

Największe znaczenie dla zdrowiejących kobiet ma motywowanie przez terapeutę do dalszej pracy nad sobą oraz odzyskanie poczucia własnej godności i szacunku innych ludzi

Ewa Włodarczyk

ŻEBY JESZCZE SKUTECZNIEJ POMAGAĆ...

Czyli o terapii i jej trudnościach z punktu widzenia kobiet uzależnionych od alkoholu

W latach 2013–2015 przeprowadzony został przeze mnie w Poznaniu projekt badawczy, w którym przedmiotem zainteresowania były problemy alkoholowe doświadczane przez kobiety. Jego realizacja toczyła się dwutorowo: jednocześnie gromadzono ankiety wypełniane przez kobiety zdiagnozowane jako uzależnione od alkoholu i korzystające aktualnie z jakiejś formy wsparcia (respondentki stanowiły próbę badawczą stosunkowo zróżnicowaną pod względem wieku, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, wykształcenia, religijności oraz sytuacji zawodowej, bytowej, zdrowotnej, jak również deklarowanej długości okresu ich abstynencji) oraz realizowano wywiady eksperckie, do udziału w których zaproszeni zostali reprezentanci wybranych instytucji (mający w swojej codzienności zawodowej kontakt z kobietami borykającymi się z problemem alkoholowym), w tym terapeuci uzależnień, pracownicy socjalni, kuratorzy sądowi i asystenci rodziny.

Część wyników, uzyskana z odpowiedzi udzielonych przez badane kobiety – zdiagnozowane jako uzależnione od alkoholu i będące w procesie wychodzenia z uzależnienia – dotyczyła kilku aspektów, których zebranie posłużyło mi w zarysowaniu w miarę pełnego obrazu interesujących mnie kwestii. Z całości uzyskanych wyników wybrać można kilka wątków, które – w moim subiektywnym odczuciu – mogą zainteresować terapeutów uzależnień, dotyczą bowiem terapii, pokazanej z perspektywy badanych kobiet.

Wyniki badań z analizy wypowiedzi kobiet uzależnionych od alkoholu

Jedno z pytań kierowanych do respondentek miało sprowokować je do od-

tworzenia ich myśli, uczuć i odczuć, jakie towarzyszyły im na początku ich drogi zdrowienia. Kiedy już zdecydowały się na leczenie, część z pierwszych myśli respondentek przesycona była nadzieją i długo oczekiwanym ukojeniem: „może się uda”, „odczuwam ogromnej ulgi i spokoju”, „że dam radę, życie będzie piękne i będę mogła kontrolować picie”, „że wyjdę z nałogu”, „że to mi pomoże”, „że już będzie dobrze, że nie dam się sprowokować, bo jestem silna, że chcę żyć i trzeźwieć”, „ucieszyłam się, że będę mogła powiedzieć komuś o swoich problemach z alkoholem i uzyskam pomoc”, „że wyjdę z tego paskudztwa”, „że nie będę piła”, „czułam ulgę i postanowienie, że nie mogę się stoczyć”, „myślałam, że dobrze, że to już się wszystko zakończyło, byłam spokojna”, „myślałam, że musi się udać”, „żebym dała sobie radę z alkoholem, a on mną nie rządził”.

Częściej jednak targały nimi wątpliwości i obawy: „myślałam, że to się nie uda”, „myślałam, że nie dam rady”, „myślałam, że mi się nie uda, czułam, że jestem na samym dnie i nie dam rady się od niego odbić”, „strach kogo spotkam na OLU, z kim zostawię dzieci”.

Zdarzały się też odczucia i uczucia ambiwalentne: „najlepsze, co mogło mi się przytrafić, ale bałam się, że nie dam rady przy równoczesnej nadziei na poprawę mojego życia”, „choć miałam mieszane uczucia (bo w czym mogą pomóc osoby chore i uzależnione, które tylko opowiadają o swoich zachowaniach i życiu, które przepili), pomyślałam, że warto spróbować (skoro myślałam o samobójstwie i miałam dość zwłok i pretensji pod moim adresem)”, „poszłam na terapię „na pokaz”, żeby odzyskać córkę, a dopiero później zrobiłam to dla siebie samej”, „zobaczę,

co to jest, najwyżej zrezygnuję, raz kożę śmierć”.

