

WYBRANE ASPEKTY FUNKCJI EMOCJONALNO-EKSPRESYJNEJ WSPÓLNOTY AA ORAZ PROGRAMÓW TERAPEUTYCZNYCH

JAKUB TRZEBIATOWSKI

ABSTRACT. Trzebiatowski Jakub, *Wybrane aspekty funkcji emocjonalno-ekspresyjnej Wspólnoty AA oraz programów terapeutycznych* (Selected aspects of the emotional-expressive function of the AA Society and therapeutic programs). *Młódzież a rodzina. Roczniki Socjologii Rodziny*, XIX, Poznań 2008-2009. Adam Mickiewicz University Press, pp. 173-195. ISBN 978-83-232-2138-8. ISSN 0867-2059. Text in Polish with a summary in English.

Jakub Trzebiatowski, Instytut Socjologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza (Institute of Sociology Adam Mickiewicz University), ul. Szamarzewskiego 89, Poznań, Poland.

WPROWADZENIE

Celem artykułu jest przedstawienie rezultatów badania jakości życia „trzeźwiejących alkoholików” w perspektywie funkcji ekspresyjno-emocjonalnej spełnianej przez Wspólnotę Anonimowych Alkoholików oraz programy terapeutyczne podejmowane przez Poradnie Leczenia Uzależnień.

Zestawienie koncepcji jakości życia wraz z pojęciem funkcji emocjonalno-ekspresyjnej na wspólnym fundamencie kategorii potrzeb okazało się ciekawym i oryginalnym przedsięwzięciem zarówno teoretycznym, jak i empirycznym. Umożliwiło bowiem jednoczesną realizację trzech szczególnych celów badawczych. Po pierwsze, zyskano materiał pozwalający oszacować skuteczność podejmowanych metod terapeutycznych (programy leczenia Poradni Leczenia Uzależnień versus oddziaływanie Ruchu AA). Po drugie, ocenić poczucie jakości życia „trzeźwiejących alkoholików”, i po trzecie, określić stopień „realizowania” funkcji emocjonalno-ekspresyjnej na gruncie grup trzeźwiejących alkoholików.

W pierwszej części opracowania przedstawione zostaną podstawowe koncepcje teoretyczne związane z pojęciem jakości życia oraz funkcją emocjonalno-ekspresyjną, w drugiej zaś zaprezentuję założenia metodologiczne oraz wyniki badań empirycznych.

JAKOŚĆ ŻYCIA W UJĘCIU NAUK SPOŁECZNYCH

Kariera pojęcia jakości życia rozpoczęła się w roku 1920, kiedy tę koncepcję zastosowano po raz pierwszy na gruncie nauk ekonomicznych¹. Rosnąca popularność „jakości życia” przypada jednak na lata po drugiej wojnie światowej. Wówczas to pojęcie coraz częściej stosowano w takich dziedzinach, jak: ekonomia, polityka społeczna, medycyna, socjologia czy psychologia. W latach 60. ubiegłego wieku „jakość życia” ujmowana była przede wszystkim w perspektywie ilościowej i znajdowała zastosowanie w badaniach poziomu zaspokojenia jednostkowych oraz ponadjednostkowych potrzeb. Starano się ustalić poziom konsumpcji rozmaitych dóbr oraz „minimalny poziom socjalny” niezbędny do zaspokojenia podstawowych potrzeb rodziny.

W latach 70. i 80. zarówno na Zachodzie, jak i w Polsce pojawiały się coraz częstsze próby wykorzystywania koncepcji do pomiarów socjologicznych oraz psychologicznych². Przedstawiciele nauk społecznych analizowali poziom jakości życia łącząc ją z takimi kategoriami, jak styl życia, poczucie podmiotowego dobrostanu czy też zadowolenie z warunków oraz możliwości zaspokajania najistotniejszych życiowych potrzeb³.

Definicje jakości życia w naukach społecznych można podzielić z punktu widzenia przedmiotu i celów badawczych na cztery grupy. Wówczas do pierwszej należeć będą definicje, które można nazwać „egzystencjalnymi”, do drugiej pojęcia skupiające się na zadaniach „życiowych”, trzecia grupa sytuuje jakość życia w kategorii potrzeb, czwarta zaś, to te koncepcje, które wyróżniają obiektywny i subiektywny nurt jakości życia, uwzględniając jednocześnie stan zaspokojenia podmiotowych potrzeb. Spośród definicji,

¹ Zauważyć jednak należy, iż zainteresowanie kategorią jakości życia pojawiło się już w czasach starożytnych, kiedy myśliciele, tacy jak Hipokrates, Demokryt z Abdery czy Arystoteles, na gruncie filozofii oraz medycyny próbowali dociec, co jest fundamentem szczęśliwego, satysfakcjonującego życia. Przyjąć zatem można, iż to co dla wspomnianych badaczy było „stanem szczęścia”, dziś określić można mianem wysokiej jakości życia.

² Jak zauważa D. Rybczyńska „[...] zainteresowanie jakością życia pojawiło się także w nauce, publicystyce i polityce społecznej krajów wysoko rozwiniętych jako kategoria krytyczna w stosunku do niekontrolowanego rozwoju ekonomicznego oraz konsumpcjonizmu, odbywającego się kosztem nieodwracalnej dewastacji i wyczerpywania się zasobów środowiska naturalnego, także pozostawała w sprzeczności z koncepcją humanizacji życia społecznego. Zgodnie z tą ideą człowiek i jego wartości, potrzeby i warunki do ich urzeczywistnienia stanowią podstawowy priorytet”, [w:] D. Rybczyńska, *Jakość życia pokolenia wstępującego*, Zielona Góra 1995, s. 16.

³ Mniej więcej w tym samym czasie, jakość życia stała się obiektem zainteresowania na gruncie nauk medycznych. Wówczas uświadomiono sobie, że „[...] w przypadku wielu chorób nieuleczalnych, pełne osiągnięcie celów medycznych nie zawsze jest możliwe, istotniejsze stają się cele pozamedyczne np. poprawa ogólnie pojętego komfortu życia chorego”, [w:] W. Pierzchała, M. Farnik-Brodzińska, *Jakość życia i jej ocena u chorych na astmę*, Katowice - Ligota 1997, s. 204.

które przypisać można do grupy pierwszej, zaliczyć można między innymi propozycje B. Suchodolskiego, T. Tomaszewskiego, L. Nordenfelta i S. Kowalika. Cechą charakterystyczną wspomnianych koncepcji jest fakt rozróżniania przez badaczy dwóch życiowych orientacji „mieć” i „być”.

Dla B. Suchodolskiego badania jakości życia powinny skupić się wokół prób odpowiedzi na pytanie „jakim być?” Zauważa on, iż genezy pojęcia poszukiwać można w dociekaniach jednego z przedstawicieli „Szkoły Krytycznej” – E. Fromma, który w swoich analizach przeciwstawiał dwa rodzaje jednostkowych życiowych motywacji, pragnienie istnienia rozumianego jako cel autoteliczny oraz pragnienia posiadania, które stanowić miało o jakości ludzkiej egzystencji⁴.

Według T. Tomaszewskiego, jakość życia utożsamiać można zarówno z jakością świata, jak i jakością człowieka. Wówczas jakość życia jest „[...] zespołem elementów występujących w różnych proporcjach i z różnym nasileniem, na które składają się: bogactwo przeżyć, poziom świadomości, poziom aktywności, twórczość i współuczestnictwo w życiu społecznym”⁵. Autor zwraca uwagę, iż wyróżnione kategorie w pewnym stopniu postrzegane mogą być jako uniwersalne miary jakości życia.

L. Nordenfelt jakość życia utożsamia z podmiotowym poznaniem i „emocjonalną recepcją świata”. W trakcie uczestnictwa w życiu społecznym aktor⁶ nieustannie odbiera i wysyła rozmaite komunikaty. Podczas wymian interakcyjnych, komunikaty te rodzą w nim rozmaite uczucia i doznania, które usytuować można na skali biegunowych opozycji: pozytywne – negatywne⁷.

S. Kowalik, podobnie jak L. Nordenfelt uważa, iż o jakości życia decyduje jakość jednostkowych, codziennych przeżyć, których źródła poszukiwać można w podmiotowym systemie poznawczym. Im większe „uzdolnienia kognitywne”, tym wyższa „zdolność przeżywania”, kumulowania przeżyć i ostatecznie przekształcania ich w doświadczenie życiowe, które oznaczać może wysoką jakość życia. I przeciwnie, im mniejsze jednostkowe zdolności poznawcze, tym niższa jakość życia.

⁴ Zdaniem Suchodolskiego, w opozycyjnych dyspozycjach „być” czy „mieć” odnaleźć można „[...] dwa odmienne rodzaje odniesienia do siebie i świata, dwa różne typy charakteru, które mając status pierwotny i wyróżniony określają odpowiednio całość ludzkiego myślenia, odczuwania i działania”, [w:] B. Suchodolski, *Wychowanie mimo wszystko*, Warszawa 1995, s. 23.

⁵ T. Tomaszewski, *Ślady i wzorce*, Warszawa 1976, s. 204.

⁶ Pojęcie „aktor społeczny” utożsamiane jest z koncepcją podmiotu.

