

Ewa Włodarczyk

Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu
ewa.wlodarczyk@amu.edu.pl; ORCID: 0000-0002-5998-7378

Kryzys – wierny towarzysz kobiet uzależnionych od alkoholu

Abstrakt: Przedmiotem rozważań w niniejszym artykule jest kryzys, stanowiący nieodłączny element ludzkiego życia, a zatem i obecny w życiu kobiet zdiagnozowanych jako uzależnione od alkoholu. Część prezentującą uzyskane wyniki badań poprzedzają, dopełniają i przeplatają rozważania wokół wieloaspektowości kryzysu. Z analizy wyników badań innych badaczy i własnych nasuwa się wniosek, że kryzysy są silnie skorelowane z kobiecymi problemami alkoholowymi. Można je zdiagnozować na kontinuum ich życia: od inicjacji alkoholowej, przez postępujące uzależnianie się, uzależnienie aż po proces stopniowego zdrowienia. Ramę konstrukcyjną dla uporządkowanej prezentacji wyników badań własnych stanowią typy kryzysu, wyróżnione przez J. Cullberga (1975) i L.M. Brammera (1985), obecne w biografiach respondentek. Ich narracje potwierdziły, że przywoływane przez nie kryzysy w różnych fazach ich życia wiązały się z regresem lub progresem oraz z poczuciem obniżenia lub podwyższenia jakości ich życia.

Słowa kluczowe: kryzys, uzależnienie od alkoholu, kobiety.

Kryzys – konceptualizacja pojęcia

Słowo „kryzys” bywa używane w odniesieniu do różnych dziedzin i sfer ludzkiego życia, będąc analizowanym, tak w obszarze przyczyn, jak i skutków, w perspektywie jednostkowej i społecznej. Ta wielość, różnorodność i multiznaczeniowość tworzą heterogeniczną mozaikę różnorodnych znaczeń, sytuacji i stanów, a co za tym idzie – szerokie spektrum konsekwencji.

Potocznie słowo „kryzys” stosowane jest „najczęściej dla oznaczenia załamania się ustalonego porządku rzeczy, nieskuteczności dotychczasowych reguł działania, czyli pojawienia się sytuacji trudnych, wywołujących u ludzi napięcie, poczucie dyskomfortu, dezorientację” (John-Borys 1995, s. 12). Nasuwa to pejoratywne konotacje – kryzys to zatem intuicyjnie, indywidualnie odczuwane jakieś naruszenie, załamanie, napięcie, zakłócenie, dezorientacja, destabilizacja.

W naukach społecznych natomiast wyodrębnić można różnorakie konceptualizacje kryzysu, które nieco odmiennie pojmują kryzys, przynajmniej na pięć sposobów:

- jako utratę lub zachwianie równowagi emocjonalnej lub psychicznej;
- jako zablokowanie lub brak w zasobach jednostki nawykowych dotychczas dostępnych strategii zaradczych i obronnych adekwatnych do sytuacji zagrożenia;
- jako moment zwrotny, krytyczny, przełomowy, wymuszający konieczność zmiany życiowej;
- jako zagrożenie „ja”, względnie utratę dotychczasowej tożsamości;
- jako zagrożenie dotychczasowego sensu życia i systemu wartości (Kubacka-Jasiecka 2010, s. 50–54).

Ta próba wyodrębnienia sposobów konceptualizowania kryzysu, jak zauważa Dorota Kubacka-Jasiecka, „ma charakter porządkujący i teoretyczny, najczęściej bowiem można spotkać ujęcia, które mimo akcentowania poszczególnych aspektów opisują kryzys w złożonych kategoriach, zawierających elementy więcej niż jednej z wyróżnionych konceptualizacji” (Kubacka-Jasiecka 2010, s. 54).

Rodowód współczesnej psychologii kryzysu (bo to głównie z jej dorobku będą tu czerpać) jest złożony (Kubacka-Jasiecka 2004 s. 153–161; Kubacka-Jasiecka 2010, s. 77–82; Pawlas-Czyż 2008, s. 110–111) – „sięga odrębnych nurtów myśli teoretycznej, haseł, różnorodnych oddziaływań pomocowych oraz ruchów społecznych. Właśnie jego złożoność bezsprzecznie zaważyła zarówno na braku spójności przyjmowanych założeń i rozwiązań teoretycznych, jak i zróżnicowaniu proponowanych i realizowanych w praktyce oddziaływań interwencyjnych” (Kubacka-Jasiecka 2004, s. 153–154).

Warto zatem przyjrzeć się wybranym, wypracowanym ujęciom rozumienia kryzysu, aby wychwycić podobieństwa i różnice w akcentowaniu jego charakterystycznych cech.

Niewątpliwie postacią wartą przywołania w tym przeglądzie jest Erich Lindemann, którego obserwacje i wyniki badań nad przebiegiem kryzysu żałoby, analizujących doświadczenia z pracy z bliskimi ofiar tragicznego pożaru w jednym z bostońskich klubów w latach 40. XX wieku zainicjowały formalne narodziny psychologii kryzysu (Kubacka-Jasiecka 2004, s. 155). Szczególnym był tekst jego autorstwa pt. *Symptomatologia i postępowanie wobec ostrej żałoby* (1944, nr 101, s. 141–148) opublikowany w 1944 roku na łamach „American Journal of Psychiatry” (a potem i kolejne jego prace), w którym wskazał na objawy normalnego i patologicznego (zablokowanego) przebiegu procesu żałoby po utracie bliskich osób.

Konstatacje Lindemanna stały się zaczynem do pogłębionego namysłu na żałobą, a szerzej: nad kryzysem. Spośród kontynuatorów tego klasyka teorii kryzysu wskazać należy na amerykańskiego psychiatrę Geralda Caplana, który w swoich publikacjach wskazywał na takie cechy kryzysu jak: bezskuteczne wysiłki podejmowane dla przezwyciężenia trudności, nieusuwalność przeszkód na drodze do realizacji ważnych celów życiowych za pomocą wcześniej dokonywanych przez siebie wyborów i zachowań czy szerzej stosowanych sposobów radzenia sobie z trudnościami, utrata równowagi, dezorganizacja, czasowe załamanie (Caplan 1963, 1964).

Doświadczony praktyk w obszarze pomagania – Lawrence M. Brammer (1985) za kryzys uważał stan dezorganizacji, w którym człowiek doświadcza znieweczenia ważnych celów życiowych lub głęboko sięgającego zaburzenia swojego cyklu życiowego i metod radzenia sobie z czynnikami stresującymi, wraz z towarzyszącym mu poczuciem lęku, szoku i trudności.