W tamtym okresie części z respondentek nadal towarzyszył mechanizm wyparcia: „nie jestem alkoholiczką, przychodzę na grupę, ponieważ mam nakaz sądu i mogę nie pić, jeśli chcę”, „może nie jestem uzależniona i inni przesadzają”, „czy rzeczywiście jestem alkoholiczką”, „nie muszę się leczyć, ale dam radę sama”, „może sama sobie poradzę”, „ten problem mnie nie dotyczy”, „zastanawiałam się, po co tam chodzę, bo przecież ze mną nie jest tak źle”. Niektóre z respondentek ujawniły ówczesną determinację: „że chcę żyć tak, jak kiedyś lub w okresie mojej dwunastoletniej abstynencji po poprzedniej terapii”, „że muszę być silna, że dam radę, że nikt tego za mnie nie zrobi, że walczę o samą siebie, że to jedyny ratunek, że chcę być normalna”, „że zrobię wszystko, aby przestać pić”, „że muszę się przebudzić i prowadzić nowy tryb życia”, „chciałam czuć się lepiej pod względem zdrowia, przestać pić alkohol, odzyskać zaufanie dzieci, mamy, siostry, koleżanki; zacząć żyć na trzeźwo”, „że muszę chcieć sama”, „koniecznie chciałam się leczyć, przestać pić”.

Pojawiły się i takie wspomnienia: „czułam skrępowanie i żal”, „czułam wstręt do samej siebie”, „uświadomiłam sobie, że jestem alkoholiczką i podjęłam terapię”, „że to chyba będzie cud, jeśli przestanę pić, bo przecież piją wszyscy, których znam”, „miałam sporo oczekiwań, ale starałam się nie wybiegać za bardzo w przyszłość; naiwnie zakładałam, że inni wykonają za mnie całą pracę, a ja będę tylko podmiotem, w którym dokonają się zmiany – same, bez własnego ciężkiego wewnętrzny wysiłku”.

Czego wtedy, na początku swojej drogi zdrowienia, bały się najbardziej? Najczęściej wskazywały na obawy dotyczące leczenia i tego, że okaże się ono ponad ich siły i nie podolają mu: „że nie dam rady, że okażą 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”, „że nie wytrzymam w trzeźwości i sięgnę po alkohol”, „samej terapii”, „skomplikowanych pytań”, „spotkań z ludźmi na terapii grupowej”, jak również, że okaże się ono mało skuteczne: „tego, że nikt nie jest w stanie mnie przekonać, że bym przestała pić, bo nie czułam się ani chora ani uzależniona”, „że mogę sięgnąć po alkohol” i że powrócą do picia: „powrotu do picia” „że po powrocie z oddziału zamkniętego sięgnę po alkohol”, „że nie wytrzymam bez alko-

holu”, „że gdy w końcu uda mi się choć trochę zwalczyć nałóg, to stracę silną wolę i wrócę do alkoholu; nie miałam wiary w siebie”.

Obawy budziła też u niektórych kobiet konfrontacja z własnym uzależnieniem: „prawda, że jednak jest ze mną źle”, „sama choroba alkoholowa”, „stwierdzenia, że jestem alkoholiką”, „bałam się rozmów o piciu”.

Inne obawy wiązały się z własną osobą: „bałam się samotności”, „bałam się wstydu”, „nie wiedziałam, jak to będzie”, jak również z reakcjami innych osób (członków rodziny, znajomych, obcych): „tego, że ktoś się dowie”, „otoczenia, zwłaszcza osób pijących; opinii innych, opinii innych, że będą na mnie patrzeć jak na trędowatą”, „wstydziałam się swojej sytuacji i że ktoś będzie mnie oceniał”, „opinii innych znajomych, ludzi, żeby się

wyśmiewali, że byłam na detoksie”, „otoczenia”, „ludzi”, „że ludzie będą mnie źle postrzegać”, „że spotkam znajomą osobę”, „utruty rodziny”, „że mąż odejdzie”, „męża i jego zaczepki”. Niektóre z respondentek wspominały obawy związane z terażniejszością: „bałam się objawów abstynencyjnych”, „bałam się otaczających ludzi pijących”, „świadomość, że moje życie uległo radykalnym zmianom; cały mój rytm dnia został zaburzony (piłam wieczorami); bałam się wszystkich doznań, które były dla mnie nowe; bałam się zwyczajnej codzienności; bałam się bezsenności”, „że bez alkoholu nie poradzę sobie”, „najpierw o zdrowie, a potem czy poradzę sobie z nałogiem”, a inne – wybiegające w przyszłość: „tego, że się nie odnajdę w trzeźwym życiu”, „czy poradzę sobie z otaczającym światem i czy potrafię żyć w abstynencji”, „że nie będę mogła do końca życia wypić lampki wina”, „rozwiązywać problemy, pozalaćwiać kilkuletnie zaniedbania”, „tego, że umrę jak mój brat (z powodu alkoholu)”, „że nie dostanę pomocy z MOPR-u”. Zdarzyły się też odpowiedzi skrajne: „bałam się wszystkiego” i „nie bałam się niczego”. Jedna z respondentek tak argumentowała swój brak lęków: „nie bałam się, wiedziałam, że muszę coś zrobić ze swoim picciem”.

