

Cierpienie *między sensem a bezsensem*



Cierpienie

między sensem a bezsensem

Studium interdyscyplinarne

Redakcja
Mirosław Kalinowski
Iwona Niewiadomska
Leon Szot



Cierpienie

między sensem a bezsensem



Studium interdyscyplinarne

Redakcja
Mirosław Kalinowski
Iwona Niewiadomska
Leon Szot

Cierpienie *między sensem a bezsensem*

Dynamika cierpienia u osób uzależnionych: porównanie doświadczeń alkoholików pijących i alkoholików w okresie wczesnej abstynencji

1. Cierpienie alkoholików pijących

Według kryteriów czwartej wersji *Podręcznika diagnostycznego i statystycznego zaburzeń psychicznych* z 1994 roku (DSM-IV), rozpoznanie uzależnienia od substancji psychoaktywnej ustala się wtedy, gdy w jakimkolwiek okresie tego samego roku występują przynajmniej trzy z przedstawionych poniżej skutków używania alkoholu¹:

- tolerancja, która jest definiowana jako potrzeba zwiększania ilości alkoholu w celu osiągnięcia stanu upojenia lub jako znaczne zmniejszanie się skutków po stosowaniu tej samej dawki;
- zespół odstawienia;
- nieskuteczne próby kontrolowania używania alkoholu;
- przeznaczenie znacznej ilości czasu na uzyskanie i używanie alkoholu;
- zaniechanie lub ograniczenie istotnej aktywności społecznej, zawodowej lub rekreacyjnej z powodu używania alkoholu;
- ciągłe używanie alkoholu, mimo świadomości, że jest on przyczyną różnych problemów.

Jak wspomniano, jednym z kryteriów uzależnienia od alkoholu jest występowanie zespołu odstawienia, zwanego też zespołem abstynencyjnym, który pojawia się kilka godzin po zaprzestaniu picia i trwa od trzech do czterech dni (niekiedy nawet do jednego tygodnia). Do podstawowych objawów zespołu odstawienia alkoholu należą²: przyspieszenie czynności serca; drżenie ciała; nadmierne pocenie się; nudności; złe samopoczucie lub osłabienie; lęk; drażliwość.

¹ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth edition: DSM-IV (1994), Washington: American Psychiatric Association.

² Tamże.

Należy wyraźnie podkreślić, że uzależnienie od alkoholu jest chorobą przewlekłą. Rozwija się stopniowo i pozwala osobie na takie przystosowanie się do choroby, aby przez cały czas mogła w miarę sprawnie funkcjonować. Adaptacja do destrukcyjnego sposobu funkcjonowania osoby zachodzi poprzez występowanie trzech istotnych mechanizmów psychologicznych³:

- 1) nałogowe regulowanie uczuć
- 2) iluzję i zaprzeczanie
- 3) rozproszenie „ja”.

Ad 1) Mechanizm nałogowego regulowania uczuć. Dla osób uzależnionych cierpienie przestaje być czynnikiem odstręczającym od picia alkoholu. Negatywne doświadczenia psychiczne stają się natomiast sygnałem uruchamiającym poszukiwanie kolejnej dawki substancji psychoaktywnej. Alkohol zaczyna być coraz częściej spostrzegany przez osobę jako „lekarstwo na smutki”. Bolesny stan zaczyna być odbierany przede wszystkim jako zapowiedź ulgi po wypiciu dawki alkoholu⁴.

Ad 2) Mechanizm iluzji i zaprzeczeń. Postępujące uzależnienie doprowadza do narastającej liczby zniekształceń poznawczych, co w konsekwencji prowadzi do zaburzeń zdolności adekwatnego spostrzegania zdarzeń. Do najczęściej występujących form zniekształceń poznawczych należy zaliczyć⁵:

- zaprzeczenia proste – przede wszystkim dotyczące problemów dotyczących używania alkoholu;
- minimalizowanie trudności, czyli przyznawanie się do występowania problemów alkoholowych, ale w taki sposób, że wydają się one znacznie mniejsze niż w rzeczywistości;
- obwinianie – przypisywanie odpowiedzialności innym osobom za własne postępowanie polegające na używaniu alkoholu;
- racjonalizowanie – usprawiedliwianie własnego postępowania po to, aby nie ponosić odpowiedzialności za zachowania ukierunkowane na używanie napojów alkoholowych;
- intelektualizowanie – traktowanie doświadczanych problemów w sposób abstrakcyjny poprzez stosowanie uogólnień, spekulacji intelektualnych i/lub teoretyzowanie występujących trudności;
- odwracanie uwagi – unikanie tematów dotyczących zachowań związanych z alkoholem poprzez fakt ich spostrzegania jako zagadnień zagrażających;

³ J. Mellibruda, *Psychologiczne mechanizmy uzależnienia i koncepcja psychoterapii*, „Przegląd Psychologiczny” (1998), nr 3 /4, s. 13-59.

⁴ Tamże, s. 21-23.

⁵ Tamże, s. 28-29.

- fantazjowanie – pobudzanie wyobrażeń na temat nierealistycznych sytuacji i wydarzeń, które mają na celu umocnienie poczucia własnej wartości;
- koloryzowanie wspomnień – takie kształtowanie minionych wydarzeń, które uzasadniają aktualną potrzebę używania napojów alkoholowych;
- życzeniowe planowanie – tworzenie naiwnych wizji własnych działań i sytuacji potrzebnych do rozwiązania własnych problemów życiowych, dzięki którym osoba zaczyna koncentrować się na przyjemnych doznaniach, jakie towarzyszą tym wizjom.

Dzięki wymienionym zniekształceniom poznawczym, w sposobie funkcjonowania osoby uzależnionej zaczyna dominować myślenie magiczno-życzeniowe. Konsekwencją występowania tego mechanizmu jest przede wszystkim to, że świat wyobrażeniowy (fikcyjny) zaczyna zastępować realne spostrzeżenia – przede wszystkim po to, aby doraźnie zabezpieczyć poczucie własnej wartości, pomimo występowania wielowymiarowych skutków uzależnienia⁶.

Funkcje zabezpieczania przed cierpieniem spełniają między innymi takie czynniki, jak⁷: a) manipulowanie czasem – w tym aspekcie zmiany polegają na podporządkowaniu minionej i przyszłej perspektywy czasowej wymogom aktualnego stanu emocjonalnego; b) manipulowanie przyczynowością – związane z tym, że jednostka w sposób życzeniowo-magiczny określa przyczyny zachodzących zdarzeń i własnego postępowania; c) manipulowanie znaczeniem – odnoszące się do tego, że uzależniony coraz silniej przejawia tendencję do określania ważności różnego rodzaju zjawisk w oderwaniu od realiów.

Ad 3) Mechanizm rozproszenia i „ja”. Znaczenie systemu „ja” w funkcjonowaniu człowieka wynika z faktu, że jest to centralny element osobowości, który spełnia funkcje regulacyjne w obszarze ukierunkowania zachowania, samoświadomości, poczucia tożsamości, kompetencji, samokontroli, własnej wartości oraz doświadczania sensu życia. Uzależnienie od alkoholu w istotny sposób wpływa na zaburzenia w systemie „ja” – przede wszystkim w wymiarze obniżania spójności i integracji, wartościowania siebie oraz sprawowania kontroli nad własnym postępowaniem. Rozproszenie granic „ja” często doprowadza do tego, że uzależniona jednostka odrywa się od realiów własnego życia i ma poczucie bycia kimś innym, niż jest w rzeczywistości. W strukturze „ja” alkoholika zaznaczają się skrajne

⁶ Zob. B. Woronowicz, *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*, Warszawa 2001.