⁷ W zależności od jednostkowej aktywności oraz stopnia rozwoju poznawczego, aktor doświadczać będzie, niezależnie od stopnia zaspokojenia potrzeb, rozmaitych emocji, które decydować będą o poziomie jakości jego życia. Innymi słowy, jeżeli jednostka przeżywać będzie emocje, które określić można jako pozytywne, jakość jej życia ocenić można jako wysoką, niezależnie od stopnia zaspokojenia podmiotowych potrzeb.

Druga grupa definicji związana jest z realizowaniem zadań, które określić należy mianem rozwojowych i życiowych. Do przedstawicieli tego nurtu zaliczyć można między innymi A. Bańkę oraz J. M. Raeburna i I. Rootmana. Według A. Bańki, najważniejszymi składnikami jakości życia są zadania rozwojowe i życiowe⁸. Zadania rozwojowe związane są z podmiotowym rozwojem osobistym – umiejętnością internalizowania i wypełniania społecznych oczekiwań zapisanych w dyspozycjach pełnienia określonych ról społecznych. Wówczas, gdy aktor utożsamia się z daną rolą, potrafił będzie ją pełnić w sposób zgodny ze społecznymi oczekiwaniami. Zadania życiowe natomiast realizują się między innymi na polu takich egzystencjalnych obszarów, jak miłość, szkoła czy praca. Zarówno zadania rozwojowe, jak i życiowe powodować mogą w podmiotowej biografii wiele rozmaitych kryzysów w trakcie których „[...] następuje intensywne doświadczanie jakości życia na kontinuum szczęście vs. nieszczęście, satysfakcja vs. dyssatisfakcja, sens życia vs. bezsens życia, integracja vs. alienacja etc.”⁹.

Zbliżoną definicję, mieszczącą się w obrębie drugiej grupy, zaproponowali J.M. Raeburn i I. Rootman, zdaniem których jakość życia mierzyć można stopniem spełnienia stawianych aktorowi zadań. Badacze jednocześnie podkreślają istotną rolę podmiotowej samorealizacji. Innymi słowy, im bardziej spełniona czuć się będzie jednostka, tym większe prawdopodobieństwo, iż oceni jakość swojego życia jako wysoką.

Trzecia grupa definicji to te definicje, które jakość życia utożsamiają ze stopniem zaspokojenia jednostkowych potrzeb. Zdaniem jednego z prekursorów analiz związanych z jakością życia A. Campbella, pojęcie to definiować należy, uwzględniając stopień satysfakcji między innymi z życia rodzinnego, zawodowego, stosunków międzysąsiedzkich, relacji towarzyskich, stanu zdrowia, sposobów spędzania czasu wolnego, zdobytego wykształcenia, wykonywanej profesji czy ogólnych standardów wpływających na jakość życia w obrębie danej wspólnoty lokalnej. Zauważyć zatem można, iż „czynniki” wyróżnione przez Campbella, które stanowić mają o niskiej bądź wysokiej jakości życia sytuować można w kategorii potrzeb.

Według A. Kalety, jakość życia obejmuje potrzeby, które jednostka „[...] uważa za najistotniejsze dla swojego życia oraz opinie na temat poziomu ich zaspokajania”¹⁰. Podkreśla on, iż pojęcie definiowane powinno być w odniesieniu do przyjętych przez badacza metod analiz. Pomostem po-

⁸ Podobną definicję jakości życia sformułowała N. Cantor, dla której jakość życia przekłada się na jakość realizowania zadań rozwojowych, które stawiane są aktorowi w trakcie kolejnych etapów jego rozwoju.

⁹ A. Bańka, *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych*, Poznań – Częstochowa 1995, s. 19.

¹⁰ A. Kaleta, *Jakość życia młodzieży wiejskiej*, Toruń 1988, s. 19.

między analizami jakości życia – niezależnie od zróżnicowań interdyscyplinarnych może być wskaźnik poziomu oraz „[...] stopień zaspokajania różnych potrzeb”¹¹.

R. Borowicz jakość życia, podobnie jak Kaleta definiuje jako stopień zaspokojenia rozmaitych potrzeb. Autor zauważa, że analiza poziomu deprivacji potrzeb stać się może „[...] próbą opisu świata życia oraz przestrzeni, w której funkcjonują ludzie, rozpatrując to, co obiektywne (mierzalne zewnętrznie), i co subiektywne (stan świadomości, zadowolenie)”¹². Zdaniem B. Gałęskiego „[...] o ile poziom życia odnosi się do stopnia zaspokojenia potrzeb, o tyle jego jakość do sposobu ich zaspokojenia”¹³. Potrzeby te wymieniony autor dzieli na obiektywne, subiektywne i behawioralne. W ramach potrzeb obiektywnych wyróżnia potrzeby bezwzględne i względne. Podobne koncepcje odnaleźć można u badaczy, którzy jakość życia sytuują w obrębie kategorii sensu życia. Przedstawicielem tego nurtu jest między innymi K. Obuchowski, który stwierdza, że pytania dotyczące sensu życia nie mają charakteru powszedniego, lecz pojawiają się w krytycznych momentach jednostkowej biografii (doświadczenie śmierci, choroby).

Jak zauważa K. Obuchowski, sens życia to „[...] potrzeba dorosłego człowieka polegająca na tym, że bez utworzenia własnej, abstrakcyjnej koncepcji życia, w której może się on pozytywnie spełniać do końca istnienia, nie jest możliwy rozwój jego osobowości”¹⁴. Poczucie „sensu życia” można zatem potraktować jako specyficzną potrzebę, jako zbiór dyspozycji i motywacji, których fundamentem są podmiotowe wartości, przekonania, sądy oraz wyobrażenia. Z jednej strony pozwalają one aktorowi stawiać życiowe cele, z drugiej zaś zawierają zestaw wskazówek umożliwiających ich realizowanie. Zbliżoną perspektywę prezentuje A. Michalos. O ile jednak Obuchowski jakość życia utożsamia z możliwością nadania życiu sensu, o tyle Michalos podkreśla, że badany indywidualnie powinien określić obszary życiowej aktywności, które są dla niego najbardziej istotne. Wówczas jakość życia analizować można na podstawie „teraźniejszych” preferencji badanego¹⁵.

¹¹ Ibidem, s. 19.

¹² R. Borowicz, *Równość i sprawiedliwość społeczna*, Warszawa 1988, s. 53.

¹³ B. Gałęski, *Styl życia i jakość życia – próba systematyzacji pojęć*, „Studia Socjologiczne” 1977, nr 1, s. 44.

¹⁴ K. Obuchowski, *Galaktyka potrzeb – psychologia dążeń ludzkich*, Poznań 2000, s. 256.

¹⁵ A. Michalos podkreśla, że to, co stanowiło wartość dla respondenta jakiś czas temu, obecnie takiej wartości przedstawiać nie musi. Postuluje zatem, aby z jednej strony „definicji sytuacji” odnośnie do najbardziej istotnych „fragmentów podmiotowego świata” dokonywał sam badany, z drugiej zaś – konieczność jej rozpatrywania, uwzględniając swoiste biograficz-

Czwarta grupa definicji podkreśla znaczenie w definicjach jakości życia, po pierwsze, wskaźników subiektywnych i obiektywnych, po drugie zaś postuluje połączenie tych miar z oceną stopnia zaspokojenia rozmaitych potrzeb. Dla Z. Ratajczak kryterium obiektywne to takie kryterium, gdzie „[...] określenie poziomu życia danej jednostki jest możliwe poprzez określenie stosunku jej potrzeb do stanu zasobów otoczenia pozwalających na ich zaspokojenie”, natomiast w subiektywnym o poziomie „[...] jakości życia człowieka świadczą stany psychiczne towarzyszące mu w procesie zaspokajania potrzeb, będące wynikiem poznawczej oceny relacji między sobą i otoczeniem, oceny własnych osiągnięć, porażek oraz oceny szans realizacji swoich dążeń, pragnień i celów życiowych”¹⁶. Wtedy też, oceny jakości życia dokonywać należy, biorąc pod uwagę stan zaspokojenia potrzeb podstawowych, do których autor zalicza zdrowie oraz poziom zaspokojenia potrzeb materialnych, takich jak na przykład wyżywienie czy mieszkanie.

J. Czapiński, definiując jakość życia, proponuje z jednej strony wyróżnić jej subiektywne i obiektywne kryterium, a z drugiej – analizować stan zaspokojenia rozmaitych potrzeb wpływających na poczucie dobrostanu lub szczęścia. Autor ten dzieli wskaźniki poczucia szczęścia (stopnia zaspokojenia potrzeb) na obiektywne i subiektywne.

Obiektywne miary obejmują warunki życia całych zbiorowości, które znajdują odzwierciedlenie we wskaźnikach, takich jak stopa samobójstw, poziom zanieczyszczenia środowiska czy też dynamika PKB. Innymi słowy są to warunki życiowe konkretnych aktorów czy też całych grup w sensie materialnym czy zdrowotnym, które zarazem podlegają społecznie uzgodnionym kryteriom wartościowania (dobre – złe, lepsze – gorsze, pożądane – niepożądane). Subiektywne poczucie jakości życia odnosi się z kolei przede wszystkim do indywidualnych kryteriów wartościowania. Zdaniem J. Czapińskiego miary subiektywne obejmują „[...] oceny życia oraz poszczególnych jego aspektów, doświadczane indywidualnie wydarzenia stresowe i problemy z adaptacją psychiczną, system wartości i inne cechy osobowości warunkujące postawę wobec życia, aktywność życiową i zdolność przystosowania się do zmiany społecznej”¹⁷.