Na początku drogi ku zdrowieniu najtrudniejsze było wtedy dla niektórych respondentek przyznanie się przed samą sobą i innymi, że jest się uzależnioną od alkoholu: „przyznać się bliskim i przyjaciołom, że jestem uzależniona i przedstawić się – Ewa, alkoholiką”, „przyznać się do tego, że jestem uzależniona od alkoholu”, „przyznanie się do tego, że jestem alkoholiką”, „przyznać się w pracy”, „zrozumieć, że nie tędy droga”, „zaakceptowanie diagnozy terapeuty”, „przyznanie się przed ludźmi, że mam ten sam problem, że piję, ponieważ jestem alkoholiką i że potrzebuję pomocy, ponieważ sama z tego nie wyjdę”.

Inne trudności wiązały się z samą terapią: „dostosowanie się do zaleceń terapii”, „zaufać terapeutce”, „pierwsze spotkanie z grupą”, „kontaktowanie się z innymi alkoholikami”, „otwarte rozmowy o alkoholu”, „otwieranie się przed ludźmi”, „otwieranie się przed obcymi osobami w grupie”, „nie mogłam się otworzyć na terapiach, słu-



„chciałam, ale prawie nic nie mówiłam”, „mówienie o sobie”, „opowiedzenie jak sięgnęłam po alkohol”, „mówienie o swoim picciu alkoholu”, „mówienie o kłótniach z czasu picia”, „pisanie prac, zagładanie i zmaganie się z przeszłością, ból podczas rozmyślenia o przeszłości i pijackich ekscesach”, „być szczerą”, „dojazdu do poradni, przestawienie się na inny tryb życia”.

Niektóre musiały się uporać z bieżącymi okolicznościami i sytuacjami: „poranne wstawanie”, „pozbycie się głodu alkoholowego”, „kaca”, „pierwsze dwa tygodnie odstawienia leków”, „przeżyć ten dzień”, „wieczory”, „rozstanie z najmłodszą córką”, „zmobilizowanie się do pójścia na pierwszy mityng i potem odnalezienie się we wspólnocie”, „chodzenie na mityngi AA”, „wysiłek fizyczny i psychiczny wkładany w leczenie”, „spotkania z pijącym towarzystwem”, „odmówić alkoholu”, „utrzymywanie kontaktu z osobami, które piją, z którymi spędzałam czas, zawsze pijąc i wybór, czy zrezygnować ze spotkań z tymi osobami, czy znosić ich widok, czując zapach alkoholu”, „spotkania z rodziną, która nie wierzyła we mnie”, „relacja z mężem”, „samotność”.

Części respondentek niełatwo było stawić czoła perspektywie dalekosiężnej zmiany trybu życia, będącej konsekwencją podjęcia terapii: „rezygnacja ze spotkań towarzyskich–alkoholowych”, „świadomość, że już nigdy nie będę mogła wypić ani kropki alkoholu”, „przestać pić”, „świadomość, że do końca życia nie będę mogła wypić”, „musiałam pożegnać się z moim poprzednim trybem życia”, „zmiana stylu i sposobu życia, do którego byłam przyzwyczajona od lat”, „to, że muszę pokonać chęć do alkoholu i zapomnieć wszystkie problemy bez użycia tego braku tego, że muszę się nauczyć żyć od nowa”, „powrót do domu po terapii, bo nigdy nie wiedziałam, co mnie tam czeka”, „wytrwałość”, „myślenie o tym, co było i co będzie po skończeniu leczenia”. Na pytanie, co wówczas, na samym początku leczenia, było najtrudniejsze, pojawiły się także odpowiedzi: „wszystko było trudne”, jak i „wszystko stało się łatwiejsze”.

Interesujące jest również przyjrzenie się temu, co dodawało sił badanym kobietom na początku ich procesu zdrowienia. Stosunkowo wiele z nich zaak-

centowało wartość ich udziału w terapii oraz mityngach grup AA, w tym osobno rolę „Programu 12 kroków” i czytania „Medytacji na każdy dzień i 24 godziny”. Dla wielu respondentek znaczenie miała obecność bliskich osób, jak i ich wsparcie, różnie wyrażane i nazywane: „wsparcie mojej rodziny, jej pomoc i zrozumienie” „wsparcie mojej rodziny”, „wiara, nadzieja i miłość partnera i bliskich”, „dobre relacje z dziećmi i mężem”.