⁷ K. Linowski, J. Nowicka, *System terapeutyczny dla więźniów uzależnionych od alkoholu*, Ostrowiec Świętokrzyski 2004, s. 55.

obrazy siebie – negatywny (jest to związane z rosnącą liczbą doświadczeń, polegających na utracie realnego wpływu na ważne aspekty życia) oraz irracjonalnie pozytywny (odczuwanie poczucia mocy i odzyskiwania kontroli nad stanami emocjonalnymi). W ten sposób dochodzi do rozszczępienia wartościujących aspektów własnej tożsamości, w których jeden kraniec jest związany z odczuwaniem bezsilności, załamania, zniewolenia, zaś drugi – z przeżywaniem przekraczania granic własnych możliwości. W konsekwencji zdeintegrowane „ja”, podporządkowane skrajnym impulsom, przestaje pełnić funkcję ośrodka kierującego i kontrolującego własne postępowanie⁸.

Przedstawione mechanizmy psychologiczne doprowadzają do tego, że osoba uzależniona nie uświadamia sobie faktu przystosowania się do picia. Zaprzeczanie problemom alkoholowym we wczesnym stadium ułatwia to, że na tym etapie zazwyczaj nie występuje duże nasilenie psychospołecznych problemów, w stadium zaawansowanym występujące trudności nie są kojarzone z piciem, zaś w stadium przewlekłym zdolność do oceny zaistniałej sytuacji jest utrudniona w wyniku występowania zaburzeń myślenia⁹.

Należy również dodać, że umacniające się mechanizmy obronne, poprzez blokowanie negatywnych uczuć, nie dają ujścia nagromadzonym uczuciom negatywnym w postaci niepokoju, napięcia, poczucia winy i wyrzutów sumienia. Z tego powodu osobę cechuje rosnąca izolacja, stopniowy spadek zdolności uczuciowych i intelektualnych, oraz ograniczanie zakresu przeżyć osobistych do ustawicznego myślenia o alkoholu i ciągłych usiłowań uzyskania kontroli nad piciem¹⁰. „Pijacki rytm”, czyli sposób myślenia charakterystyczny dla osoby przewlekle pijącej, polega na tym, że we wszystkich dziedzinach życia wzmaga się egocentryzm, chęć dominacji i kontroli¹¹. Do czynników, które w istotny sposób przyczyniają się do nadużywania alkoholu, należy również zaliczyć różnice w zakresie wrażliwości i reakcji na stres. Osoby, u których alkohol w znaczny sposób obniża reakcje fizjologiczne i psychologiczne, znacznie częściej sięgają po alkohol i z tego powodu mogą znacznie łatwiej popadać w uzależnienie niż te, które reagują na stres słabiej¹².

⁸ J. Mellibruda, *Psychologiczne mechanizmy uzależnienia*, s. 34-36.

⁹ T. Gorski, M. Miller, *Jak wytrwać w trzeźwości. Poradnik zapobiegania nawrotom choroby*, Warszawa 1991, s. 38.

¹⁰ S. Braun, *Leczenie alkoholików. Rozwojowy model powrotu do zdrowia*, Warszawa 1992, s. 48.

¹¹ Tamże, s. 149.

¹² L. Quigley, G. Marlatt, *Picie alkoholu wśród ludzi dorosłych w młodym wieku*, [w:] *Alkohol a zdrowie. Picie alkoholu w różnych okresach życia*, Warszawa 2000, s. 124.

Do czynników, które doprowadzają osoby uzależnione do cierpienia, należy zaliczyć¹³:

- nastawienie autodestrukcyjne, związane z niskim poczuciem własnej wartości, dręczeniem i poniżaniem siebie, myśli samobójcze, negatywny obraz własnej osoby i własnego życia;
- deficyty w zakresie relacji interpersonalnych i destrukcyjne schematy relacji międzyludzkich, wynikające z nastawienia obronnego lub agresywnego, gotowości do wycofania się z relacji interpersonalnych, podejrzliwości i braku zaufania, cech antyspołecznych lub aspołecznych;
- rozpad systemu wartości oraz brak konstruktywnej wizji życia, którym często towarzyszy zwątpienie, nihilizm, brak wiary w pozytywne wartości oraz możliwości ich realizacji;
- deficyty w zakresie umiejętności intrapersonalnych, związanych z samoświadomością oraz rozumieniem własnych uczuć i pragnień;
- deficyty w zakresie umiejętności zadaniowych, w wyniku których występują trudności natury zawodowej i rodzinnej.

Na podstawie badań przeprowadzonych na próbie 1884 osób pijących alkohol, wyodrębniono trzy kategorie osób nadmiernie pijących alkohol¹⁴:

1) pijących, którzy uwolnili się od picia problemowego, tzn. mających problemy z piciem w przeszłości, ale w chwili badania tego typu problemy u nich nie występowały;

2) osoby pijące w sposób problemowy, czyli osoby obciążone w chwili badania jednym lub wieloma problemami związanymi z piciem;

3) pijących bezproblemowo, to jest osoby, które nie miały problemów związanych z piciem ani w przeszłości, ani w chwili badania.

Porównanie wyników w wymienionych grupach pozwoliło na stwierdzenie, że osoby pijące problemowo doświadczały znacznie większej liczby czynników przewlekłe napięciorodnych, takich jak konflikty rodzinne lub sąsiedzkie, problemy finansowe, zaburzone relacje interpersonalne, a przy tym posiadały niższe zasoby wsparcia społecznego ze strony współmałżonków, dzieci, dalszej rodziny, niż osoby pijące bezproblemowo. Ponadto zauważono, że grupa pijących problemowo znacznie różniła się od osób pijących bezproblemowo pod względem radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Analiza wyników badań pozwoliła wyodrębnić wśród osób nadużywających alkoholu dwie ogólne kategorie radzenia sobie z sytuacjami trudnymi¹⁵:

¹³ J. Mellibruda, *Psychologiczna problematyka uzależnień od alkoholu i narkotyków*, [w:] *Psychologia*, t. III: *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, red. J. Strelau, Gdańsk 2007, s. 707.

¹⁴ P. Brennan, R. Moos, *Wzorce picia u schyłku życia*, [w:] *Alkohol a zdrowie*, s. 144-149.

¹⁵ Tamże, s. 147-151.

1) Podejmowanie wyzwań, obejmujące wysiłki zmierzające do opanowania lub rozwiązania sytuacji stresującej w postaci logicznej analizy skutków zachowania, przewidywania następstw określonego zachowania oraz poszukiwanie wsparcia, np. przez zwierzenie się komuś.

2) Unikowe sposoby radzenia sobie z trudnościami, polegające na wypieraniu ze świadomości czynnika stresującego i jego skutków oraz uewnętrznianie związanych ze stresem emocji, ale bez podejmowania prób rozwiązania sytuacji. Dla tego sposobu radzenia sobie ze stresem charakterystycznymi zachowaniami były: rezygnacja i akceptacja sytuacji, wyładowanie emocjonalne w postaci krzyku lub płaczu, wypieranie problemu ze świadomości.

Porównanie grup pijących problemowo i bezproblemowo wykazało, że strategie podejmowania wyzwań lub ich unikania występowały w obydwu grupach. Jednak strategie stosowania uników częściej były podejmowane przez osoby pijące problemowo.

W tym miejscu warto zastanowić się nad tym, jakie okoliczności sprawiają, że pijący alkoholik podejmuje decyzję dotyczącą podjęcia abstynencji, z którą często wiąże się doświadczanie bólu i cierpienia oraz podjęcie trudu rozwoju. Na podstawie wyników przeprowadzonych badań stwierdzono, że do najczęstszych przyczyn podjęcia leczenia odwykowego należą takie czynniki, jak¹⁶:

- uprzednie korzystanie z leczenia odwykowego;
- większa ilość problemów zdrowotnych;
- częste korzystanie ze strategii unikowych radzenia sobie z sytuacjami trudnymi;
- liczne negatywne doświadczenia życiowe;
- mniejsza liczba aprobujących picie przyjaciół;
- duża liczba czynników stresogennych występujących w małżeństwie.