W innym ujęciu – propozycji Lee Ann Hoff (1995), autorki psychosocjokulturowej koncepcji kryzysu zwanej Paradygmatem Kryzysu – źródła, objawy i skutki kryzysu oraz odpowiednie działania zmierzające do opanowania kryzysu należy postrzegać jako pozostające w ścisłym wzajemnym związku i tworzące funkcjonalną całość, zaś sam kryzys to ostry rozstrój emocjonalny, wpływający na zdolność trojkiego posługiwania się dotychczas stosowanymi sposobami rozwiązywania problemów: emocjonalnego, poznawczego i behawioralnego.

Przegląd wybranych definicji pojęcia „kryzys” dopełnia stanowisko Richarda K. Jamesa i Burta E. Gillilanda, zdaniem których kryzys jest „odczuwaniem lub doświadczeniem wydarzenia bądź sytuacji jako trudności nie do zniesienia, wyczerpującej zasoby wytrzymałości i naruszającej mechanizmy radzenia sobie z trudnościami” (James, Gilliland 2010, s. 33). Autorzy ci wskazali na kolejne właściwości kryzysu: skomplikowaną symptomatologię, złożoność etiologii (u jego źródeł wiele, wzajemnie na siebie oddziałujących i splatających się ze sobą czynników), uniwersalność (wyrażającą się tym, że w pewnych okolicznościach nikt nie jest całkowicie na niego odporny i nie może mieć pewności, że nigdy go nie doświadczy), wyjątkowość (związaną z tym, że identyczne okoliczności i uwarunkowania kryzysowe dla jednych mogą stanowić trudności nie do przezwyciężenia, inni natomiast są w stanie samodzielnie sobie z nimi poradzić) oraz brak panaceum i szybkich rozwiązań (trwała poprawa następuje stopniowo) (James, Gilliland 2010, s. 33–34). U osób, które w sytuacji doświadczanego kryzysu nie otrzymają odpowiedniego wsparcia, może dojść do poważnych zaburzeń w trojakim zakresie funkcjonowania: afektywnego, poznawczego i behawioralnego (James, Gilliland 2010, s. 33).

Pomocą w zidentyfikowaniu kryzysu jest zbiór cech – symptomów, zebranych przez Glenys Parry (1990). Są nimi: obecność ostrego wydarzenia krytycznego lub przewlekłego stresu, odczuwanie go jako nieoczekiwanego, spostrzeganie sytuacji jako utraty, zagrożenia lub wyzwania, doświadczenie przez osobę negatywnych

emocji i przeżyć, poczucie niepewności co do przyszłości, poczucie utraty kontroli, nagłe naruszenie rutynowych sposobów zachowania, rytmu dnia, przyzwyczajień, stan napięcia emocjonalnego trwający zwykle od 2 do 6 tygodni (niekiedy nawet kilka miesięcy) oraz konieczność zmiany dotychczasowego sposobu funkcjonowania.

Wspomniany wcześniej Caplan dynamikę kryzysu ujął w cztery fazy (opis za: Badura-Madej 1999, s. 18–19; John-Borys 1995, s. 13).

Pierwszą jest faza konfrontacji z wywołującym ów kryzys wydarzeniem, naruszającym ważne dla jednostki potrzeby czy wartości. Cechuje się ona napięciem, lękiem i niepokojem, poczuciem nieskuteczności i bezradności, biorąc swe źródło z konkluzji jednostki, że jej własne umiejętności i zdolności oraz dotąd wypróbowane źródła pomocy, a także zbyt mała efektywność zewnętrznej pomocy okazują się w tej sytuacji niewystarczającymi.

Prowadzi to do fazy drugiej, w której osoba dochodzi do wniosku, że pomimo podejmowania prób poradzenia sobie z sytuacją, odczuwa je jako bezskuteczne, ma więc także poczucie utraty kontroli nad własnym życiem, nie jest w stanie samodzielnie przezwyciężyć trudności i spostrzega siebie jako pokonaną, co obniża jej poczucie własnej wartości i jednocześnie powoduje wzrost napięcia, niepokoju, bezradności i lęku.

Faza trzecia to mobilizacja: jednostka stara się uruchomić wszystkie swoje zasoby psychiczne, aby poszukiwać nowych rozwiązań i przezwyciężyć kryzys.

Jeśli jej się to uda, stopniowo odzyskuje poczucie równowagi.

Jeśli natomiast wysiłki te okażą się nieskuteczne lub osoba zaprzecza istniejącym trudnościom, następuje czwarta faza – faza dekompensacji, w której w wyniku napięcia przekraczającego wytrzymałość jednostki, procesy spostrzegania rzeczywistości ulegają deformacji, jednostka wycofuje się z kontaktów interpersonalnych, doświadcza dezorganizacji i wewnętrznego chaosu i niejednokrotnie ujawnia próby aktów agresji i autoagresji czy uzależnień.

Dwie odłony kryzysów. Kryzysy jako zarzewie i katalizator kobiecych problemów alkoholowych oraz jako bodziec i motywacja do podjęcia terapii uzależnień

Od lat podejmowane są próby naukowego wyjaśniania dlaczego ludzie wpadają w pułapkę uzależnień. Ich źródła poszukiwać należy w generalnych trzech grupach uwarunkowań: biologicznych, psychicznych oraz społeczno-kulturowych (etiologii uzależnień poświęcić można osobne dzieło, zwłaszcza jeśli postawiłoby sobie ambitny cel przywołania wyników bogactwa badań prowadzonych przez genetyków, psychologów, socjologów czy badaczy sytuujących się wewnątrz lub na pograniczach innych nauk). Wśród badaczy tropiących przyczyny uzależniania się i uzależnienia od alkoholu kobiet również panuje zgoda co do znaczenia tych grup uwarunkowań, wzajemnie się wzmacniających i przenikających, nie-

kiedy specyficznych tylko dla kobiet (omówienie specyfiki kobiecych problemów alkoholowych w aspekcie biologicznym, psychologicznym i społeczno-kulturowym zob. np. Włodarczyk 2017, s. 70–91). W wynikach badań własnych oraz innych badaczy wyraźnie przy tym wybrzmiewa znaczenie siły kryzysów, o różnym charakterze, zakresie i sile oddziaływania, sprzyjających wnikaniu się przez kobiety w problemy alkoholowe oraz również stymulujących do podjęcia przez nie terapii uzależnień. Co ważne, kryzysy te mają swoje podłoże i pożywkę w czynnikach o wspomnianym wcześniej trojakim charakterze, w szczególności psychicznym, wzmacnianym kontekstem społeczno-kulturowym i częściowo wyposażeniem biologicznym.