Dla kolejnych badanych kobiet źródłami wzmocnień były osoby spotykane w toku terapii (inne alkoholiczki i terapeuci uzależnień): „ludzie ze wspólnoty”, „przykład innych niepijących osób”, „wsparcie osób uzależnionych niepijących”, „kontakt z trzeźwymi ludźmi i dzielenie się swoimi troskami”, „terapeutka” i „stosowanie się do jej zaleceń”, „wizyty u psychologa”, „rozmowy z psychologiem”, „życzliwość personelu”, jak i „rozmowy” oraz „słuchanie innych”. Dla niektórych respondentek motywacją stanowiła wiara: „w Boga”, „w innych ludzi”, „w skuteczność leczenia”, „w sens leczenia”, „wiara, że się uda”. Inne wskazywały na czynniki będące rezultatem ich przemyśleń: „nadzieja, że dotąd abstrakcyjne niepicie stanie się normalne”, „chęć zmian w dotychczasowym picciu”, „myśl o tym, żeby ocalić siebie i znowu mieć szacunek do siebie samej”, „zrozumienie, że mam po co i dla kogo żyć”, „myśl, żeby być lepszą dla siebie i otoczenia”, „myśl, że mogę żyć normalnie, bez alkoholu”, „nadzieja, że wytrwam w trzeźwości; motywacja, że chcę zmienić swoje życie”, „chęć niepicia”, „chęć przestania picia”, „satysfakcja z każdego dnia bez alkoholu”. Niektóre z nich deklarowały, że siłą do kontynuowania terapii czerpały z własnych cech: silnego postanowienia; silnej woli; odwagi; ambicji; poczucia własnej wartości; własnej wytrwałości, jak i spostrzeżenia coraz lepszego stanu zdrowia i wyglądu oraz większej energii. Inne respondentki czerpały wzmocnienia do kontynuacji terapii z obrazów z przeszłości: „przypominanie sobie, jaką byłam osobą przed picciem”, „wspomnienie mojego ‘dna’, najgorszych wspomnień z okresu picia, tego, kim byłam po wypiciu i jak się wtedy zachowywałam”, inne z wyobrażeń przyszłości: „moje plany”, „myśl, że będzie dobrze”, a jeszcze ko-

lejne z bieżących wydarzeń w ich życiu, takich jak: „ciąża” i „podjęcie nowej, spokojniejszej pracy”.

W procesie zdrowienia kobiet uzależnionych od alkoholu warto znaleźć ich „sojuszników” w tym trudzie, jak również poszukać w biografii i sytuacji życiowej pacjentek czynników – wydarzeń, osób, pragnień – które najbardziej mogą im pomagać i motywować do trwania w postanowieniu o trzeźwości i chęci zmiany swojego życia. Po zsumowaniu odpowiedzi wskazujących na to, że dana odpowiedź miała dla respondentki duże i średnie znaczenie, jak i po dokonaniu zabiegu rangowania zaproponowanych do wyboru respondentek odpowiedzi, okazało się, że zdecydowanie największe znaczenie miały dla nich: motywowanie przez terapeutę oraz odzyskanie poczucia własnej godności. Również silnie docenione zostały: odkrycie, jaki świat jest piękny i że warto go odczuwać na trzeźwo; odzyskany szacunek ze strony innych; zerwanie z dawnymi towarzyszami picia; pamięć o straconym czasie.

W grupie nieco niższych wskazań znalazły się: odzyskana miłość dziecka/dzieci, lepszy stan zdrowia, chodzenie na spotkania AA oraz realizowanie swojego hobby.

Za tymi wyborami kolejno uplasowały się następne: podjęcie pracy, poznany w tym okresie partner i zaangażowanie religijne.

Najniższa liczba wyborów dotyczyła pozostałych odpowiedzi: powierzenie odpowiedzialnej funkcji, roli czy stanowiska, nowe miejsce zamieszkania i odrodzenie się małżeństwa. Marginalne znaczenie – w przypadku badanych kobiet – miały: zajście w ciążę i narodziny dziecka.

Można więc wyodrębnić kilka kompleksów – punktów zagęszczenia – potencjalnie istotnych „sprzymierzeńców” w procesie wychodzenia przez badane kobiety z ich uzależnienia alkoholowego, począwszy od tych najbardziej do najmniej ważkich. Raz jeszcze należy tu zaakcentować pierwszą lokatę spośród wybranych odpowiedzi, jakim było motywowanie przez terapeutę. Ponownie wybrzmiało znaczenie odzyskiwania przez respondentki poczucia godności i odzyskiwania szacunku ze strony innych osób (korespondując z wynikami z innego pytania, w którym respondentki dokonywały subiektyw-

nej oceny wagi pewnych strat z okresu picia, gdzie najczęściej wskazywaną stratą związaną z osobą respondentek był brak szacunku do samej siebie). Motywującymi do zmiany swojego życia i trwania w trzeźwości dla respondentek były także bieżące wydarzenia i stany, ale także wspomnienia z przeszłości (nazwane tu pamięcią o straconym czasie). W tym pytaniu nie znalazło potwierdzenia znaczenie motywującej obecności dzieci respondentek, co podkreślano było przez nie w odpowiedziach na inne pytania (zwłaszcza dotyczących momentu przełomowego tuż przed podjęciem terapii i motywacji i na początku podjętej terapii).