Jak można zauważyć, w ostatnich latach zaznacza się tendencja do przypisywania większej roli wskaźnikom subiektywnym. Cechą charakterystyczną tych miar jest fakt odzwierciedlania nie tyle obiektywnie istnieją-

ne kryterium temporalne, określające stopień istotności rozmaitych podmiotowych wartości (na kontinuum czas przeszły – czas teraźniejszy).

¹⁶ Z. Ratajczak cytowany [w:] D. Rybczyńska, *Subiektywny obraz świata i obraz siebie jako kategorie pomiaru jakości życia osób bezrobotnych oraz ich oczekiwania wobec Klubu Pracy*, Poznań – Częstochowa 1995, s. 34.

¹⁷ J. Czapiński, *Diagnoza społeczna 2000*, Warszawa 2000, s. 68.

cego „status quo” analizowanych zjawisk, ile raczej „definicji sytuacji” dokonywanej przez samych badanych. Wtedy też tak zdefiniowana jakość życia, utożsamiana może być ze zbiorem pewnych czynników, warunków i elementów, które w dialektycznej relacji określają jednostkowy sposób życia. Pośród tych warunków wskazać można np. na umiejętności psychospołeczne aktora, które wpływają na możliwość osiągnięcia wyznaczonych przez niego celów i przez to – na niskie bądź wysokie poczucie jakości życia.

Aby krótko podsumować, stwierdzić należy, iż przedstawiciele nauk społecznych dotychczas nie opracowali przyjmowanej przez wszystkich „bez zastrzeżeń” definicji jakości życia. Autorzy starają się raczej sugerować pojęcie konceptualizacji, biorąc wówczas pod uwagę kontekst jego użycia oraz cel prowadzonych badań.

KONCEPCJA FUNKCJI EMOCJONALNO-EKSPRESYJNEJ

Podobnie jak w wypadku definicji pojęcia jakości życia, dotychczas na gruncie nauk społecznych nie powstała, „akceptowana” przez wszystkich autorów koncepcja funkcji emocjonalno-ekspresyjnej. Jeżeli jednak przyjąć, iż uczestnictwo w życiu rozmaitych grup społecznych umożliwia jednostkom realizowanie podmiotowych potrzeb, to z jednej strony scharakteryzowanie tych potrzeb, z drugiej zaś – odniesienie ich do konkretnych obszarów życia grupy pomóc może precyzyjnie określić istotę oraz zakres funkcji emocjonalno-ekspresyjnej. Zdaniem M. Ziemskiej funkcja emocjonalno-ekspresyjna związana jest z zaspokajaniem takich potrzeb, jak „potrzeba poczucia bezpieczeństwa, poczucia stabilizacji, oddźwięku emocjonalnego, poczucia przynależności, możliwości wymiany uczuć, a także stwarza warunki do rozwoju osobowości swych członków”¹⁸. Zbliżoną koncepcję przyjmuje F. Jakubczak, dla którego funkcja emocjonalno-ekspresyjna charakteryzuje więzi uczuciowe „[...] pomiędzy członkami grupy oraz poczucie intymności, ostoji duchowej i ekspresji cech osobowościowych”¹⁹. Natomiast dla J. Turowskiego, za pośrednictwem funkcji emocjonalno-ekspresyjnej²⁰, grupa, którą autor określa mianem pierwotnej zyskuje „[...]

¹⁸ M. Ziemska, *Przemiany funkcji rodziny a socjalizacja młodego pokolenia*, „Studia Socjologiczne” 1978, nr 3, s. 21.

¹⁹ F. Jakubczak, *Kształtowanie się integracyjno-ekspresyjnej funkcji rodziny wiejskiej*, „Roczniki Socjologii Wsi” 1964, Tom 2, s. 45.

²⁰ Podkreślić należy, iż autorzy używają różnych nazw funkcji ekspresyjno-emocjonalnej. Tak też M. Ziemska wspomniane pojęcie określa mianem funkcji psychohigienicznej, natomiast F. Jakubczak, podobnie jak J. Turowski używa określenia funkcji integracyjno-ekspresyjnej (wzajemnej adaptacji).

możliwość wzajemnego kształtowania osobowości, emocjonalnego oddziaływania, najczęstszego i wspólnego przebywania, spędzania wolnego czasu, odpoczynku itp.”²¹.

Z. Tyszka funkcję emocjonalno-ekspresyjną sytuuje w kategorii potrzeb, których zaspokajanie umożliwia uczestnictwo w życiu grupy. Wspomniana koncepcja obejmuje zatem „[...] najistotniejsze emocjonalne potrzeby członków rodziny oraz potrzebę wyrażania swej osobowości”²². Jak stwierdza on, realizowanie funkcji emocjonalno-ekspresyjnej przez grupę pierwotną przejawia się poprzez możliwość zaspokajania potrzeb emocjonalnych, takich jak potrzeba więzi intelektualnej i uczuciowej, potrzeba wzajemnego intymnego kontaktu oraz konieczność zapewnienia poczucia bezpieczeństwa (wsparcia i opieki). Pomimo że Z. Tyszka funkcję emocjonalno-ekspresyjną łączy z instytucją rodziny, to jak się wydaje, występuje ona niemalże w każdej grupie pierwotnej, która umożliwia „bezpośrednie podmiotowe uczestnictwo” i zaspokajanie w jej ramach określonych potrzeb. Jeżeli ponadto przyjąć za A. Kotlarską-Michalską, że funkcja rodziny pierwotnej to „[...] zespół postaw, zadań, działań, oddziaływań wzajemnych i ich skutków”²³ to grupa terapeutyczna, w pewnym stopniu, przez dłuższy bądź krótszy czas może przejąć zadania rodziny i tym samym umożliwić zaspokajanie potrzeb, które jednocześnie spełniają kryteria definicyjne funkcji emocjonalno-ekspresyjnej. Wówczas dzięki partycypowaniu w życiu grup Anonimowych Alkoholików, jak również – grup realizujących programy terapeutyczne w Poradniach Leczenia Uzależnień, aktor zyskuje możliwość zaspokojenia takich potrzeb jak „[...] potrzeba bezpieczeństwa, potrzeba bliskiego kontaktu i przebywania z drugim człowiekiem, potrzeba akceptacji, potrzeba bycia kochanym, potrzeba kochania, potrzeba samorealizacji, potrzeba kontaktu intelektualnego”²⁴.

Aby precyzyjnie zbadać „stopień realizowania” przez daną grupę funkcji emocjonalno-ekspresyjnej pojęcie rozpatrywać należy zdaniem I. Taranowicz w kontekście konkretnych grupowych działań. Wtedy też, w wypadku zaspokajania potrzeby bezpieczeństwa, funkcja emocjonalno-ekspresyjna przejawiać się może poprzez okazywanie aktorowi zainteresowa-

²¹ J. Turowski, *Struktura i funkcje rodziny a teoria rodziny nuklearnej*, [w:] J. Komorowska (red.), *Przemiany rodziny polskiej*, Warszawa 1975, s. 246.

²² Z. Tyszka, *Z metodologii badań socjologicznych nad rodziną*, Poznań 1991, s. 68.

²³ A. Kotlarska-Michalska, *Funkcja opiekuńczo-zabezpieczająca wielkomięjskich rodzin pracowniczych*, Poznań 1990, s. 14.

²⁴ I. Taranowicz, *Realizacja funkcji emocjonalno-ekspresyjnej na przykładzie rodzin młodych pracowników nauki*, Poznań 1990, s. 190, [w:] Z. Tyszka (red.), *Analiza wybranych funkcji rodzin wielkomięjskich*, Poznań 1990. Potrzeba bycia kochanym jak i potrzeba kochania w wypadku analizy funkcji emocjonalno-ekspresyjnej spełnianej przez grupy terapeutyczne zostanie pominięta.

nia jego samopoczuciem fizycznym, jak i psychicznym oraz ogólnie rozumiane zaangażowanie emocjonalne – poufałą rozmowę i dzielenie się doświadczeniem, a także odpowiednie w stosunku do zaistniałej sytuacji gesty (będące na przykład wyrazem zrozumienia). Potrzeba bliskiego kontaktu wyrażać się może poprzez wspólne spędzanie czasu, gotowość udzielenia wsparcia bądź celebrowanie ważnych wydarzeń (na przykład pierwsza rocznica abstynencji zdrowiejącego).

Jedną z najistotniejszych potrzeb w wypadku grup terapeutycznych wydaje się być potrzeba podmiotowej akceptacji. Istotne jest, aby grupa zaakceptowała nie tylko prezentowane na społecznej scenie przez aktora aspekty osobowości, ale również role, które on w grupie pełni – na przykład rolę neofity, dyżurnego w grupach AA (do którego należy przygotowanie literatury, zaparzenie kawy i tym podobne) czy też rolę o znacznie wyższym statusie – rzecznika grupy (dba, aby spotkanie AA przebiegało zgodnie z zasadami Programu 12 Kroków i w myśl 12 Tradycji).