Kiedy ludzie doświadczają kryzysu, mogą różnorodnie na niego reagować (James, Gilliland 2010, s. 33–34). Niektórzy samodzielnie radzą sobie z kryzysami czerpiąc z tego doświadczenia siłę i motywację do dalszego rozwoju. Inni radzą sobie z kryzysem jedynie pozornie, wypierając towarzyszące mu uczucia i doświadczenia, które jednak będą do nich powracać w przyszłości. Jeszcze inni łatwo poddają się, wycofują, przeżywają załamanie, co może spowodować niezdolność do dalszego normalnego życia w przypadku, gdy nie otrzymają adekwatnej do ich potrzeb pomocy. Jeszcze inni szukają łatwych rozwiązań, a do takich należy między innymi sięganie po alkohol w poszukiwaniu „znieczulenia” i uzyskania pozytywnego bilansu emocjonalnego, a pierwsze czy kilka pierwszych doświadczeń z alkoholem (lub inną substancją psychoaktywną) właśnie powoduje zmianę emocji w kierunku pozytywnych, dając możliwość odwrócenia uwagi od problemów, nudy czy marazmu i nie pociągając za sobą jeszcze znacznych kosztów (Pomianowski 1998, s. 269). W zasadzie to nie substancja uzależnia człowieka, ale efekty wywołane w jego samopoczuciu pod wpływem chemicznego działania tej substancji (Pomianowski 1998, s. 262). Z czasem bowiem, w miarę jak człowiek brnie się w uzależnienie, „wciąga (go – przyp. EW) powracająca fala, która wyrzuca go poza obszar bezpiecznego, kontrolowanego używania – pojawia się wewnętrzny przymus, presja” (Pomianowski 1998, s. 270). Uzależnienie wyrasta z nawykowej reakcji jednostki na coś, co uważa ona za gratyfikujące, dające możliwość szybkiego i efektywnego regulowania samopoczucia potęgującego poczucie samowystarczalności, siły, kontroli, które jednak są sztuczne i z czasem powodują, że kurczą się inne możliwości radzenia sobie aż do ich zaniku i dominacji uzależnienia jako jedyne go sposobu radzenia sobie ze światem i samym sobą (Pomianowski 1998, s. 262), a zatem i radzenia sobie z kryzysami.

Wielość sytuacji i wydarzeń kryzysowych może stanowić trudność w ich uporządkowaniu i stypologizowaniu. Próbę taką podjął (z powodzeniem, o czym może świadczyć chętnie korzystanie z tego podziału, obecne w literaturze przedmiotu) szwedzki psychiatra Johan Cullberg, który wyróżnił: kryzysy przemiany, kryzysy sytuacyjne i kryzysy chroniczne (Badura-Madej 1999, s. 17), zaś Lawrence M. Brammer (1985) dołączył jeszcze kryzys egzystencjalny. Richard K. James i Burl E. Gilliland (2010, s. 35) wskazali jeszcze jeden typ: kryzysy środowisko-

we, będące skutkiem zjawisk naturalnych, zdarzeń o pochodzeniu biologicznym, wydarzeń o podłożu politycznym lub zapaści gospodarczej, ale zostają tu tylko zasygnalizowane, ponieważ nie znalazły odniesienia w wynikach moich badań. Odniesienie do tych typów stanowić będzie ramę konstrukcyjną dla uporządkowanej prezentacji wyników badań własnych¹.

Pierwszy typ wyróżniony przez Cullberga czyli kryzysy przemiany, zwane także rozwojowymi lub normatywnymi, są nieodłączną częścią ludzkiego życia i wiążą się z podstawowymi wydarzeniami życiowymi (takimi jak: zawarcie małżeństwa, urodzenie dziecka, rozpoczęcie nauki szkolnej, opuszczenie domu, przejście na emeryturę), stąd są spodziewane (a nawet pożądane), ale ponieważ zawsze towarzyszy im poczucie utraty czegoś, jakaś zmiana, jakieś novum oraz podejmowanie nowych ról i zadań, stąd wplecione jest w nie napięcie emocjonalne i niepewność (Badura-Madej 1999, s. 18). Z powodu tej obudowy emocjonalnej, mogą stać się impulsem do sięgania po alkohol, zarówno w sytuacji inicjacji alkoholowej, jak i później. Możliwe istnienie takiego ciągu przyczynowo-skutkowego potwierdza między innymi Edith S. Lisansky Gomberg (1997) czy Małgorzata Dragan (2016). Sytuacje takie zostały zasygnalizowane w wypowiedziach moich respondentek, wspominających „świętowanie” różnych, ważnych dla nich okazji, jak: „zakończenie szkoły podstawowej” (Małgorzata), „obóz klasowy na koniec podstawówki” (VVV), „zakończenie roku szkolnego” (Justyna), „sylwester” (AAA), „studniówka” (Hanna 2) czy „wesele siostry” (Mariola). W żadnej z wypowiedzi nie zostało jednak wyraźnie podkreślone, że obudowywał je kryzys przemiany; były to raczej okazje wywołujące czy sprzyjające inicjacji alkoholowej. Również i wśród motywacji podjęcia terapii przez badane kobiety obecność kryzysów przemiany wprost nie pojawiła się w wypowiedziach respondentek: dwie z nich wskazały tu zajście w ciążę jako wydarzenie leżące u źródeł podjęcia terapii przez nie, nie podkreślając jednak, że było to szczególnie powiązane z kryzysem przemiany, a raczej z chęcią zmiany swojego życia dla swojego dziecka.