Podjęcie terapii jest zwykle przewodem w życiu kobiet zdiagnozowanych jako uzależnione od alkoholu. Nierzadko jej kontynuowanie również nie jest wolne od trudności, z którymi muszą sobie radzić. Dla części badanych trudności te wiązały się z przebiegiem terapii i procesu zdrowienia: „początek terapii – przełamać się”, „przychodzenie na terapię i opowiadanie o przeszłości, w której spożywałam alkohol”, „namawianie przez innych do picia”, „żeby nie dać się wciągnąć w picie alkoholu”, „suchy kac”, „zmotywowanie się do poważnego, odważnego, wiarygodnego przepracowania 4 Kroku w AA”, „otwarcie się na inne osoby, opowiedzenie im o swoich przeżyciach”, „przyznanie się do błędów”, „czas poświęcony terapii na oddziale dziennym”, „konieczność siedzenia na krześle przez siedem godzin pięć dni w tygodniu”, „krytyczne uwagi terapeutki na temat mojego życia”, „mało czasu na chodzenie na terapię”, „przebywanie w samotności nawet w grupie osób”, „zapanowanie nad zmęczeniem (cały czas staram się zapełniać cały swój wolny czas)”, „samo utrzymanie abstynencji wymaga samozaparcia i odwagi z mojej strony, jak i nauczania się samokontroli nad swoim ciałem, rozumem i duszą”. Często wskazywane trudności wiązały się z także kontaktami z osobami, których picie stanowiło utrudnienie dla respondentek w utrzymaniu przez nie abstynencji: z pijącymi osobami z otoczenia, jak również z trudnymi relacjami z najbliższymi osobami: „brak jakiegokolwiek zainteresowania, wsparcia, zrozumienia i rozmów z najbliższymi”, „zbyt małe wsparcie ze strony męża i syna”,

„odzyskanie zaufania mojej rodziny”, „pozew o rozwód z oszczerstwami na mój temat”, „samotność”. Dla innych respondentek najtrudniejsze w okresie leczenia było poradzenie sobie z własnymi emocjami i uczuciami: „moja nadpobudliwość, impulsywność”, „radzenie sobie z emocjami, lękami i pracą nad tymi sferami”, „problemy związane z lękiem”, „zapanowanie nad zmianami nastrojów, huśtawki nastrojów – od euforycznych po depresyjne z przejawami agresji”, „bez alkoholu jestem nerwowa, trudno mi czasem normalnie funkcjonować”, „czasem brak motywacji i silnej woli”, „wyrzuty sumienia; wspomnienia, żal straconych lat”, „niepewność, czy dam radę, obawa, czy dam radę naprawić to, co zniszczyłam”.

Zdrowienie niektórych z badanych kobiet utrudniały okoliczności współtworzące ich sytuacje życiowe, jak: „choroby” czy „brak pracy, mieszkanie w ośrodku dla uzależnionych”. Zgłaszane lęki dotyczyły również funkcjonowania respondentek w przyszłości, po zakończeniu terapii: „świadomość, że alkoholizm to choroba na całe życie”, „żeby być trzeźwą”, „załatwianie wszystkich spraw od razu, zamiast rozłożenia ich w czasie”, „żeby nie dać się wciągnąć w picie alkoholu”, „wytrwać w abstynencji”, „przewyciężyć głód alkoholowy, kiedy niespodziewanie mnie ogarnie, nie mam przygotowanych sposobów jak sobie z nim radzić”.

Część badanych kobiet zdradzała w swoich wypowiedziach, że są świadome wysiłku, jaki muszą nieustannie wkładać w pozostawanie trzeźwą. Na pytanie o to, co są gotowe zrobić, by utrzymać trzeźwość, wymieniały przede wszystkim korzystanie z terapii, niekiedy wzmocnione udziałem w mityngach AA. Kolejne przywołane sposoby utrzymania abstynencji wiązały się ze stosowaniem wiedzy i narzędzi radzenia sobie, które badane kobiety zyskały w trakcie terapii lub spotkań AA: „to, co zalecane przez terapię”, „trzymać się narzędzi, które dostałam na terapii i grupie AA”, „nie przebywać z osobami pijącymi, unikać ich”, „unikać spotkań, na których jest alkohol”, „przebywać w towarzystwie osób niepijących”, „brak powodów do picia”, „stosowanie HALT”, „planowanie i rozliczanie dnia”, „czytanie literatury”, „24h, medytacje”, „telefony

do osób z AA lub telefon zaufania AA – w trudnych chwilach”, „rozmowy z zaufanymi trzeźwiącymi osobami”, „spróbować namawiać innych do niepicia”, „dbać o siebie”, „spacery i wysiłek fizyczny”.