Potrzeba bycia kochanym, jak i potrzeba kochania w wypadku analizy funkcji emocjonalno-ekspresyjnej spełnianej przez grupy terapeutyczne zostanie pominięta, wydaje się bowiem, iż jest ona zaspokajana przede wszystkim na gruncie rodziny pierwotnej. Dwie ostatnie potrzeby wskazane przez I. Taranowicz, to potrzeba samorealizacji oraz potrzeba kontaktu intelektualnego. Do „obowiązków” grupy związanych z podmiotową samorealizacją zaliczyć można rozwijanie zdolności samodzielnego rozwiązywania rozmaitych problemów, natomiast do działań związanych z potrzebą kontaktu intelektualnego wskazać można choćby na rozmowy dotyczące konkretnych tematów związanych z trudami „życia na trzeźwo” (dzielenie się własnym doświadczeniem w tym zakresie, pomoc przy wyborze sponsora – osoby, która w AA jest „duchowym” opiekunem i przewodnikiem nowicjusza).

Czasowe czy też zastępcze realizowanie potrzeb przez grupy terapeutyczne, potrzeb których aktor w początkowym okresie leczenia z reguły nie może realizować na gruncie rodziny pierwotnej, wydaje się być właśnie szczególną domeną grup trzeźwiejących alkoholików. Bliskie relacje łączące członków rodziny z reguły uniemożliwiają chwilową choćby „separację” od urazów i krzywd doznanych ze strony chorego, co stanowić może poważną przeszkodę w „drodze do trzeźwości”. Innymi słowy, w początkowym okresie leczenia to przede wszystkim w grupach terapeutycznych aktor liczyć może na empatię, współodczuwanie i zrozumienie.

Stwierdzić zatem należy, iż podobnie jak do zadań rodziny pierwotnej, tak też do grup wsparcia należy zaspokajanie potrzeb w ramach funkcji emocjonalno-ekspresyjnej, takich jak: potrzeba intymnej, poufalej więzi; potrzeba szacunku, akceptacji oraz wzajemnego zrozumienia; potrzeba ekspresji emocji oraz potrzeba rozwoju i doskonalenia podmiotowej oso-

bowości. Zatem przyjąć można, iż funkcja emocjonalno-ekspresyjna grup terapeutycznych wyraża się poprzez zadania i działania tej grupy, które jednocześnie umożliwiają zaspokajanie następujących potrzeb: bezpieczeństwa i akceptacji, empatii oraz zrozumienia (przejawiającej się za pośrednictwem kontaktu z innymi zdrowiejącymi) oraz samorealizacji. Zauważyć ponadto można, iż badanie oceny poczucia jakości życia oraz stopnia realizowania potrzeb w perspektywie funkcji emocjonalno-ekspresyjnej (na gruncie grup terapeutycznych w Poradniach Leczenia Uzależnień, jak też grupach AA) sytuować można na wspólnym fundamencie, jakim jest koncepcja potrzeb²⁵.

PROBLEMY I CELE BADAWCZE

Ocenę poczucia jakości życia oraz stopnia realizacji funkcji emocjonalno-ekspresyjnej analizowano w kontekście czterech podstawowych grup zagadnień (w nawiasie umieszczono potrzeby których stopień zaspokojenia mierzono w ramach funkcji emocjonalno-ekspresyjnej). Pierwsza objęła takie szczegółowe aspekty, jak: samoocena stanu zdrowia, sprawności fizycznej, samopoczucia emocjonalnego, zapytano ponadto o motywy podjęcia leczenia (potrzeba intymnej, poufalej więzi, potrzeba wspólnego spędzania czasu oraz potrzeba dzielenia się doświadczeniem związanym z leczeniem); druga grupa to ocena relacji międzyludzkich oraz poczucie własnej niezależności (potrzeba szacunku, akceptacji oraz wzajemnego zrozumienia); do trzeciej zaliczono rozwój osobisty (potrzeba ekspresji i samorealizacji oraz doskonalenia podmiotowej osobowości), a do czwartej takie aspekty koncepcji, jak poczucie skuteczności funkcjonowania Wspólnoty AA i Poradni Leczenia Uzależnień (potrzeba wsparcia – możliwość uzyskania pomocy) oraz globalną ocenę własnego życia dokonaną przez trzeźwiących alkoholików.

²⁵ Potrzeby bezwzględne to te, bez zaspokojenia których ludzki organizm przestalby prawidłowo funkcjonować. W skrajnych przypadkach ich deprivacja, np. brak pokarmu, wody czy powietrza, prowadzić może do śmierci. Potrzeby te wynikają z biologicznej struktury organizmu ludzkiego i najczęściej jawią się aktorowi jako „oczywiste” i bezwarunkowe. Potrzeby bezwzględne postrzegane są przez jednostkę z reguły jako jej potrzeby subiektywne, które pojawiają się bezrefleksyjnie – bez udziału jej świadomości. Brak zaspokojenia potrzeb względnych w odróżnieniu od potrzeb bezwzględnych nie musi prowadzić do załamania się struktury anatomicznej organizmu. Podobnie jednak jak potrzeby bezwzględne, potrzeby względne zaistnieć mogą na poziomie świadomym w sposób równie bezrefleksyjny i niezależny od podmiotowej woli.

Przyjęto dwie definicje operacyjne. Zgodnie z pierwszą jakośc życia trzeźwiejących alkoholików²⁶ to subiektywna ocena stopnia zaspokojenia potrzeb w procesie (trzeźwienia) zdrowienia, zgodnie zaś z drugą, funkcja emocjonalno-ekspresyjna to stopień realizacji potrzeb: intymnej więzi; akceptacji oraz wzajemnego zrozumienia; ekspresji emocji oraz rozwoju i doskonalenia podmiotowej osobowości.

Ogólnie rzecz biorąc, celem badań empirycznych była ocena jakości życia zdrowiejących w perspektywie podjętej przez badanych terapii (programy terapeutyczne Poradni Leczenia Uzależnień versus oddziaływania Wspólnoty AA), jak również próba ustalenia czy i w jakim zakresie grupy terapeutyczne (AA bądź na gruncie Poradni Leczenia Uzależnień) zaspokajają potrzeby trzeźwiejących alkoholików w ramach funkcji emocjonalno-ekspresyjnej.

NARZĘDZIE BADAWCZE I PRZEBIEG BADAŃ

W badaniach posłużono się metodą monograficzną – zastosowano technikę ankiety oraz technikę niekontrolowanej obserwacji uczestniczącej, narzędziem zaś został kwestionariusz. Technika niekontrolowanej obserwacji uczestniczącej umożliwiła poznanie nieformalnych relacji w grupach samopomocowych Wspólnoty Anonimowych Alkoholików. Podkreślić należy, iż jedno spośród czterech spotkań w miesiącu każdej grupy poznańskiego AA (których na terenie Poznania funkcjonuje łącznie ponad 40) jest spotkaniem otwartym, w którym uczestniczyć może – posługując się terminologią goffmanowską – każdy „normals” (osoba nieuzależniona). Zatem planując uczestnictwo w spotkaniach różnych grup, każdego dnia badacz miał możliwość partycypowania w „mitingu otwartym”, ustrzegając się tym samym konieczności konstruowania „fałszywej tożsamości”. Z etycznego punktu widzenia, zabieg taki pozwolił uniknąć pogwałcenia praw członków wspólnoty do przebywania tylko i wyłącznie z innymi chorymi. W okresie

²⁶ Przez uzależnienie od alkoholu należy rozumieć „zespół zaburzeń psychicznych i somatycznych z naprzemiennie występującymi okresami zaostrzeń (ciągi picia) i remisji (abstynencja). Uzależnienie od alkoholu jest zatem typowym schorzeniem przewlekłym i nawracającym. Złożony jego charakter może obejmować zarówno cechy zależności somatycznej („fizycznej”), jak i „psychicznej”. E. Koroś, P. Bieńkowski, W. Kostowski, *Od motywacji do nagrody – eksperymentalne modele głodu i nawrotów picia alkoholu etylowego*, [w:] *Alkoholizm i narkomania*, Tom XXIV, Warszawa 2001, s. 2. Zdrowienie natomiast to proces, który podzielić można na dwie zasadnicze części. Z jednej strony są to oddziaływania terapeutyczne dokonywane na gruncie Poradni Leczenia Uzależnień, z drugiej zaś jest nim uczestnictwo we Wspólnocie Anonimowych Alkoholików. Oba rodzaje terapii mogą być podejmowane jednocześnie w tym samym czasie.

trwania obserwacji uczestniczącej²⁷ autor miał okazję brać udział w „zwykłych spotkaniach” grup AA oraz w następujących wydarzeniach związanych z działalnością ruchu: 10 rocznica świadomej abstynencji Piotra AA (18.09.2007 – grupa Magma 6), 7 rocznica świadomej abstynencji Jurka AA (11.11.2007 – grupa Sołacz, ulica Podlaska) oraz spotkaniu świątecznym grupy Lustro (przy klinice Psychiatrii AM, ulica Szpitalna 27/33 – 23.12.2007). Łącznie z Anonimowymi Alkoholikami autor spędził ponad 200 godzin (w trakcie 3 miesięcy). Spotkania terapeutyczne, w których uczestniczyli pacjenci poradni były spotkaniami zamkniętymi, jedyną możliwością kontaktu były krótkie rozmowy przed rozpoczęciem – i na końcu każdego dnia zajęć. Zaznaczyć należy, iż pacjenci poradni zgadzali się na przystąpienie do badań niechętnie i odnosili się do osoby realizującej badania z dużą rezerwą.