Kryzysy sytuacyjne, nazywane także losowymi czy incydentalnymi, wywoływane są niespodziewanymi, nieoczekiwanymi wydarzeniami, które zagrażają zdrowiu, życiu, poczuciu bezpieczeństwa, integralności, tożsamości (Kubacka-Jasiecka 2010, s. 72). Kluczem odróżniającym kryzysy sytuacyjne od kryzysów innego typu są takie cechy wywołującego je wydarzenia, jak: nieprzewidywalność, nagłość, szokujący charakter, intensywność, katastroficznosc i poczucie zagrożenia (James, Gilliland 2010, s. 35). Mogą być nimi między innymi: śmierć bliskiej osoby, utra-

¹ Prezentowane tu wyniki badań zostały zebrane w środowisku poznańskim, w latach 2013–2015 roku, z wykorzystaniem techniki ankiety (zapewniającej oczekiwaną od respondentek anonimowość, zawierającej pytania zamknięte, półotwarte i otwarte) wypełnionej przez 55 kobiet zdiagnozowanych jako uzależnione od alkoholu i korzystające (w przeszłości i w okresie przeprowadzania badania) z jakiegokolwiek formy terapii uzależnień. Podbudowa metodologiczna tego projektu badawczego oraz raport z uzyskanych wyników zawarte zostały w: E. Włodarczyk, Społeczny wymiar problemu alkoholowego kobiet. Obraz i instytucjonalne reakcje środowiska wielkomiejskiego, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.

ta pracy, diagnoza poważnej choroby, nagła utrata sprawności fizycznej, odkrycie zdrady partnera. Ten typ kryzysów był najczęściej wskazywanym przez moje respondentki, wiązanym przez nie z inicjującymi go sytuacjami trudnymi, które w klasycznym rozumieniu Tadeusza Tomaszewskiego należy pojmować jako sytuacje, w których wewnętrzna równowaga normalnej sytuacji zostaje zakłócona, co powoduje zaburzenia przebiegu aktywności i obniżenie prawdopodobieństwa realizacji zadania na normalnym poziomie (Tomaszewski 1975, s. 32). Respondentki przywoływały tu różne sytuacje, które były dla nich zaskoczeniem i obciążeniem oraz w których poszukiwały ukojenia w alkoholu, jak np. wiadomość o chorobie dziecka. Dla niemal połowy z nich sięganie po alkohol było sposobem na zapomnienie swoich problemów i trudnych przeżyć.

Ten typ kryzysów wybrzmiał dobitniej w kontekście poszukiwanych wspólnie z respondentkami przyczyn podjęcia decyzji o rozpoczęciu terapii – wspomnianych przez nie wydarzeń, którym nadawały rangę przełomu, a które rezonowały swoją siłą oddziaływania tak potężnie, że doprowadziły do takiej decyzji. Wśród nich pojawiły się w szczególności często sytuacje powiązane z rodziną: umieszczenie dzieci w placówkach opiekuńczo-wychowawczych lub rodzinach zastępczych bądź ostrzeżenie, że sąd zadecyduje o odebraniu dzieci, opuszczenie przez męża/partnera lub zagrożenie odejściem przez męża/partnera, śmierć ojca oraz zerwanie relacji z rodzicami. Zwykle decyzje respondentek wymuszał zatem jakiś „zewnętrzny” czynnik sprawczy, jak na przykład również: wypadek, osadzenie w zakładzie karnym czy jednoczesna strata pracy i mieszkania. Komentarze respondentek do tych wydarzeń ujawniały, że były one dla nich nagłe, niespodziewane, stąd porażająca je siła oddziaływania.

Zwykle kryzysy sytuacyjne, nierozwiązane i nieprzepracowane, z czasem nabierające intensywności przyjmują kształt kryzysów chronicznych. Ten trzeci z wyróżnionych przez Cullberga typ to kryzysy określane również mianem kryzysów przewlekłych czy stanów transkryzysowych. Doświadczający ich ludzie cechują się: wycofaniem, biernością, bezradnością, brakiem motywacji do zmian, niepodejściem odpowiedzialności, postawą unikania, lękiem przed kontaktami społecznymi, obniżeniem nastroju, licznymi dolegliwościami somatycznymi oraz tendencją do użalania się nad sobą i oskarżania innych (Badura-Madej 1999, s. 23). W ich odróżnieniu od nieco przypominających je kryzysów ostrych decydujące jest kryterium okresu trwania. „Tak zwane kryzysy chroniczne są wielokrotnie aktywizowanymi stanami napięcia w wyniku tendencji do nawracania, kumulowania się problemów, które nie zostały pozytywnie rozwiązane” (Kubacka-Jasiecka 2010, s. 67), to „nawracające kryzysy nierozwiązane lub (z subiektywnego punktu widzenia jednostki) niezadowolająco rozwiązane, pozostawiające poczucie udaremnienia dążeń i napięcie, mogące stać się zarzewiem przyszłych stanów kryzysowych. Chroniczne pozostają nierozstrzygnięte problemy, bolesne doświadczenia, tłący się nadal niepokój” (Kubacka-Jasiecka 2010, s. 69). Borykanie się z tego typu kryzysami również było sygnalizowane w wypowiedziach responden-

tek, w których znaleźć można potwierdzenie, że przewlekłe stany kryzysowe były doświadczeniem bardzo wielu z nich w okresie nadużywania alkoholu.

Do tego typu kryzysu nawiązuje wspomniany wcześniej fakt, że niemal połowa z respondentek orzekła, że sięgała po alkohol, licząc na zapomnienie o problemach i trudnych przeżyciach, zaś jedna trzecia wskazała na to, że dawał im możliwość szybkiego zrelaksowania się i odpoczynku. Zatem najczęściej wskazywanymi były motywy sięgania po alkohol, nazwane przez Mariusza Jędrzejko, Małgorzatę Janusz i Marka Walancika (2013, s. 86) ucieczkowymi: powodowanymi chęcią ucieczki od codzienności, problemów, pustki, nudy, monotonii, samotności, lęku i chęcią rozluźnienia się, oderwania od rzeczywistości, wytłumienia emocji.

W zaawansowanej fazie uzależnienia od alkoholu duchowej pustce towarzyszą zaburzenia sfery emocjonalnej, zwłaszcza: podwyższenie poziomu lęku, brak kontroli afektywnej, zmniejszenie odporności na sytuacje trudne oraz nasilenie objawów depresyjnych (Cibor 1994, s. 21–22), a ponadto: upośledzenie zdolności oceny i sądów, zaburzona samoocena, brak poczucia własnej wartości, słaba umiejętność syntetyzowania oraz osłabiona zdolność (lub jej brak) stawiania sobie celów i planowania, jak poczucie samotności, izolacji i odrzucenia przez innych (Madeja 2008, s. 798) – symptomy łudząco przypominające stan ludzi w kryzysach chronicznych. Uświadomienie sobie tej permanentności i beznadziei swojej sytuacji, zintensyfikowane współwystąpieniem kilku motywów zmiany swojego życia, stawało się impulsem dla części respondentek do zrealizowania tego zamiaru. Potwierdzają to między innymi następujące wypowiedzi: „utrata pracy i złe traktowanie mnie przez pracodawcę i pracowników firmy, do tego bardzo zły stan zdrowia, wycieńczenie organizmu” (Hanna 1), „miałam już dosyć takiego trybu życia, było mi wstyd, że nadużywam alkoholu, zaczęłam zaniedbywać obowiązki w pracy i domu, coraz bardziej zaczęłam tyć i miałam problemy ze zdrowiem” (AAA), „uświadomienie sobie konieczności wypijania większej ilości alkoholu, aby osiągnąć stan uzyskiwany wcześniej przy mniejszych dawkach; zmęczenie wstawaniem z łóżka i koniecznością długiego odsypiania” (Paulina), „nie mogłam już dłużej patrzeć na moją degenerację jako kobiety” (YYY).