Kilkakrotnie respondentki na pytanie o to, co są gotowe zrobić, aby utrzymać abstynencję, odpowiadały, że wszystko, co jest dostępne i co może im pomóc. Niektóre z nich były świadome, że utrzymanie abstynencji wymagać będzie nakładu ich pracy i wyrażały determinację, by taki trud ponieść: „leczenie, nawet powrót do jego wcześniejszych faz, jeśli będzie taka potrzeba”, „jestem gotowa podjąc każdą terapię, która pomogłaby mi w przewyciężaniu lęków, nawet trwać w związku z mężczyzną, który nie do końca jest satysfakcjonujący – z obawy przed samotnością i możliwym powrotem do picia”, „wytrwała, codzienna praca nad sobą”, „pracować nad sobą i jak najdłużej kontynuować terapię”, „porządkowanie swojego życia”, „jestem gotowa leczyć się, szukać wsparcia, żeby być silniejszym, lepszym człowiekiem”. Niektóre badane kobiety upatrywały także wartość w tym, aby: „nie pić, utrzymać całkowitą abstynencję”, „wychodzić z domu, nie zamykać się w czterech ścianach”, „nie myśleć o picciu”, „często przebywać z dziećmi i rozmawiać w gronie rodzinnym”, „pilnować pracy, być szanowaną i lubianą jak do tej pory” i „robić to, co do tej pory”. Część respondentek odpowiedziała na to pytanie zdawkowo, a niektóre – w rozbudowany sposób, pokazując swoistą strategię nakierowaną na utrzymanie abstynencji, jak na przykład: „po skończonej terapii nadal chodzić na mityngi AA, które dają mi duże wsparcie; medytacje, podczas czytania których mogę zrozumieć proces trzeźwienia; czytanie literatury na temat trzeźwienia; przebywanie z osobami trzeźwymi; modlitwa; nastawiam się na to, że trzeźwienie jest długotrwałym procesem i że muszę dochodzić do wszystkiego małymi krokami” czy następująco: „wszystko: zmienić otoczenie, miejsce zamieszkania i pracę, zerwać kontakty ze znajomymi, którzy mnie nie wspierają lub nie akceptują faktu, że jestem chora; jeśli mój lekarz zaproponuje mi pobyt na oddziale dziennym, jestem skłonna zdecydować się na to”.

Respondentki miały również orzec, jaka forma terapii (spośród wskazanych odpowiedzi) najbardziej im odpowiada. Najczęściej wskazywanymi były formy terapii prowadzonej przez kobietę: terapia indywidualna z terapeutką (40 wskazań) oraz terapia w grupie kobiet i mężczyzn, prowadzona przez kobietę (24 wskazania). Identycznie preferowana była forma terapii w grupie kobiet i mężczyzn, prowadzonej przez mężczyznę, jak i prowadzonej przez parę – mężczyznę i kobietę (10 wskazań). Znikomy odsetek respondentek optował za terapią indywidualną z terapeutą będącym mężczyzną (4 wskazania), jak i terapią grupową prowadzoną przez mężczyznę (5 wskazań). Ośmiokrotnie za najbardziej pożądaną formę terapii uznano terapię w grupie, w której są tylko same kobiety i terapię też prowadzi kobieta, a 23-krotnie – za spotkaniami w grupie AA (bez podziału na płeć jej uczestników). Pojedyncze odpowiedzi dotyczyły takich wariantów jak: samodzielne radzenie sobie, wspólnota przykościelna, terapia indywidualna bez względu na płeć terapeuty oraz terapia indywidualna i terapia grupowa, bez względu na płeć prowadzących. Uzyskane wyniki potwierdzają zasadność postulatów o konieczności rozdzielnego traktowania w terapii uzależnienia od alkoholu kobiet.