Przed realizacją badań empirycznych przeprowadzono pilotaż, którego celem było sprawdzenie skonstruowanego narzędzia badawczego oraz przekonanie się, czy zawarte w kwestionariuszu ankiety pytania są dla respondentów zrozumiałe. Badania pilotażowe odbyły się 11 stycznia 2008 roku w Klubie Abstynenta mieszczącym się w Klubie Trzeźwości na alejach Marcinkowskiego w Poznaniu w późnych godzinach popołudniowych, kiedy w klubie znajduje się największa liczba jego bywalców. Do badań pilotażowych zakwalifikowano 10 trzeźwiejących alkoholików, spośród których siedmiu zadeklarowało przynależność do Ruchu AA, reszta zaś – uczestniczących w pilotażu badanych twierdziła, iż leczy się głównie w Poradni Leczenia Uzależnień. Ostatecznie wybrano do badań pilotażowych: trzy osoby w wieku 20 – 30 lat, trzy osoby w wieku 31 – 40 lat oraz cztery osoby w wieku powyżej 40 lat. Pilotaż potwierdził, że narzędzie badawcze zbudowane jest prawidłowo, a pytania są dla respondentów zrozumiałe. Po realizacji pilotażu dokonano celowo – losowego doboru próby. Wielkość próby początkowo została określona na 120 osób, w tym 60 osób – trzeźwiejących alkoholików deklarujących przynależność do Ruchu AA oraz 60 osób – trzeźwiejących alkoholików leczących się głównie w Poradni Leczenia Uzależnień.

Ostatecznie zbadano 112 respondentów – 70 Anonimowych Alkoholików oraz 42 pacjentów poradni. Korekta założeń co do liczby pacjentów poradni została wprowadzona ze względu na trudności wynikające z samej specyfiki i natury empirycznych badań społecznych – niektórzy z badanych kwestionowali anonimowość kwestionariusza i w związku z tym nie zgodzili się na przystąpienie do projektu. Dalsze trudności wyniknęły przy werbowaniu chętnych do wzięcia udziału w badaniach. Realizacja badań

²⁷ „Zakres i gruntowność naszej wiedzy oraz cele, do których dążymy – wszystko to determinuje kierunek naszej selektywnej obserwacji”, [w:] H. Mendras, *Elementy socjologii*, Wrocław 2001, s. 55.

empirycznych trwała od 12 lutego do 25 marca 2008 roku. Dzięki życzliwości osób pracujących w Poradniach Leczenia Uzależnień na terenie Poznania oraz dzięki uprzejmości pacjentów, a także dzięki zaangażowaniu Anonimowych Alkoholików skupionych w poznańskim Ruchu AA, realizacja badań odbyła się sprawnie i bez zakłóceń.

PREZENTACJA WYNIKÓW BADAŃ

Prezentacja wyników badań podzielona została na cztery podstawowe grupy zagadnień. Do grupy pierwszej zaliczono samoocenę stanu zdrowia, sprawności fizycznej, samopoczucia emocjonalnego, zapytano ponadto o motywy podjęcia leczenia. W odniesieniu do możliwości zaspokajania potrzeb przez grupy zwracano uwagę na potrzebę intymnej, poufalej więzi, potrzebę wspólnego spędzania czasu oraz potrzebę dzielenia się doświadczeniem związanym z leczeniem. Druga grupa zagadnień uwzględnia ocenę relacji międzyludzkich oraz poczucie niezależności badanych, zwrócono ponadto uwagę na takie potrzeby, jak potrzeba szacunku, akceptacji oraz wzajemnego zrozumienia. Do grupy trzeciej zaliczono takie zagadnienia jak: ocenę możliwości rozwoju osobistego (potrzeba ekspresji i samorealizacji oraz doskonalenia podmiotowej osobowości), zaś do grupy czwartej: poczucie skuteczności funkcjonowania Wspólnoty AA i Poradni Leczenia Uzależnień (potrzeba wsparcia – możliwość uzyskania pomocy) oraz globalną ocenę własnego życia.

Pierwsza grupa zagadnień: Samoocena stanu zdrowia, sprawności fizycznej oraz samopoczucia emocjonalnego – motywy podjęcia leczenia (potrzeba intymnej, poufalej więzi, potrzeba wspólnego spędzania czasu oraz potrzeba dzielenia się doświadczeniem)

Dla większości badanych, zarówno Anonimowych Alkoholików jak i pacjentów poradni, najważniejszym czynnikiem, który skłonił ich do podjęcia leczenia był stan zdrowia fizycznego. Drugim pod względem istotności czynnikiem, który skłonił członków Ruchu AA do podjęcia leczenia okazało się samopoczucie psychiczne²⁸.

Niezależnie od posiadanego wykształcenia do podjęcia leczenia badanych motywował ich stan zdrowia fizycznego. Dla respondentów z wy-

²⁸ Czynniki ten natomiast nie miał wpływu na podjęcie decyzji o leczeniu żadnego spośród pacjentów poradni.

kształceniem mniej niż średnim istotnym czynnikiem okazała się być rodzina oraz jej sytuacja materialna, natomiast dla trzeźwiejących mających wykształcenie średnie oraz wyższe, ważniejszym czynnikiem od rodziny i jej sytuacji materialnej był stan zdrowia psychicznego. Wszyscy Anonimowi Alkoholicy oraz zdecydowana większość pacjentów poradni stwierdzali, iż kontynuują leczenie. Świadczyć to może z jednej strony o zyskaniu świadomości zagrożeń (w wymiarze fizycznym, jak i psychospołecznym) wynikających z nieleczenia choroby, z drugiej zaś zaznacza się interesująca tendencja do pozostawania wiernym instytucji „pierwszej pomocy”. Zarówno jedna, jak i druga grupa unikała kontaktu z innymi, poza deklarowanymi formami pomocy (Poradnia Leczenia Uzależnień lub AA).

Członkowie AA, którzy zgłaszali dobrowolny akces do wspólnoty, podkreślali znaczenie „wolnego wyboru”, który jednoznaczny był dla nich z większą skutecznością leczenia²⁹. Pacjenci poradni, pomimo że uczestnictwo w spotkaniach AA jest zalecane przez terapeutów, unikali kontaktu z ruchem, ograniczając się jedynie do uczestniczenia w terapii oraz spotkań z psychologiem i psychiatrą. Prawie wszyscy Anonimowi Alkoholicy (97,1%) oraz większość pacjentów poradni (83,3%) odczuwali potrzebę leczenia choroby alkoholowej. Uzasadniając konieczność leczenia, pacjenci poradni stwierdzali: „jest to choroba nieuleczalna” bądź wskazywali na „lęk przed nawrotem”. Anonimowi Alkoholicy decyzję podjęcia leczenia uzasadniali najczęściej: bezsilnością wobec choroby („jestem bezsilny wobec alkoholu”), jej permanentnym charakterem („nie leczona choroba powraca”, „tylko praca nad sobą wśród osób, które znają chorobę gwarantuje wyzdrowienie”) bądź też chęcią rozwoju i samodoskonalenia („aby rozwijać się i kształtować”, „czuję ciągłą potrzebę pracy nad sobą”).

Wypowiedzi obu badanych grup zdecydowanie się od siebie różniły, co wskazywać może na odmienne rodzaje motywacji podjęcia leczenia. Pacjenci częściej, w odróżnieniu od Anonimowych Alkoholików, motywowani byli lękiem przed konsekwencjami natury instytucjonalnej – utratą pracy, konsekwencjami prawnymi bądź zagrożeniem utraty rodziny, Anonimowi Alkoholicy natomiast podkreślali, możliwość „podmiotowego” wyboru. Rysuje się zatem wyraźny podział ze względu na charakter motywacji pod-

²⁹ Jeden z respondentów podkreślał, iż w AA pozostał przede wszystkim ze względu na nieformalne struktury ruchu, które pozwoliły mu odczuć, iż do niczego nie jest przymuszany. „Na pierwszym mityngu czekałem tylko na jeden moment – jak założą mi kartotekę, wtedy trzasnę drzwiami i wyjdę. Nikt jednak niczego ode mnie nie chciał, powiedziano mi, że w każdej chwili mogę wyjść, jeżeli nie będzie mi się podobać. Byłem w szoku, wszędzie dotąd mnie oceniano i do czegoś przymuszano. Pierwszy raz w życiu poczułem, że sam mogę decydować. Pozostawiono mi wybór – mogę zostać i posłuchać albo iść się napić. I dlatego zostałem. Jestem w tym ruchu już przeszło 15 lat i nadal uważam, że jest to najlepsza rzecz, jaka mi się w życiu zdarzyła”.

jęcia leczenia. Połowa badanej próby Anonimowych Alkoholików zgadzała się całkowicie lub w dużym stopniu ze stwierdzeniem, iż na ogół czuła się lepiej fizycznie niż psychicznie. Z kolei dwie trzecie pacjentów poradni z tym stwierdzeniem zgadzało się częściowo³⁰.