W wypowiedziach respondentek pojawił się również, powiązany niekiedy z kryzysami chronicznymi, wątek kryzysów egzystencjalnych, wiążących się, według Lawrence’a M. Brammera (1985), z wewnętrznymi konfliktami, pytaniami o cel i sens życia oraz lękami przed wyzwaniem, które stawia życie. Długotrwałe pozostawanie w uzależnieniu od alkoholu generuje stany psychiczne, które można najogólniej nazwać, jak uczynili to Portnow i Piatnickaja (1977, s. 94–98), zespołem psychicznego zubożenia, które dotyczy sfery intelektu, emocji, woli, aktywności życiowej i treści osobowości. Wskutek zaniku uczuć wyższych, zatrzymania rozwoju emocjonalnego, płytkich i głębokich zmian psychicznych, spadku samooceny, doświadczana jest wewnętrzna pustka, bezsens życia i depresja. Kilka spośród respondentek dzieliło się wspomnieniem okresu w ich życiu, gdy niemal stale tak funkcjonowały pod wpływem spożywanego alkoholu, dostrzegając

z perspektywy czasu: „nieprawdziwość emocji” (Paulina), „huśtawki nastrojów (od euforii do uzalania się nad sobą); irytowanie się z błahych powodów; zwiększony niepokój, lęki, uczucie szarości życia, zagubienie w sobie i rzeczywistości” (Anna 2), „lęki, ból, wstyd” (VVV), „poczucie osamotnienia, braku motywacji do działania, bezradność” (Anna 3), „ogólne rozbitcie; niesmak, niedowartościowanie” (Dora). Pojawiały się nawet głosy świadczące o tak skrajnym stanie, że prowokował on u badanych kobiet myśli o odebraniu sobie życia, nie dostrzegających już jego sensu: „miałam dość siebie, świata, utraciłam siły” (VVV), „ciągle myślenie, żeby tylko się napić, aby zapomnieć o myślach samobójczych” (Angelika), „podjęłam próbę samobójczą” (Krystyna). Zatem wśród motywacji, leżących u źródeł decyzji o terapii podjętych przez badane kobiety, pojawiły się takie, które brały się ze swoistego zmęczenia sobą i własnym życiem, niedostrzegania jego sensu, ogólnego wycieńczenia i kielkujących myśli samobójczych.

Przywołanych tu typów kryzysów, wraz z ilustrującymi je doniesieniami badawczymi, dotyczących głównie okresu picia alkoholu, dopełnia obraz swoistych sytuacji kryzysowych, jakie stają się udziałem kobiet, które podjęły terapię uzależnień. Z wypowiedzi respondentek wynika, że sporo było w nich napięć, niepokoju, zmian, potknięć i trudności (ich przegląd i omówienie zawarte jest np. w: Włodarczyk 2018, s. 267 – 280). Wspominam o nich w tym miejscu, ponieważ często przez nie same nazywane były kryzysami. Dotyczyły one początku lub przebiegu terapii, gdy zwykle pojawiają się reakcje pacjentów, które Johannes Lindenmeyer (2010, s. 16–17) nazywa „potrójnym szokiem”. Ta multiplikacja problemów, z którymi musi zmierzyć się większość osób, dotyczy tego, co nieznane: nieznajomości roli pacjenta i niezrozumiałości „świata” terapii, wraz z nowymi obowiązkami i okrojeniem praw; niewyobrażalna do zaakceptowania i realizowania perspektywa dożywotnej abstynencji; brak zaufania do siebie i brak nadziei na skuteczny przebieg terapii. Dodatkowo przerażająca i zniechęcająca może być świadomość wielkości wysiłku, jaki będzie wymagać od osoby proces terapii, a wraz z nim zmiana dotychczasowego życia. Wypowiedzi respondentek potwierdziły tę nie tylko „potrójność”, lecz „wielokrotność” owego szoku, wskazując na trudności, które pojawiły się na starcie i podczas terapii uzależnienia od alkoholu, a które wprost były odczuwane i nazywane przez nie jako kryzys, rozumiany raczej jako poczucie rezygnacji, obniżenie motywacji, wytrwałości i poziomu energii do działania.

Omówione tu typy kryzysu, stanowiące kanwę rozważań dotyczących kobiet uznających się za uzależnione od alkoholu, wraz z potwierdzaną ich obecnością w biografiach respondentek, dokumentują z jednej strony podnoszoną często siłę destruktywnego wpływu kryzysów na ludzkie życie, z drugiej natomiast szansę zaistnienia i wykorzystania (przy zaistnieniu pewnych warunków) potencjału ich konstruktywności w życiu doświadczających ich osób.

Szanse rozwojowe „wbrew”/„pomimo”/„dzięki” doświadczeniu kryzysu² – perspektywa kobiet uzależnionych od alkoholu w procesie terapii

W rozważaniach wokół ludzkich kryzysów zdecydowanie wybrzmiewa nasycenie ich negatywnym sensem. Tymczasem na kryzys warto spojrzeć także i z innej perspektywy. Inspiracją może być rozumienie tego pojęcia, oparte na znajomości jego etymologii, stanowiące świetną podpowiedź, aby kryzys rozpatrywać dwojako: z jednej strony jako zagrożenie czy ryzyko, z drugiej zaś jako szansę, w szczególności szansę rozwojową czy szansę na wzbogacenie swojego życia.