Niewątpliwie ważne znaczenie ma wsparcie innych osób potrzebne na początku wychodzenia z uzależnienia. Zdecydowanie spośród możliwych rodzajów wsparcia społecznego na tym etapie zdrowienia badanych kobiet za najbardziej cenione uznano wsparcie emocjonalne (polegające na przekazywaniu emocji podtrzymujących, uspokajających, odzwierciedlających troskę, na dawaniu werbalnych i niewerbalnych komunikatów o pozytywnych uczuciach wobec osoby, okazywaniu jej akceptacji, przychylności, empatii i solidarności, a także dawaniu jej poczucia bezpieczeństwa i zaspokojeniu potrzeby afiliacji, dla wyzwolenia poczucia nadziei, dla rozładowania napięcia i podtrzymania nastroju) oraz wsparcie wartościujące (zogniskowane wokół dawania komunikatów służących wzmacnianiu poczucia własnej wartości, dostarczające również zapewnień o ważności partnerów relacji, wzajemnym szacunku oraz poczuciu znacze-

nia i godności). Respondentki odnosiły się do kolejno wyszczególnionych w kwestionariuszu ankiety osób (lecz tylko tych, których pomoc była wówczas dla nich naprawdę potrzebna), opisując jakie ich zachowania miały lub miałyby walor wspierający je na ówczesnym etapie zdrowienia. Liczne wskazania dotyczyły form wsparcia udzielanego przez profesjonalistów związanych zawodowo z lecznictwem odwykowym. Część respondentek tę formę wsparcia nazwała dość ogólnikowo wspieraniem, uczestnictwem w terapii indywidualnej i/lub grupowej lub rozmowami z terapeutami, psychiatrami, pielęgniarkami i wolontariuszami oraz innymi pacjentami z grup terapeutycznych. Inne doprecyzowały je, używając określeń: „wiedza, wsparcie przez akceptację”, „bezwartunkowa akceptacja, stawianie wymagań”, „dyscyplina, zaufanie, szacunek”, „tłumaczenie dzia-

łania choroby, pokazywanie postępów w leczeniu”, „nabywanie wiedzy o uzależnieniu i konsekwencjach dalszego picia oraz miejscach i formach pomocy dla osób uzależnionych”, „poczucie bezpieczeństwa”, „dobre słowo” oraz „wiedza o chorobie, możliwość opowiedzenia swojej historii, pomoc w zrozumieniu problemu”, a także „doprowadzenie do lepszego stanu zdrowia”. Wspomniano również o tym, że znaczenie miał „odpowiedni terapeuta”, a także to, że u jednej z respondentek zauważono „poprawę na wielu frontach (praca, stosunki międzyludzkie)”, co motywowało ją do dalszej pracy nad sobą. Bezpośrednim wsparciem w procesie wychodzenia z uzależnienia od alkoholu były także – dla niemal połowy badanych kobiet – mityngi grup Anonimowych Alkoholików.

Czy poza osobami z najbliższego otoczenia jeszcze inne osoby lub instytu-



cje mogą odegrać rolę w powrocie do zdrowia kobietom uzależnionym od alkoholu? Spośród (stosunkowo niewielkie) udzielonych tu odpowiedzi powtarzającym się było wskazanie osób (kobiet), które „miały ten sam problem”, „same to przeszły” i „już nie piją”. Wśród wymienionych instytucji znalazły się (podane jednorazowo): MOPR, Monar, ośrodki pomagające w sytuacji przemocy, ośrodki detoksykacyjne i domy dla samotnych matek. Wspomniano także o roli mediów i wydawnictw publikujących książki z życia innych kobiet. Jedna z respondentek wypowiedziała się na temat roli lekarzy rodzinnych, którzy, w jej opinii, „mają niewystarczającą wiedzę na temat choroby alkoholowej bądź żadną. Lekarz pierwszego kontaktu powinien przeprowadzić dobry wywiad z pacjentem, aby móc skierować go do odpowiedniej placówki, a nie od razu zapisywać np. leki uspokajające. Z doświadczenia wiem też, że nie pytają, gdy wypisują receptę na leki, w których skład wchodzi alkohol”.

Czy zanalizowane historie indywidualnych kobiecych doświadczeń problemu alkoholowego (na tyle, na ile respondentki pozwoliły na ich poznanie) mogą stanowić dostateczną przesłankę konstytuowania programów wsparcia kobiet z problemem alkoholowym? Z pewnością ujawniają się w nich pewne prawidłowości, mogące stanowić podstawę do wyróżnienia ogólniejszych prawidłowości, których znajomość mogłaby przyczynić się do stworzenia efektywnych programów profilaktycznych i pomocowych (w ograniczonym stopniu, będąc świadomym wieloczynnikowych uwarunkowań tej efektywności). Przy interpretacji wyników badań i próbie ich uogólnienia na szerszą populację zwracam jednak uwagę na fakt, że skoncentrowałam się na pewnej tylko grupie kobiet i to w określonym momencie ich życia. Opis wyników moich badań odnosi się tylko do kobiet, które podjęły terapię, z pominięciem kobiet, które nigdy nie podejmowały terapii bądź kiedyś ją podjęły, lecz nie ukończyły lub podjęły terapię, ale doświadczyły nawrotu choroby. Nie można wykluczyć, że inaczej skompletowana próba badawcza zmieniłaby obraz uzyskanych wyników badań.