Prawie połowa badanych uczestników grup AA czuła się całkowicie zdrowa fizycznie i cieszyła się dobrym samopoczuciem. Podobne zdanie na ten temat miał co trzeci pacjent poradni. W porównaniu do członków Wspólnoty AA, większa liczba pacjentów poradni uskarżała się na dolegliwości bólowe; czuła się zmęczona, wyczerpana, bez energii; była przygnębiona, smutna – bez chęci do życia oraz była bardzo mocno zdenerwowana.

Jak wynika z powyższego zestawienia, w porównaniu z pacjentami poradni Anonimowi Alkoholicy czuli się lepiej i odczuwali mniej dolegliwości psychofizycznych. W zdecydowanej większości nie odczuwali oni również zakłóceń w codziennym funkcjonowaniu związanych ze zdrowiem. Podobnie kształtowały się wypowiedzi pacjentów, jednak w większym stopniu aniżeli Anonimowi Alkoholicy odczuwali oni utratę kontroli nad biegiem ważnych spraw życiowych³¹.

Członkowie Ruchu AA zgadzali się ponadto ze stwierdzeniem, iż na ogół czuli się lepiej fizycznie niż psychicznie, natomiast pacjenci w dużym stopniu utożsamiali się ze stwierdzeniem, że ich zdrowie może się wkrótce pogorszyć. Anonimowi Alkoholicy skłonni byli oceniać aspekty swojego życia związane z subiektywną oceną stanu zdrowia, sprawności fizycznej oraz samopoczucia emocjonalnego wyżej aniżeli pacjenci poradni. W opinii badanych Ruch AA w dużym stopniu zapewniał im możliwość zaspokajania potrzeb: intymnej, poufalej więzi; wspólnego spędzania czasu oraz dzielenia się doświadczeniem związanym z leczeniem. Jak podkreślali Anonimowi Alkoholicy, mniejsze odczuwanie dolegliwości psychofizycznych wynikało z faktu, iż każdego dnia mieli możliwość uczestniczenia w spotkaniach wspólnotowych, w trakcie których mogli pozbyć się swoich niepokojów i lęków związanych z trudami dnia codziennego oraz zyskać wsparcie emocjonalne, które jest szczególnie istotne w pierwszym okresie leczenia choroby.

³⁰ Ogółem trzeźwiejący alkoholicy z większością sformułowań dotyczących stanu ich zdrowia (na ogół czuje się lepiej fizycznie niż psychicznie; obecny stan mojego zdrowia jest lepszy niż przed rokiem; jestem osobą zdrowszą niż inni, których znam; jestem osobą bardziej podatną na zachorowanie niż inni; podejrzewam, iż moje zdrowie może się wkrótce pogorszyć) zgadzali się częściowo.

³¹ Kobiety zdecydowanie częściej niż mężczyźni odczuwały zakłócenia związane z wykonywaniem: obowiązków zawodowych lub w gospodarstwie domowym; w kontaktach z najbliższymi oraz w funkcjonowaniu w takim stopniu, które powodowało uczucie utraty kontroli nad biegiem ważnych spraw życiowych.

Pacjenci poradni, w odróżnieniu od Anonimowych Alkoholików na takie wsparcie liczyć nie mogli, częstokroć wskazywali, iż pomoc uzyskać mogli w ograniczonym zakresie – w ściśle określonych formach i godzinach – stąd prawdopodobnie w większym stopniu odczuwali utratę kontroli nad biegiem ważnych spraw życiowych. Pacjenci zaznaczali ponadto, iż częstokroć zdarzały się sytuacje, kiedy potrzebowali pomocy, a psycholog czy instruktor terapii nie mógł jej udzielić, bowiem swój czas zmuszony był poświęcić innemu pacjentowi. Grupa terapeutyczna konstituowana z pacjentów poradni nie spełniała również takiej roli jak grupy AA, które cechowała otwartość, ufność, chęć niesienia pomocy i dzielenia się własnym doświadczeniem. Innymi słowy, istniejącą w Ruchu AA sieć wsparcia utożsamiać można z „obecnością” więzi emocjonalno-ekspresyjnej. W razie poczucia zagrożenia (nawrotu choroby) zdrowiejący zwracali się z prośbą o pomoc do innych chorych – uczestników życia wspólnotowego, i ją otrzymywali (w dużym stopniu będąc usatysfakcjonowani stopniem zaspokojenia potrzeb intymnej, poufalej więzi; wspólnego spędzania czasu oraz dzielenia się doświadczeniem związanym z leczeniem). W odróżnieniu od Anonimowych Alkoholików pacjenci nie kontaktowali się z sobą poza ściśle określonymi czasowo i przestrzennie spotkaniami na terapii i tym samym, jak stwierdzali, grupa terapeutyczna nie zaspokajała ich potrzeb w takim stopniu, jakiego by oni oczekiwali.

Druga grupa zagadnień: Ocena relacji międzyludzkich oraz poczucie niezależności (potrzeba szacunku, akceptacji oraz wzajemnego zrozumienia)

Do grona swoich znajomych i przyjaciół Anonimowi Alkoholicy najczęściej zaliczali „i trzeźwiejących alkoholików, i nieuzależnionych, ale więcej trzeźwiejących alkoholików”. Najczęstszym wskazaniem pacjentów poradni okazała się odpowiedź, zaliczająca do grona przyjaciół i znajomych „także osoby inne niż trzeźwiejący alkoholicy i nieuzależnieni”. Zauważyć więc można, iż respondenci leczący się w poradniach zachowywali duży dystans do różnych aspektów związanych ze swoją chorobą, w przeciwieństwie do członków Wspólnoty AA, którzy w dużym stopniu identyfikowali się z Ruchem AA oraz czuli się akceptowani przez innych jego uczestników. Anonimowi Alkoholicy najczęściej oceniali możliwość uzyskania pomocy materialnej ze strony własnej rodziny oraz od przyjaciół i znajomych jako przeciętną, wysoką lub bardzo wysoką, a możliwość uzyskania pomocy ze strony odpowiednich instytucji miejskich; ze strony organizacji społecznych oraz społeczności parafialnej jako przeciętną, niską i bardzo niską. Pacjenci

poradni możliwość uzyskania pomocy, zarówno ze strony swoich bliskich, jak i z zewnątrz określali jako przeciętną, niską i bardzo niską³².

Anonimowi Alkoholicy większe znaczenie przywiązywali do nieformalnych, osobistych kontaktów, głównie z innymi osobami zdrowiejącymi. Ponadto deklarowali większy stopień zaufania do przyjaciół i rodziny – to głównie tutaj upatrywali źródła swojej pomocy. W odróżnieniu od uczestników Wspólnoty AA, pacjenci poradni bardziej liczyli na pomoc w formie zinstytucjonalizowanej. Uzyskanie pomocy w ramach sieci wsparcia najbliższych – rodziny i przyjaciół oceniali oni zdecydowanie niżej. Skłonni byli korzystać przede wszystkim z pomocy udzielanej na gruncie lokalnych organizacji społecznych. Większe zaufanie do instytucji miejskich aniżeli najbliższych przemawiać może za faktem izolacji, alienacji i życia w stanie specyficznej anomii. Jak podkreślali Anonimowi Alkoholicy, poza zaspokajaniem w wysokim stopniu potrzeby szacunku, akceptacji oraz wzajemnego zrozumienia, Ruch AA „oferował” ponadto swoim członkom „fundament aksjonormatywny” w postaci Programu 12 Kroków AA³³. Zdrowiejący zyskali możliwość rekonstruowania swojego życia, opierając się z jednej strony, na programie 12 Kroków, z drugiej zaś za pośrednictwem innych trzeźwiejących „z większym stażem”, którzy w większym stopniu zinternalizowali wartości i normy panujące we Wspólnocie AA.

Obie grupy badanych wypowiadały się podobnie, oceniając kondycję materialną swoich gospodarstw domowych. Anonimowi Alkoholicy najczęściej oceniali życie swoich gospodarstw jako życie: „skromne, musimy na co dzień bardzo oszczędnie gospodarować” bądź: „życie średnie, wystarcza nam na co dzień, ale musimy oszczędzać na poważniejsze zakupy”. Niemal identycznie kondycję swoich gospodarstw domowych określali pacjenci poradni. Najczęściej trzeźwiejący alkoholicy oceniali poziom życia w swoich gospodarstwach domowych jako średni³⁴.

Zauważyć można, iż uczestnictwo we Wspólnocie umożliwiło badanym uzyskanie dostępu do „uniwersum funkcjonalnej wiedzy” w sensie zarówno teoretycznym – na przykład poprzez literaturę AA, jak i praktycznym, poprzez słuchanie wypowiedzi innych AA, którzy na spotkaniach dzielili się swoim doświadczeniem związanym z rozwiązywaniem konkretnych, życiowych problemów, okazywali sobie nawzajem szacunek oraz podkreślali

³² Ogółem trzeźwiejący alkoholicy najczęściej oceniali możliwość uzyskania pomocy materialnej w sytuacji kryzysowej jako przeciętną.

³³ Program 12 Kroków jest „ideowym fundamentem” wspólnoty według wskazówek którego odbywa się zdrowienie z choroby alkoholowej. Zachowaniu jedności Wspólnoty służy natomiast 12 Tradycji. Por. *Anonimowi Alkoholicy*, Warszawa 2001, s. 23-24.