Termin ten pochodzi z języka greckiego; czasownik κρίνει oznacza „odsiewać, rozdzielać, wybierać, decydować, sądzić”, zaś pochodzący od niego rzeczownik κρίση to „wybór, rozstrzygnięcie” (Kopaliński 2000, s. 282). Pojęcie to w swoim źródłosłowie oznacza również „moment rozstrzygający, punkt zwrotny, przełom, przesilenie, zwrot” (Kopaliński 1968, s. 417). Kryzys bowiem „coś odsłania, umożliwia poznawcze uchwycenie czegoś, co bez niego byłoby niepoznawalne, poznawczo prezentuje coś ważnego, istotnego, odsłania teleologię określonego procesu” (Stachewicz 2010, s. 8). Takie rozumienie nasuwa skojarzenie, że kryzys może stać się impulsem rozwojowym, otwierając nowe horyzonty, niosąc ze sobą pewne okazje, preteksty, możliwości.

Na tę dwoistość kryzysu wskazywali Richard K. James i Burt E. Gilliland (2010, s. 33, 34). Ich zdaniem kryzys może być jednocześnie i zagrożeniem (ze względu na jego liczne konsekwencje w wielu sferach funkcjonowania) i szansą (ponieważ powodowane kryzysem cierpienie zmusza człowieka do szukania pomocy i jeśli człowiek skorzysta z tej okazji, to interwencja może mu pomóc w samorozwoju i samorealizacji); zależy to jednak od sposobu, w jaki człowiek zareaguje na kryzys. Kryzys może kryć w sobie załączek rozwoju i zmiany, gdy towarzyszący mu lęk i związany z nim dyskomfort osiągnie tak wysoki poziom, że stanie się bodźcem do zmian, silnym czynnikiem motywującym do działania. Wiąże się więc z nim konieczność dokonywania wyboru jakiegoś działania, co stwarza człowiekowi szansę na ruszenie z martwego punktu w swoim życiu.

Każde wydarzenie w życiu człowieka, nawet jeśli niesie znamiona wydarzenia trudnego, krytycznego, przełomowego, początkowo samo w sobie jest obojętne, neutralne, bo tym, co decyduje o jego zabarwieniu emocjonalnym i jego wartości, jest sens, jaki nada mu doświadczająca go jednostka. Tak więc zmiany, jakie potencjalnie prowokuje kryzys, mogą wiązać się z progresem lub regresem.

.....

² Określenie użyte przez D. Kubacką-Jasiecką (2016, s. 73).

Przyjmując, że kryzysy emocjonalne mają charakter dwuwartościowy, po przejściu ostrego stanu kryzysu mogą zaistnieć następujące możliwości jego zakończenia:

- wzór stagnacyjny: mowa o nim, gdy następuje powrót do poziomu funkcjonowania zbliżonego do przedkryzysowego, ale osiągnięty stan równowagi jest pozorny i chwiejny, bo nierozwiązane konflikty, dylematy, sprzeczności i problemy pozostają nadal aktualne, stając się źródłem kolejnych, przyszłych napięć i kryzysów, pozostawiając osobę z obniżonym poczuciem sprawstwa, kontroli i wiary w siebie oraz pomniejszonym poczuciem nadziei, że konstruktywne rozwiązanie problemu jest możliwe;
- wzór regresyjny: w poczuciu niedostatku możliwości konstruktywnego rozwiązania problemu kryzysowego, jednostka może się starać zredukować napięcie i cierpienie poprzez zachowania dysfunkcyjne i tendencje destrukcyjne;
- wzór progresyjny: ma miejsce, gdy (dzięki wewnętrznym zasobom i sile oraz wsparciu innych osób) rozwiązanie problemu kryzysowego otwiera jednostce możliwości rozwoju; procesy wzrostu mogą tu obejmować: wzmocnienie psychiczne, podniesienie samooceny i poczucia własnej wartości, konstruktywne zmiany w systemie wartości, zwiększenie odporności psychicznej, poprawę relacji z bliskimi, uzyskanie większych kompetencji społecznych (Kubacka-Jasiecka 2010, s. 61–62; Kubacka-Jasiecka 2016, s. 54–55).

Podobnie różnorodnie piszą się scenariusze losów kobiet (jak i mężczyzn) z problemami alkoholowymi. Można spróbować poszukać pewnych analogii pomiędzy doświadczaniem kryzysu i (nie)radzeniem sobie z nim a borykaniem się (nieefektywnym lub skutecznym) z własnym problemem alkoholowym.

Decyzja o podjęciu terapii i zmianie swojego życia nie zawsze bywa trwała, gwarantująca wytrwałość i konsekwencję w dążeniu do jej realizacji. Zwątpienie i brak determinacji na różnych etapach terapii osłabiają stabilność podjętej decyzji i zmian wprowadzanych w życie. W proces terapii zawsze wpisanych jest szereg barier i utrudnień, spowalniających, redukujących albo wręcz uniemożliwiających autentyczną pracę. Niekiedy osoby podejmują terapię, lecz albo ją przerwywają albo nie daje im ona oczekiwanego, trwałego efektu. Wówczas powrót do „dawnego” życia, spowodowany wieloma możliwymi czynnikami, byłby wzorem regresywnym, dla którego charakterystyczne jest także dalsze obniżanie się możliwości konstruktywnego działania. Człowiek w takiej kondycji nie jest gotów do kolejnych prób podjęcia zmiany swojego życia, w tym poprzez udział terapii uzależnienia od alkoholu. Wzór regresyjny był udziałem tych respondentek, które kilkakrotnie podejmowały nieudane próby podjęcia terapii. Szczegółowa analiza wskazywanych przez nie powodów, dla których wcześniej nie podjęły terapii (dokładne omówienie w: Włodarczyk 2017, s. 244–245), podsuwa generalny wniosek: u podstaw tych powodów leżała siła charakterystycznego dla uzależnienia od alkoholu systemu iluzji i zaprzeczeń, obejmującego procesy spostrzegania i myślenia – mechanizmu uniemożliwiającego rozpoznanie faktu własnego uzależnienia,

o którym wielokrotnie pisał Jerzy Mellibruda, wskazując na najczęstsze zniekształcenia poznawcze, jakimi są: proste zaprzeczanie, minimalizowanie, obwinianie, racjonalizowanie, intelektualizowanie, odwracanie uwagi, fantazjowanie, koloryzowanie wspomnień i marzeniowe planowanie (Mellibruda 1997, s. 290–291), których przejawy w swoim życiu zdemaskowały także badane kobiety.