Najsilniejszymi predyktorami leczenia odwykowego w populacji osób starszych były liczne problemy zdrowotne i problemy małżeńskie.

2. Cierpienie alkoholików w okresie wczesnej abstynencji

Zdrowienie osoby uzależnionej od alkoholu nie jest odwrotnością procesu powstawania uzależnienia. Polega ono na nowych doświadczeniach, które się wzajemnie wzmacniają, w związku z tym podjęcie abstynencji jest swoistym procesem rozwojowym¹⁷.

¹⁶ Tamże, s. 153.

¹⁷ S. Braun, *Leczenie alkoholików*, s. 137-139.

Pierwszym krokiem w leczeniu jest detoksykacja, czyli usunięcie toksycznej substancji z organizmu. Objawy ostrego zespołu abstynencyjnego, który pojawia się po odtruciu, mogą być bardzo groźne. Zazwyczaj przy detoksykacji podaje się środek zastępczy i stopniowo zmniejsza jego dawki, aż do ustąpienia objawów związanych z odstawieniem alkoholu. Alkoholik nie jest całkowicie odtruty do czasu, gdy środek zastępczy nie zostanie odstawiony i usunięty z organizmu. Samo odtrucie nie jest jeszcze leczeniem, ponieważ uzależnienie wywiera wpływ na wszystkie aspekty życia człowieka (fizyczne, psychiczne, duchowe, społeczne). Terapia indywidualna i grupowa stanowią podstawowy element placówek leczenia odwykowego. Jej celem jest ułatwienie nabycia tych umiejętności, które będą pomagać w zachowaniu trzeźwości i długotrwałym procesie zdrowienia¹⁸. Należy przy tym zwrócić uwagę, że przebieg terapii w początkowej fazie abstynencji ma charakter wysoce zindywidualizowany.

W trakcie intensywnego leczenia szpitalnego następują istotne zmiany w funkcjonowaniu alkoholika. Według V. Johnsona dynamika zmian pacjenta w trakcie leczenia szpitalnego przechodzi przez cztery etapy¹⁹.

Pierwszy etap polega na tym, aby pacjent uświadomił sobie własny stan. Podjęcie abstynencji wyznacza fakt uznania się za alkoholika oraz uzyskanie świadomości utraty kontroli nad piciem, ponieważ dopiero wtedy dochodzi do załamania się logicznej konstrukcji, na której dotąd wspierała się wiara osoby w kontrolę używania alkoholu²⁰.

Podjęcie abstynencji można traktować jako nowy etap w rozwoju alkoholika, ponieważ następuje całkowita reorganizacja sfery intelektualnej i behawioralnej, której towarzyszą zaburzenia równowagi emocjonalnej. Osoba, która podczas picia zdawała się funkcjonować na wyższym poziomie poznawczym i uczuciowym, może zdradzać objawy utraty poprzednich zdolności. Na tym etapie stosunki pacjenta z otoczeniem są zwykle bolesne i trudne. Najważniejszym zadaniem terapeuty w tej fazie jest zbadanie oporu pacjenta wobec zaprzestania picia, pomoc pijącemu w przełamaniu zaprzeczeń, oraz ułatwienie pacjentowi nabycia nowej tożsamości²¹.

Drugi etap wczesnej abstynencji jest związany z uległością pacjentów wobec choroby. Uzależnieni zachowują się biernie i nie przyjmują odpowiedzialności za własny rozwój z tego względu, że czują się osamotnionymi ofiarami choroby. Wyniki badań 80 trzeźwiejących alkoholików sugerują, że świadomość klęski, polegającej na przyznaniu się do tego, że picie wy-

¹⁸ Gorski, Miller, *Jak wytrwać w trzeźwości*, s. 41-43.

¹⁹ V. Johnson, *Od jutra nie piję. Praktyczne uwagi na temat leczenia uzależnienia od alkoholu*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości 1992, s. 129-135.

²⁰ Gorski, Miller, *Jak wytrwać w trzeźwości*, s. 40.

²¹ Braun, *Leczenie alkoholików*, s. 130-131.

mknęło się spod kontroli, powoduje narastającą dezorientację w zakresie oceny własnej osoby i otaczającego świata²². W wyniku trudności adaptacyjnych, u pacjentów mogą pojawiać się stany psychiczne w postaci lęku, bezradności, depresji, myśli samobójczych, zaburzeń snu, niskiej tolerancji wobec przeżyć emocjonalnych, które w konsekwencji doprowadzają do silnej potrzeby zależności od osób mogących wskazać kierunek postępowania w zaistniałej sytuacji. Dlatego ważne jest organizowanie konkretnych zachowań pacjenta, którymi można wypełnić pustkę, wynagrodzić stratę i złagodzić objawy depresji²³.

W trzeciej fazie wczesnej abstynencji następuje akceptacja własnej odpowiedzialności za powrót do zdrowia. W związku z tym u pacjentów powraca szacunek do siebie, a wyobcowanie ustępuje miejsca rosnącej potrzebie bliskości z innymi ludźmi, ale jednocześnie zdrowiejącemu alkoholikowi brakuje realistycznego spojrzenia w przyszłość, ponieważ nie bierze on pod uwagę niebezpieczeństw zagrażających własnej abstynencji po wyjściu ze szpitala. Do istotnych elementów trzeźwienia na tym etapie należy również pojawianie się nowych mechanizmów obronnych, w postaci zaprzeczania jakimkolwiek trudnościom lub przyjmowania zachowań wyłącznie o charakterze reaktywnym²⁴.

Minimalny wgląd w siebie, niezdolność do zachowania abstynencji o własnych siłach, a jednocześnie zaangażowanie w konkretne działania, stanowią podstawę skrajnej zależności od innych u początkujących abstynentów. W związku z tym wymagają oni bezpiecznego i opiekuńczego otoczenia oraz wydatnej pomocy ze strony profesjonalistów. Podsumowując drugi i trzeci etap pobytu osób uzależnionych na oddziale odwykowym, można stwierdzić, że zdrowienie w tych fazach może się wahać między dwoma skrajnymi nastrojami: „miodowego miesiąca”, któremu towarzyszy uniesienie, przyjemność i zaprzeczanie występowaniu jakichkolwiek problemów, lub znacznie częściej występującym nastrojem depresji, która często jest wynikiem „żałoby” po utracie alkoholu lub poczucia winy spowodowanego latami picia²⁵.

Etap czwarty wczesnej abstynencji charakteryzuje większe nasilenie refleksji alkoholika. Pacjent zaczyna adekwatnie obawiać się o przyszłość i z rozmysłem poszukiwać strategii, które umożliwią mu skuteczniejsze przezwyciężanie trudności napotkanych po wyjściu ze szpitala. Pacjent uzyskuje świadomość, że dopiero program leczenia otwartego i uczestnictwo w grupach samopomocowych pomogą mu w przełamaniu starych

²² Tamże, s. 138.

²³ Tamże, s. 171-176.

²⁴ Tamże, s. 177.

²⁵ Tamże, s. 175-176.

przyzwyczajień, związanych z pićm oraz nabyciu nowych umiejętności w zakresie umiejętności przebywania z ludźmi i reagowania na otoczenie bez udziału alkoholu.

Należy zwrócić uwagę na fakt, że dobrze zorganizowany program leczenia szpitalnego, w którym zwraca się uwagę na nową tożsamość alkoholika, powinien podtrzymywać i wspomagać pacjentów w rozwoju wczesnej abstynencji, ponieważ dopiero w miarę upływu czasu od podjęcia abstynencji, stopniowo maleje zainteresowanie pićm, ale myśl o alkoholu pozostaje na zawsze istotnym i pożądanym elementem w życiu trzeźwiejącego alkoholika²⁶.