³⁴ Miejsce zamieszkania oraz źródło utrzymania nie miały wpływu na ocenę możliwości finansowych gospodarstw domowych respondentów.

znaczenie akceptacji oraz wzajemnego zrozumienia. Pacjenci poradni natomiast nie tylko zachowywali duży dystans do różnych aspektów swojej choroby, ale także w mniejszym stopniu aniżeli członkowie Wspólnoty AA czuli się akceptowani oraz „zrozumiani” przez współuczestników terapii.

Trzecia grupa zagadnień: Rozwój osobisty w ocenie trzeźwiejących alkoholików (potrzeba ekspresji i samorealizacji oraz doskonalenia podmiotowej osobowości)

Z wypowiedzi respondentów wynika, iż proces zdrowienia (trzeźwienia) spowodował zmiany w wielu aspektach życia badanych. Ocena tego wpływu zdecydowanie się jednak różniła w obu grupach. Spośród najbardziej korzystnych zmian pacjenci poradni wymieniali: „na razie nie piję”, „nie mam ciągłej depresji”, „lepiej o sobie myśle”, „udaje się nie pić”. Jak wynika z powyższych wypowiedzi, pacjenci poradni obserwowali zmiany związane z podjęciem leczenia, które odnosiły się w znacznej mierze do trudów pierwszych dni życia w abstynencji. Można zmiany te, jak się wydaje, określić mianem „lokalnych”. W przypadku Anonimowych Alkoholików zmiany określić natomiast jako globalne, bowiem uczestnicy Ruchu AA nie ograniczali się do „trwania za wszelką cenę w abstynencji” (jakkolwiek było to warunkiem koniecznym możliwości rekonstruowania aktywności w rolach społecznych), a raczej koncentrowali się na procesie wtórnej socjalizacji, jaki umożliwiała im wspólnota.

Po podjęciu leczenia wykształcenie pacjentów poradni przeciwalkoholowych uległo zmianie w wypadku jednej osoby. Inaczej przedstawiała się sytuacja w przypadku Anonimowych Alkoholików. W tej grupie badanych wykształcenie po przystąpieniu do Wspólnoty AA uległo zmianie w przypadku 5 osób. Wydaje się, iż zmiana poziomu wykształcenia może być uważana za „obiektywny wskaźnik” potwierdzający zachodzące w badanych przeobrażenia. Przemawiać to może za „socjalizującym dodatnim” wpływem obu form pomocy, jakkolwiek zaznaczyć należy, iż w wypadku AA wpływ ten okazał się zdecydowanie wyraźniejszy aniżeli w wypadku oddziaływania poradni.

Oceniając możliwość zaspokajania potrzeb ekspresji, samorealizacji oraz doskonalenia osobowości, Anonimowi Alkoholicy, w przeciwieństwie do pacjentów poradni deklarowali znaczny stopień ich realizacji. Jak wynika z wypowiedzi członków Ruchu AA, samorealizacja oraz doskonalenie miało miejsce w takich aspektach, jak: „samoocena, rozwój osobisty, kontakty z dziećmi, rozwój we wszystkich dziedzinach życia oprócz sfery ekonomicznej, życie osobiste – hierarchia wartości, poprawa kontaktu z żoną i dziećmi”, „zmiany we wszystkich sferach życia”, „nastąpiło zbliżenie kon-

taktów z mężem i córkami”, „stabilizacja życia rodzinnego”, „możliwość korzystania z wizyt rodziny i przyjaciół, wyzwolenie się z dyktatury męża, doksztalcenie się”, „wzrost zaufania i w pracy, i w rodzinie”, „spojrzenie na siebie, ludzi i świat, poprawa relacji z najbliższą rodziną oraz z przyjaciółmi i koleżankami na których mi zależy”.

Pacjenci poradni podkreślali, że „na razie nie piję”, co koresponduje ze zdecydowaniem mniejszym stopniem realizacji potrzeby ekspresji, samorealizacji oraz doskonalenia podmiotowej osobowości aniżeli w wypadku Anonimowych Alkoholików.

Czwarta grupa zagadnień: Skuteczność funkcjonowania Wspólnoty AA i poradni przeciwalkoholowych (potrzeba wsparcia - możliwość uzyskania pomocy) oraz globalna ocena własnego życia

Anonimowi Alkoholicy ze Wspólnoty AA znacznie przewyższali pacjentów poradni długością okresu zachowania abstynencji³⁵. Najdłuższy staż w abstynencji wśród pacjentów wynosił 3 miesiące, natomiast wśród Anonimowych Alkoholików okres ten wynosił 22 lata (najkrótszy okres abstynencji wśród pacjentów poradni wynosił 2 dni, z kolei wśród Anonimowych Alkoholików miesiąc). Zaznaczyć jednak należy, iż porównywanie okresów abstynencji obu badanych grup może być mylące, bowiem obie formy leczenia zdecydowanie się różnią. Intensywne oddziaływania terapeutyczne (minimum 6 godzin tygodniowo) na gruncie poradni trwają z reguły od 3 do 6 miesięcy, na dalszym etapie leczenia liczba godzin sukcesywnie się zmniejsza. Po ukończeniu terapii początkowej (która trwa około miesiąca - dwa razy w tygodniu po minimum 2 godziny zajęć), rozpoczyna się terapia „właściwa” (od 3 do 6 i dłużej miesięcy po dwa razy w tygodniu po 2 i 3 godziny plus godzinne spotkanie indywidualne z terapeutą), następnie pacjent kierowany jest na tak zwany „pomost” czy też „grupę wsparcia” (dwie godziny raz w miesiącu) składającą się z innych pacjentów, którzy odnieśli sukces w leczeniu³⁶. Terapia zdefiniowana jest zatem rama-

³⁵ Większość badanych - zarówno członków Ruchu AA, jak i pacjentów poradni próbowała poradzić sobie z chorobą, podejmując więcej niż 4 próby wejścia na drogę zdrowienia. Badani mający wykształcenie podstawowe najczęściej podejmowali dwie próby poradzenia sobie z chorobą alkoholową, z kolei respondenci posiadający wykształcenie zasadnicze zawodowe podejmowali cztery i więcej prób. Osoby mające wykształcenie średnie ogólnokształcące, średnie zawodowe oraz wyższe najczęściej podejmowały jedną, dwie bądź trzy próby wyjścia z uzależnienia. Jak się zatem wydaje, wykształcenie nie miało decydującego wpływu na „opanowanie choroby”.

³⁶ Podane wartości są jedynie wartościami orientacyjnymi - mogą się od siebie różnić, w zależności od specyfiki danego ośrodka i stosowanego programu leczenia.

mi „czasu instytucjonalnego” – program rozpoczyna się w ściśle określonym czasie, w takim też się kończy, pacjenci natomiast mają realizować zadania i uzyskiwać cele terapeutyczne na określonych etapach trwania leczenia.

Leczenie na gruncie AA od samego początku przebiega w odmienny sposób. Ma ono swój początek (jest nim pierwszy miting), jednak w założeniu nigdy się ono nie kończy, bowiem proces rekonstruowania aktywności w rolach oraz socjalizacji wtórnej powinien trwać nieustannie – jego przerwanie może doprowadzić do nawrotu choroby. We Wspólnocie AA nie panuje zatem specyficzny dla Poradni Leczenia Uzależnień „czas instytucjonalny” (charakteryzujący się wyznaczaniem stałych pór oraz miejscem trwania zajęć odbywających się w określonych czasowych ramach oraz ponadto koniecznością realizowania określonych zadań terapeutycznych). Każdy Anonimowy Alkoholik „program swojego leczenia” przygotowuje indywidualnie – sam wyznacza pory, długość trwania oraz miejsce leczenia. Nie ma także wymogu realizowania konkretnych zadań – każdy rozpoczyna pracę nad programem 12 Kroków wtedy, kiedy jest na to przygotowany, i to w zakresie, w jakim mu to odpowiada.

Interesujące z punktu widzenia realizowania potrzeby wsparcia oraz możliwości uzyskania pomocy („obecność” funkcji ekspresyjno-emocjonalnej) jest to, iż w momencie przerwania abstynencji pacjent poradni jest automatycznie relegowany i musi odczekać określony czas, aby ponownie móc rozpocząć terapię. Gdy zachodzi podejrzenie złamania abstynencji (spożycia alkoholu) osoba taka natychmiast musi opuścić grupę. W odróżnieniu, w AA na mitingu może przebywać osoba „po konsumpcji”, jednak nie ma ona prawa zabierania głosu. Anonimowi Alkoholicy podkreślali istotność faktu, że „spożycie alkoholu” nie pociąga za sobą negatywnych konsekwencji w sensie instytucjonalnym – osoba taka w myśl 3 i 5 Tradycji AA³⁷ nie może zostać ani trwale wykluczona z życia wspólnoty, ani w sensie podmiotowym – poprzez nadawanie piętna przez innych AA. Jak odnotowano w trakcie obserwacji uczestniczącej, osobie „po zapiciu” (złamaniu abstynencji) inni AA poświęcali więcej uwagi, pomagając zrozumieć, co było przyczyną złamania abstynencji.