Sytuacja, gdy osoba uczestniczyła w terapii, nawet ją ukończyła, ale codzienność postterapeutyczna obnażyła pozorne, połowiczne przepracowanie podczas terapii oraz kruchość i niestabilność postanowienia osoby o zmianie swojego życia, oznaczałaby wzór stagnacyjny. Tak uzależnienia, jak i kryzysu dotyczy wówczas to, że pozostaje on „nierozwiązany, dylematy i sprzeczności przez niego stworzone – nierozwikłane, okoliczności życiowe, które do niego doprowadziły – niezmienione i nadal aktualne” (Kubacka-Jasiecka 2010, s. 61–62). Osoba pozostaje wówczas w poczuciu, że nie sprostала wyzwaniu, a w konsekwencji jej przekonania o przegranej zwiększa się poczucie niemocy i bezradności, zaś obniża samoocena, pozostając „nadal w dyskomfortowej sytuacji, uboższa o niedostatek: wiary i nadziei, że rozwiązanie problemu będzie proste czy w ogóle możliwe, przekonań o własnej mocy, sile i wartości, a także o swojej zdolności zmagania się z określonym problemem, możliwości konstruktywnego rozwiązania nadal pogarszającej się sytuacji (korzystanie z nieadekwatnych i nieadaptacyjnych środków obrony)” (Kubacka-Jasiecka 2010, s. 62). Ten wzór dotyczy zwykle osób uzależnionych od alkoholu, które nie są świadome lub nie dostrzegają konieczności nieustannego wysiłku, jaki muszą wkładać w pozostawanie trzeźwymi. Badane kobiety w znacznej większości zdawały sobie z tego sprawę, a w przypomnieniu im tego oraz umocnieniu ich w tej refleksji i zamiarach posłużyły celowo postawione przeze mnie pytania dotyczące tego, co są gotowe zrobić, by pozostać trzeźwymi, a szerzej: by nie ustawać w procesie wielopłaszczyznowego zdrowienia (więcej w: Włodarczyk 2017, s. 258–259).

Wzorem progresywnym byłaby natomiast sytuacja, gdy osoba rzeczywiście podejmuje stały wysiłek w kierunku wielostronnego rozwoju. W nawiązaniu do tegoż wzoru, pełne zdrowienie obejmowałoby cztery jego aspekty, wyróżnione przez Piotra Szczukiewicza: somatyczny (związany z ustępowaniem objawów abstynencyjnych i skutków długotrwałego nadużywania alkoholu, a z czasem także funkcji poszczególnych układów i narządów), psychiczny (wiązący się z nabywaniem umiejętności życia wolnego od mechanizmów typowych dla choroby alkoholowej: nałogowego regulowania uczuć, fałszowania obrazu rzeczywistości, stosowania mechanizmów obronnych, kreowania nieprawdziwego obrazu samego siebie), społeczny (mieszczący w sobie poprawę funkcjonowania trzeźwiejącego alkoholika w pełnionych przez niego rolach społecznych, poprawę jakości relacji i więzi społecznych) oraz noetyczny (powiązany z przewyższaniem frustracji egzystencjalnej, dostrzeganiem sensu w swoich poczynaniach, sensu samego istnienia, większą samoświadomością w hierarchii własnych wartości i zdolnością bezinteresownego działania dla innych) (Szczukiewicz 2007, s. 121–122). Z wielu opowieści bada-

nych kobiet uznających się za uzależnione od alkoholu wynika, że kryzys stał się dla nich motorem do działania, swoistą trampoliną, szansą na odzyskanie własnej podmiotowości i godności. Co więcej podkreślały one, że ich życie zyskało nową jakość (więcej w: Włodarczyk 2017, s. 256–257).

Wyniki moich badań współbrzmiały zatem z tym, o czym przekonuje Dorota Kubacka-Jasiecka, że kryzys emocjonalny wraz z towarzyszącą mu dezorganizacją zachowania „mogą być uznane za katalizator wejścia na drogę rozwoju, a procesy wzrostu mogą obejmować: wzmocnienie psychiczne, zwiększenie odporności, odkrywanie i kształtowanie bardziej adekwatnych zasobów zmagania się, polepszenie obrazu własnej osoby, wzrost samooceny, umacnianie dotychczasowej tożsamości (względnie poczucia tożsamości) lub zmiany w jej obrębie, odkrycie nowych zasobów i strategii zmagania się, uzyskanie nowych kompetencji, poprawę relacji interpersonalnych, odkrycie nowego sensu życia, własnej drogi, misji życiowej” (Kubacka-Jasiecka 2016, s. 73–74). Podobne korzyści wskazywane są jako doraźne i dalekosiężne skutki autentycznej pracy podczas terapii uzależnień. Konstruktywne porządanie sobie i z kryzysami, i z uzależnieniem niesie zatem podobne korzyści, ponieważ i terapia uzależnień bywa postrzegana przez terapeutów i osoby uzależnione jako zaczątek realnej, korzystnej dla osoby zmiany jej życia, powiązanej z rozwojem w różnych sferach.

Podsumowanie

Sytuacje kryzysowe mogą przydarzyć się każdemu, w dowolnym momencie życia; mogą być one albo pojedyncze albo następować kolejno po sobie, a w efekcie ich konsekwencje ulegają kumulacji i spotęgowaniu (Badura-Madej 1999, s. 28). Zintensyfikowanie trudności niesie stan, w którym osoba nie dość, że boryka się z kryzysem, to jeszcze ponadto z własnym problemem alkoholowym. Możliwości radzenia sobie, osłabione trwaniem w stanie kryzysu oraz trwaniem w sile uzależnienia, mogą okazać się niewystarczające w podejmowaniu prób samodzielnego wyplatania się z tej podwójnej pułapki. Pomoc osobom w takiej sytuacji wymaga uważności i kompetencji, by realnie pomóc uporządkować im kolejne sfery ich życia.

Kryzys to z jednej strony zwykle jakaś strata, deficyt, zakłócenia i niepewność, z drugiej natomiast, co rzadziej bywa podkreślane, szansa na zrewidowanie swoich wartości hierarchii i wyborów, zwrot, reorientację i przeprojektowanie swojego życia. Owszem, kryzys może mieć wartość rozwojową, pod warunkiem jednak, że jednostka dysponuje określonymi zasobami – indywidualnymi i w swoim otoczeniu – które będą jej sprzymierzeńcami w tym procesie (Stanisławiak 2012, s. 14–15), a co więcej – zdoła je odkryć, uruchomić i wykorzystać.

