Angelika, Gaga i Hanna 2); „bieganie” (Paulina); „jazda na rowerze” (Ewa 2); „sport” (Asia); „wysiłek fizyczny” (Magda). Innymi „zastępcami” alkoholu w obecnym życiu badanych kobiet były: „jedzenie” (Danuta, Angelika, Gaga, Inga i Renata); „słodycze” (XXX, Mariola i Maria 5); „picie wody” (Anna 2 i Angelika); „picie kawy” (Angelika i Beata) oraz „tabletki, które zmniejszają łaknienie na alkohol” (Maria 5). Szeroko swoją strategię radzenia sobie opisała Alex: „gdy przebywam z innymi ludźmi, jestem w pracy lub jestem bardzo zajęta, nie odczuwam braku alkoholu ani potrzeby jego picia; wieczorami (wtedy jest najtrudniej i pojawia się dołek psychiczny) piję dużo wody, głęboko oddycham, piszę dziennik lub kładę się spać”. Niektóre respondentki dostrzegły także, że obecnie radość sprawiało im to, co jest bezpośrednio związane z trzeźwieniem: „terapia” (Magda, Ewa 1 i Maria 1); „mityngi AA” (Owca, Maria 1 i Ewa 1); „utrzymywanie abstynencji” (Dorota 2); „trzeźwość” (Marzena 2); „nie mieć kaca i budzić się bez bólu głowy” (Lidka); „to, że nie muszę wypić” (Katarzyna); „poranki bez kaca” (Maria 4 i Paulina); „budzę się bez kaca i głowa normalnie myśli” (Marta 1); „nie muszę myśleć o zakupie al-

koholu” (Sandra); „to, że kolejny dzień jest bez alkoholu” (Maria 5); „cieszę się, kiedy potrafię zaplanować dzień i alkohol nie pokrzyżuje moich planów” (Jolanna/Pędzel). Badane kobiety wiązały również swoją codzienną radość z tym, co przekładało się na lepszą jakość ich życia i stan, w którym dobrze czują się z sobą samą: „stabilizacja życia” (Ewa 1); „atmosfera w domu” (Elżbieta); „spokój” (Gaga); „cierpliwość i radość z własnej trzeźwości” (Ewa 1); „to, że już nie muszę iść rano po alkohol i że mogę spojrzeć sobie w twarz trzeźwa” (Maria 1); „to, że jestem sobą taka jaka jestem” (VVV); „przeżywanie i wyrażanie uczuć” (VVV); „cieszę się macierzyństwem” (Marta 2); „dobry stan zdrowia” (Hanna 1); „dobre samopoczucie” (Anna 3 i Angelika); „rozsądne myślenie o ważnych i mniej ważnych sprawach” (Hanna 1); „widzę dużo więcej pięknych rzeczy” (Maria 4).

Wskazane przez respondentki elementy są ich pewnego rodzaju zasobami wewnętrznymi i zewnętrznymi, których istnienie i siła znaczenia (lub deficyty w ich zakresie) mają wpływ na każdym etapie terapii oraz po jej zakończeniu (w związku z prawdopodobieństwem nawrotów).

Podsumowanie

Przywołane wyniki badań własnych potwierdzają, że trzeźwiejący alkoholicy (w tym przypadku alkoholiczki) we wczesnej fazie zdrowienia raczej koncentrują swoje wysiłki na zaprzestaniu picia i utrzymaniu abstynencji alkoholowej. Dopiero po zmianie postępowania stopniowo zachodzą kolejne zmiany. W fazie, często zwanej w literaturze przedmiotu „fazą ustawicznego trzeźwienia” alkoholik zaczyna stawiać sobie cele, dążyć do nich, wyznaczać plany i poszukiwać dróg ich realizacji, coraz lepiej poznawać i interpretować siebie i swoje zachowania, nabierać umiejętności podejmowania samodzielnych decyzji i dokonywania konstruktywnych wyborów, odkrywać nowe aspekty swojej tożsamości i rozwijać swoją osobowość; stara się żyć w zgodzie z samym sobą, odrzucając miraż, mity, iluzje na temat życia, ludzi, własnym pragnień (Szcukiewicz 2007, s. 123; Kaczmarczyk 2008, s. 206). Faza ta cechuje się nasileniem procesu poznawania siebie, zwiększonym zainteresowaniem aspektem duchowym i jego większą rolą w przeżyciach trzeźwiejących osób; wiąże się to z ich przekonaniem, 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 (Brown 1992, s. 52–53, 89–92, 218–219, 245). Charakterystyczny jest tu także proces edukacji emocjonalnej – odkrywania siebie, ukrytych motywów swoich działań, poprzednio ukrytych za pancierzem zakłamania, rozpoznawania i nazywania swoich uczuć, reagowa-