Konieczność utrzymywania abstynencji postrzegana była przez pacjentów poradni oraz AA z niewielkim stażem abstynencji (poniżej roku) w kategoriach „wyroku”, bowiem za pomocą alkoholu chorzy dotąd radzili sobie z trudami dnia codziennego – w wymiarze fizycznym, likwidując

³⁷ Tradycja 3 AA brzmi: „Jedynym warunkiem przynależności do AA jest pragnienie zaprzestania picia. Z kolei Tradycja 5 AA mówi, że „Każda grupa ma jeden główny cel; nieść posłanie alkoholikowi, który wciąż jeszcze cierpi”, [w:] *Anonimowi Alkoholicy*, Warszawa 2001, s. 25-26. Por. *Anonimowi Alkoholicy*, Warszawa 2001.

skutku zespołu odstawienia oraz psychospołecznym – z konfliktami emocjonalnymi, relacjami społecznymi. Anonimowi Alkoholicy z dłuższym stażem abstynencji (powyżej 5 lat i więcej) skłonni byli wskazywać na zalety Programu 12 kroków, który w ich opinii gwarantował im trwałe polepszenie jakości życia – życia „na trzeźwo” oraz podkreślać znaczenie tak zwanych „Obietnic programu”, które stwierdzają, że „[...] jeśli ten etap naszego rozwoju przychodzi nam z wielkim trudem, to już w połowie drogi zadziwią nas osiągnięte rezultaty. Poznamy nową wolność i nowe szczęście. Nie będziemy żałować przeszłości ani zatrząskiwać za nią drzwiami. Pojmujemy sens słów „pogoda ducha” i zaznamy spokoju. Bez względu na to, jak nisko upadliśmy, dostrzeżemy, że i z naszego doświadczenia mogą skorzystać inni. Zniknie poczucie bezużyteczności i pokusa rozczulania się nad sobą. Zniknie egoizm, zmieni się nasz cały stosunek do życia. Opuści nas strach przed ludźmi i niepewnością materialną. Znajdziemy intuicyjnie sposób postępowania w sytuacjach, których dotąd nie umieliśmy rozwiązać. Nagle zaczniemy pojmować, że Bóg czyni dla nas to, czego sami dla siebie nie byliśmy w stanie uczynić. Czy są to obietnice bez pokrycia? Sądzimy, że nie. Urzeczywistniają się czasem szybko, czasem wolniej, ale zawsze materializują się, jeśli nad nimi pracujemy”³⁸.

Anonimowi Alkoholicy zaznaczali ponadto, iż atutem Wspólnoty AA, w odróżnieniu od programów poradni³⁹ jest to, że chorzy mogli się przekonać osobiście, jakie efekty przynosi stosowanie programu 12 Kroków oraz uczestnictwo w mitingach (mając bezpośredni kontakt z innymi chorymi, będącymi we Wspólnocie 5, 10, 15 i więcej lat).

Anonimowi Alkoholicy poproszeni o globalną ocenę jakości własnego życia, oceniali ją znacznie wyżej aniżeli pacjenci poradni. Pacjenci poradni najczęściej byli „ani zadowoleni, ani niezadowoleni” bądź „niezadowoleni”. „Zdecydowanie zadowoleni” pacjenci poradni byli z takich aspektów własnego życia, jak: osiągnięta pozycja społeczna, traktowania takiego jak innych, możliwości awansu, warunków mieszkaniowych, sytuacji materialnej, możliwości zarabiania pieniędzy oraz traktowania w urzędach. Najbardziej zaś „niezadowoleni” byli z: funkcjonowania instytucji kulturalnych, bezpieczeństwa socjalnego, poczucia bezpieczeństwa osobistego, traktowania w urzędach, funkcjonowania policji oraz funkcjonowania instytucji obsługujących obywateli. Anonimowi Alkoholicy natomiast oceniali wyżej poszczególne aspekty własnego życia, z którego – w większości aspektów byli albo „ani zadowoleni, ani niezadowoleni” albo „zdecydowanie zadowoleni” (poproszeni o globalną samoocenę jakości własnego życia pacjenci

³⁸ *Anonimowi Alkoholicy...*, wyd. cyt., s. 72.

³⁹ W badaniach nie stwierdzono ani jednego przypadku abstynencji dłuższej aniżeli 3 miesiące.

poradni najczęściej wskazywali na wartości średnie, poczynając od najniższych, z kolei Anonimowi Alkoholicy oceniali swoją jakość życia jako wysoką bądź bardzo wysoką).

Anonimowi Alkoholicy „zdecydowanie zadowoleni” byli z: poziomu własnego wykształcenia, życia rodzinnego, stosunków z sąsiadami, stosunków między ludźmi w pracy/szkole, kontaktów z kolegami i przyjaciółmi, możliwości spędzania czasu wolnego, funkcjonowania instytucji kulturalnych, bezpieczeństwa socjalnego, poczucia bezpieczeństwa osobistego, traktowania w urzędach, jakości środowiska naturalnego, funkcjonowania komunikacji publicznej, możliwości uzyskania wsparcia ze strony fundacji i stowarzyszeń, życia w dzielnicy i osiedlu, zamieszkiwanej miejscowości oraz możliwości kształcenia.

Jak można stwierdzić, uczestnictwo w spotkaniach AA osób, które zmagają się bądź wciąż zmagają z chorobą, kompensowało poniesione straty wynikające z odstawienia alkoholu. Spotkania AA oferowały: zrozumienie, emocjonalne wsparcie i „całodobową pomoc” w przezwyciężaniu kryzysów będących konsekwencją „życia na trzeźwo”. Zatem spełniały funkcję emocjonalno-ekspresyjną.

Grupa terapeutyczna, w której uczestniczyli pacjenci poradni nie zapewniała realizacji potrzeb związanych z funkcją emocjonalno-ekspresyjną w takim stopniu, jak grupy AA. Program realizowany przez poradnię, m.in. „nauka choroby” oraz ograniczenia, takie jak: unikanie kolegów, z którymi dotąd chory spożywał alkohol, prowadzić może do znacznie większej liczby kryzysów wśród pacjentów poradni, aniżeli wśród Anonimowych Alkoholików.

PODSUMOWANIE

Z przeprowadzonych badań wynika, że działania wspólnotowe (Wspólnota AA), oparte na przejrzystym programie są skuteczniejsze od działań w formie zinstytucjonalizowanej (Poradnie Leczenia Uzależnień). Anonimowi Alkoholicy znacznie przewyższali pacjentów poradni pod względem oceny jakości swego życia, ponadto uczestnictwo we wspólnocie zapewniało im w znacznym stopniu możliwość zaspokajania potrzeb definiowanych ramami funkcji emocjonalno-ekspresyjnej. W odróżnieniu od grup terapeutycznych, Ruch AA oferował: zrozumienie, emocjonalne wsparcie i całodobową pomoc w przezwyciężaniu kryzysów będących konsekwencją „życia na trzeźwo”, co w opinii badanych stanowi barierę chroniącą ich przed nawrotem choroby.

LITERATURA

- Anonimowi Alkoholicy, Warszawa 2001
- Bańka A., *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych*, Poznań – Częstochowa 1995
- Borowicz R., *Równość i sprawiedliwość społeczna*, Warszawa 1988
- Czapiński J., *Diagnoza społeczna 2000*, Warszawa 2000
- Gałęski B., *Styl życia i jakość życia – próba systematyzacji pojęć*, „Studia Socjologiczne”, 1977 nr 1
- Kaleta A., *Jakość życia młodzieży wiejskiej*, Toruń 1988
- Kotlarska-Michalska A., *Funkcja opiekuńczo-zabezpieczająca wielkomiejskich rodzin pracowniczych*, Poznań 1990
- Obuchowski K., *Galaktyka potrzeb – psychologia dążeń ludzkich*, Poznań 2000
- Pierzchała W., Farnik-Brodzińska M., *Jakość życia i jej ocena u chorych na astmę*, Katowice – Ligota 1997
- Ratajczak Z., cytowany [w:] D. Rybczyńska, *Subiektywny obraz świata i obraz siebie jako kategorie pomiaru jakości życia osób bezrobotnych oraz ich oczekiwania wobec Klubu Pracy*, Poznań – Częstochowa 1995
- Rybczyńska D., *Jakość życia pokolenia wstępującego*, Zielona Góra 1995
- Rybczyńska D., *Subiektywny obraz świata i obraz siebie jako kategorie pomiaru jakości życia osób bezrobotnych oraz ich oczekiwania wobec Klubu Pracy*, Poznań – Częstochowa 1995
- Suchodolski B., *Wychowanie mimo wszystko*, Warszawa 1995
- Tomaszewski T., *Ślady i wzorce*, Warszawa 1976
- Tyszka Z., *Z metodologii badań socjologicznych nad rodziną*, Poznań 1991
- Wachowiak A., *Jak żyć*, Poznań 2001

SELECTED ASPECTS OF THE EMOTIONAL-EXPRESSIVE FUNCTION OF THE AA SOCIETY AND THERAPEUTIC PROGRAMS

Summary

The research conducted by the author of the article among AA patients and among alcohol-and-substances abuse facility patients shows that the actions of the AA society are based on a clearly defined program, and are more effective than those taken by the alcohol-and-substances abuse facility. AA members rated their life quality higher than patients of the facility did. Their AA membership allowed them to fulfil their emotional needs, such as understanding, support, and help in battling crises.