Abstract: Crisis – faithful companion of women addicted to alcohol

The subject of this article is the crisis, an inseparable element of human life and therefore present in the lives of women diagnosed as addicted to alcohol. The research results are preceded and supplemented by considerations around various aspects of the crisis. The analysis of the results of studies by other researchers and mine show that crises are highly correlated with women's alcohol problems. They can be diagnosed on the continuum of their life: from alcohol initiation, through progressive addiction and the process of gradual recovery. The structural framework for an orderly presentation of the results of own research are the types of crisis according to J. Cullberg (1975) and L.M. Brammer (1985) shown in the biographies of the respondents. Their narratives confirmed that crises in various phases of their lives were associated with regression or progress, and with a sense of lowering or increasing the quality of their lives.

Key words: crisis, alcohol addiction, women.

Bibliografia

- [1] Badura-Madej W., 1999, *Podstawowe pojęcia teorii kryzysu i interwencji kryzysowej*, [w:] *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Poradnik dla pracowników socjalnych*, wybór i oprac. W. Badura-Madej, Wydawnictwo Śląsk, Katowice.
- [2] Brammer L.M., 1985, *The Helping Relationship: Process and Skills*, Prentice Hall, New York.
- [3] Caplan G., 1963, *Emotional Crisis*, [w:] *The Encyclopedia of Mental Health*, (red.) M. Deutsch, H. Fishbein, Basic Books, New York.
- [4] Caplan G., 1964, *Principles of Preventive Psychiatry*, Basic Books, New York.
- [5] Cibor R., 1994, *Struktura „ja” a motywy podejmowania leczenia odwykowego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- [6] Dragan M., 2016, *Problemowe picie alkoholu przez młode kobiety. Rola niekorzystnych doświadczeń i samoregulacji emocji*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- [7] Hoff L. A., 1995, *People in Crisis. Understanding and Helping*, Jossey-Bass, San Francisco.
- [8] James R. K., Gilliland B. E., 2010, *Strategie interwencji kryzysowej*, tłum. A. Bidziński, K. Mazurek, Parpamedia, Warszawa.
- [9] Jędrzejko M., Janusz M., Walancik M. (red.), 2013, *Czynniki ochronne i ryzyka w uzależnieniach i zachowaniach ryzykownych*, [w:] *Zachowania ryzykowne i uzależnienia. Zjawisko i uwarunkowania*, Oficyna Wydawnicza Aspra, Warszawa.
- [10] John-Borys M., 1995, *Kryzys rodzinny jako doświadczenie życiowe*, [w:] *Doświadczenie kryzysu – szansa rozwoju czy ryzyko zaburzeń?*, (red.) I. Heszen-Niejodek, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- [11] Kopaliński W., 1968, *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Wiedza Powszechna, Warszawa.
- [12] Kopaliński W., 2000, *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych z almanachem*, Świat Książki, Warszawa.

- [13] Kubacka-Jasiecka D., 2004, *Interwencja kryzysowa z perspektywy psychosocjokulturowego paradygmatu kryzysu*, [w:] *Kryzys. Interwencja i pomoc psychologiczna. Nowe ujęcia i możliwości*, (red.) D. Kubacka-Jasiecka, K. Mudyń, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
- [14] Kubacka-Jasiecka D., 2010, *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
- [15] Kubacka-Jasiecka D., 2016, *Kryzys emocjonalny i trauma szansą na rozwój i potęgowanie zdrowia. Wątpliwości i pytania*, „Rocznik Filozoficzny Ignatianum”, 1.
- [16] Mellibruda J., 1997, *Psycho-bio-społeczny model uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania”, 3 (28).
- [17] Lindemann E., 1944, *Symptomatology and Management of Acute Grief*, „The American Journal of Psychiatry”, 101.
- [18] Lindenmeyer J., 2010, *Ile możesz wypić? O nałogach i ich leczeniu*, przekł. i oprac. J. Chodkiewicz, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- [19] Lisansky Gomberg E. S., 1996, *Czynniki ryzyka picia alkoholu w życiu kobiety*, [w:] *Kobiety i alkohol*, (red.) M. Ślósarska, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa.
- [20] Madeja Z., 2008, *Uzależnienia od substancji psychoaktywnych, przedmiotów, czynności i osób*, t. 2, Wydawnictwo Politechniki Koszalińskiej, Koszalin.
- [21] Parry G., 1990, *Coping with Crisis*, BPS Books/Routledge, London.
- [22] Pawlas-Czyż S., 2008, *Psychokulturowy model interwencji kryzysowej w praktyce pracy socjalnej. Możliwości zastosowania*, [w:] *Praca socjalna wobec nowych obszarów wykluczenia społecznego*, (red.) K. Wódz, S. Pawlak-Czyż, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń.
- [23] Pomianowski R., 1998, *Uzależnienia – współczesną wersją „ucieczki od wolności”*, [w:] *Psychologia rozwiązywania problemów społecznych. Wybrane zagadnienia*, (red.) J. Miluska, Bonami, Poznań.
- [24] Portnow A. A., Piatnickaja I. N., 1977, *Klinika alkoholizmu*, przekł. W. Moczulski, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.
- [25] Stachewicz K., 2010, *Kryzys jako kategoria filozoficzna*, „Teologia i Moralność”, t. 7.
- [26] Stanisławiak E., 2012, *Kryzys w ujęciu psychologicznym oraz społecznym*, [w:] *Psychologia kryzysu i interwencji kryzysowej. Skrypt dla słuchaczy studiów podyplomowych*, (red.) J. Plak, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej Towarzystwa Wiedzy Powszechnej, Warszawa.
- [27] Szczukiewicz P., 2007, *Poczucie sensu życia u osób zaawansowanych w procesie zdrowienia z choroby alkoholowej*, [w:] *Drogi rozwoju. Od uzależnienia do wolności*, (red.) M. Tatała, J. Karczewski OFMCap, Ośrodek Apostolstwa Trzeźwości, Zakroczym.
- [28] Tomaszewski T., 1975, *Człowiek i otoczenie*, [w:] *Psychologia*, (red.) T. Tomaszewski, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- [29] Włodarczyk E., 2017, *Społeczny wymiar problemu alkoholowego kobiet. Obraz i instytucjonalne reakcje środowiska wielkomiejskiego*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- [30] Włodarczyk E., 2018, *Kobiety uzależnione od alkoholu w procesie terapii – bariery i oczekiwania*, [w:] *Społeczne i jednostkowe konteksty pomocy, wsparcia społecznego i poradnictwa. Koncepcje – Dyskursy – Inspiracje*, t. 1, red. nauk. M. Piorunek, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.