nie normalnymi uczuciami na naturalnie pojawiające się w codziennym życiu problemy, a nie topienie ich w alkoholu (Osiatyński 2005, s. 116).

Ten wyższy poziom rozwoju „zakłada bardziej twórczą, szeroką, autentyczną dojrzałość osobową. Im wyższy stopień rozwoju, tym bardziej szerokie i uniwersalne rozumienie życia i różnych poziomów rzeczywistości, a także bardziej wszechstronna empatia i odpowiedzialność za innych. [...] Im wyższy poziom rozwoju, tym mniej automatyzmów, zniewolenia, stronniczości, a tym więcej wewnętrznych przekształceń psychicznych, refleksji, i autentyczności, tym mniej mechanizmów samooszukiwania i mechanizmów obronnych” (Cekiera 2007, s. 45).

W procesie zdrowienia wyróżnić można, za Piotrem Szczukiewiczem (2007, s. 121–122), jego wielorakie aspekty:

— somatyczny aspekt zdrowienia – zdrowienie obejmuje tu przewyciężenie 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. „Sukces” w tej sferze mierzy się dobrymi wynikami medycznymi, zmniejszeniem lub ustąpieniem dolegliwości somatycznych, większą wydolnością organizmu. Rzeczywiste zdrowienie z alkoholizmu nie może się jednak zakończyć wyłącznie na tym etapie, ponieważ odtruwanie organizmu jest tylko usuwaniem jego biologicznych skutków. Do pełnego, faktycznego zdrowienia potrzebne jest jeszcze włączenie kolejnych jego aspektów: psychicznego, społecznego i noetycznego.

- psychiczny aspekt zdrowienia – aspekt ten wiąże się z nabywaniem umiejętności życia wolnego od mechanizmów typowych dla choroby alkoholowej: nałogowego regulowania uczuć, fałszowania obrazu rzeczywistości, stosowania mechanizmów obronnych, kreowania nieprawdziwego obrazu samego siebie. Wskaźnikami zdrowienia mogą być: subiektywnie odczuwany dobrostan psychiczny, zmniejszenie się objawów psychopatologicznych (np. lęku, niepokoju), wyniki badań różnych aspektów osobowości i percepcji siebie;
- społeczny aspekt zdrowienia – mieści się tu poprawa funkcjonowania trzeźwiącego alkoholika w pełnionych przez niego rolach społecznych, poprawa jakości relacji i więzi społecznych. Za satysfakcjonujące zdrowienie w tej sferze można uznać takie zachowania jak: wywiązywanie się z zadań związanych z pełnionymi rolami społecznymi, spostrzeganie siebie jako części większej społecznej całości oraz zaangażowanie w życie społeczne na różnych jego poziomach (rodziny, grupy AA, społeczności lokalnej);

- noetyczny aspekt zdrowienia – w tym aspekcie zdrowienie oznacza przezwyciężanie frustracji egzystencjalnej, dostrzeganie sensu w swoich poczynaniach, sensu samego istnienia, większą samoświadomość w hierarchii własnych wartości, zdolność bezinteresownego działania dla innych. Wskaźnikiem zmian może być tu badanie poczucia sensu życia, hierarchii wartości, świadomości etycznej i religijnej oraz sposobów określania i realizowania celów życiowych.

Powyższe wyróżnienie poszczególnych aspektów procesu zdrowienia ma jedynie charakter poznawczy, w człowieku bowiem poszczególne sfery przenikają się, są nierozdzielalną całością i nie da się ich oddzielić bez naruszenia integralności osoby ludzkiej. Badanie wskaźników jednego aspektu zdrowienia pozwala jednak dostarczyć informacji o jakości procesu zdrowienia jako całości (Szcukiewicz 2007, s. 122) i stopniu zaawansowania konstruowania życia o nowej jakości – życia wartościowego.