Ze względu na wysoki poziom doświadczanego cierpienia, pobyt alkoholika na oddziale detoksykacyjnym może być interpretowany jako wydarzenie krytyczne. Za tym, aby podjęcie abstynencji traktować w ten sposób, przemawiają następujące argumenty²⁷:

1) Podjęcie leczenia dotyczy ważnych i cenionych wartości. Z tego względu jest dla jednostki emocjonalnie znaczące. Leczenie stanowi tym większe obciążenie dla jednostki, im bardziej zagrożone są te wartości.

2) Zmiany zachodzące w procesie zdrowienia, które są subiektywnie oceniane, jako zagrożenia, doprowadzają do poczucia beznadziejności oraz wysokiego prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń u osoby.

3) Początek abstynencji zakłóca funkcjonowanie układu: jednostka-otoczenie, powodując taki stan destabilizacji i takie zaburzenia równowagi w ustalonych formach przystosowania jednostki, że dotychczasowe formy zachowania są niewystarczające i nieprzydatne. W związku z tym zaprzestanie picia wymaga istotnych zmian w mechanizmach przystosowania i w tym właśnie wyraża się jego najbardziej krytyczny charakter.

4) Leczenie odwykowe w zależności od subiektywnej interpretacji faktów może wywołać treściowo ambiwalentne uczucia. Ocena ta podlega dynamicznym zmianom w toku podejmowania prób radzenia sobie z wydarzeniem krytycznym.

5) Pobyt na oddziale odwykowym może stanowić punkt zwrotny w życiu, jeśli jednostka dokona zmian w zachowaniu. Cecha możliwości wystąpienia punktu zwrotnego w wydarzeniu krytycznym stanowi element odróżniający go od zjawisk stresowych.

Mechanizm radzenia sobie z negatywnym obciążeniem psychicznym przez alkoholików podejmujących leczenie ma założony charakter. Na początku pobyt w szpitalu wywołuje ocenę pierwotną w postaci „strat” i zagrożeń. Dopiero w drugiej fazie jednostka ocenia swoje osobiste moż-

²⁶ Braun, *Leczenie alkoholików*, s 43-76.

²⁷ H. Sęk, *Wybrane zagadnienia psychoprofilaktyki*, [w:] *Spółeczna psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, Warszawa 1993, s. 489.

liwości radzenia sobie z wydarzeniem krytycznym. Jest to ocena wtórna, w której osoba subiektywnie interpretuje, że sytuacja jest beznadziejna, lub że sytuacja jest do opanowania, lub że brakuje jej możliwości zaradzenia, lub że jest to okazja do sprawdzenia się, lub że jest to szansa rozwiązania problemu. Dopiero dokonanie ocen: pierwotnej i wtórnej, którym towarzyszą bardzo zróżnicowane emocje i reakcje fizjologiczne, wyznacza dalsze zachowanie zaradcze. Procesy zmagania się z wczesną abstynencją mogą być skoncentrowane na redukcji napięcia i regulacji stanu emocjonalnego za pomocą różnych technik (strategie ukierunkowane na własną osobę) lub też skoncentrowane na poszukiwaniu informacji, czyli poznawczym opracowaniu sytuacji kryzysowej związanym z próbą rozwiązania problemu i redefinicji zaistniałej sytuacji²⁸.

Zachowania pacjentów podczas leczenia odwykowego są związane ze stylem radzenia sobie ze stresem, czyli względnie stałą, specyficzną dla jednostki tendencją wyznaczającą przebieg radzenia sobie z problemem. Styl radzenia sobie należy traktować jako dyspozycję do podejmowania określonych zachowań. W procesie radzenia sobie uczestniczy tylko część spośród strategii zawartych w repertuarze jednostki. O tym, jakie strategie zostaną wykorzystane, decydują z jednej strony wymagania sytuacji trudnej, z drugiej zaś – możliwości wynikające ze stylu radzenia sobie. Ludzie różnią się między sobą zarówno co do liczby, jak i rodzajów strategii zaradczych, które posiadają we własnym repertuarze²⁹.

Trudności w radzeniu sobie z cierpieniem są najbardziej kłopotliwą i groźną cechą przewlekłego zespołu abstynencyjnego. Zaczynający trzeźwienie alkoholicy nie potrafią często odróżnić małego stresu od dużego i na niewielkie stresy reagują przesadnie. Często czują się zbyt napięci w sytuacjach, które normalnie nie powinny nikogo niepokoić, a ich reakcje bywają nieproporcjonalnie gwałtowne. W związku z tym często zachowują się nieadekwatnie do sytuacji. Reakcje tego typu są często związane z zasadą błędnego koła, które polega na tym, że objawy przewlekłego zespołu abstynencyjnego nasilają się pod wpływem stresu, a intensywność zespołu abstynencyjnego zwiększa poziom stresu³⁰. Dezorientacja, poczucie chaosu, trudności z koncentracją, pamięcią i rozwiązywaniem problemów są typowe dla pierwszego okresu trzeźwienia i mijają w miarę odzyskiwania zdrowia. Jednak nieświadomość tego faktu może wywoływać poczucie wstydu i winy, utratę szacunku do siebie, co doprowadza do nasilenia napięcia i wzmożenia objawów zespołu abstynen-

²⁸ Tamże, s. 491.

²⁹ I. Heszen-Niejodek, *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*, [w:] *Psychologia*, t. 3, s. 484.

³⁰ Gorski, Miller, *Jak wytrwać w trzeźwości*, s. 52.

cyjnego³¹. Wyniki badań sugerują, że największe problemy alkoholików w czasie terapii są skupione wokół trudności z przełamywaniem oporu w ujawnianiu własnych problemów, ich ostrożności i jawnego strachu przed kontaktami interpersonalnymi oraz wokół uporczywego myślenia o alkoholu i lęku przed powrotem do picia³².

3. Porównanie sposobów radzenia sobie z cierpieniem przez alkoholików pijących i alkoholików w trakcie leczenia odwykowego

W badaniach własnych postawiono pytanie: W jaki sposób zmieniają się reakcje na sytuacje trudne u alkoholików poddanych leczeniu odwykowemu, w porównaniu do alkoholików czynnych?

Style radzenia sobie z sytuacjami trudnymi badano za pomocą Kwestionariusza Opanowania Stresu – SVF w opracowaniu W. Janke, G. Erdmann, W. Boucsein, w tłumaczeniu i adaptacji E. Januszewskiej. Zastosowana technika umożliwiła pomiar 19 sposobów radzenia sobie w sytuacjach, w jakich osoba doznała krzywdy wyrządzonej przez kogoś lub coś i z tego powodu odczuła wewnętrzne pobudzenie lub wytrącenie ze stanu równowagi.

Odpowiedzi na postawione pytanie poszukiwano porównując wyniki badań 30 alkoholików pijących, czyli osób, u których wystąpił syndrom uzależnienia od alkoholu (AP) i 30 alkoholików znajdujących się na oddziale detoksykacyjnym (AK). Do zweryfikowania postawionego pytania zastosowano Sekwencyjną Analizę Dyskryminacyjną. Metoda ta pozwoliła porównać ze sobą dwie populacje (alkoholików pijących i alkoholików, którzy poddali się leczeniu odwykowemu) pod względem sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Uzyskane równanie dyskryminacyjne pełniło ważną rolę w wyjaśnianiu zmiennej zależnej, jaką jest podjęcie leczenia odwykowego przez osoby uzależnione od alkoholu, oraz przewidywaniu wyników uzyskiwanych przez osoby spoza porównywanych populacji. Można więc stwierdzić, że metoda SAD spełniła funkcję eksplanacyjną i funkcję predykcyjną. Dla sekwencyjnych równań dyskryminacyjnych zastosowano procedurę krokową z pakietu statystycznego SPSS⁺.

³¹ Tamże s. 53.

³² Braun, *Leczenie alkoholików*, s. 294.