Sądzę jednak, że mimo, iż szereg wniosków formułowanych w oparciu

o pozyskany materiał faktograficzny może budzić wątpliwości co do ich wartości poznawczej, to jednak pozwalają one na sformułowanie pewnych ogólnych tez w miarę wiernie odzwierciedlających istotę, strukturę i dynamikę analizowanego procesu mieszczącego się w obrazie i w obszarze społecznego problemu alkoholowego, zwłaszcza kobiet, w Polsce.

Wyniki badań z analizy wywiadów eksperckich

Przystępując do badań, zakładałam, że istnieje dostateczna społeczna ekspozycja i dostępność instytucji mogących świadczyć wsparcie kobietom z problemem alkoholowym w środowisku poznańskim, co znalazło potwierdzenie zarówno w ocenach kobiet uzależnionych od alkoholu, będących adresatkami działań analizowanych instytucji, jak i reprezentantów różnych poznańskich profesji pomocowych. Ich sieć oceniono wysoko, argumentując swoje opinie dobrym dostępem do nich, stosunkowo krótkimi terminami oczekiwania na pierwszą wizytę w trybie ambulatoryjnym oraz możliwościami rozległego wyboru spośród typów zróżnicowanych placówek i wachlarza rodzajów oferowanej pomocy. Jako niedomagania wskazano: kontrakty z NFZ narzucające ścisłe rygory i precyzyjnie limitujące udzielanie porad; brak oferty dla pacjentów z kilkuletnią abstynencją; zbyt mało miejsc i długie terminy oczekiwań na pomoc w trybie leczenia stacjonarnego; różny poziom profesjonalizmu terapeutów uzależnień (to ostatnie spostrzeżenie nieco podważa hipotezę mówiącą o tym, iż kwalifikacje instytucjonalne są adekwatne do potrzeb jednostkowych osób uzależnionych od alkoholu). Wśród głosów postulujących potrzeby zmiany pojawiły się sugestie konieczności stworzenia oferty pomocy terapeutycznej całym systemom rodzinnym (nie wyłącznie udziału w osobnych terapiach osoby uzależnionej od alkoholu i członków jej rodziny), konieczności intensywnej edukacji dla pracowników służby zdrowia (zwłaszcza lekarzy pierwszego kontaktu) oraz konieczności efektywnej współpracy z Miejską Komisją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Z wypowiedzi respondentów (tak kobiet uzależnionych od alkoholu, jak

i przedstawiciele instytucji pomocowych) wynika także, że kwalifikacje instytucjonalne (diagnoza przypadków, zaproponowane formy terapii) są w większości sytuacji adekwatne do potrzeb jednostkowych osób uzależnionych od alkoholu, pojawiających się w polu zainteresowania tych instytucji, choć incydentalnie zdarzyły się opinie krytyczne, szczególnie pod adresem terapeutów uzależnień.

Także trafnie założyłam, że działania instytucjonalne w obszarze pomocy osobom uzależnionym od alkoholu nie gwarantują wsparcia mającego postać działania systemowego. Potwierdziło się również przypuszczenie, że analizowane poznańskie instytucje wsparcia w problemie alkoholowym działają w sposób niesynchronizowany z innymi instytucjami, funkcjonują niezintegrowane bądź pozorują współpracę; nie budują systemu wsparcia. W przypadku reprezentantów różnych służb społecznych, których praca dedykowana jest między innymi kobietom uwikłanym w problem alkoholowy, brakuje myślenia szerszego niż wyznaczonego perspektywą zatrudniającej instytucji, ograniczanie się wyłącznie do swojego „poletka”. Takie podejście bywa dyktowane nie brakiem woli konkretnych osób (o które często te osoby bywają podejrzewane i które również występuje), ale stawianymi im formalnymi zawodowymi wymaganiami i obowiązkami.

Brakuje również ośrodka, który pełniłby funkcje koordynatora działań na tym polu, choć z analizy wywiadów eksperckich można wyciągnąć wnioski, iż taki podmiot koordynujący byłby pożądanym z punktu widzenia zdecydowanej większości badanych reprezentantów służb społecznych. Jego zadaniem byłoby – mając przyznane na mocy prawa kompetencje i pozostając w stałej komunikacji z różnymi, świadomie wybranymi instytucjami – zbieranie informacji od specjalistów, „spisanie” ich pracy, koordynowanie pracy różnych służb (współpracy interdyscyplinarnej). Postulat ten to rekomendacja dla praktyki.

Autorka jest adiunktem na Wydziale Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu. Zainteresowania naukowe oscylują wokół dwóch obszarów: problematyki macierzyństwa oraz kwestii problemów alkoholowych doświadczanych przez kobiety.