Literatura

- Balák R., (2007), *Alkoholizm – zniewolenie osoby i zagrożenie życia ludzkiego w perspektywie dynamizmu życia moralnego*, [w:] *Drogi rozwoju. Od uzależnienia do wolności*, Tatala M., Karczewski J. OFM Cap (red.), Zakroczym.
- Besançon F., (1999), *Więzienie, które można otworzyć. Porozumienie z osobą uzależnioną od alkoholu*, przekł. M. Stark, A. Mateusiak, Poznań.
- Brown S., (1992), *Leczenie alkoholików. Rozwojowy model powrotu do zdrowia*, tłum. E. Woydyłło, Warszawa.
- Cekiera Cz. SDS, (2007), *Od zniewolenia ku wolności do szczęścia*, [w:] *Drogi rozwoju. Od uzależnienia do wolności*, Tatala M., Karczewski J. OFM Cap (red.), Zakroczym.
- Cibor R., (1994), *Struktura „ja” a motywy podejmowania leczenia odwykowego*, Katowice.
- Dodziuk A., (1993), *Trudna nadzieja*, Warszawa.
- Dodziuk A., (2006), *Trzeźwienie jako droga życiowa*, Warszawa.
- James R.K., Gilliland B.E., (2004), *Strategie interwencji kryzysowej*, tłum. A. Bidziński, Warszawa.
- Kaczmarczyk I., (2008), *Wspólnota Anonimowych Alkoholików w Polsce. Alkoholowe dno i co to znaczy trzeźwieć*, Warszawa.
- Kapler L., (1999), *Model rozwoju uzależnienia i powrotu do zdrowia*, [w:] *Nalógowy człowiek*, Dodziuk A., Kapler J., Warszawa.
- Kapler L., (2008), *Poradnik lidera działań trzeźwościowych*, Warszawa.
- Madeja Z., (2008), *Uzależnienia od substancji psychoaktywnych, przedmiotów, czynności i osób*, t. 2, Koszalin.
- Marek R. OFM, (2007), *Motywacje Anonimowych Alkoholików do abstynencji i życia w trzeźwości. Studium socjologiczne na podstawie województwa podkarpackiego*, Rzeszów.
- Osiatyński W., (2005), *Alkoholizm: grzech czy choroba?*, Warszawa.
- Osiatyński W., (2007), *Alkoholizm: i grzech, i choroba, i...*, Warszawa.
- Pomianowski R., (1998), *Uzależnienia – współczesną wersją „ucieczki od wolności”*, [w:] *Psychologia rozwiązywania problemów społecznych. Wybrane zagadnienia*, Miluska J. (red.), Poznań.

- Portnow A.A., Piatnickaja I.N., (1977), *Klinika alkoholizmu*, przekł. W. Moczulski, Warszawa.
- Sikora E., (2001), *Uzdrawianie uzależnionych*, „Problemy Alkoholizmu”, nr 4.
- Szczukiewicz P., (2007), *Poczucie sensu życia u osób zaawansowanych w procesie zdrowienia z choroby alkoholowej*, [w:] *Drogi rozwoju. Od uzależnienia do wolności*, Tatala M., Karczewski J. OFMCap (red.), Zakroczym.
- Tatala M., (2007), *Udział symbolu w zdrowieniu z alkoholizmu*, [w:] *Drogi rozwoju. Od uzależnienia do wolności*, Tatala M., Karczewski J. OFMCap (red.), Zakroczym.
- Urschel H.C., (2009), *Uwolnij mózg od uzależnienia. Rewolucyjny program wychowania z nałogu*, przekł. P. Luboński, Warszawa.
- Woydyło E., (1991), *Wybieram wolność czyli rzecz o wyzwaniu się z uzależnień*, Warszawa.
- Woydyło E., (2004), *Wyzdrowieć z uzależnienia*, Warszawa.
- Woydyło E., (2009), *Rak duszy. O alkoholizmie*, Kraków.