Tabela 1. Równanie dyskryminacyjne: Badanie różnicy pomiędzy sposobami radzenia sobie ze stresem mierzonym Kwestionariuszem Opanowania Stresu (KOS) opracowanego przez W. Janke, G. Erdhmann, W. Boucsein alkoholików pijących –AP (N=30) i alkoholików w trakcie leczenia odwykowego –AL (N=30)

Zmienne Kwestionariusza Opanowania Stresu (KOS)	Alkoholicy pijący AP (N=30)		Alkoholicy podejmujący leczenie AL (N=30)		Współczynniki niestandardyzowane (funkcja predyktywna) (b)	λ Wilksa	p.u.≤
	M	s	M	s			
Odwrócenie uwagi (Odu)	12,93	3,05	11,2	2,87	-0,17	0,40	0,0001
Poszukiwanie samopotwierdzenia (Psa)	13,8	3,61	11,3	3,08	-0,15	0,39	0,0001
Pozytywne instruowanie siebie (Pis)	14,83	3,43	12,2	3,03	-0,12	0,38	0,0001
Poszukiwanie społecznego wsparcia (Psw)	10,23	3,09	12,5	4,03	0,23	0,49	0,0001
Używanie substancji psychoaktywnych (Uzal)	6,73	3,2	12,7	4,07	0,21	0,56	0,0001
Wartość stała: α					0,79		
Istotność równania: $\chi^2=58,65$; p.u.≤.0001 Funkcje dyskryminacji kanonicznej: $R=0,81$; λ Wilksa=0,35; p.u.≤.0001							

W interpretacji psychologicznej równania należy zwrócić uwagę, że wyodrębniona struktura zmiennych niezależnych, do których należą style radzenia sobie ze stresem, jest wysoko skorelowana ze zmienną zależną, którą stanowi podjęcie leczenia przez alkoholików ($R=.81$). Natomiast po podstawieniu wyników poszczególnych osób do równania prognozującego, uzyskano wskaźnik 92% trafnego zakwalifikowania do grupy alkoholików pijących (AP), do grupy alkoholików podejmujących leczenie (AL).

Na podstawie wyników równania dyskryminacyjnego można stwierdzić, że podjęcie leczenia przez osoby uzależnione od alkoholu wpływa na ich możliwości w zakresie reakcji na stres. W zachowaniach osób znajdujących się na oddziale detoksykacyjnym (AL), w porównaniu z alkoholikami pijącymi (AP) zauważono następujące tendencje różnicujące:

Tendencja 1.: Alkoholicy znajdujący się w szpitalu ze względu na doświadczanie przykrych stanów emocjonalnych mieli negatywne nastawienie do leczenia. Nie potrafili wygenerować pozytywnego ustosunkowania się wobec zaistniałej sytuacji. Obce było im również przekonanie, że osobiste zaangażowanie może pomóc w rozwiązaniu istniejących trudności (Pis).

Tendencja 2.: Osoby w trakcie leczenia szpitalnego były bardziej skłonne na występujących problemach niż alkoholicy czynni, czyli stosowały mniejszą ilość mechanizmów obronnych. W związku z tym występowały u nich mniejsze pragnienia i tendencje w kierunku odwracania własnej uwagi od występujących trudności, w postaci zaangażowania się w nowe sytuacje i nową aktywność (Odu).

Tendencja 3.: U osób podejmujących leczenie zauważono również silną tendencję do rezygnacji z uprzednio stosowanych zachowań w sytuacjach trudnych. Osoby te nie koncentrowały się na działaniach, w których uprzednio doświadczały sukcesu i których następstwa były dla nich bardziej przewidywalne (Psa).

Tendencja 4.: U alkoholików znajdujących się na oddziale odwykowym występowała silna tendencja do zażywania leków uspokajających, środków nasennych lub silne pragnienie, aby wypić alkohol lub wypalić papierosy (Uzal).

Tendencja 5.: Jednocześnie osoby we wczesnej fazie abstynencji były bardziej nastawione na zwracanie się do innych ludzi o pomoc, radę lub samą tylko możliwość wypowiedzenia się albo przedyskutowania problemu (Psw).

Na podstawie analizy czynnikowej macierzy danych pochodzących z kwestionariusza KOS, wyodrębniono cztery czynniki grupujące style radzenia sobie w sytuacjach trudnych³⁵.

Czynnik I został utworzony ze skal: próba kontroli swoich reakcji, pozytywne instruowanie siebie, bagatelizacja, tendencja unikowa, próba kontroli przebiegu sytuacji, poszukiwanie samopotwierdzenia. Wyodrębniony styl radzenia sobie ze stresem wskazuje na zachowania aktywne, zmierzające do próby realnego rozwiązywania problemu, który bazuje na pozytywnym nastawieniu wobec sytuacji trudnej, szczegółowym planowaniu działań, kontroli reagowania oraz kontroli przebiegu sytuacji. Styl ten, łączący komponent poznawczy i emocjonalny, służy również ochronie własnego „ja”.

Czynnik II, który tworzą skale: użalanie się nad sobą, dalsze zajmowanie się w myślach, izolowanie się od ludzi, obwinianie siebie, tendencja ucieczkowa, agresja, rezygnacja, jest związany głównie ze strategią emocjonalnych reakcji w sytuacji stresu. Osoba próbuje opanować stres poprzez dystansowanie się od zaistniałej sytuacji i od ewentualnej pomocy innych ludzi. Wzmacniane jest negatywne nastawienie do siebie poprzez autoagresję i obwinianie, a także poprzez wyobrażenie bycia „porzuconym przez los”. Silna koncentracja na doświadczanym stanie cierpienia może

³⁵ E. Januszewska, *Style reagowania na stres w kontekście postaw rodzicielskich. Badania młodzieży w okresie adolescencji*, [w:] *Rodzina: Źródło życia i miłości*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 2000, s. 324-325.

w konsekwencji doprowadzić do braku rozwiązania zaistniałej sytuacji, silnego pobudzenia emocjonalnego oraz przekonania o silnym związku z doświadczanym problemem.

Czynnik III tworzą skale: poszukiwanie społecznego wsparcia, zastępcza satysfakcja, odwrócenie uwagi. Strategia ta polega na podejmowaniu prób rozwiązania sytuacji poprzez zainicjowanie współdziałania z innymi ludźmi. W strategii tej zarysowuje się jednak mniejszy udział składnika poznawczego na rzecz dowartościowania własnego „ja” oraz doświadczania satysfakcji innego rodzaju.

Czynnik IV tworzą skale: używanie leków lub innych związków chemicznych, porównywanie z innymi, obrona przed winą, agresja, poszukiwanie samopotwierdzenia. Strategia ta jest związana z nastawieniem konfrontacyjnym w kontekście silnego pobudzenia emocjonalnego. Ludzie stosujący tę strategię, mogą uzyskać iluzoryczne przekonanie, że inni są znacznie gorsi w sposobach radzenia sobie z podobną sytuacją.

W związku z wynikami przedstawionymi w tabeli 1. można stwierdzić, że osoby znajdujące się na oddziale detoksykacyjnym nie wykazywały zachowań związanych z próbami aktywnego i realnego rozwiązania sytuacji trudnej, nie podejmowały strategii służących ochronie własnego „ja” (Czynnik I). Alkoholicy we wczesnej fazie abstynencji nie próbowali opanować stresu poprzez dystansowanie się od związku z sytuacją. Nie stosowali również strategii wzmacniania negatywnego nastawienia do siebie poprzez autoagresję i samoobwinianie, czyli nie preferowali strategii zorientowanych emocjonalnie na problem (czynnik II). W zachowaniach tej grupy można natomiast odnaleźć strategię świadczące o podejmowaniu prób rozwiązania wydarzeń krytycznych poprzez zainicjowanie współdziałania z innymi ludźmi, dzięki którym może nastąpić dowartościowanie własnego „ja” (czynnik III), oraz strategię używania leków lub innych związków chemicznych w kontekście silnego pobudzenia emocjonalnego (czynnik IV).

4. Rola wsparcia w procesie zdrowienia alkoholików

W kontekście uzyskanych wyników, należy zwrócić uwagę na wsparcie społeczne w okresie wczesnej abstynencji alkoholika, traktowanej w niniejszym artykule jako krytyczne wydarzenie życiowe. Wsparcie społeczne to rodzaj interakcji, której celem jest zbliżenie jednego lub obu uczestników do rozwiązania problemu, przezwyciężenia trudności, reorganizacji zakłóconej relacji z otoczeniem i podtrzymanie emocjonalne. W toku tej interakcji zachodzi wymiana emocji, informacji oraz instrumentów działania. Dla

skuteczności tej wymiany społecznej istotna jest komplementarność między oczekiwanym a uzyskanym wsparciem³⁴.

Znaczenie profesjonalnego wsparcia we wczesnym okresie abstynencji. W trakcie leczenia szpitalnego wsparcie społeczne powinno być wykorzystywane do tego, aby alkoholik³⁵:

- uznał własne uzależnienie;
- powstrzymał się od picia;
- rozpoznawał własne problemy życiowe oraz ich związki z pićciem;
- wzmacniał u siebie motywację do leczenia i do zamian w wielowymiarowym funkcjonowaniu;
- wycofywał się z sytuacji wysokiego ryzyka sięgania po alkohol;
- budował realistyczny obraz siebie;
- uczył się konstruktywnych form wyrażania emocji;
- nabywał racjonalnego myślenia;
- rozwijał umiejętności intrapersonalne, interpersonalne i zadaniowe;
- kształtował pozytywną wizję własnego życia;
- kierował swoje postępowanie na realizację ważnych celów życiowych.

Pomoc fachowców dla alkoholików podejmujących abstynencję w zakresie radzenia sobie z doświadczanym cierpieniem, może polegać na³⁶:

- werbalizacji, czyli rozmowach, które nie oskarżają, nie krytykują, nie lekceważą problemów alkoholika; należy opowiadać o tym, co osoba przeżywa, pomaga to spojrzeć alkoholikowi na swoją sytuację bardziej realistycznie, a także uczy zwracania się o pomoc;
- wentylacji, czyli częstym wyrażaniu słowami tego, co osoba myśli i czuje, nawet jeśli jej się wydaje, że jest to nieracjonalne i nieuzasadnione;
- testowaniu realności problemów, czyli uczeniu, aby alkoholik zadawał pytania dotyczące specyfiki jego funkcjonowania;
- rozwiązywaniu problemów i określaniu celów, czyli uczeniu zachowań związanych z tym, co alkoholik ma zamiar zrobić od razu w związku z jego stanem, oraz uczeniu wyboru zachowań, które powinny zmienić istniejący stan rzeczy;
- retrospekcji, czyli uczeniu analizy tego, co się zdarzyło (spróbuj przypomnieć sobie, jak zaczął się dany epizod? co mogło go wówczas usunąć? co spowodowało objawy? co usunęło objawy? jakiego rodzaju rozwiązania mogłyby przynieść lepszy efekt?);

³⁴ L. Szot, *Znaczenie wsparcia społecznego w pozytywnej readaptacji osób wchodzących w konflikt z prawem. Studium z pracy socjalnej*, Lublin 2011, s. 127-134; Sęk, *Wybrane zagadnienia psychoprofilaktyki*, s. 493-494.

³⁵ Mellibruda, *Psychologiczna problematyka uzależnień*, s. 708-709.

³⁶ Gorski, Miller *Jak wytrwać w trzeźwości*, s. 59-69.

- dostarczaniu wiedzy na temat uzależnienia, objawów zespołu abstynencyjnego (dzięki temu jest zmniejszony niepokój, poczucie winy i dezorientacji);
- uczeniu krok po kroku wykonywania czynności, które pomagają zmniejszyć stres;
- uczeniu identyfikacji własnych „wyzwalaczy” stresu, tzn. sytuacji, które mogą wywoływać zbyt silne reakcje emocjonalne;
- uczeniu nawyków nowego sposobu odżywiania, ponieważ zły stan zdrowia przyczynia się często do zwiększenia poziomu stresu;
- prowadzeniu ćwiczeń fizycznych, ponieważ ruch pomaga zredukować stres, a jednocześnie zregenerować organizm i poprawiać dobre samopoczucie;
- uczeniu relaksacji (zabawy, rozrywki, śmiechu, słuchania muzyki, czytania), ponieważ w chwilach odprężenia osoba nie podlega odruchom agresji lub ucieczki;
- uczeniu równowagi psychicznej, czyli tego, aby nie koncentrować się na tylko jednym aspekcie życia, ale że należy dbać o zdrowie, dzielić życie między pracę, rodzinę, przyjaciół, własny rozwój duchowy i umacnianie trzeźwości;
- wzmacnianiu więzi z „Siłą Wyższą”, która nadaje sens i znaczenie życiu indywidualnego człowieka; wiara w Boga usuwa człowieka z centrum wszechświata i daje pogodę ducha, wynikającą z faktu, że istnieje Siła, dzięki której można z ufnością spoglądać w przyszłość; więź z Bogiem może być wzmocniona przez modlitwę, medytację, wspólnotę duchową, regularną analizę własnego rozwoju duchowego³⁷.

Wsparcie społeczne może być również wykorzystane w treningu umiejętności zaradczych Montiego. Jest to współczesny model terapeutycznego podejścia w leczeniu uzależnienia od alkoholu. Model ten, wyłoniony z teorii uczenia się, traktuje zachowanie nałogowe, jako utrwalone i niekonstrukttywne radzenie sobie z negatywnym napięciem psychicznym, które wynika z braku równowagi między wymaganiami stawianymi przez środowisko a możliwościami jednostki. Jeżeli dana osoba nie posiada umiejętności radzenia sobie z wymaganiami, to stara się przywracać utraconą równowagę za pomocą alkoholu i w ten sposób przystosowuje się do sytuacji³⁸. W programie zastosowano wywieranie wpływu społecznego na zmiany postaw osoby uzależnionej wobec alkoholu. Źródłami pożądaných postaw

³⁷ L. Szot, *Zasoby adaptacyjne zagrożonej alkoholizmem młodzieży wiejskiej*, [w:] *Skażani na wykluczenie!? Zasoby adaptacyjne osób zagrożonych marginalizacją społeczną*, red. M. Kalinowski, I. Niewiadomska, Lublin 2010, s. 265-288.

³⁸ Mellibruda, *Psychologiczna problematyka uzależnień*, s. 697.

i zachowań abstynenckich są terapeuci, uczestnicy grup terapeutycznych oraz członkowie rodziny. Inna reguła programu jest związana z oddziaływaniem poprzez wzmocnienia pozytywne i negatywne. Alkohol może być źródłem obydwu typów wzmocnień. Społeczne wzmocnienia pozytywne, jakie daje alkohol, mogą wynikać z poczuciem większej swobody w kontaktach z ludźmi, koncentrowania na sobie ich uwagi, uwalniania się od poczucia odpowiedzialności. Natomiast negatywne wzmocnienia dostarczane przez alkohol, polegają na podtrzymywaniu zachowania (picia), które łagodzi negatywne doświadczenia lub pozwala ich uniknąć. W związku z tym pacjentom radzi się, aby unikali określonych sytuacji, które mogą zwiększać ryzyko picia, oraz rozwija się w nich umiejętności radzenia sobie z bodźcami wywołującymi pragnienie picia alkoholu³⁹.

Znaczenie wsparcia społeczności terapeutycznej we wczesnym okresie abstynencji. Społeczność terapeutyczna stanowi specyficzną formę organizacji zbiorowego życia pacjentów i personelu instytucji, dzięki której można osiągnąć znaczące i pożądane zmiany w zachowaniu osób uzależnionych. Podstawowe zadanie wspólnoty terapeutycznej wiąże się ze stworzeniem środowiska społecznego, przypominającego powiązania i zależności w różnego typu grupach społecznych. Wynika to z faktu, że we wspólnocie tego typu istnieją jasne normy postępowania, według których regulowane są zachowania pacjentów, a ich łamanie powoduje dotkliwe konsekwencje dla osoby podejmującej abstynencję. Funkcje wspierające społeczności terapeutycznej są związane z tworzeniem atmosfery, sprzyjającej utrzymywaniu abstynencji, kształtowaniem i podtrzymywaniem zmian w zakresie zachowań członków grupy oraz budowaniem zmian w zakresie komunikacji interpersonalnej.

Do podstawowych środków w zakresie podtrzymywania atmosfery, bezpieczeństwa, wzajemnego szacunku i troski w grupie terapeutycznej należy⁴⁰:

- dawanie poczucia przynależności;
- możliwość nawiązywania bliskich relacji interpersonalnych;
- redukcja negatywnych emocji (lęk, gniew, złość, nienawiść, wstyd, poczucie winy);
- rozwijanie zachowań konstruktywnych opartych na uczuciach pozytywnych (ufność, szczerść, odpowiedzialność, miłość),
- uczenie nowych sposobów rozwiązywania konfliktów i radzenia sobie z sytuacjami stresowymi.

³⁹ Tamże, s. 698.

⁴⁰ P. Karpowicz, *Narkotyki. Jak pomóc człowiekowi i jego rodzinie?*, Białystok 2002, s. 93; M. Czachorowski, *Wiek walki z rodziną: ku wiekowi rodziny*, „Studia nad Rodziną” 3(1999), nr 1, s. 77-89.

Na początku oddziaływań terapeutycznych osoby podejmujące abstynencję dopuszczają się różnego typu kłamstw i manipulacji oraz różnorodnych form agresji i zaniedbań. W związku z tym do podstawowych celów wspólnoty terapeutycznej należy kształtowanie i wspieranie zmian w zakresie zachowań członków grupy. Wsparcie w tym zakresie jest możliwe, ponieważ społeczność terapeutyczna ma możliwości działań o charakterze represyjnym, kontrolnym i modelującym. Członkowie społeczności zwracają szczególną uwagę na zachowania niezgodne z obowiązującymi normami. W przypadku złamania normy, osoba ma obowiązek omówić swoje naganne postępowanie na spotkaniu społeczności. Osoba łamiąca normy współżycia społeczności otrzymuje informacje zwrotne, dotyczące oceny własnego zachowania i uczuć, jakie te działania wywołują u innych. Społeczność oczekuje, że osoba, która naruszyła normę współżycia, naprawi swój błąd i wykona umowne zadania dodatkowe jako rekompensatę za popełnione błędy i naruszenie norm. Natomiast otwarty, publiczny charakter rozliczania się z błędów, przy zachowaniu szacunku i zasady sprawiedliwości prowadzi do zamiany negatywnych wzorców zachowań z przeszłości. Tworzenie modeli ważnych ról społecznych wynika z faktu, że w miarę upływu czasu terapii, funkcje pełnione przez członków grupy są bardziej złożone i odpowiedzialne⁴¹.

Wspieranie zmian w zakresie budowania relacji interpersonalnych w ramach grupy terapeutycznej odbywa się poprzez ⁴²:

- modelowanie otwartej komunikacji;
- rozpoznawanie i wyrażanie uczuć w komunikacji;
- możliwość swobodnego zadawania pytań;
- uczenie aktywnego słuchania;
- kształtowanie umiejętności prowadzenia dialogu i negocjacji.

Znaczenie rodzinnego wsparcia we wczesnym okresie abstynencji. Współzależnienie członków rodziny utrudnia proces zdrowienia osoby uzależnionej. Do głównych czynników zaburzających proces trzeźwienia w systemie rodzinnym można zaliczyć⁴³:

- zaburzenia emocjonalne członków rodziny;
- poczucie niepewności i bezradności członków rodziny;
- zaprzeczanie istnieniu uzależnienia w rodzinie;
- usprawiedliwianie picia alkoholika poprzez poszukiwanie obiektywnych powodów takiego zachowania;
- łagodzenie skutków zachowania osoby uzależnionej;

⁴¹ P. Karpowicz, *Narkotyki*, s. 94-95.

⁴² Tamże, s. 95-96.

⁴³ Tamże, s. 185.

- przyjmowanie nadmiernej odpowiedzialności za zachowanie osoby uzależnionej lub uchylanie się od odpowiedzialności za własne zachowanie;
- koncentrowanie się na osobie uzależnionej kosztem pozostałych członków rodziny;
- unikanie sytuacji konfliktowych;
- unikanie rodzinnej dyskusji dotyczącej problemów rodziny wynikających z istnienia uzależnienia;
- brak umiejętności w zakresie obrony własnych praw i zdrowych interesów pozostałych członków rodziny.

Problem współuzależnienia jest zjawiskiem, które należy terapeutycznie przepracować, aby każdy członek rodziny mógł się prawidłowo rozwijać i aby mógł wspomagać proces zdrowienia osoby uzależnionej. Realne wsparcie rodziny dla trzeźwiejącego alkoholika wynika z następujących umiejętności członków tego systemu⁴⁴:

- wzrastającej umiejętności jasnego określania własnej odpowiedzialności za własne zachowania i zachowania innych członków rodziny;
- większej obiektywizacji obrazu własnej osoby, obrazu innych członków rodziny i rodziny jako całości;
- wzrastającej umiejętności w zakresie rozpoznawania, nazywania i wyrażania uczuć pozytywnych i uczuć negatywnych;
- podniesienia umiejętności komunikacyjnych zawierających realne informacje;
- poszerzenia zdolności w zakresie ujawniania konfliktów, ich omawiania i rozstrzygania w drodze dialogu, negocjacji i kompromisu;
- przeorganizowanie systemu rodzinnego w układ otwarty na inne grupy społeczne;
- przyjęcie elastycznego i płynnego podziału ról społecznych, uwzględniającego możliwości negocjacji odnośnie do wyboru podejmowanych zadań.

Początkowe kontakty niepijącego alkoholika z bliskimi członkami rodziny, którzy w okresie wielu lat picia ponosiły konsekwencje jego nieodpowiedzialnych zachowań, wywołują silne reakcje emocjonalne. Emocje te są zwykle związane z przeszłością, a nie z przebiegiem aktualnej relacji. Dlatego nawiązanie bliskich relacji między członkami rodziny staje się realne dopiero wówczas, gdy potrafią oni odróżnić emocje wzbudzone aktualną relacją od emocji pochodzących z przeszłości. Taki stan jest możliwy do osiągnięcia dopiero w późniejszych stadiach zdrowienia. Natomiast we wczesnej fazie trzeźwienia wszyscy członkowie rodziny (osoba uzależ-

⁴⁴ M. Czachorowski, *Nowe wychowanie do życia w rodzinie?*, „Sprawy Rodziny” nr 61/62, s. 15-16.

niona i osoby współzależnione) mogą doświadczać określonego rodzaju odprężenia i ulgi z utrzymującej się abstynencji oraz zanikania zachowań destrukcyjnych związanych z pićciem.

We wczesnej fazie zdrowienia rodziny z problemem alkoholowym ważne jest uruchomienie procesu zmian w obrębie tych reguł i ról rodzinnych, które podtrzymywały funkcjonowanie rodziny jako systemu alkoholowego⁴⁵. W ramach tego procesu powinny zaistnieć zmiany w regułach komunikacji i wzorach relacji między członkami rodziny. Muszą zostać ustalone jasne reguły: kto, do kogo, w jaki sposób, w jakich sytuacjach ma się odnosić. Rodzina powinna uczyć się odmiennych wzorców relacji interpersonalnych w stosunku do okresu picia. Stymulowanie zmian na tym etapie zdrowienia powinno uwzględniać dwie podstawowe kwestie⁴⁶:

- zwiększenie różnorodności zachowań pozwalających w przyszłości nawiązywać bliskie relacje między członkami rodziny;
- równoważenie poziomu stresu doświadczanego przez wszystkich członków rodziny ze względu na przeszłe i aktualne doświadczenia.

Znaczenie wsparcia grupy samopomocowej we wczesnym okresie abstynencji. Idea grup Anonimowych Alkoholików polega na udzielaniu wzajemnej pomocy i wsparcia. Grupy tego typu stanowią wspólnoty doświadczeń i konstruktywnych dążeń do wspólnych celów. Członkowie tych wspólnot, opierając się na idei Dwunastu Kroków, stawiają sobie za cel zmianę sposobu własnego postępowania oraz eliminowanie zachowań stwarzających problemy. Jedynym warunkiem uczestnictwa w grupie jest postanowienie. Uczestnictwo w AA wiąże się z kontaktami terapeutycznymi z osobami mającymi podobne problemy. Między członkami AA istnieją dwie formy pomocy, mające szczególne znaczenie dla wspierania procesu trzeźwienia osób uzależnionych od alkoholu⁴⁷:

- opieka nad potencjalnymi lub nowo przybyłymi członkami wspólnoty (relacja: sponsor początkowy–potencjalny członek AA);
- pomoc w realizacji Dwunastu Kroków (relacja: sponsor programowy–uczestnik wspólnoty AA).

W początkowym okresie abstynencji podstawowe znaczenie uzyskuje relacja: sponsor początkowy–potencjalny członek AA. Znaczenie kontaktu o takim charakterze wynika z faktu, że większość alkoholików przyłącza się do ruchu w stanie znacznego kryzysu ze wszystkimi jego objawami, czyli z poczuciem głębokiego cierpienia fizycznego i psychicznego, poczuciem zagubienia i osamotnienia oraz z brakiem nadziei na jakąkolwiek zmianę. W związku z tym bardzo ważną rolę spełnia pierwsza relacja między

⁴⁵ L. Cierpiałkowska, *Alkoholizm. Przyczyny, leczenie, profilaktyka*, Poznań 2000, s. 185.

⁴⁶ Tamże, s. 186-187.

⁴⁷ Cierpiałkowska, *Alkoholizm*, s. 197-200.

członkiem AA a osobą rozpoczynającą trzeźwienie. Taka relacja może mieć miejsce poza grupą (np. w kontaktach towarzyskich lub zawodowych). Początkowe spotkania mają bardzo różny charakter, ale najczęściej sponsor początkowy pomaga osobie we wczesnej fazie abstynencji określić charakter i rozmiar doświadczanych problemów. Rola sponsora początkowego często sprowadza się do mówienia o swoim alkoholizmie za pomocą przedstawiania faktów ze swojego „piciorysu”, które często są bardzo podobne do doświadczeń odbiorcy oraz do uważnego i akceptującego słuchania⁴⁸. Dzięki takim rozmowom osoba w początkowym stadium trzeźwienia jest w stanie określić podobieństwo własnego problemu do problemu sponsora i innych członków AA. Wysłuchanie przez członka AA problemów osoby w początkowym stadium trzeźwienia, pozwala partnerom interakcji znaleźć wspólne doświadczenia i przeżycia, wspólny język i porozumienie oraz wzbudzić zaufanie osoby znajdującej się w kryzysie. Po ustaleniu podobieństwa problemów sponsor krótko przedstawia korzyści, które osobiście uzyskał z uczestnictwa w ruchu i zachęca osobę znajdującą się we wczesnej fazie trzeźwienia do uczestnictwa w spotkaniach grupy AA.

O potrzebie wsparcia społecznego w procesie trzeźwienia alkoholików świadczą wyniki badań empirycznych⁴⁹. W próbie 22 678 osób starszych leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu, którzy zostali poddani leczeniu szpitalnemu i ambulatoryjnemu, stwierdzono, że skuteczność leczenia była stosunkowo niska, ponieważ koncentrowano się głównie na bezpośrednich skutkach medycznych uzależnienia, a nie, jak w przypadku osób młodszych, na psychologicznym problemie nadużywania alkoholu. Ponadto obserwacje kliniczne wskazują, że starsi pacjenci leczeni z powodu choroby alkoholowej lepiej reagowali na podejścia terapeutyczne dostosowane do ich potrzeb (wolno prowadzone sesje terapeutyczne, uwzględniające ubytki poznawcze oraz niekonfrontacyjnie prowadzone poradnictwo). Natomiast pacjenci młodszy lepiej reagowali na terapię ukierunkowaną na stosunki międzyludzkie, zaangażowanie rodziny, konsultacje środowiskowe, pomoc w rozwijaniu umiejętności społecznych i zawodowych⁵⁰.

Znaczenie wsparcia społecznego w utrzymywaniu abstynencji potwierdzają badania dotyczące przebiegu choroby alkoholowej⁵¹. Osoby, które utrzymały abstynencję w ciągu ośmiu lat, posiadały stabilne środowisko, tzn. miały pracę i dobrze funkcjonujące małżeństwo lub regularnie uczestniczyły w spotkaniach AA. Wnioski z badań sugerują, że alkoholicy utrzymujący stabilną abstynencję, w większości przypadków wykształcili u siebie rodzaj

⁴⁸ Tamże, s. 198.

⁴⁹ Brennan, Moos, *Wzorce picia u schyłku życia*, s. 154-156.

⁵⁰ Tamże, s. 156.

⁵¹ Zob. G. Vaillant, *The natural history of Alcoholism Revisited*, Cambridge 1995.

uzależnienia zastępczego (przejadanie się, łańcuszkowe palenie papierosów, nadużywanie środków uspokajających, pracoholizm, nadmierne uzależnienie od partnera, niezwykle zaangażowanie w działalność AA lub innych organizacji). Abstynencja u tych osób wzmacniana była sprzężeniem zwrotnym z wydarzeniami negatywnymi związanymi z piciem alkoholu. Konsekwencje zdrowotne, prawne i społeczne picia przypominały, że alkohol jest „wrogiem” pijącego. W utrzymywaniu abstynencji pomagały również zwiększone nadzieje na przyszłość oraz zwiększone poczucie szacunku do siebie. Ponadto abstynencja często łączyła się z nawiązaniem nowego związku emocjonalnego z nowym partnerem, nowym autorytetem lub odnowieniem istniejącego związku na skutek terapii małżeńskiej⁵².

Należy też zwrócić uwagę na fakt, że pozytywne skutki abstynencji mogą ujawnić się dopiero po kilku latach. Często alkoholicy z krótkim stażem abstynencji mają o wiele niższe wyniki w testach mierzących przystosowanie osobiste i społeczne, niż alkoholicy utrzymujący abstynencję w sposób długotrwały (powyżej czterech lat). Najczęstszymi problemami wczesnej abstynencji są depresje i rozwody, ponieważ osoby we wczesnej fazie trzeźwienia muszą ponownie przystosowywać się do swoich obowiązków rodzinnych i ról zawodowych⁵³. Adaptacja ta może być stresująca i czasochłonna, szczególnie u pacjentów z długotrwałym piciem. W związku z tym trzeba mieć świadomość faktu, że pobyt na oddziale odwykowym nie jest celem samym w sobie, ale stanowi jedynie początkowy etap pozytywnego przystosowania do wymagań stawianych przez życie.

⁵² G. Vaillant, S. Hiller-Sturmhofel, *Naturalna historia alkoholizmu*, [w:] *Alkohol a zdrowie*, s. 43; M. Kalinowski, *Zasady konstytuujące profilaktyczny kapitał społeczny*, [w:] *Wezwani do działania. Zasoby społeczne w profilaktyce zachowań destrukcyjnych*, red. I. Niewiadomska, M. Kalinowski, Lublin 2010, s. 13-28.

⁵³ Tamże, s. 45.